



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

ISSN 1830-0790

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2008

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

Jak otrzymać publikacje UE

Płatne publikacje Urzędu Publikacji są dostępne w EU Bookshop:
<http://bookshop.europa.eu>. Ze strony tej można złożyć zamówienie na publikacje w dowolnym biurze sprzedaży.

Pełną listę sprzedawców naszych publikacji na całym świecie można uzyskać, wysyłając faks pod numer (352) 2929 42758.



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

SPRAWNOZDANIE ROCZNE 2008

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

Nota prawna

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

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

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

Numer bezpłatnej infolinii(*):
00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, 2008

ISBN 978-92-9168-335-2

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2008

Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Printed in Luxembourg

WYDRUKOWANO NA PAPIERZE BIAŁYM BEZCHLOROWYM



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lizbona, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Spis treści

Wstęp	5
Podziękowania	7
Wprowadzenie	9
Komentarz: Sytuacja w narkotykowa w Europie – nowe perspektywy i niektóre stare realia	11
Rozdział 1: Polityka i prawo	
Zmiany w polityce międzynarodowej i unijnej • Strategie krajowe • Wydatki publiczne • Przepisy krajowe • Przestępczość • Krajowe badania naukowe	19
Rozdział 2: Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie	
Profilaktyka • Leczenie • Ograniczanie szkód • Reintegracja społeczna • Ochrona zdrowia i działania społeczne w więzieniach	31
Rozdział 3: Konopie indyjskie	
Podaż i dostępność • Rozpowszechnienie i schematy zażywania • Leczenie	41
Rozdział 4: Amfetamina, ecstasy i LSD	
Podaż i dostępność • Rozpowszechnianie i schematy zażywania • Obiekty rozrywkowe • Dostęp do leczenia	54
Rozdział 5: Kokaina i crack	
Podaż i dostępność • Rozpowszechnienie i schematy zażywania • Leczenie i ograniczanie szkód	66
Rozdział 6: Zażywanie opiatów i narkotyków dożylnych	
Podaż i dostępność heroiny • Szacunkowe dane dotyczące problemu zażywania opiatów • Dożylne zażywanie narkotyków • Leczenie problemowego zażywania opiatów	78
Rozdział 7: Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami	
Choroby zakaźne • Profilaktyka chorób zakaźnych • Zgony i śmiertelność • Ograniczanie liczby zgonów	89
Rozdział 8: Nowe narkotyki i tendencje	
Działania UE dotyczące nowych substancji psychoaktywnych • Sklepy internetowe • GHB i GBL	103
Bibliografia	108



Wstęp

Mamy przyjemność przedstawić Państwu trzynaste roczne sprawozdanie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Sprawozdanie mogło powstać wyłącznie dzięki wyjątkowej pracy i zaangażowaniu naszych partnerów należących do sieci krajowych punktów kontaktowych Reitox oraz ekspertów w całej Europie, którzy wnieśli wkład w przygotowanie tej analizy. Wyrażamy wdzięczność również agencjom UE i organizacjom międzynarodowym zajmującym się problematyką narkotyków. Nasze sprawozdanie to efekt zbiorowego wysiłku, dziękujemy zatem wszystkim, którzy przyczynili się do powstania dokumentu. Przesłanką wykonania tej pracy jest fakt, iż wyważona analiza posiadanej przez nas wiedzy na temat sytuacji narkotykowej stanowi warunek kompetentnej, owocnej i rzeczowej debaty. Daje pewność, że opinie są poparte faktami i że osoby dokonujące trudnych wyborów politycznych mogą uzyskać jasny pogląd na temat kosztów i korzyści wynikających z dostępnych rozwiązań.

Miniony rok to czas wyjątkowej aktywności w polityce antynarkotykowej i EMCDDA miało zaszczyt wesprzeć zarówno końcową ocenę obecnego planu działania UE w zakresie narkotyków, jak też ocenę wyników sesji nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w 1998 r. poświęconej problemowi narkotyków. Satysfakcjonująca jest też świadomość, że według standardów międzynarodowych Europa wyróżnia się jako jedna z części świata, w której zdolności monitorowania tego zjawiska są najlepiej rozwinięte. Niemniej jednak zdajemy sobie sprawę z ograniczoności posiadanych obecnie zasobów informacji i wraz z naszymi partnerami stale pracujemy nad podnoszeniem jakości i trafności dostępnych danych.

Podstawowym tematem debaty politycznej dotyczącej narkotyków są koszty problemu narkotykowego w Europie – zarówno te ukryte, jak i te bardziej widoczne. Kwestia ta została poruszona w różnych częściach niniejszego sprawozdania. EMCDDA pracuje nad zdobywaniem wiedzy na temat wydatków publicznych związanych ze zwalczaniem zjawiska zażywania narkotyków w państwach członkowskich UE. Prace te są w stadium początkowym, a otrzymane dane szacunkowe mają raczej charakter indykatorywny aniżeli precyzyjny. Niemniej jednak wskazują one na wydatkowanie znacznych kwot, ponieważ dane wstępne mieszczą się w zakresie od 28 do 40 mld euro. Trudniej jest wyrazić w kategoriach ekonomicznych rozmiar szkód powodowanych przez zażywanie narkotyków. Jakimi kosztami wyraża się tragiczną utratę życia spowodowaną przez narkotyki w Europie, negatywne oddziaływanie na społeczność, w których narkotyki są wytwarzane lub sprzedawane, czy też sposób, w jaki nielegalny handel narkotykami osłabia rozwój

społeczny i stabilność polityczną krajów produkujących i krajów tranzytowych? Wystarczy przyjrzeć się niepokojącym wydarzeniom, które mają miejsce w następstwie tranzytu kokainy przez kraje Afryki Zachodniej, aby uświadomić sobie spustoszenie i straty, jakie ten problem może powodować.

Optymizmem napawa fakt, że są oznaki stabilizowania się sytuacji w zakresie zażywania narkotyków w Europie oraz że można dostrzec postęp w sposobach podejmowania tego problemu przez państwa członkowskie UE. Z naszej ogólnej oceny wynika, że w przypadku większości form zażywania narkotyków nie odnotowuje się rozszerzania tego zjawiska, a w niektórych obszarach wygląda wręcz na to, że występują tendencje spadkowe. W zakresie sposobu reagowania widzimy, że praktycznie wszystkie państwa członkowskie stosują podejście o charakterze strategicznym, a na poziomie europejskim zauważalna jest większa spójność działania. Dostępność leczenia nadal rośnie, a w niektórych krajach jest na tyle duża, że większość osób zażywających heroinę – niegdyś uznawanych za populację ukrytą – pozostaje już w kontakcie ze służbami tego czy innego rodzaju. Jeszcze nie tak dawno głównym przedmiotem debaty dotyczącej polityki antynarkotykowej było zakażenie wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie. Obecnie pragmatyczne połączenie działań zapobiegawczych, leczenia i środków ograniczających szkody stało się w Europie normą, a wskaźniki nowych zakażeń przypisywanych zażywaniu narkotyków spadły i nadal spadają.

Dobre wiadomości nietłatwo przedostają się na pierwsze strony gazet i można je przeoczyć. Istotne jest jednak, aby dostrzec postęp tam, gdzie został osiągnięty. W Europie coraz lepiej rozumiemy, jakie środki mogą okazać się skuteczne w rozwiązywaniu problemów narkotykowych. Uznanie, że nasze działania mogą wiele zmienić i że faktycznie tak się dzieje, stanowi zasadniczy warunek uzyskania wsparcia inwestycyjnego i politycznego. To nie znaczy, że nasze sprawozdanie nie wskazuje na liczne obszary budzące niepokój Unii Europejskiej. Jednym z przykładów jest stały wzrost zażywania kokainy oraz znaczne zróżnicowanie, jakie nadal istnieje między poszczególnymi krajami w zakresie dostępności i jakości usług przeznaczonych dla osób z problemami. Dlatego musimy uznać, że choć poczyniono postępy, pozostało jeszcze wiele do zrobienia. Co ważne, dzisiaj w Europie – bardziej niż kiedykolwiek w przeszłości – występuje większa zgodność co do kierunku, w którym należy podążać.

Marcel Reimen
Przewodniczący, Zarząd EMCDDA

Wolfgang Götz
Dyrektor, EMCDDA



Podziękowania

EMCDDA dziękuje za pomoc w opracowaniu niniejszego sprawozdania:

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

Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox

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

Dane kontaktowe krajowych punktów kontaktowych zamieszczono na stronie:

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



Wprowadzenie

Niniejsze sprawozdanie roczne sporządzono na podstawie sprawozdań krajowych udostępnionych EMCDDA przez państwa członkowskie UE, państwa kandydujące oraz Norwegię (biorącą udział w pracach EMCDDA od 2001 r.). Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2006 r. (lub ostatniego roku, dla którego dostępne są dane). Informacje graficzne i tabele zawarte w niniejszym sprawozdaniu mogą odnosić się do określonych grup państw UE. Wybór dokonywany jest spośród tych państw, które udostępniają informacje za dany okres.

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

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

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

Analiza tendencji jest oparta tylko na tych krajach, które dostarczają danych wystarczających do określenia zmian w badanym okresie. Dane dotyczące 2005 r. mogą zastępować brakujące liczby za 2006 r. w analizie kształtowania się danych dotyczących rynku narkotykowego; w przypadku analizy pozostałych tendencji można interpolować brakujące dane. Tendencje cenowe uwzględniają inflację na poziomie krajowym.

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

Dalsze informacje na temat danych i metod analitycznych dostępne są w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Sprawozdanie roczne w 23 językach znajduje się w witrynie internetowej, skąd można je pobrać.

Biuletyn statystyczny za 2008 r. (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) zawiera pełny zestaw tabel źródłowych, na których oparta jest analiza statystyczna. Ponadto w wersji elektronicznej zawarto dodatkowe informacje o zastosowanej metodologii oraz około 100 dodatkowych wykresów statystycznych.

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

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



Komentarz

Sytuacja narkotykowa w Europie – nowe perspektywy i niektóre stare realia

Mocny głos z Europy w roku ważnym z punktu widzenia refleksji i tworzenia polityki

W 2008 r. w Europie przeprowadzono ocenę planu działania w zakresie narkotyków na lata 2005–2008 oraz prowadzono prace przygotowawcze do nowego planu mającego na celu realizację strategii UE w zakresie narkotyków w drugim okresie (2009–2012). W tym samym czasie 13 państw członkowskich ponownie opracowywało lub dokonywało przeglądów swoich krajowych strategii i planów działań antynarkotykowych. W perspektywie międzynarodowej na ten rok przypada 10-letni przegląd deklaracji i planów działania przyjętych podczas 20. sesji nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego NZ (UNGASS). Z tego powodu 2008 r. będzie bezprecedensowym rokiem dla europejskiej i globalnej refleksji nad dotychczasowymi wynikami polityki antynarkotykowej oraz kierunkami działań w przyszłości.

W Europie widać coraz większą zgodność w sposobie przyjmowania przez państwa członkowskie krajowych strategii antynarkotykowych i w udziale tych krajów w globalnej debacie na temat narkotyków. Wszystkie państwa członkowskie UE, z wyjątkiem jednego, mają obecnie krajowe dokumenty dotyczące polityki antynarkotykowej, a około połowy z nich opracowuje teraz te dokumenty wokół założeń podobnych do przyjętych w unijnym planie działania, co wskazuje na coraz większą zgodność polityk dotyczących sposobów rozwiązywania problemów narkotykowych w Europie. Państwa członkowskie UE, wspierane przez Komisję, prezentowały coraz bardziej zgodne stanowisko UE w trwających dyskusjach towarzyszących przeglądowi UNGASS. W głosach Europy w tych debatach położono nacisk na potrzebę wszechstronnych, wyważonych i opartych na dowodach polityk i działań oraz na wartość sprawniejszego monitorowania globalnego problemu narkotykowego w okresie po UNGASS.

Zażywanie narkotyków i stosowanie sankcji karnych: złożony obraz

W ostatnich latach EMCDDA donosiło o pojawiającej się w państwach europejskich tendencji do wprowadzania w krajowym prawie antynarkotykowym większego rozróżnienia między osobami handlującymi narkotykami

lub sprzedającymi je a osobami zażywającymi środki odurzające. To rozróżnienie znalazło odzwierciedlenie w zmniejszeniu kar za zażywanie narkotyków w niektórych krajach, chociaż inne kraje nie podjęły kroków w celu zmniejszenia kar lub nawet zwiększyły je. W praktyce dokonanie rozróżnienia między dostawcą a zażywającym jest często trudne i definicja podziału na te dwie kategorie w poszczególnych państwach członkowskich jest silnie zróżnicowana.

Pogląd, że kraje europejskie w mniejszym stopniu stosują teraz sankcje karne, nie znajduje potwierdzenia w dostępnych danych. W ciągu ubiegłych pięciu lat w Europie wzrosła liczba odnotowanych przestępstw związanych z narkotykami. Większość zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami dotyczy w większym stopniu zażywania i posiadania na własny użytek niż dostarczania, i podczas gdy liczba przestępstw związanych ze sprzedażą wzrosła o 12%, to liczba przestępstw związanych z posiadaniem o ponad 50%. Pochodne konopi indyjskich nadal są narkotykiem najczęściej związanym z naruszeniem prawa antynarkotykowego.

Przyczyny wzrostu liczby przestępstw związanych z naruszeniem prawa antynarkotykowego nie są jasne i można je nawet łączyć z ewentualnością, że w niektórych krajach z administracyjnego punktu widzenia łatwiej jest wydać wyrok skazujący za posiadanie. Jednak dane nie potwierdzają wyrażanego przez niektórych poglądu, że w ostatnich latach zmniejszyło się prawdopodobieństwo oskarżenia o przestępstwo związane z narkotykami w odniesieniu do osób zażywających narkotyki, a szczególnie zażywających pochodne konopi indyjskich. Co więcej, zakres, w jakim zmieniły się sankcje stosowane za posiadanie narkotyków, nie jest jasny i EMCDDA będzie w przyszłym roku badać tę kwestię jako wybrane zagadnienie.

Nowe badania nad postawami młodych ludzi wobec zażywania narkotyków

W przeprowadzonych niedawno badaniach Eurobarometru sprawdzano postawy młodych ludzi wobec narkotyków oraz ich postrzeganie i stwierdzono znaczną zbieżność

w różnych krajach. Zagrożenia związane z zażywaniem narkotyków, takich jak heroina, kokaina i ecstasy były ogólnie ocenione jako wysokie przez grupę od 81 do 96% badanych. Zdecydowana większość respondentów (95%) uważa, że narkotyki te nadal powinny podlegać kontroli w Europie. Opinie dotyczące pochodnych konopi indyjskich były jednak bardziej zróżnicowane; 40% ankietowanych uważało, że narkotyki te stwarzają duże zagrożenie, podczas gdy mniej więcej taka sama liczba badanych (43%) twierdziła, że zażywanie pochodnych konopi indyjskich stanowi „średnie zagrożenie dla zdrowia”, w dużej mierze zbliżone do zagrożeń związanych z paleniem tytoniu. Postrzeganie zagrożeń dla zdrowia związanych z zażywaniem konopi indyjskich znalazło odzwierciedlenie w niższym poziomie poparcia dla utrzymania zakazu dotyczącego konopi indyjskich (67%) i w opinii wyrażanej przez znaczącą mniejszość badanych (31%), że w stosunku do pochodnych konopi indyjskich powinny obowiązywać podobne regulacje jak w przypadku wyrobów alkoholowych i tytoniowych.

Zapobieganie zażywaniu narkotyków: rośnie baza dowodowa, ale praktyka zmienia się wolno

Mimo prawie powszechnego poparcia dla zapobiegania zażywaniu narkotyków formalne oceny w tej dziedzinie stanowią wyzwanie z metodologicznego punktu widzenia i, historycznie rzecz biorąc, dostępne materiały pozwalające na wykazanie skuteczności działań interwencyjnych w tej dziedzinie są ograniczone. Sytuacja ta ulega zmianie, ponieważ wciąż poszerzane są podstawy naukowe działań zapobiegawczych i prowadzone są bardziej rygorystyczne badania. Chociaż nadal często trzeba korzystać z wyników badań amerykańskich, których adekwatność do warunków europejskich może być dyskusyjna, coraz obszerniejszy jest zbiór opracowań europejskich. Dostępne obecnie informacje łącznie pozwalają lepiej zrozumieć, jakie rodzaje działań mają szansę okazać się skuteczne i jak dotrzeć do osób najbardziej zagrożonych. Niemniej jednak nowe dane sugerują, że w wielu krajach nadal dominuje podejście, które często nie ma solidnej bazy dowodowej, i w niektórych przypadkach obejmuje działania, których skutek może być nawet odwrotny do zamierzonego. Wyzwaniem dla osób odpowiedzialnych za tworzenie polityki może być fakt, iż te programy, o których wiadomo, że przynoszą korzyści, często wymagają zarówno większych nakładów, jak i zwrócenia większej uwagi na szkolenie i kontrolę jakości.

W celu wspierania transferu wiedzy i najlepszych praktyk w dziedzinie narkotyków w 2008 r. EMCDDA uruchomiło portal internetowy poświęcony najlepszym praktykom.

Portal, w którym jest też moduł poświęcony zapobieganiu, oferuje przegląd najbardziej aktualnych materiałów dotyczących skuteczności i wydajności programów, a także narzędzi i standardów mających na celu poprawę jakości działań interwencyjnych. Przedstawiono także przykłady ocenionych praktyk z całej Europy.

Leczenie uzależnienia od narkotyków: większy nacisk na wyniki i potrzeby pacjentów

W ostatnich latach znacznie zwiększyła się liczba osób zażywających narkotyki leczonych z uzależnienia, a w wielu krajach znaczący odsetek pacjentów problemowo zażywających opiaty objęto długoterminowym leczeniem zastępczym. Tendencja ta doprowadziła do poszerzenia dostępnych form leczenia farmaceutycznego i spowodowała większe zainteresowanie jakością i wynikami leczenia, a nie samym faktem podejmowania leczenia, jako podstawowym przedmiotem polityki. W szczególności debata przesunęła się w kierunku dyskusji na temat tego, co stanowi realistyczny długoterminowy cel leczenia zastępczego i w jakim stopniu można doprowadzić do ponownej społecznej integracji pacjentów i umożliwić im powrót do normalnego życia. Podjęcie zatrudnienia jest jednym z najważniejszych elementów skutecznej reintegracji w społeczeństwie i wiadomo, że ma ono dużą wartość prognostyczną. Jednak ponowne wejście na rynek pracy jest często trudne przy niewielkich umiejętnościach i niskim poziomie wykształcenia, co cechuje wielu pacjentów z ogólnie starzejącej się populacji osób nałogowo zażywających narkotyki w Europie przechodzących długoterminowe leczenie. Osiągnięcie porozumienia w sprawie tego, czym są pomyślne wyniki leczenia osób od dawna borykających się z problemem narkotykowym i do jakiego stopnia można członków tej populacji z powodzeniem ponownie włączyć w społeczeństwo, staje się coraz ważniejszą kwestią dla europejskich służb leczenia odwykowego.

Chociaż w Europie nadal obserwuje się wzrost dostępności leczenia, istnieją znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi krajami w dostępie do opieki lub w zakresie, w jakim służby zajmują się różnymi typami problemów narkotykowych. Ponadto powszechne uznanie znaczenia zapewnienia możliwości leczenia odwykowego osobom przebywającym w więzieniach powinno pociągać za sobą nakłady na usługi w tej dziedzinie, które w większości krajów są nadal słabo rozwinięte. Ważnym wyzwaniem dla służb leczenia odwykowego w Europie jest konieczność opracowania modeli opieki dostosowanej do potrzeb bardziej zróżnicowanej populacji osób zażywających narkotyki. W świetle ogólnych doświadczeń nie ma dowodów wskazujących na jedno najlepsze podejście, w niektórych krajach europejskich

opracowuje się interesujące nowe metody leczenia pacjentów zażywających pochodne konopi indyjskich lub kokainę. Złożone problemy spowodowane różnymi schematami zażywania więcej niż jednego narkotyku, w tym alkoholu, stanowią wyzwanie dla rozwoju usług terapeutycznych. Jest więc prawdopodobne, że w ramach usług leczenia odwykowego w Europie trzeba będzie opracować w przyszłości bardziej różnorodny zestaw sposobów reagowania, jeśli mają one być odpowiedzią na coraz bardziej zróżnicowane potrzeby pacjentów.

Wyraźniejsze sygnały, że popularność zażywania pochodnych konopi indyjskich może spadać

Ostatnie dane z badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach i wśród populacji dorosłych sugerują, że zażywanie pochodnych konopi indyjskich ogółem ustabilizowało się lub spada w niektórych krajach. W poszczególnych krajach widać różne tendencje i wyraźne różnice. Znajduje to odzwierciedlenie w tendencjach średnioterminowych, przy czym w krajach, w których narkotyki są mniej rozpowszechnione, często obserwuje się wzrost, w wielu innych krajach sytuacja jest stabilna, a spadek zanotowano w niektórych krajach o większym rozpowszechnieniu narkotyków.

Spadek rozpowszechnienia jest najbardziej widoczny wśród młodszych grup wiekowych. Dane z badań prowadzonych w szkołach w ramach najnowszego badania nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci w wieku szkolnym wskazują na stabilną lub malejącą tendencję zażywania narkotyków przez uczniów w wieku 15 lat w większości krajów w latach 2001–2006. Wstępne sprawozdania sugerują też, że obraz ten może potwierdzić ostatnia seria badań ESPAD (europejskiego projektu badań ankietowych w szkołach dotyczących alkoholu i innych narkotyków), którego wyniki powinny zostać opublikowane pod koniec 2008 r. W Zjednoczonym Królestwie – kraju zwykle wyróżniającego się dużym rozpowszechnieniem zażywania pochodnych konopi indyjskich – widać teraz stałą tendencję spadkową, a jest ona najbardziej wyraźna w grupie wiekowej od 16 do 24 lat. Powody, dla których zażywanie pochodnych konopi indyjskich może stawać się coraz mniej popularne wśród młodych ludzi, nie są dobrze udokumentowane, chociaż mogą one wiązać się z ewentualnymi zmianami w postrzeganiu zagrożeń kojarzonych z zażywaniem tego narkotyku. Niektórzy komentatorzy sugerowali, że spadek popularności zażywania konopi indyjskich można łączyć ze zmianami postaw wobec palenia papierosów. W Europie konopie są często palone w połączeniu z tytoniem, a programy zapobiegania narkotykom coraz częściej zajmują się konsekwencjami zdrowotnymi

Krótkie zestawienie danych szacunkowych dotyczących zażywania narkotyków w Europie

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

Konopie indyjskie

Przynajmniej jednokrotne zażycie: co najmniej 71 mln (22% dorosłych Europejczyków).

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

Zażycie w ciągu ostatniego miesiąca: ponad 12 mln Europejczyków.

Różnice między krajami pod względem zażywania narkotyku w ciągu ostatniego roku: ogólna rozpiętość: od 0,8 do 11,2%.

Kokaina

Przynajmniej jednokrotne zażycie: co najmniej 12 mln (3,6% dorosłych Europejczyków).

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

Zażycie w ciągu ostatniego miesiąca: około 2 mln osób.

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

Ecstasy

Przynajmniej jednokrotne zażycie: około 9,5 mln osób (2,8% dorosłych Europejczyków).

Zażycie w ciągu ostatniego roku: ponad 2,6 mln, czyli jedna trzecia osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz.

Zażycie w ciągu ostatniego miesiąca: ponad 1 mln osób.

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

Amfetaminy

Przynajmniej jednokrotne zażycie: prawie 11 mln osób (3,3% dorosłych Europejczyków).

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

Zażycie w ciągu ostatniego miesiąca: poniżej 1 mln osób.

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

Opiaty

Problemowe zażywanie opiatów: od jednego do sześciu przypadków na populację 1 tys. dorosłych.

W latach 2005–2006 zgony spowodowane przez narkotyki stanowiły 3,5% wszystkich zgonów Europejczyków w wieku od 15 do 39 lat, przy czym około 70% tych przypadków związanych było z opiatami.

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

Ponad 600 tys. osób zażywających opiaty zostało poddanych leczeniu zastępczemu w 2006 r.

zarówno zażywania nielegalnych, jak i legalnych substancji.

Mimo najnowszych tendencji poziom zażywania pochodnych konopi indyjskich w Europie jest nadal wysoki w porównaniu ze standardami historycznymi i w wielu krajach znaczna liczba osób regularnie i intensywnie zażywa narkotyki; są to głównie młodzi mężczyźni. Tendencje dotyczące liczby osób regularnie i intensywnie zażywających pochodne konopi indyjskich mogą rozwijać się niezależnie od tendencji zażywania tego narkotyku wśród populacji ogólnej i trzeba uważniej przyrzeć się tym schematom zażywania i problemom związanym z nimi.

Krajowa produkcja konopi indyjskich: wielka niewiadoma

Żywica konopna historycznie jest dominującym produktem w wielu państwach członkowskich UE, a Europa Zachodnia pozostaje ogólnie głównym globalnym konsumentem tej formy narkotyku. Jednak w Europie wzrasta krajowa produkcja marihuany i zjawisko to w dużym stopniu pozostaje niewykryte. Większość krajów informuje obecnie o lokalnej produkcji, której wielkość może wahać się od kilku roślin uprawianych na własny użytek do plantacji na dużą skalę w celach handlowych.

Zakres i względny udział krajowej produkcji w rynku marihuany nie jest znany i w związku z tym EMCDDA prowadzi badania mające określić rynek tego narkotyku w Europie. Nasila się także debata na temat konsekwencji zmian na rynku pochodnych konopi indyjskich. Słychać głosy zaniepokojenia negatywnym wpływem miejsc produkcji marihuany na lokalne społeczności ze względu na wzrost przestępczości, a także faktem, że marihuana krajowej produkcji charakteryzuje się zazwyczaj dużą siłą działania. Lokalna produkcja stanowi także wyzwanie dla organów ścigania, ponieważ miejsca produkcji znajdują się zwykle blisko konsumenta, stosunkowo łatwo je ukryć i nie wymagają transportu narkotyków przez granice państwowe.

Nadal wzrasta zażywanie kokainy na podzielonym europejskim rynku narkotyków pobudzających

Narkotyki pobudzające stanowią w Europie poważny element nie tylko w schematach zażywania występujących wśród populacji nałogowo zażywającej narkotyki i zmarginalizowanej populacji osób zażywających narkotyki problemowo, ale także wśród lepiej społecznie zintegrowanych grup młodych ludzi, którzy zażywają narkotyki w celach bardziej rozrywkowych. Jednak schematy zażywania narkotyków pobudzających są w Europie zróżnicowane: kokaina jest obecnie

najpowszechniej zażywanym narkotykiem pobudzającym w wielu krajach Europy Południowej i Zachodniej i jej zażywanie cały czas rośnie. Za to wskaźniki dotyczące zażywania amfetaminy i ekstazy pokazują ogólnie stabilną sytuację lub tendencję spadkową. Niemniej jednak amfetaminy nadal są najpowszechniej zażywanymi narkotykami stymulującymi w większości krajów Europy Środkowej, Północnej i Wschodniej, gdzie w niektórych przypadkach stanowią poważną część problemu narkotykowego. Zażywanie metamfetaminy jest rzadkie poza Republiką Czeską i Słowacją, chociaż informacje o dostępności lub zażywaniu tego narkotyku są sporadycznie zgłaszane przez inne kraje.

Ponieważ istnieją podobieństwa zarówno w sytuacjach, w których zażywa się różne narkotyki pobudzające, jak i w uzasadnianiu ich zażywania, do pewnego stopnia można te substancje uważać za produkty konkurencyjne na europejskim rynku narkotyków. Sugerowałoby to, że w działaniach interwencyjnych oprócz zajmowania się poszczególnymi substancjami należałoby traktować narkotyki pobudzające raczej jako grupę, a nie tylko jako odrębne problemy. Ta sprawa jest ważna, gdyż środki skierowane na ograniczenie dostępności jednej z tych substancji mogą okazać się chybione, jeżeli w ich wyniku konsumenci po prostu przestawią się na produkty alternatywne.

Zmiany w produkcji narkotyków syntetycznych w Europie zwiększają obawy o koszty środowiskowe

Kraje europejskie pozostają głównymi producentami amfetamin i MDMA, chociaż względna pozycja Europy mogła ulec osłabieniu, jako że wzrosła produkcja w innych miejscach. Zwykle co roku wykrywa się od 70 do 90 punktów produkcji narkotyków, skoncentrowanych głównie w kilku krajach Europy Zachodniej i Wschodniej. Dane organów ścigania sugerują, że produkcja narkotyków syntetycznych, w tym metamfetaminy, może stawać się bardziej złożona ze względu na coraz większą skalę produkcji z wykorzystaniem większych pojemników do przeprowadzania reakcji, urządzeń przemysłowych lub urządzeń dostosowanych do indywidualnych potrzeb oraz jednostek przenośnych.

Wzrost wielkości typowych partii produkcyjnych może spowodować nasilenie problemu odprowadzania odpadów. Zazwyczaj przy produkcji jednego kilograma amfetaminy lub MDMA powstaje od 15 do 20 kg odpadów, w tym toksyczne i łatwopalne substancje chemiczne stwarzające zagrożenie dla środowiska. Koszty w aspekcie szkód dla środowiska i oczyszczania miejsc wykorzystywanych do nielegalnego składowania

odpadów powstałych przy produkcji narkotyków syntetycznych mogą być znaczne.

Transport kokainy przez Afrykę Zachodnią: obszar obaw i działań

Ponieważ w Europie zażywa się coraz więcej kokainy, podejmowane są większe wysiłki w zakresie zakazu handlu kokainą. Stale wzrasta ilość przechwyconej kokainy i liczba konfiskat – rocznie konfiskuje się teraz ponad 120 ton, z czego więcej niż trzy czwarte w Hiszpanii i Portugalii. Utworzenie w Lizbonie Ośrodka Analiz i Operacji Morskich – Narkotyki (MAOC-N), odgrywającego ważną rolę w koordynowaniu działań zakazowych i wymianie informacji wywiadowczych przez państwa członkowskie zaangażowane w prace Ośrodka, wspomogło starania na rzecz zwalczania przemytu kokainy do Europy.

Chociaż kokaina przywożona jest do Europy wieloma drogami, przemyt przez kraje Afryki Zachodniej wzrósł dramatycznie i obecnie jest to najważniejsza droga przerzutu kokainy przeznaczonych na rynek europejski. Taka sytuacja może potencjalnie zdestabilizować i osłabić wyniki działań podejmowanych w rejonie, w którym już występuje wiele wyzwań o charakterze społecznym, zdrowotnym i politycznym. Zwłaszcza dochody generowane przez handel kokainą mogą z dużym prawdopodobieństwem osłabić system wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych i sprzyjać korupcji. Unia Europejska i jej państwa członkowskie współpracują z krajami Afryki Zachodniej w celu opracowania wielu różnych środków przeciwdziałania temu rosnącemu zagrożeniu.

Problemy związane z heroiną nie maleją, a doniesienia wskazują na wzrost zażywania opiatów syntetycznych

Najnowsze szacunki wskazują, że potencjalna globalna produkcja heroiny nadal wzrastała, osiągając poziom prawie 733 ton. Jednak trudno jest zmierzyć wpływ tego wzrostu na dostępność i zażywanie tego narkotyku w Europie. Dostępne dane nie sprzyjają wyciągnięciu wniosków w tej dziedzinie. Przykładem może być fakt, że ilość heroiny przechwyconej w Unii Europejskiej nieco zmalała, lecz zrównoważył ją znaczny wzrost konfiskat w Turcji.

Nie ma mocnych dowodów sugerujących gwałtowny wzrost problemów związanych z heroiną, podobnych do problemu, jaki wystąpił w wielu częściach Europy w latach 90.; ogólnie dane wskazują na stabilność tego problemu, ale nie ma już tendencji spadkowej. Zażywanie heroiny samo w sobie pozostaje w Europie poważnym problemem dla zdrowia publicznego i nadal pochłania

znaczny odsetek łącznych kosztów opieki zdrowotnej i społecznej związanych z zażywaniem narkotyków. Dane sugerują, że 60% osób leczonych w Europie odwykowo to osoby zażywające opiaty, głównie heroinę. Wśród osób po raz pierwszy podejmujących leczenie względny odsetek pacjentów zażywających opiaty – ale nie ich rzeczywista liczba – zmniejszył się, ale wydaje się, że obecnie ta tendencja wyrównała się. I chociaż są dowody, że populacja osób zażywających opiaty w Europie powoli się starzeje, dane sugerują, iż znajdują się nowi chętni i to w tempie, które sprawi, że w przewidywalnej przyszłości zakres tego problemu nie zmniejszy się w istotny sposób.

Inaczej niż można by przypuszczać, biorąc pod uwagę sytuację w Afganistanie, wydaje się, że problemy z opiatami syntetycznymi zarówno wcześniej stosowanymi legalnie, jak i produkowanymi nielegalnie, stają się coraz powszechniejsze w niektórych krajach. Na Łotwie, Litwie i w Estonii na przykład obserwuje się narastanie problemu spowodowanego dostępnością 3-metylfentanylu wytwarzanego nielegalnie poza UE. Ze względu na siłę działania tego narkotyku (fentanyl ma znacznie większą siłę działania niż heroina) jego zażywanie może być niezwykle niebezpieczne, co znalazło odzwierciedlenie w ponad 70 przypadkach śmiertelnych zatruc fentanylem odnotowanych w Estonii w 2006 r. W innych krajach obserwuje się rosnącą liczbę osób poszukujących pomocy z powodu problemów związanych z zażywaniem opiatów, które – jak się wydaje – pierwotnie były przeznaczone do celów terapeutycznych, a to przyczynia się do zwiększania problemu zażywania więcej niż jednego narkotyku, co jest teraz charakterystyczne dla nałogowego zażywania narkotyków w niektórych częściach Europy.

Dożylne przyjmowanie narkotyków i HIV: obraz ogólnie pozytywny, ale istnieją duże różnice między poszczególnymi krajami

Ponad 40% wszystkich osób zażywających heroinę podejmujących leczenie ambulatoryjne stwierdza, że wstrzykiwali narkotyk dożylnie, co oznacza, iż ten szczególnie szkodliwy sposób przyjmowania nadal jest ważną kwestią zdrowotną w Europie. Dożylne przyjmowanie narkotyków łączy się z wieloma różnymi problemami, m.in. rozprzestrzenianiem się zakażeń przenoszonych przez krew, w tym zakażeń wirusem HIV i wirusowym zapaleniem wątroby typu C, ale nie ogranicza się do nich. Zmiana odsetka osób przyjmujących narkotyki dożylnie wśród pacjentów podejmujących leczenie sugeruje, że w wielu krajach obserwuje się ogólną tendencję odchodzenia od przyjmowania dożylnego, chociaż dane ujawniają wyraźne różnice regionalne i krajowe. W niektórych

krajach, zwłaszcza w Europie Wschodniej, dożylnie wstrzykiwanie narkotyków pozostaje głównym sposobem przyjmowania heroiny i przynajmniej do tego ponad 80% rozpoczynających leczenie pacjentów zażywających heroinę. Wydaje się, że nadal mamy do czynienia ze stosunkowo wysokim poziomem inicjacji w niektórych państwach członkowskich, na co wskazują wyniki badań wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie, gdzie obserwuje się stosunkowo duży odsetek młodych osób rozpoczynających dożylnie przyjmowanie narkotyków.

Ogólnie wskaźnik nowych zakażeń wirusem HIV maleje w Europie od czasu maksymalnego wzrostu na początku bieżącej dekady, kiedy w niektórych krajach obserwowano ograniczone miejscowo epidemie. Wydaje się, że spadek dożylnego przyjmowania przy wzroście dostępności leczenia i działań na rzecz ograniczania szkód spowodował ogólną poprawę sytuacji; tam gdzie obserwuje się wzrost nowych zakażeń, nie jest on duży. Jednak nadal istnieją znaczne różnice między poszczególnymi krajami. Chociaż dane wskazują na poprawę sytuacji w Estonii, na Łotwie i w Portugalii, w tych krajach nadal odnotowuje się nieproporcjonalnie wysoki wskaźnik nowych zakażeń, i to w tych krajach pojawia się znaczny odsetek wszystkich nowych przypadków zakażeń wirusem HIV w Europie przypisywanych dożylnemu zażywaniu narkotyków. Dane z badań regionalnych lub lokalnych sugerują także, że przenoszenie zakażeń wirusem HIV nadal jest problemem w Hiszpanii i we Włoszech, chociaż brak krajowych danych o odnotowanych przypadkach sprawia, że trudno jest śledzić tendencje w tych krajach. W innych miejscach nadal występują ryzykowne zachowania i potencjalnie może dojść do nowych epidemii, co zdecydowanie wskazuje na konieczność zachowania czujności: na przykład w Bułgarii odnotowano 34 nowe przypadki w 2006 r., a w latach 2000–2003 praktycznie nie było tam przypadków zgłoszenia zakażeń.

Zgony związane z narkotykami: znaczne obciążenie dla zdrowia publicznego

EMCDDA monitoruje śmiertelne zatrucia przypisywane bezpośrednio zażywaniu narkotyków (zgony spowodowane przez narkotyki). W Europie co roku odnotowuje się średnio od 7 tys. do 8 tys. zgonów spowodowanych przez narkotyki, a ponieważ wiadomo, że dane te są zaniżone, liczba ta jest minimalną wartością szacunkową. Opiaty, głównie heroina, to narkotyki najczęściej łączone z przedawkowaniem, chociaż dotyczy to też innych narkotyków i alkoholu. Na początku tej dekady przez kilka lat można było obserwować tendencję spadkową zgonów spowodowanych narkotykami, ale teraz liczby uległy ustabilizowaniu.

Przyczyny tej sytuacji nie są jasne, co wskazuje na potrzebę dalszych badań zarówno nad czynnikami związanymi z przedawkowaniem, jak i skutecznością środków zapobiegawczych. Na szczególne ryzyko mogą być narażone osoby zażywające narkotyki wychodzące z więzienia; niedawne badania ujawniły wskaźniki śmiertelności osiem do dziesięciu razy wyższe niż można było się spodziewać. Ogólnie zapobieganie przedawkowaniu jest nadal dziedziną wymagającą zwiększenia nakładów.

Badania wykazały także, że ogólny wskaźnik śmiertelności wśród osób zażywających narkotyki, kiedy pod uwagę bierze się również choroby, wypadki i przemoc, jest do pięćdziesięciu razy wyższy niż w populacji ogólnej. W związku z tym potrzebne są nakłady na dobrze zaprojektowane badania kohortowe, które umożliwią lepsze poznanie przyczyn i zakresu śmiertelności związanej z narkotykami oraz zbadanie zróżnicowanych zagrożeń, np. dotyczących osób zwalnianych z więzień lub porzucających leczenie.

Internet i innowacje rynkowe wyzwaniem dla polityki antynarkotykowej

Niedawne badania EMCDDA wykazały, że sklepy internetowe w Europie sprzedają ponad 200 naturalnych, półsyntetycznych i syntetycznych produktów psychoaktywnych. Wiele z tych substancji zalicza się do kategorii „legalnych używek” lub „ziołowych używek” i są one reklamowane jako substancje alternatywne wobec substancji podlegających kontroli, chociaż ich rzeczywisty status prawny może być różny w różnych państwach Europy. Sprawozdania sugerują, że liczba internetowych punktów sprzedaży detalicznej tych produktów rośnie i że przystosowują się one bardzo szybko do prób kontrolowania rynku, na przykład przez wprowadzanie nowych produktów. Ponadto apteki internetowe i internetowe punkty sprzedaży detalicznej oferujące substancje psychoaktywne w celach pozornie legalnych również stają się potencjalnie nowymi drogami sprzedaży nielegalnych narkotyków. Podsumowując, sprzedaż przez Internet stanowi teraz poważne wyzwanie zarówno dla międzynarodowej, jak i krajowej polityki antynarkotykowej oraz mechanizmów kontroli. Biorąc pod uwagę szybkość, z jaką mogą być wprowadzane i rozprowadzane nowe produkty, monitorowanie działań w Internecie staje się ważnym obszarem, którym należy się zająć.

Rosnące znaczenie dialogu ze społeczeństwem obywatelskim

Problemy narkotykowe powiązane są z wieloma innymi kwestiami społecznymi i zdrowotnymi.

W związku z tym skuteczne działania interwencyjne w tej dziedzinie wymagają zbudowania szerokiego sojuszu uczestników, a wsparcie środowisk, w których są realizowane, może przynieść im korzyści. Ta koncepcja znajduje odzwierciedlenie w rosnącym przekonaniu, że w debacie politycznej trzeba uwzględnić głosy społeczeństwa obywatelskiego. Z myślą o tym celu niedawno podjęto kilka działań w ramach europejskich dyskusji o narkotykach. Jednym z najważniejszych jest utworzenie przez Komisję Europejską forum społeczeństwa obywatelskiego, dzięki któremu doświadczenia z pierwszej linii będą mogły zostać spożytkowane w procesie opracowywania nowej strategii UE w zakresie narkotyków i zostaną wykorzystane w ocenie planu działania UE w zakresie narkotyków. Znaczenie konsultowania się z przedstawicielami organizacji pozarządowych i społeczności lokalnych zostało dostrzeżone także w strategii antynarkotykowej UE i poruszone w sprawozdaniu przyjętym przez Parlament Europejski w marcu 2008 r. potwierdzającym fundamentalną rolę społeczeństwa obywatelskiego w opracowywaniu, realizowaniu, ocenie i monitorowaniu polityk antynarkotykowych.

Europejskie badania związane z narkotykami i potrzeba ponadnarodowej współpracy

W ciągu ostatnich dziesięciu lat w Europie nastąpił silny rozwój badań związanych z narkotykami oraz wspierającej je infrastruktury (ośrodków badawczych, czasopism naukowych, mechanizmów finansowania), co przedstawiono w wybranych zagadnieniach dotyczących badań naukowych wydanych przez EMCDDA w 2008 r. Zjawiskiem mniej pozytywnym jest fakt, że temu postępowi nie towarzyszył porównywalny wzrost współpracy i koordynacji wysiłków badawczych związanych z narkotykami wśród państw członkowskich UE. Kwestia ta jest przedmiotem coraz większej uwagi, a Komisja Europejska zamówiła nowe badania, które mają przedstawić wykaz działań badawczych wraz z analizą porównawczą infrastruktury dostępnej w Europie i w innych regionach świata. W sprawozdaniu znajdują się zalecenia dotyczące możliwości poprawy współpracy na poziomie UE, wniesie ono też wkład w dyskusję na temat usprawnienia powiązań między możliwościami finansowania badań w Europie a potrzebami środowisk badawczych i politycznych.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Rozdział 1

Polityka i prawo

Wprowadzenie

W 2008 r. za ważną kwestię uznaje się politykę antynarkotykową. W tym roku zarówno ONZ, jak i Unia Europejska oceniają efekty polityki antynarkotykowej dotyczącej zażywania nielegalnych narkotyków i szkód przez nie powodowanych. Narody Zjednoczone dokonują przeglądu osiągnięć we wdrażaniu środków i w realizacji celów wytyczonych podczas sesji nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego NZ (UNGASS) poświęconej problemowi narkotyków na świecie. W 2008 r. w Europie odbywa się końcowa ocena aktualnego planu działania UE w zakresie narkotyków (2005–2008) oraz trwają prace nad projektem planu na lata 2009–2012. Ponadto bezprecedensowa liczba państw członkowskich dokonuje również w tym roku przeglądu własnych krajowych antynarkotykowych strategii i planów działania oraz projektów dokumentów dotyczących nowej polityki antynarkotykowej (1).

W następnym sprawozdaniu rocznym EMCDDA omówi ustalenia i zmiany mające miejsce w 2008 r. W tym roku rozdział 1 koncentruje się na niedawnych zmianach w polityce antynarkotykowej, przedstawia nowe dane dotyczące wydatków publicznych związanych z narkotykami, bada trzy konkretne wymiary przepisów antynarkotykowych – posiadanie na własny użytek, alternatywy dla karaniami i nacisk na ochronę ogółu społeczeństwa – oraz prezentuje najnowsze tendencje w zakresie przestępczości związanej z narkotykami. Rozdział zamyka przegląd badań naukowych związanych z narkotykami prowadzonych w państwach członkowskich UE.

Zmiany w polityce międzynarodowej i unijnej

10-letni przegląd UNGASS

W czerwcu 1998 r. w Nowym Jorku odbyła się 20. nadzwyczajna sesja Zgromadzenia Ogólnego NZ (UNGASS) w celu omówienia problemu narkotyków na świecie. Podczas tego „antynarkotykowego

szczytu” ustalono nowy program dla społeczności międzynarodowej i przyjęto trzy kluczowe dokumenty (2): deklarację polityczną, deklarację w sprawie wytycznych dotyczących ograniczania popytu na narkotyki oraz pięcioczęściową rezolucję obejmującą środki zmierzające do wzmocnienia współpracy międzynarodowej. Przyjmując deklarację polityczną, państwa członkowskie ONZ zobowiązały się do uzyskania do 2008 r. wymiernych wyników w zakresie ograniczania podaży nielegalnych narkotyków i popytu na te narkotyki.

Tegoroczna sesja Komisji ONZ ds. Środków Odurzających (CND) rozpoczęła przegląd postępów poczynionych w okresie 10 lat w realizacji zadań i celów wytyczonych podczas UNGASS w 1998 r. Sprawozdanie przedstawione przez Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) stwierdziło, że w ciągu ostatnich dziesięciu lat osiągnięto znaczny postęp, jednak w pewnych dziedzinach i regionach państwa członkowskie ONZ nie w pełni zrealizowały zadania i cele wymienione w deklaracji politycznej (3). Po tej ocenie ma nastąpić roczny okres podsumowań, podczas którego najpierw odbędą się dyskusje w międzyrządowych zespołach roboczych złożonych z ekspertów, a następnie na posiedzeniach międzysesyjnych. Umożliwi to poczynienie przygotowań do specjalnej dwudniowej sesji na wysokim szczeblu podczas obrad Komisji ds. Środków Odurzających w 2009 r., która podejmie decyzję w sprawie przyszłej deklaracji politycznej i ewentualnych środków.

Unia Europejska odgrywa aktywną rolę w przeglądzie UNGASS. Rezolucje przygotowane przez UE zostały przyjęte podczas obrad Komisji ds. Środków Odurzających w 2006 r. (49/1), w 2007 r. (50/12) i 2008 r. (51/4) i wszystkie zawierały wezwanie do naukowego i przejrzystego procesu dokonywania przeglądu. EMCDDA brało również udział w konsultacjach ekspertów, które były finansowane przez Komisję Europejską i organizowane przez Biuro

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

(2) <http://www.un.org/ga/20special/>

(3) <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

ONZ ds. Narkotyków i Przystępczości, i w tym kontekście dostarczyła przegląd strategii antynarkotykowych i sposobów reagowania na problem narkotyków w Europie od 1998 r.

Ocena planu działania UE w zakresie narkotyków

W grudniu 2007 r. Komisja Europejska przedstawiła drugą ocenę postępów poczynionych podczas wdrażania planu działania w zakresie narkotyków UE (2005–2008). W sprawozdaniu, które obejmuje dane pochodzące z państw członkowskich UE, EMCCDA, Europolu i Komisji Europejskiej, zawarta jest ocena zakresu realizacji środków planowanych na 2007 r. Do głównych wniosków wynikających z tej oceny należy stwierdzenie oznak konwergencji między antynarkotykowymi rozwiązaniami politycznymi przyjętymi przez państwa członkowskie. Wskazała ona również na trudności w gromadzeniu danych dotyczących działań na rzecz ograniczania podaży i ustaleniu związku niektórych planowanych działań ze wskaźnikiem wybranym do oceny ich wdrożenia.

Końcowa ocena bieżącego planu działania UE w zakresie narkotyków miała miejsce w 2008 r. w oparciu o dane wyjściowe dostarczone przez państwa członkowskie UE, Europol i EMCDDA. Na jesieni 2008 r. Komisja ma opublikować raport oceniający, a jego ustalenia wpłyną na kształt drugiego planu działania (2009–2012) w ramach aktualnej strategii UE w zakresie narkotyków (2005–2012).

Inne osiągnięcia UE

We wrześniu 2007 r. dokument: Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach⁽⁴⁾ w ramach finansowych na lata 2007–2013 i program dotyczący sądownictwa cywilnego i praw podstawowych zostały przyjęte przez Radę i Parlament Europejski. Ogólne cele programu to: profilaktyka narkotykowa i ograniczanie zażywania narkotyków, szkody wynikające z uzależnień i zażywania narkotyków, wkład w podniesienie poziomu informacji na temat zażywania narkotyków oraz wspomaganie działań podejmowanych na podstawie strategii UE w zakresie narkotyków (2005–2012). W ramach programu dostępna będzie kwota 21,35 mln euro na badania prowadzone przez Komisję, koszty operacyjne europejskich organizacji pozarządowych zajmujących się problemem narkotyków oraz projekty międzynarodowe. Możliwe jest również podejmowanie wspólnych działań

z innymi programami wspólnotowymi, na przykład z drugim programem wspólnotowego działania na rzecz zdrowia (2008–2013)⁽⁵⁾, który w części związanej z promocją zdrowia, obejmującej różne czynniki warunkujące zdrowie, uwzględni działania dotyczące nielegalnych narkotyków w konkretnych miejscach, takich jak szkoły i miejsca pracy.

W czerwcu 2006 r. Komisja Europejska wydała zieloną księgę dotyczącą roli społeczeństwa obywatelskiego w polityce antynarkotykowej, zgodnie z aktualnym planem działania antynarkotykowego w zakresie narkotyków. Następnie w 2007 r. miała miejsce procedura selekcji dotycząca nowego antynarkotykowego forum społeczeństwa obywatelskiego. Forum ma służyć jako platforma wymiany opinii i informacji między Komisją i organizacjami społeczeństwa obywatelskiego w UE, krajami kandydującymi, a w stosownych przypadkach krajami „europejskiej polityki sąsiedztwa”. W forum uczestniczy 26 organizacji reprezentujących szerokie spektrum poglądów. Pierwsze spotkanie miało miejsce w grudniu 2007 r., a następne w maju 2008 r., w celu omówienia oceny aktualnego planu działania antynarkotykowego UE i nowego planu działania.

Krajowe strategie antynarkotykowe

Nowe osiągnięcia

Nowe plany antynarkotykowe lub programy antynarkotykowe przyjęte zostały przez cztery państwa członkowskie UE (Republika Czeska, Estonia, Węgry, Finlandia), Turcję i Norwegię w drugim półroczu 2007 r. Wszystkie te dokumenty obejmują okresy trzy- lub czteroletnie i z wyjątkiem tureckiego planu działania zostały poprzedzone wcześniejszymi planami lub programami. W tym samym roku również Hiszpania przyjęła uzupełniający krajowy program przeciwko kokainie (2007–2010).

Na początku 2008 r. trzy dalsze państwa członkowskie przyjęły nowe dokumenty polityczne. Pierwszy włoski plan działania antynarkotykowego obejmuje okres jednego roku i ma po nim nastąpić czteroletni plan działania (2009–2012), który będzie zsynchronizowany z nowym planem działania antynarkotykowego UE. Pierwszy w historii maltański krajowy dokument dotyczący polityki antynarkotykowej, bez określenia ram czasowych, obejmuje blisko pięćdziesiąt działań planowanych do realizacji w nadchodzących latach.

⁽⁴⁾ Decyzja nr 1150/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25 września 2007 r. ustanawiająca na lata 2007–2013 program szczegółowy „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach” jako część programu ogólnego „Prawa podstawowe i sprawiedliwość” (Dz.U. L 257 z 3.10.2007, s. 23).

⁽⁵⁾ Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 (Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3).

I na koniec nowa brytyjska 10-letnia strategia antynarkotykowa (2008–2018) po raz pierwszy zawiera uzupełnienie w postaci trzyletniego planu działania (2008–2011), w którym określa się kluczowe działania przewidziane do wdrożenia w najbliższej przyszłości.

Większość krajowych dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej przyjętych pod koniec 2007 r. i na początku 2008 r. kładzie nacisk głównie na nielegalne narkotyki, a część zajmuje się także innymi substancjami, takimi jak alkohol, tytoń, leki i środki zwiększające wydolność psychofizyczną. Stanowi to odzwierciedlenie tendencji występującej w krajach europejskich, zgodnie z którą potwierdza się istnienie powiązań i podobieństw między zażywaniem substancji nielegalnych i legalnych, natomiast dokumenty dotyczące polityki antynarkotykowej rzadko w sposób kompleksowy zajmują się substancjami innymi niż nielegalne narkotyki⁽⁶⁾. Norwegia nadal jest wyjątkiem od tej reguły, ponieważ kwestie nielegalnych narkotyków i alkoholu stanowią integralną część przyjętego ostatnio przez nią planu działania. Liczne krajowe antynarkotykowe strategie i plany działania, jakie mają być opracowane na 2009 r., wraz z tymi, które ostatnio przyjęto, umożliwią EMCDDA zbadanie, czy utrzymuje się tendencja do coraz szerszego łączenia elementów dotyczących nielegalnych i legalnych narkotyków w krajowych politykach antynarkotykowych, określona w wybranych zagadnieniach opracowania z 2006 r.

Sytuacja ogólna

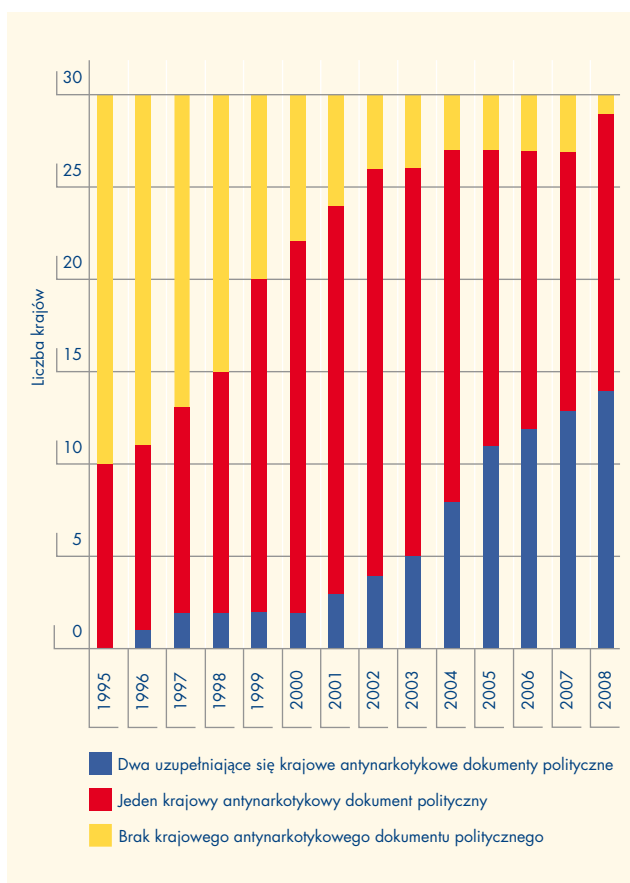
Austria jest obecnie jedynym państwem członkowskim UE, które nie przyjęło krajowej strategii antynarkotykowej ani planu działania, pomimo że wszystkie jej landy posiadają na poziomie regionalnym własne strategie bądź plany działania skierowane przeciwko narkotykom lub uzależnieniom. W pozostałych 26 państwach członkowskich, jak również w Chorwacji, Turcji i Norwegii, polityka antynarkotykowa określana jest w krajowych dokumentach dotyczących polityki antynarkotykowej. Dla porównania – w 1995 r. tylko 10 z wymienionych 30 krajów opracowało tego rodzaju instrument (wykres 1).

Konwergencję można również zauważyć w formacie antynarkotykowych strategii i planów działania. W krajowych dokumentach dotyczących polityki antynarkotykowej czternaście krajów zachowuje obecnie układ zbliżony do aktualnej struktury strategii antynarkotykowej UE i planu działania w tym zakresie. Co więcej, taka sama liczba krajów obecnie buduje własną krajową politykę antynarkotykową, korzystając z dwóch komplementarnych instrumentów: ram strategicznych i planów działania (wykres 1).

W 2000 r., gdy Unia Europejska zastosowała to podejście po raz pierwszy, tylko dwa państwa członkowskie dysponowały dwoma komplementarnymi dokumentami dotyczącymi polityki antynarkotykowej.

Zawartość dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej to kolejny obszar, w którym występują oznaki świadczące o konwergencji między państwami członkowskimi UE, Chorwacją, Turcją i Norwegią, przy czym stopniowo przybywa dowodów mówiących o wspólnych celach i wspólnych działaniach uwzględnianych w krajowych antynarkotykowych strategiach i planach działania przyjętych w różnych krajach. Z uwagi jednak na to, że kraje europejskie różnią się pod względem problemów narkotykowych, a także kontekstu politycznego, społecznego i gospodarczego, istniejąca różnorodność krajowych polityk antynarkotykowych – chociaż coraz mniejsza – przypuszczalnie utrzyma się w pewnym zakresie w przyszłości. Niektóre przykłady tego zróżnicowania przedstawiono w rozdziale 2.

Wykres 1: Tendencja w zakresie liczby krajów posiadających dokumenty polityczne w sprawie narkomanii w grupie złożonej z 27 państw członkowskich, Chorwacji, Turcji i Norwegii



Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

⁽⁶⁾ Patrz-Wybrane zagadnienia opracowania z 2006 r. – Europejska polityka antynarkotykowa: czy powinna wykraczać poza nielegalne narkotyki?.

Ocena

W 2008 r. 13 państw członkowskich UE zdołało ponownie opracować krajowe dokumenty dotyczące polityki antynarkotykowej lub zamierza dokonać przeglądu i ponownego opracowania tych dokumentów, dzięki czemu ten rok staje się czasem bezprecedensowej aktywności w dziedzinie tworzenia polityki na poziomie krajowym. W ślad za Włochami, Maltą i Zjednoczonym Królestwem – Irlandia wznowi strategię antynarkotykową w 2008 r.; Francja, Portugalia i Rumunia wznowią swoje plany działania antynarkotykowego; Bułgaria, Hiszpania, Cypr, Litwa i Słowacja wznowią zarówno strategię antynarkotykową, jak i plany działania w tym zakresie; i wreszcie Niderlandy, które dysponują najstarszym krajowym dokumentem dotyczącym polityki antynarkotykowej, zamierzają w 2008 r. opracować nowy dokument.

Coraz szerzej uznaje się w Europie konieczność uwzględnienia monitorowania i oceny jako istotnego elementu krajowych antynarkotykowych strategii i planów działania. Niemal wszystkie wyżej wymienione kraje przygotowały lub zamierzają przygotować ocenę postępu wdrażania antynarkotykowych strategii lub planów działania, a część z nich – na przykład Irlandia, Cypr i Portugalia – w 2008 r. może przygotować więcej dogłębnych ocen.

Państwa członkowskie UE różnią się jednak pod względem stosowanych metod i sposobów podejścia do oceny krajowych antynarkotykowych strategii oraz planów działania, istnieje więc konieczność ustalenia najlepszych praktyk w tej dziedzinie. Zwrócono na to uwagę we wrześniu 2007 r. podczas konferencji poświęconej ocenie, zorganizowanej przez Portugalię sprawującą przewodnictwo UE.

By odpowiedzieć na to wyzwanie, EMCDDA we współpracy z państwami członkowskimi bada możliwość opracowania europejskich wytycznych w tym zakresie.

Wydatki publiczne związane z narkotykami

Cztery państwa członkowskie UE (Republika Czeska, Irlandia, Polska, Portugalia) przedstawiły szczegółowe informacje na temat wydatków publicznych przeznaczonych na zwalczanie problemu narkotyków w 2006 r. (podsumowanie w tabeli 1). Dwa z tych czterech państw przedstawiły informacje na temat podziału wydatków związanych z narkotykami między administrację centralną i regionalną lub lokalną, co pozwoliło na porównanie roli odgrywanej przez różne sektory administracji rządowej. W krajach, dla których dane są dostępne, większość zgłoszonych wydatków publicznych związanych z narkotykami jest przyznawana na działania finansowane przez administrację centralną.

Jedenaście państw członkowskich podało dane szczegółowe na temat wydatków poniesionych przez państwo na niektóre działania podejmowane w związku z problemem narkotykowym. Kolejne dwa kraje przedstawiły orientacyjne dane szacunkowe dotyczące ogólnych wydatków publicznych związanych z narkotykami (Hiszpania, Malta), nie podając jednak informacji na temat działań, na jakie wydatkowano te pieniądze.

Obliczono, że w 2005 r. łączne wydatki publiczne związane z narkotykami poniesione przez kraje europejskie mieściły się w granicach od 13 do 36 mld euro (EMCDDA, 2007a). Wielkość tę oszacowano, ekstrapolując łączne wydatki publiczne związane

Tabela 1: Wydatki publiczne bezpośrednio przypisane narkomanii ⁽¹⁾ w wybranych państwach członkowskich UE

Kraj	Wydatki bezpośrednio przypisane, zgłoszone przez sektor rządowy (w euro)				Kwota ogółem wyrażona jako procent całkowitych wydatków publicznych ⁽²⁾ (%)
	Poziom centralny	Poziom regionalny	Poziom lokalny	Ogółem	
Republika Czeska	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irlandia ⁽³⁾	214 687 000	-	-	214 687 000	0,39
Polska	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugalia	75 195 175	-	-	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Wydatki publiczne wyraźnie bezpośrednio przypisane narkomanii w oficjalnej dokumentacji księgowej.

⁽²⁾ Całkowite ogólne wydatki rządowe w danym roku.

⁽³⁾ W Irlandii ministerstwa i agencje państwowe proszone są o zgłaszanie swoich rocznych wydatków związanych z narkotykami do koordynatora, którym jest Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs. W oficjalnej dokumentacji księgowej wydatki te niekoniecznie są bezpośrednio przypisane narkomanii.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe Reitox i Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

z problemem narkotykowym poniesione przez sześć krajów (Belgia, Węgry, Niderlandy, Finlandia, Szwecja, Zjednoczone Królestwo) na państwa pozostałe. Ostatnio zaproponowano skorygowaną wielkość szacunkową, z uwzględnieniem danych z dodatkowych krajów (Republika Czeska, Francja, Luksemburg, Polska, Słowacja) (EMCDDA, 2008d). Nowa szacowana wielkość wydatków publicznych związanych z narkotykami w Europie to 34 mld euro (przedział ufności 95%, od 28 do 40 mld euro), co stanowi równowartość 0,3% połączonego produktu krajowego brutto wszystkich państw członkowskich UE. Wynika z tego, że wydatki państwa na problem narkotykowy kosztują przeciętnego obywatela UE – 60 euro rocznie. Wielkości te muszą być jednak traktowane jako indykatywne ze względu na ograniczony zasób danych, na których zostały oparte.

Sprawozdania dotyczące kosztów społecznych zażywania narkotyków

Cztery państwa członkowskie przekazały dane na temat kosztów społecznych zażywania narkotyków (koszty bezpośrednie i pośrednie powodowane przez zażywanie narkotyków). Pomimo że te informacje mogą zapewnić pożyteczny wgląd w konsekwencje zażywania narkotyków w krajach, w których zostały zebrane, różnicowane metody ich gromadzenia i sposoby prezentacji wyników oznaczają, iż nie jest możliwe przeprowadzanie porównań między tymi krajami. Brak porównywalności danych pochodzących z różnych krajów wskazuje na potrzebę wspólnego podejścia do monitorowania kosztów społecznych zażywania narkotyków w Europie.

We Włoszech społeczny koszt zażywania nielegalnych narkotyków oszacowano na 6473 mln euro, przy czym największą część całej kwoty stanowiły koszty działalności organów ścigania (43%), pozostała część była podzielona między opiekę zdrowotną i usługi socjalne (27%) oraz utratę produktywności przez osoby zażywające narkotyki i osoby pośrednio poszkodowane w wyniku zażywania narkotyków (30%). Ponadto szacowano, że osoby zażywające narkotyki wydały 3980 mln euro na zakup nielegalnych narkotyków. Na podstawie tych danych skalkulowano, że koszt zażywania narkotyków we Włoszech stanowi równowartość 0,7% produktu krajowego brutto. Z danych zgłoszonych w przypadku Austrii wynika, że podział na koszty bezpośrednie i pośrednie w 2004 r. był tam całkowicie odmienny niż w przypadku Włoch: z szacowanych kosztów społecznych zażywania narkotyków w wysokości 1444 mln euro – 72% stanowiły koszty pośrednie.

W kierunku lepszego rozumienia wydatków publicznych związanych z problemem narkotykowym w Europie – Wybrane zagadnienia z opracowania EMCDDA 2008

W odpowiedzi na plan działania UE w zakresie narkotyków na lata 2005–2008 EMCDDA przygotowało projekt, którego celem jest określenie, opracowanie i zbadanie metod kwantyfikowania wydatków publicznych związanych z narkotykami. W wybranych zagadnieniach dotyczących tego tematu zawarto przegląd ogólnych wielkości dotyczących wydatków publicznych związanych z narkotykami w 2005 r. w państwach członkowskich UE i w Norwegii. Najpierw większość zidentyfikowanych wydatków określono jako wydatki „bezpośrednio przypisane” narkomanii i prześlędzono je, przeprowadzając ogólną dogłębną analizę oficjalnej dokumentacji księgowej, co odzwierciedla dobrowolne zaangażowanie finansowe państw w dziedzinie dotyczącej narkotyków. W przypadku gdy było to wykonalne, wydatki ukryte lub „pośrednio przypisane” narkomanii tkwiące w programach o szerszych celach szacowano przy pomocy metody modelowania. To nowe, dwutorowe podejście zapewnia standaryzowane wielkości szacunkowe, które pozwalają osiągnąć najwyższy poziom wiarygodności i porównywalności danych na temat publicznych nakładów na zwalczanie narkotyków i narkomanii, ponoszonych w poszczególnych krajach.

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

Zjednoczone Królestwo poinformowało, że w latach 2003–2004 koszty ekonomiczno-społeczne zażywania narkotyków klasy A (?) w Anglii i Walii wyniosły 22,26 mld euro, co stanowi roczny koszt w wysokości 63 940 euro na każdą osobę problemowo zażywającą narkotyki. Wskazano, że problemowe zażywanie narkotyków stanowiło 99% łącznych kosztów. Koszty spowodowane przez przestępstwa związane z narkotykami, w tym koszty egzekwowania prawa i koszty ponoszone na rzecz ofiar przestępstw związanych z narkotykami, stanowiły najwyższy odsetek kosztów całkowitych (90%, czyli 20,1 mld euro).

Opracowanie przepisów krajowych

Analiza zmian, jakie w przepisach prawa wprowadzono od czasu sesji UNGASS w 1998 r. w sprawie narkotyków, jest przedmiotem szczególnego zainteresowania w roku bieżącym, gdy dokonywane są międzynarodowe, europejskie i krajowe przeglądy i oceny dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej. Mając na uwadze zmiany w tych trzech kluczowych obszarach, w niniejszej części należy odpowiedzieć na pytanie:

(?) Narkotyki klasy A to narkotyki określane jako najbardziej szkodliwe.

Czy zmiany w definicjach prawnych i w stosunku do osób zażywających narkotyki wskazują na nową, głębszą tendencję w sposobie postrzegania osób zażywających narkotyki przez poszczególne kraje?

Posiadanie na własny użytek

W ciągu minionych 10 lat większość krajów europejskich przyjęła podejście, w ramach którego odróżnia się handlarza narkotyków uważanego za przestępcę od osoby zażywającej narkotyki, postrzeganej jako osoba chora, wymagająca leczenia. Widoczne są jednak znaczne różnice między poszczególnymi państwami członkowskimi, jeżeli chodzi o sposób definiowania tych kategorii w nowych przepisach przyjętych w ostatnich latach.

Jedną z kwestii, co do której państwa członkowskie wykazały najdalej idące rozbieżności, odnosi się do ewentualnego ustalania ilości progowych posiadanych na własny użytek. W latach 2004–2006 Bułgaria usunęła pojęcie „posiadanie na własny użytek”, Włochy ponownie wprowadziły je po 12 latach przerwy, a Zjednoczone Królestwo uchwaliło stosowny przepis, lecz następnie postanowiło go nie stosować. W 2003 r. na Cyprze i w Belgii wprowadzono określony limit ilości w odniesieniu odpowiednio do wszystkich narkotyków i do konopi indyjskich, podczas gdy w Niemczech poszczególne landy pracują nad bardziej konsekwentnym wdrożeniem orzeczenia trybunału konstytucyjnego, którego odniesienie do „niewielkich ilości” jest niezdefiniowane, powodując interpretacje mówiące o ilości od 3 do 30 g. W 2005 r. na Słowacji definicje prawne „użytku własnego” rozszerzono z maksimum jednej dawki do maksimum trzech dawek, a w przypadku większej ilości – 10 dawek. Jednocześnie wyrok za posiadanie większych niż wyżej wskazane ilości podwyższono do absolutnego minimum czterech lat pozbawienia wolności, czyli do poziomu takiego jak za przestępstwo handlu narkotykami.

Zażywanie narkotyków w ramach małych grup stanowi kolejne wyzwanie dla prób odróżnienia osób zażywających od dostawców. W Belgii w 2003 r. zniesiono specjalną kategorię przestępstwa związanego z zażywaniem narkotyków w grupie, natomiast w tym samym roku zmiana wprowadzona do węgierskiego kodeksu karnego zezwoliła na skierowanie na leczenie dostawcy małej ilości do spożycia „wspólnego” (od tamtego czasu pojęcie to jest kwestionowane jako niejasne pod względem prawnym). W 2006 r. Malta stwierdziła, że wyrok skazujący dostawców na minimum sześć miesięcy pozbawienia wolności nie zawsze był właściwy w warunkach wspólnego zażywania, i zmieniła ustawę, aby zezwolić na wyjątki.

Jeżeli chodzi o kwestię karania, od 2001 r. w różnych krajach europejskich obniżono kary maksymalne lub prawdopodobne za zażywanie narkotyków lub ich posiadanie na własny użytek, przy braku okoliczności obciążających – w odniesieniu do wszystkich narkotyków (Estonia, Grecja, Węgry, Portugalia, Finlandia), konopi indyjskich (Belgia, Luksemburg, Zjednoczone Królestwo) albo narkotyków o mniejszej szkodliwości (Rumunia). W tym okresie jednak nie wszystkie kraje zmniejszyły kary – po przeprowadzeniu konsultacji Francja i Polska postanowiły nie zmieniać swoich przepisów, natomiast Dania przesunęła normalne kary z poziomu pouczeń na poziom kar pieniężnych (których wysokość następnie wzrosła). Nowa ustawa przywróciła we Włoszech traktowanie spożycia narkotyków jako wykroczenia administracyjnego, a zażywanie pochodnych konopi indyjskich ponownie zakwalifikowała jako podlegające analogicznym karom jak w przypadku innych nielegalnych substancji, takich jak heroina i kokaina. W Zjednoczonym Królestwie ogłoszono, że konopie indyjskie mają być ponownie zaliczone do wyższej klasy.

Alternatywa dla karania

Zmiany w dostępie do leczenia w przypadku osób zażywających narkotyki i trafiających na leczenie za pośrednictwem systemu wymiaru sprawiedliwości zazwyczaj mają dwie cechy wspólne. Po pierwsze, wszystkie te zmiany poszerzają zakres kierowania osób zażywających narkotyki na leczenie. Występują jednak pewne różnice między krajami, jeżeli chodzi o etap, na którym pojawia się propozycja leczenia, przy czym w większości krajów zaoferowanie leczenia następuje na etapie procesu sądowego, a nie we wcześniejszych fazach, czyli kontaktu z policją czy prokuratorem. Po drugie, propozycje leczenia są warunkowe; naruszenie trybu leczenia powoduje wznowienie procedury zarzutów karnych, oskarżenia i ukarania.

Zgodnie z celami UNGASS i planu działania UE kraje wprowadziły bądź poszerzyły możliwości lub systemy umożliwiające kierowanie przestępców na leczenie lub do ośrodków poradnictwa jako alternatywę ukarania czy osadzenia w więzieniu. W Irlandii i na Malcie po zatrzymaniu osoby zażywającej narkotyki mogą być teraz skierowane na leczenie; ma to również miejsce w Zjednoczonym Królestwie, gdzie w pewnych okolicznościach podczas zatrzymania dopuszczalne jest wykonanie testu narkotykowego. Utworzono specjalne sądy ds. narkotyków w Irlandii, Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Szkocja) oraz Norwegii, a na Malcie są one przedmiotem dyskusji; Portugalia ustanowiła system komisji ds. odradzania zażywania narkotyków,

składających się z prawnika, lekarza i pracownika socjalnego. Nowe przepisy w innych krajach wprowadziły pewną formę leczenia jako alternatywę ukarania – we Francji nieuzależnieni przestępcy naruszający prawo antynarkotykowe mogą uczestniczyć, na zasadach odpłatności, w kursach uświadamiających; w Hiszpanii, na Węgrzech i Łotwie kary pozbawienia wolności mogą być zawieszane w przypadku osób zażywających narkotyki, gdy podejmują one leczenie; a w Bułgarii, na Węgrzech, w Rumunii i Turcji można łączyć nadzór kuratorski i leczenie. Niderlandy zamierzają zwiększyć wykorzystanie leczenia jako warunku wcześniejszego zwolnienia z więzienia. W przypadkach uznanych za stosowne w Finlandii skazani przestępcy mogą teraz być kierowani bezpośrednio do zakładu karnego o złagodzonej rygorze, jeżeli nie będą zażywać narkotyków; w Grecji można ich odesłać do specjalnych placówek terapeutycznych. Prawo do korzystania z programów leczenia uzależnień narkotykowych rozszerzono na osoby skazane za poważniejsze przestępstwa we Włoszech (jeżeli przestępstwo jest zagrożone karą do sześciu lat pozbawienia wolności – próg podwyższono z dotychczasowych czterech lat) i w Hiszpanii (podwyższono z trzech na pięć lat). W Belgii na wszystkich poziomach postępowania karnego istnieje alternatywa umożliwiająca kierowanie na leczenie przestępców zażywających narkotyki.

Więcej informacji na temat różnych alternatyw karnych oraz zakresu ich stosowania można znaleźć w następujących częściach ELDD: Przegląd tematyczny i Sprawozdania prawne ⁽⁸⁾.

Nacisk na ochronę ogółu społeczeństwa

W minionym dziesięcioleciu prawo karne w coraz większym stopniu wykorzystywano w celu ochrony ogółu społeczeństwa przed osobami zażywającymi narkotyki; równoległe z rozróżnieniem między chorą osobą zażywającą narkotyki a handlarzem-przestępcą, przy czym w świetle prawa kategoria „osoba zażywająca narkotyki” również podlega podziałowi na tych, którzy powodują problemy czy szkody dla innych członków społeczeństwa, i na tych, którzy tego nie powodują. Częścią tego zjawiska są środki, które zmniejszają kary wynikające z prawa karnego za posiadanie narkotyków na własny użytek lub które zapewniają opisane wcześniej alternatywy karnych. Przyznanie możliwości leczenia lub zmniejszenia kar jest uwarunkowane na przykład tym, że osoba zażywająca narkotyki nie powoduje określonego rodzaju zakłóceń porządku publicznego.

Poszerzono również kryteria i podwyższono kary wobec tych przestępców, którzy narażają na szkodę innych członków społeczeństwa. Większość aktywności legislacyjnej skupiała się na osobach zażywających narkotyki i następnie kierujących pojazdami (Belgia, Republika Czeska, Dania, Hiszpania, Francja, Łotwa, Litwa, Portugalia, Finlandia). Nowe przepisy regulujące przeprowadzanie testów narkotykowych w miejscu pracy w Irlandii, Finlandii i Norwegii kładą nacisk na to, że przeprowadzanie testów jest dozwolone głównie w sytuacjach, w których pozostawienie pod wpływem narkotyków rodzi poważne niebezpieczeństwo lub ryzyko. Nowe przepisy regulują kwestie zażywania narkotyków w różnych rodzajach środków transportu: pociągi i statki w Irlandii, łodzie na Łotwie, samoloty w Finlandii. W ciągu ostatnich kilku lat pojawiły się również: przepisy i strategie mające na celu zapobieganie zakłóceniom porządku publicznego związanym z narkotykami lub karanie za tego rodzaju zakłócenia (patrz Wybrane zagadnienia opracowania z 2005 r.), nowe uprawnienia do zamykania barów czy innych lokali lub usuwanie z nich ludzi (Belgia, Irlandia, Niderlandy) oraz uprawnienia do zamykania mieszkań prywatnych, w których ma miejsce komercyjna dystrybucja narkotyków lub systematyczne zażywanie narkotyków (odpowiednio Niderlandy i Zjednoczone Królestwo). Równoległe w tym samym czasie w całej Europie wprowadzono również nowe przepisy w celu ochrony osób niepalących przed biernym paleniem tytoniu: począwszy od 2004 r. 24 państwa członkowskie UE (wszystkie z wyjątkiem Grecji, Węgier i Polski) zakazały palenia tytoniu lub poważnie je ograniczyły w zamkniętych miejscach publicznych, łącząc to często z wysokimi karami pieniężnymi dla osób naruszających ten przepis.

Reasumując omówione tutaj zmiany przepisów: wydaje się, że w wielu przypadkach ograniczono sankcje karne wobec osoby zażywającej narkotyki, która unika wszelkich obciążających okoliczności, lecz jako swoistą przeciwwagę rozszerzono je wobec osób, których działania mogą szkodzić innym członkom społeczeństwa. To ostatnie odzwierciedla zwiększony nacisk położony na wykorzystywanie prawa karnego do ochrony ogółu społeczeństwa.

Przestępstwa związane z narkotykami

Przestępstwa związane z narkotykami to szerokie pojęcie, które może obejmować wszystkie popełnione przestępstwa w pewien sposób powiązane z narkotykami ⁽⁹⁾. W praktyce w Europie dostępne są wyłącznie rutynowe dane dotyczące wstępnych raportów – głównie sporządzonych przez policję – na temat naruszeń prawa

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ Omówienie zależności między narkotykami i przestępczością – patrz EMCDDA (2007b).

antynarkotykowego. Chociaż dane te przyjmuje się na ogół jako pośrednie wskaźniki dotyczące zażywania narkotyków lub handlu narkotykami, należy zauważyć, że odzwierciedlają one różnice w przepisach krajowych i różne sposoby stosowania i egzekwowania prawa. Dane te stanowią również odbicie różnic w ustalonych priorytetach i przydzielonych zasobach przez organy wymiaru sprawiedliwości w odniesieniu do konkretnych przestępstw. Ponadto widoczne są różnice w krajowych systemach informowania o naruszeniach prawa antynarkotykowego, zwłaszcza w odniesieniu do praktyk raportowania i rejestrowania. Ponieważ różnice te sprawiają, że bezpośrednio porównywanie sytuacji w krajach UE jest utrudnione, bardziej właściwe jest podejście polegające na porównywaniu tendencji, a nie danych liczbowych.

Ogólnie biorąc, w państwach członkowskich UE liczba zgłoszonych przypadków naruszenia prawa antynarkotykowego wzrosła średnio o 36% w latach 2001–2006 (wykres 2). Dane ujawniają tendencję wzrostową we wszystkich krajach objętych raportem, z wyjątkiem Bułgarii, Grecji, Łotwy i Słowenii, które poinformowały o generalnym spadku w ciągu pięcioletniego okresu ⁽¹⁰⁾.

Przestępstwa związane z zażywaniem i podażą

Proporcje między naruszeniami prawa antynarkotykowego związanymi z zażywaniem i naruszeniami związanymi z podażą (sprzedaż uliczna, handel narkotykami, produkcja) są zbliżone do zgłaszanych w latach poprzednich. Większość krajów europejskich podała, że przeważająca część przestępstw wiąże się z zażywaniem narkotyków lub posiadaniem na własny użytek, przy czym dane za 2006 r. sięgają 93% w Hiszpanii ⁽¹¹⁾. Jednakże w Republice Czeskiej, Niderlandach, Turcji i Norwegii dominuje naruszenie prawa antynarkotykowego związane z podażą, przy czym stanowi ono do 52% (Turcja) i 88% (Republika Czeska) wszystkich przypadków naruszenia prawa antynarkotykowego zgłoszonych w 2006 r.

W latach 2001–2006 liczba naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z zażywaniem wzrosła w Unii Europejskiej średnio o 51%, przy czym w przypadku dwóch trzecich krajów przekazujących informacje wystąpiła tendencja wzrostowa, a jedynie Słowenia i Norwegia wykazały tendencję spadkową w ciągu pięcioletniego okresu ⁽¹²⁾. Ponadto warto zauważyć, że w tym samym okresie w połowie krajów

objętych raportem wzrósł stosunek liczby przestępstw związanych z zażywaniem do liczby wszystkich naruszeń prawa antynarkotykowego.

W latach 2001–2006 zwiększała się liczba przestępstw związanych z podażą narkotyków, lecz w znacznie wolniejszym tempie, ponieważ w Unii Europejskiej wzrost ten wynosił średnio 12%. W omawianym okresie liczba przestępstw związanych z podażą zwiększyła się w ponad połowie krajów objętych raportem, natomiast spadła w czterech krajach (Niemcy, Cypr, Niderlandy, Słowenia) ⁽¹³⁾.

Tendencje dotyczące poszczególnych narkotyków

W większości państw europejskich pochodne konopi indyjskich nadal były nielegalnym narkotykiem najczęściej związanym ze zgłaszanymi naruszeniami prawa antynarkotykowego ⁽¹⁴⁾. W krajach, w których tak jest, przestępstwa związane z pochodnymi konopi indyjskich stanowiły od 36 do 86% wszystkich naruszeń prawa antynarkotykowego. W niewielu krajach narkotyki inne niż pochodne konopi indyjskich dominowały w przypadku przestępstw narkotykowych: w Republice Czeskiej metamfetamina stanowiła 60% wszystkich naruszeń prawa antynarkotykowego; na Malcie wielkość dotycząca heroiny wynosiła 41%; w Luksemburgu naruszenia prawa antynarkotykowego przypadły prawie w równym stopniu na konopie indyjskie, heroinę i kokainę.

W latach 2001–2006 liczba naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z konopiami indyjskimi wzrosła lub utrzymywała się na stałym poziomie w większości krajów objętych raportem, dając w efekcie ogólny średni wzrost w wysokości 34% na poziomie Unii Europejskiej (wykres 2). Tendencje spadkowe zostały jednak zgłoszone przez Bułgarię, Republikę Czeską (2002–2006), Włochy i Słowenię ⁽¹⁵⁾.

Liczba przestępstw związanych z kokainą zwiększyła się w latach 2001–2006 we wszystkich krajach europejskich z wyjątkiem Bułgarii, Niemiec i Słowacji. W tym samym okresie średnia unijna wzrosła o 61%.

Obraz naruszeń prawa narkotykowego związanych z heroinę w latach 2001–2006 jest odmienny od tych wiążących się z konopiami indyjskimi czy kokainą. W przypadku heroiny w Unii Europejskiej nastąpił spadek średnio o 14%, głównie w latach 2001–2003. Jednakże krajowe tendencje dotyczące przestępstw związanych

⁽¹⁰⁾ Patrz tabela DLO-1 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹¹⁾ Patrz tabela DLO-2 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

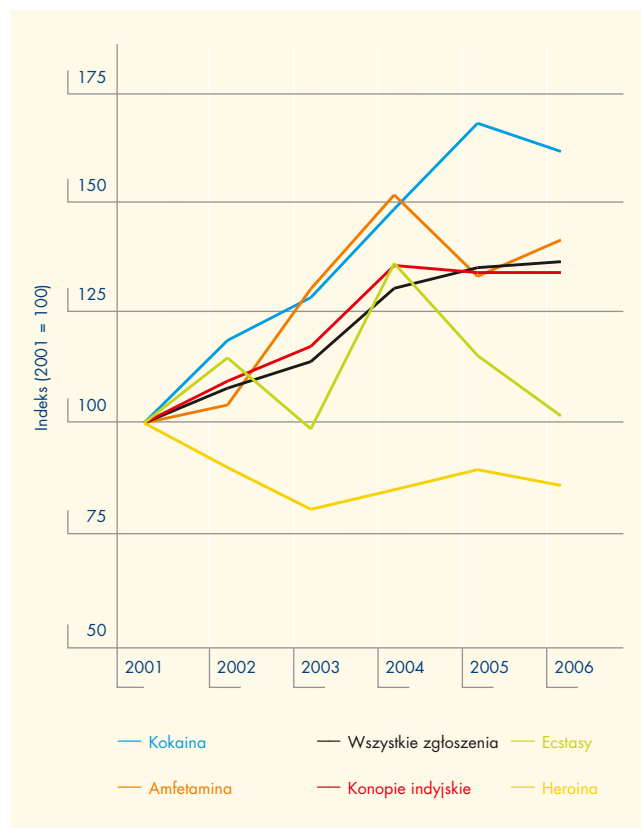
⁽¹²⁾ Patrz wykres DLO-2 i tabela DLO-4 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹³⁾ Patrz tabela DLO-5 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁴⁾ Patrz tabela DLO-3 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁵⁾ Patrz tabela DLO-6 w Biuletynie statystycznym za 2008 r. Analiza uzupełniająca dotycząca przestępstw związanych z pochodnymi konopi indyjskich – patrz rozdział 3.

Wykres 2: Zindeksowane tendencje w zgłoszeniach przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w państwach członkowskich UE w latach 2001–2006



Uwaga: Tendencje przedstawiają dostępne informacje o krajowej liczbie zgłoszeń przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu (sprawy karne i pozostałe), przekazane przez wszystkie organy ścigania w państwach członkowskich UE. Wszystkie serie są indeksowane - za podstawę (100) przyjmuje się rok 2001 - i ważone według liczby ludności krajów w celu uzyskania ogólnej tendencji europejskiej. Ogólna liczba przestępstw zgłoszonych w 2006 r. uwzględnionych w analizie (przed obliczeniem średniej ważonej) wynosiła: amfetamina - 41 069, konopie indyjskie - 550 878, kokaina - 100 117, ecstasy - 17 598, heroina - 77 242; łączna liczba zgłoszeń - 936 866.

Kraje, w wypadku których brakuje danych za co najmniej dwa kolejne lata, nie zostały uwzględnione przy dokonywaniu obliczeń: tendencję ogólną wyznaczono na podstawie wszystkich krajów UE z wyjątkiem Zjednoczonego Królestwa; tendencję dotyczącą konopi indyjskich - na podstawie danych z 18 krajów, heroiny - z 18 krajów, kokainy - z 17 krajów, amfetamin - z 12 krajów, a ecstasy - z 13 krajów.

Więcej dodatkowych informacji na temat metodologii - patrz wykres DLO-3 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe Reitox, a w zakresie danych na temat populacji, Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

z heroiną zróżnicowały się w tym okresie, a jedna trzecia krajów zgłosiła tendencje wzrostowe ⁽¹⁶⁾.

Średnie tendencje w UE w zakresie przestępstw związanych z amfetaminą i ecstasy osiągnęły najwyższy poziom w 2004 r. Podczas gdy przestępstwa związane z amfetaminą utrzymywały tendencje wzrostową (średni wzrost o 41% w latach 2001–2006), średnia

uniijna w zakresie przestępstw związanych z ecstasy podlegała wahaniom w omawianym okresie bez zasadniczej zmiany w latach 2001–2006.

Krajowe badania naukowe związane z narkotykami

We wszystkich krajach europejskich prowadzone są badania naukowe poświęcone problemom narkotykowym; dostarczają one informacji istotnych dla określenia i zrozumienia oddziaływania nielegalnych narkotyków w skali krajowej. Na podstawie zgłoszeń z 25 państw członkowskich, Chorwacji i Norwegii można przedstawić ogólny przegląd organizacji zajmujących się badaniami problemu narkotykowego w krajach europejskich. W okresie, w którym coraz bardziej uznaje się znaczenie podejmowania działań w oparciu o dowody, trzeba zaznaczyć, że 21 krajów podało, iż rezultaty badań przynajmniej w pewnym stopniu wpływają na politykę antynarkotykową.

Koordynacja i finansowanie

Badania naukowe związane z narkotykami znajdują wyraz w krajowych antynarkotykowych strategiach lub planach działania, opracowanych przez 20 z 27 krajów objętych raportem, jako oddzielny temat lub odniesienie do nich jako ważnego składnika polityki opartej na dowodach. W 15 z 27 krajów objętych raportem - na poziomie krajowym istnieją struktury koordynujące badania naukowe związane z narkotykami. Jedynie pięć krajów podaje, że badania naukowe związane z narkotykami nie są ujęte w ich strategiach krajowych bądź że brak jest struktury koordynacji krajowej w tym obszarze.

Państwa członkowskie informują, że państwo jest głównym źródłem finansowania badań naukowych związanych z narkotykami, przez programy ogólnych badań naukowych lub przez programy badań naukowych w dziedzinie narkotyków. Medycyna i nauki społeczne to dwa główne obszary badań ogólnych, w których można znaleźć finansowanie na badania naukowe związane z narkotykami. Dostęp do finansowania specjalnie przeznaczonego na badania naukowe związane z narkotykami jest możliwy za pośrednictwem krajowych organów zajmujących się koordynacją działań antynarkotykowych (Republika Czeska, Hiszpania, Francja, Luksemburg, Węgry, Polska, Portugalia, Norwegia). Oba rodzaje programów finansowania często łączą badania naukowe dotyczące nielegalnych narkotyków z innymi obszarami w sferze uzależnień, takimi jak alkohol, tytoń i hazard. Większość funduszy jest udostępniana na podstawie umów dotyczących badań zleconych lub za pośrednictwem programów ramowych,

⁽¹⁶⁾ Patrz tabela DLO-7 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

do których zgłaszają się badacze. Do innych zgłoszonych rodzajów źródeł finansowania należą fundacje, akademie naukowe, instytucje prywatne, specjalne fundusze na walkę z narkotykami, Komisja Europejska i Narody Zjednoczone.

Struktury i projekty

Większość krajów zgłosiła, że badania prowadzone są głównie w ramach uniwersytetów lub w wyspecjalizowanych ośrodkach, z których część gości krajowe punkty kontaktowe, następnie przez publiczne i prywatne ośrodki badawcze. Niektóre kraje poinformowały o istnieniu krajowych sieci badawczych (Niemcy, Hiszpania, Portugalia). Mogą one odegrać ważną rolę w organizowaniu i finansowaniu badań, a także mogą promować bardziej bezpośrednie powiązania między badaniami i praktyką.

Wśród głównych badań przeprowadzonych od 2000 r. a zgłoszonych przez państwa członkowskie ponad połowa miała miejsce w dziedzinie epidemiologii, a około jednej trzeciej – w badaniach stosowanych (przeważnie oceny działań w zakresie profilaktyki i leczenia). Przytaczano również przykłady badań dotyczących czynników warunkujących, czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z zażywaniem narkotyków, skutków zażywania narkotyków oraz mechanizmów działania narkotyków i ich skutków.

Kilka krajów wskazało na ograniczenia dotyczące badań naukowych związanych z narkotykami. Wśród stwierdzonych problemów były: względy organizacyjne, takie jak brak koordynacji i rozproszone zasoby (Niemcy, Francja, Austria); brak wykwalifikowanej kadry badawczej (Łotwa, Węgry) oraz względy metodologiczne (kwestie ochrony danych, problemy w dotarciu do grup ukrytych, brak kontynuacji projektów badawczych). Kilka krajów wskazało na ograniczone środki finansowe dostępne na badania naukowe związane z narkotykami jako na główne ograniczenie (Belgia, Grecja, Polska, Rumunia, Finlandia).

Rozpowszechnianie informacji

Stwierdzono istnienie łącznie 25 europejskich czasopism weryfikowanych przez niezależnych ekspertów, które specjalizują się w dziedzinie związanej z narkotykami i ukazują się w 11 językach innych niż języki angielski. Większość tych krajowych czasopism publikuje streszczenia w języku angielskim i zachęca do nadsyłania materiałów międzynarodowych. Poza publikacjami specjalizującymi się w tematyce nielegalnych narkotyków oraz uzależnień artykuły poświęcone nielegalnym narkotykom ukazują się również w czasopismach weryfikowanych przez niezależnych ekspertów z wielu dyscyplin oraz w magazynach branżowych. W 2006 r. wyniki badań naukowych w dziedzinie narkotyków opublikowano w ponad 100 tego

Dalsze plany w zakresie badań związanych z narkotykami

Szczegółowe informacje na temat badań w dziedzinie narkotyków, które są prowadzone w krajach europejskich, zostały zgromadzone przez EMCDDA za pośrednictwem sieci krajowych punktów kontaktowych Reitox. Informacje dostarczone przez państwa członkowskie zawierają wyszczególnienie i opis krajowych organizacji badawczych oraz uzgodnień w sprawie finansowania. Państwa członkowskie dostarczyły również wykazy głównych badań przeprowadzonych od 2000 r. i wskazały publikacje naukowe, czasopisma naukowe i witryny internetowe, za pośrednictwem których rozpowszechnia się wyniki badań związanych z narkotykami przeprowadzonych w ich kraju. EMCDDA udostępnia te i inne informacje za pośrednictwem różnych form rozpowszechniania (patrz <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

W celu szerszego przeglądu tego tematu patrz – Wybrane zagadnienia dotyczące badań związanych z narkotykami 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Komisja Europejska zleciła przeprowadzenie dogłębnej analizy porównawczej badań nad nielegalnymi narkotykami w Unii Europejskiej. To opracowanie powinno dać ogólny obraz finansowania przeznaczonego na badania związane z narkotykami, pochodzącego z Unii Europejskiej i państw członkowskich. Należy w nim wykorzystać wyniki wcześniejszego opracowania wybranych zagadnień dotyczących badań i poszerzyć jego zakres, by uwzględnić badania odnoszące się do ograniczania podaży narkotyków oraz do kwestii bezpieczeństwa. Opracowanie będzie zawierało przegląd istniejącej infrastruktury w państwach członkowskich i na poziomie europejskim oraz porównanie z innymi regionami świata, takimi jak Ameryka Północna i Australia. Zakończą je zalecenia odnoszące się do opcji politycznych, które mają dotyczyć luk informacyjnych i poprawy współpracy na poziomie europejskim. Znajdzie się tam również ocena istniejących sieci europejskich, łącznie z sieciami EMCDDA oraz jego krajowymi punktami kontaktowymi Reitox. Wyniki omawianego opracowania będą dostępne na początku 2009 r.

rodzaju czasopismach europejskich. W rozpowszechnianiu informacji ważną rolę odgrywają również inne rodzaje publikacji, w tym wydawnictwa krajowych punktów kontaktowych.

Krajowe punkty kontaktowe Reitox także mają funkcję w rozpowszechnianiu wyników badań naukowych we wszystkich krajach objętych raportem, głównie dzięki sprawozdaniom krajowym.

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, w miarę możliwości przedstawiając tendencje, osiągnięcia i zagadnienia dotyczące jakości. Zestaw środków podlegających tutaj ocenie obejmuje profilaktykę, leczenie, ograniczanie szkód i reintegrację społeczną, które zastosowane łącznie tworzą kompleksowy system ograniczania popytu. Rozdział obejmuje również przegląd dostępnych danych na temat potrzeb osób zażywających narkotyki przebywających w więzieniach oraz obecne sposoby postępowania z nimi w tym szczególnym środowisku. Ponadto pokrótce omówiono przyszłe wyzwania w zakresie monitorowania w innym obszarze polityki antynarkotykowej – w ograniczaniu podaży narkotyków.

Profilaktyka

Profilaktykę antynarkotykową można dzielić na różne poziomy lub strategie, od profilaktyki środowiskowej do profilaktyki zalecanej, natomiast najlepiej byłoby, aby one ze sobą nie rywalizowały, ale uzupełniały się. Przedstawiony niżej obraz obecnej sytuacji i tendencji występujących aktualnie w Europie jest oparty na danych jakościowych dotyczących powszechnych i wybiórczych działań zapobiegawczych zgłoszonych do EMCDDA w 2007 r. ⁽¹⁷⁾, występujących w przeglądzie literatury poświęconej profilaktyce zalecanej (EMCDDA, 2008f).

Profilaktyka powszechna

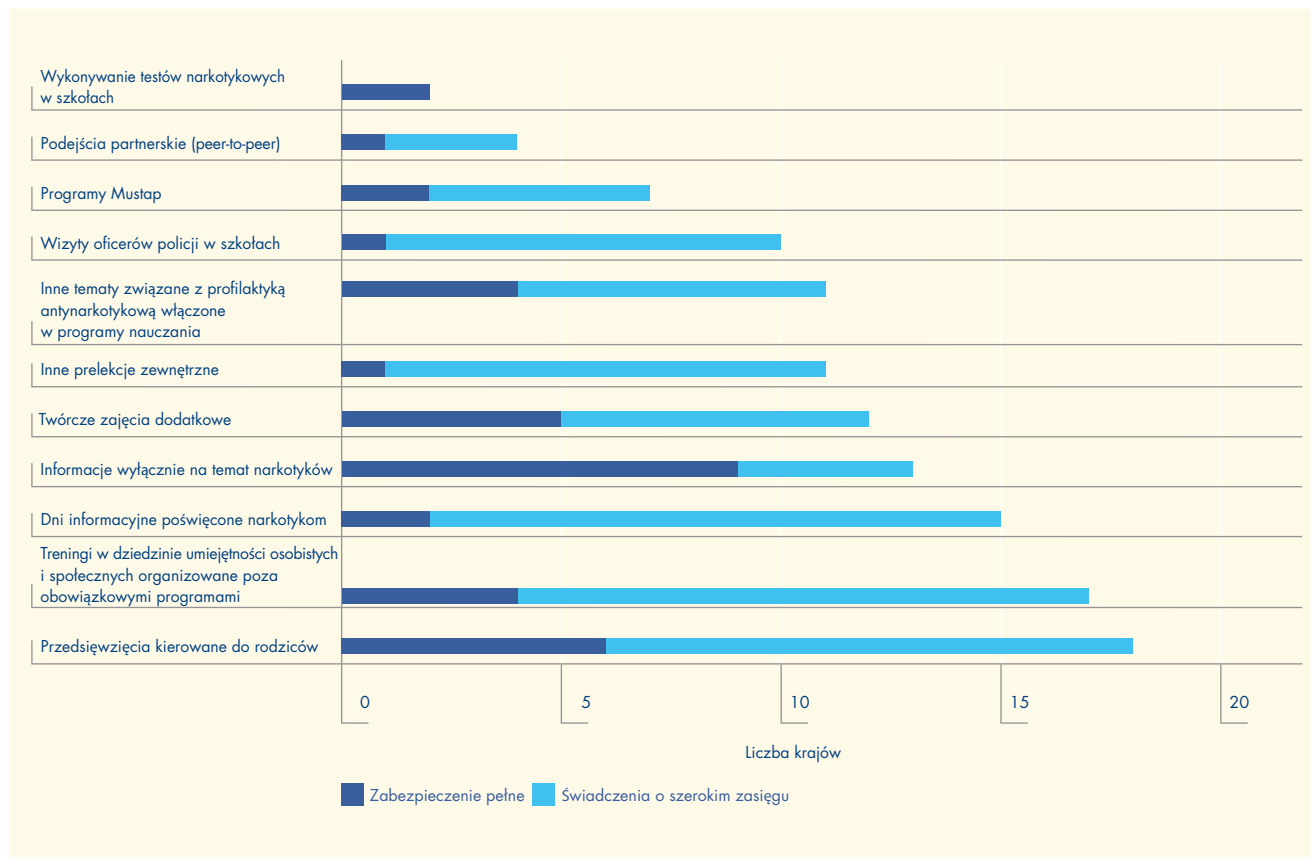
W ostatnich latach w Europie cele powszechnej profilaktyki szkolnej wydają się zmieniać. W 2007 r. rozwijanie umiejętności życiowych było najczęściej przywoływanym celem działań zapobiegawczych (12 z 28 państw przedkładających sprawozdania), podczas gdy w 2004 r. połowa krajów (13/26) wskazywała na podnoszenie świadomości i zapewnianie informacji jako na swój główny cel. Tworzenie chronionych środowisk szkolnych – rodzaj działania interwencyjnego o charakterze strukturalnym – było również częściej wymieniane jako główny cel w 2007 r. (sześć krajów)

Poprawa monitorowania ograniczania podaży narkotyków

Ograniczanie podaży narkotyków można określić jako działalność obejmującą wszystkie czynności, które mają zapobiegać, aby nielegalne narkotyki nie docierały do odbiorców. Mogą to być takie instrumenty, jak konwencje międzynarodowe, prawodawstwo i polityka Unii Europejskiej i poszczególnych krajów, jak też czynności dotyczące rozmaitych procesów i różnych podmiotów występujących w sferze produkcji nielegalnych narkotyków i handlu nimi, lecz także zajmujących się zmianą zastosowania lub nielegalnym wytwarzaniem substancji legalnych (leków, substancji chemicznych będących prekursorami) do celów nielegalnych i praniem pieniędzy z handlu narkotykami. Działania w zakresie egzekwowania prawa, inicjatywy i projekty poświęcone alternatywnemu rozwojowi mają na celu zapobieganie przestępczości związanej z narkotykami – wszystko to przyczynia się do zmniejszania podaży nielegalnych narkotyków. Monitorowanie i analiza stanowią – podobnie jak ograniczenie popytu na narkotyki – ważne wsparcie tych działań i umożliwiają ich ocenę.

Niedawne działania mające na celu zebranie danych w ramach rocznych ocen postępu realizacji planu działania UE w sprawie narkotyków i przegląd UNGASS (patrz rozdział 1) odświeżyły złożony obraz dostępności danych, które dotyczą ograniczania podaży. Działania związane z projektami międzynarodowymi są zazwyczaj dobrze udokumentowane, natomiast często trudno zdobyć i porównać dane dotyczące działalności na poziomie krajowym. Komisja Europejska, Eurostat, Europol i EMCDDA pracują nad poprawą tej sytuacji w ramach kolejnego planu działania UE w sprawie narkotyków (2009–2012). Zostanie dokonany przegląd obecnych ram koncepcyjnych i systemów informacyjnych oraz potencjalnych źródeł informacji, które umożliwiają monitorowanie i analizowanie działań mających na celu ograniczanie podaży narkotyków w państwach członkowskich. Istnieje również potrzeba lepszego poznania rynków narkotykowych, w szczególności układu podaży i dystrybucji, zarówno w wymiarze ekonomicznym, jak i społecznym. Dwa badania finansowane przez Komisję Europejską będą poświęcone analizie systemów i źródeł informacji dotyczących ograniczania podaży narkotyków, jak również międzynarodowych rynków narkotykowych.

⁽¹⁷⁾ Danych dostarczyli krajowi eksperci w państwach członkowskich.

Wykres 3: Najczęstsze rodzaje działań interwencyjnych w ramach powszechnej profilaktyki szkolnej

Uwaga: Mustap, czyli wielosekcyjne znormalizowane programy z udostępnionymi materiałami drukowanymi.
 Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

niż w 2004 r. (cztery kraje). Zmiany w podawanych celach mogą odzwierciedlać przyjęcie podejścia bardziej racjonalnego i opartego na dowodach, lecz niejasny jest zakres, w jakim ta zmiana celów stanowi odbicie rzeczywistego świadczenia.

Imprezy dla rodziców oraz strategie będące wyłącznie źródłem informacji (dni informacyjne, wizyty ekspertów lub oficerów policji w szkołach) to rodzaje działań interwencyjnych w szkołach zgłaszane przez największą liczbę krajów (wykres 3). Skuteczność tych działań jest niejasna. Natomiast tylko nieliczne kraje zgłosiły działania w większym stopniu oparte na dowodach. Chodzi tutaj o programy standardowe, kontakty bezpośrednie lub działania ukierunkowane specjalnie na chłopców – wszystko to ma na celu poprawę umiejętności porozumiewania się, zwiększenie umiejętności postępowania w razie konfliktu, stresu i zniechęcenia, czy też skorygowanie błędnych przekonań normatywnych odnoszących się do zażywania narkotyków. Ogólna przewaga działań interwencyjnych bez podstaw dowodowych lub jedynie opartych na słabych podstawach

dowodowych może wynikać z faktu, iż wymagają one skromniejszych zasobów i mniejszego przeszkolenia pracowników.

Poza działaniami ukierunkowanymi konkretnie na zażywanie narkotyków – w szkołach prowadzone są również działania o charakterze strukturalnym. Przy założeniu stworzenia chronionych i normatywnych środowisk społecznych, działania strukturalne wywierają wpływ na dokonywane przez młodych ludzi wybory w sprawie zażywania narkotyków (Toumbourou i in., 2007). Takie podejście odpowiada ogólnej polityce w dziedzinie profilaktyki, która w coraz większym stopniu obejmuje surowsze regulacje dotyczące obecności tytoniu i alkoholu w szkołach. W tym zakresie 20 krajów informuje o całkowitym zakazie palenia tytoniu we wszystkich szkołach, a 18 krajów – o pełnej lub szeroko zakrojonej⁽¹⁸⁾ polityce antynarkotykowej w szkołach. W szczególności państwa członkowskie Europy Środkowej i Zachodniej informują o wdrożeniu działań strukturalnych mających na celu ograniczenie palenia tytoniu i spożywania alkoholu w szkołach.

⁽¹⁸⁾ Świadczenia o szerokim zasięgu: zapewnione jest działanie interwencyjne w większości miejsc, w których wielkość docelowej populacji jest wystarczająca do jego wdrożenia. Świadczenie pełne: zapewnione jest działanie interwencyjne w prawie wszystkich miejscach, w których wielkość docelowej populacji jest wystarczająca do jego wdrożenia.

Uzupełnieniem tych środków zapobiegawczych mogą być inne środki strukturalne, np. poprawa rozplanowania budynków szkolnych i życia szkolnego.

Profilaktyka rodzinna jest kolejnym szeroko wykorzystywanym podejściem w zakresie działań zapobiegawczych. Jedenaście krajów poinformowało o zagwarantowaniu spotkań i wieczorów rodzinnych w pełnym lub szerokim wymiarze. Wydaje się, że profilaktyka rodzinna, podobnie jak profilaktyka szkolna, kładzie główny nacisk na dostarczanie informacji. Intensywny instruktaż i szeroko zakrojone szkolenia dla rodzin, czyli podejście, które wykazało trwałą skuteczność w badaniach (Petrie i in., 2007), są oferowane w ograniczonym zakresie, przy czym zaledwie siedem krajów zgłosiło świadczenia na najwyższym poziomie.

Zapobieganie wybiórcze

Zapobieganie wybiórcze odbywa się na podstawie wskaźników społecznych i demograficznych, takich jak stopa bezrobocia, przestępczości lub absencji. Funkcjonuje w odniesieniu do specyficznych grup, rodzin i całych środowisk, w których jest bardziej prawdopodobne, że z uwagi na luźne więzi społeczne i znikome zasoby ludzie zaczną zażywać narkotyki lub wchodzić w uzależnienia.

Trzydzieści krajów podaje, że większość prowadzonej przez nie profilaktyki rodzinnej ma charakter wybiórczy. Poważne czynniki ryzyka zagrażające rodzinom rzadko są jednak przedmiotem zainteresowania w Europie. Wśród 30 krajów objętych raportem tylko siedem informuje o pełnym lub szerokim zakresie działań interwencyjnych odnoszących się do zażywania substancji w rodzinach, a pięć – podejmowanie działań w przypadku konfliktów i zaniedbań rodzinnych. Ponadto cztery kraje zgłosiły każdą z poniższych kategorii działań: zajmowanie się upośledzeniem społecznym (np. bezrobociem), pomoc w problemach z wymiarem sprawiedliwości lub wspomaganie zmarginalizowanych rodzin należących do mniejszości etnicznych. Ponadto zaledwie trzy kraje zajmują się potrzebami rodzin borykających się z problemami zdrowia psychicznego.

W przypadku grup osób młodych najbardziej zagrożonych (na przykład młodych przestępców, bezdomnych, wagarowiczów, młodzieży znajdującej się w niekorzystnej sytuacji i należącej do mniejszości etnicznych) czynniki ryzyka rzadko są przedmiotem działań, pomimo ich rosnącego znaczenia politycznego. Od 2004 r. coraz liczniejsze polityki antynarkotykowe wskazują te osoby jako główny cel zapobiegawczych działań interwencyjnych, natomiast w omawianym okresie

Narkotyki i grupy młodych osób podatnych na zagrożenia – Wybrane zagadnienia z opracowania EMCDDA z 2008 r.

Młode osoby z niektórych grup są zagrożone wykluczeniem społecznym, co może łączyć się z większym prawdopodobieństwem zażywania narkotyków i wystąpienia problemów narkotykowych. Poprzez ukierunkowanie na konkretne grupy działań interwencyjnych mających na celu ograniczenie zażywania narkotyków i szkód związanych z ich zażywaniem można zwiększyć szanse zadbania o potrzeby tych grup oraz powodzenia działań interwencyjnych.

Omawiana publikacja dostarcza dogłębnych informacji na temat czynników ryzyka i profili podatności konkretnych grup oraz analizuje problemy związane z zażywaniem narkotyków i ogólnie związane z narkotykami, wynikające z absencji i problemów szkolnych, niekorzystnej sytuacji społecznej, problemów rodzinnych i wykroczeń. Omawiane są w niej również konkretne reakcje na zażywanie narkotyków i problemy narkotykowe wśród grup podatnych na zagrożenia, w tym w zakresie ustawodawstwa, działań zapobiegawczych i leczenia.

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

nie zgłoszono podwyższonego poziomu świadczeń w tym zakresie. Więcej danych szczegółowych przedstawiono w wybranych zagadnieniach z opracowania z 2008 r., dotyczącego młodzieży najbardziej zagrożonej.

Profilaktyka zalecana

Profilaktyka zalecana ma doprowadzić do wskazania jednostek z zaburzeniami zachowania lub problemami psychicznymi, w przypadku których można podejrzewać, iż w późniejszym okresie życia będą zażywać substancje, oraz ma umożliwić objęcie właśnie tych osób specjalnymi działaniami interwencyjnymi. Do takich jednostek należą uczniowie porzucający naukę oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, o zachowaniu antyspołecznym lub przejawiające pierwsze oznaki zażywania narkotyków. Autorzy raportu ostatnio opublikowanego przez EMCDDA (2008f) przedstawiają badania obserwacyjne określające dynamikę problemu, badania neurobehawioralne oraz coraz większą wiedzę na temat plastyczności mózgu i roli neuroprzekazników, a także zwracają uwagę na wyniki działań zgłaszanych przez państwa członkowskie.

Dzieci z zaburzeniami behawioralnymi, na przykład przy równoczesnym występowaniu zaburzenia koncentracji uwagi (nadpobudliwości ruchowej)

i zaburzenia zachowania, są w dużym stopniu narażone na problemy związane z zażywaniem narkotyków w przyszłości. Wczesne podjęcie działań z dziećmi wykazującymi zaburzenia behawioralne wymaga ścisłej współpracy między służbami medycznymi, społecznymi i służbami opiekującymi się młodzieżą. Przykładowo niemiecka „koncepcja leczenia wielomodułowego” stanowi połączenie poradnictwa dla rodziców i opiekunów, równoczesnego wsparcia medycznego, psychoterapeutycznego i psychospołecznego oraz pomocy edukacyjnej w przedszkolu lub w szkole. Podejście irlandzkie, polegające na edukacji dostosowanej do potrzeb i na poradnictwie psychologicznym dla ludzi młodych, szczególnie w zakresie zapobiegania problemom rozwojowym w szkole, placówkach oświatowych i w rodzinie, przyniosło efekty ogólnie ocenione pozytywnie. W Niderlandach w badaniach poświęconych długoterminowym efektom zapobiegawczym leczenia destruktywnych zachowań u osób młodych w środkowym okresie dzieciństwa (od 8 do 13 lat) stwierdzono, że terapia behawioralna z zastosowaniem zajęć manualnych wykazała znacznie lepsze wyniki kontrolne w wypadku palenia tytoniu i zażywania konopi indyjskich w porównaniu z leczeniem typowym (Zonnevylle-Bender i in., 2007).

Skuteczność i ryzyko działań interwencyjnych

Zażywanie narkotyków przez dzieci i w rodzinach nadal jest głównym przedmiotem zainteresowania ukierunkowanej profilaktyki w Europie. Duża liczba badań nad społecznymi i neurobehawioralnymi wskaźnikami rozpoczęcia zażywania substancji pokazuje, że wysiłki zapobiegawcze skoncentrowane na celach innych niż narkotyki mogą również wpływać na zażywanie narkotyków. Zarówno zapobieganie wybiórcze, jak i zalecane, może złagodzić skutek wczesnej wady rozwojowej, jej przełożenie się na marginalizację społeczną i następnie rozpoczęcie nadużywania substancji. Pewne badania naukowe wykazały, że działania interwencyjne zrealizowane we wczesnych latach szkolnych, mające na celu poprawę otoczenia edukacyjnego i ograniczenie zjawiska wykluczenia społecznego mają również łagodzący wpływ na późniejsze zażywanie narkotyków (Toumbourou i in., 2007).

Zakwestionowano pełną skuteczność profilaktyki szkolnej (Coggans, 2006; Gorman i in., 2007). Aktualny przegląd piśmiennictwa⁽¹⁹⁾ pokazuje jednak, że niektóre elementy profilaktyki szkolnej, na przykład położenie nacisku na przekonania normatywne i umiejętności

Portal najlepszych praktyk EMCDDA

W bieżącym roku EMCDDA uruchomiło pierwszy moduł internetowego portalu najlepszych praktyk poświęconego działaniom interwencyjnym związanym z narkotykami (zapobieganie, ograniczanie szkód i reintegracja społeczna). Portal zapewnia przegląd najnowszych dowodów potwierdzających skuteczność i efektywność różnych działań interwencyjnych, prezentując narzędzia i standardy, których celem jest poprawa jakości tych działań, jak też wskazując przykłady sprawdzonej praktyki z całej Europy. Kierowany jest do praktyków, decydentów i naukowców zajmujących się dziedziną narkotyków i ma zdecydowanie ogólnoeuropejski wymiar.

Osia pierwszego modułu portalu jest powszechna profilaktyka, prowadzona zwłaszcza na podstawie dowodów skuteczności, które wynikają z kilku przeglądów opublikowanych od 2000 r. Więcej szczegółów na temat wyników znajduje się na stronie internetowej <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

Portal zawiera informacje na temat skuteczności różnych działań interwencyjnych, natomiast należy pamiętać, że baza dowodów nadal jest nieco ograniczona i dokonywanie wyboru między różnymi działaniami tego rodzaju wymaga zachowania pewnej ostrożności. Ponadto z uwagi na to, że skuteczność programów jest mierzona w ramach badania grupy kontrolnej, nie wiadomo, jak niektóre działania interwencyjne sprawdzą się w praktyce w różnych miejscach. Nowa edycja banku danych EDDRA, dostępna w portalu, obejmuje przykłady ocenionych działań interwencyjnych w różnych krajach i miejscach oraz może dostarczyć dodatkowych wskazówek.

zyciowe, wydają się skuteczne. Na przykład pozytywne rezultaty zgłoszono w wyniku badań EU-Dap (European Drug Addiction Prevention Trial), czyli europejskich badań losowo wybranej grupy kontrolnej, współfinansowanych przez Komisję Europejską, których celem było opracowanie i ocena programu profilaktyki szkolnej⁽²⁰⁾. W badaniach uzupełniających stwierdzono, że piętnaście miesięcy po podjętym działaniu efekty programu pozostawały stabilne, przy czym wśród uczestników zmniejszyła się częstotliwość upijania się i zażywania pochodnych konopi indyjskich. Zastosowano program „Unplugged” (Bez prądu) w badaniu odrzucanych norm dotyczących akceptacji oraz przekonań na temat rozpowszechnienia zażywania substancji przez młodzież.

Profilaktyka nie tylko powinna być skuteczna, lecz musi także być bezpieczna – skutki niezamierzone muszą być ograniczone do minimum. Stąd przy projektowaniu i ocenianiu działań należy starannie rozważyć ryzyko

⁽¹⁹⁾ Patrz portal najlepszych praktyk (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

wystąpienia skutków negatywnych. Ma to szczególnie doniosłe znaczenie w powszechnej profilaktyce szkolnej, która jest przeznaczona dla dużej i zróżnicowanej grupy docelowej. Na przykład samo dostarczanie informacji na temat skutków zażywania narkotyków, czyli podejście szeroko stosowane w Europie, jest nie tylko nieefektywne, lecz może nieść ze sobą ryzyko efektów niezamierzonych (Werch i Owen, 2002). To samo odnosi się do kampanii medialnych, które mogą doprowadzić do zwiększenia skłonności do zażywania substancji ⁽²¹⁾.

Jednym ze sposobów zapewniających oparcie programów zapobiegawczych na dowodach oraz ograniczenie ryzyka wystąpienia efektów niezamierzonych jest opracowanie standardów realizacji i zawartości projektów dotyczących profilaktyki. Liczba państw członkowskich, które informują o standardach dotyczących projektowania i oceny projektów zwiększyła się z trzech w 2004 r. do dziewięciu w 2007 r. Kilka państw członkowskich podaje, że opracowuje procesy certyfikacji w celu zagwarantowania jakości programów i efektywnego wykorzystania zasobów pochodzących z budżetu publicznego (Republika Czeska, Węgry, Polska, Portugalia). Na przykład w Republice Czeskiej certyfikacja działań zapobiegawczych warunkuje otrzymanie dotacji z budżetu państwa.

Leczenie

Celem niniejszej części jest przedstawienie ogólnych informacji na temat leczenia uzależnień od narkotyków w Europie, z uwzględnieniem struktury i świadczenia usług.

Struktura

Ogólnie rzecz biorąc, w państwach członkowskich UE usługi lecznicze w zakresie uzależnień od narkotyków są świadczone głównie przez sektor publiczny, chociaż równie ważną rolę mogą odgrywać organizacje pozarządowe (w siedmiu państwach członkowskich), które nawet mogą być głównym podmiotem świadczącym te usługi (w pięciu państwach członkowskich). Ważną funkcję pełnią też lekarze rodzinni, w niektórych krajach to głównie oni zapewniają leczenie zastępcze. W niektórych krajach leczeniem uzależnień mogą się także zajmować placówki sektora prywatnego, głównie w zakresie opieki stacjonarnej. Niemniej jednak większość środków finansowych na leczenie uzależnień od narkotyków pochodzi z kasy państwowej lub wiąże się z zabezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem zdrowotnym.

Świadczenie usług

Leczenie uzależnień od narkotyków odbywa się w różnych miejscach, w tym w przychodniach lekarskich i ośrodkach leczenia zamkniętego, poradniach ogólnych, jednostkach niskoprogowych i więzieniach. W Europie placówki pozaszpitalne, w tym poradnie ogólne, realizują większość leczenia uzależnień od narkotyków, przede wszystkim dlatego, że te placówki zazwyczaj zapewniają leczenie zastępcze. Zgodnie z najnowszymi danymi opartymi na wskaźniku zapotrzebowania na leczenie średni wiek zażywających narkotyki, którzy rozpoczynają leczenie w placówkach pozaszpitalnych, wynosi około 30 lat i przeważnie są to mężczyźni ⁽²²⁾. Około jednej trzeciej z nich na leczenie przychodzi z własnej woli, 22% stanowią osoby kierowane w tym celu przez organy wymiaru sprawiedliwości i odsetek ten w ciągu ostatnich lat rośnie, podczas gdy pozostali kierowani są za pośrednictwem służb socjalnych i opieki zdrowotnej lub sieci nieformalnych ⁽²³⁾.

Półowa pacjentów rozpoczynających leczenie w placówkach pozaszpitalnych zgłosiła opiaty jako główny zażywany narkotyk, podczas gdy 21% – konopie indyjskie, a 16% – kokainę. Wzrost odsetka pacjentów, zwłaszcza nowych pacjentów, skierowanych na leczenie z powodu problemów z zażywaniem narkotyków innych niż opiaty może odzwierciedlać zwiększenie dostępu do leczenia dla osób zażywających pochodne konopi indyjskich i kokainę w kilku państwach członkowskich, jak też wzrost liczby osób zażywających te narkotyki i starających się o leczenie (patrz rozdziały 3 i 5). Jednakże ogólna dostępność usług konkretnie ukierunkowanych na potrzeby osób zażywających narkotyki inne niż opiaty nadal pozostaje ograniczona.

Leczenie w placówkach leczenia zamkniętego odbywa się przeważnie we wspólnotach terapeutycznych, szpitalach psychiatrycznych oraz w wyspecjalizowanych oddziałach szpitali ogólnych. Wachlarz świadczonych usług sięga od krótko trwającej detoksykacji do długiego programu leczenia psychiatrycznego i programu opartego na abstynencji. Usługi stacjonarne mogą być odpowiednie zwłaszcza dla osób zażywających narkotyki i mających skomplikowane potrzeby terapeutyczne, ze względu na współwystępujące fizyczne i psychiczne problemy zdrowotne. Typowi pacjenci korzystający z leczenia zamkniętego, podobnie jak i pacjenci placówek pozaszpitalnych, to głównie mężczyźni w wieku około 30 lat, rozpoczynający leczenie z powodu zażywania opiatów jako głównego narkotyku ⁽²⁴⁾. Odsetek pacjentów

⁽²¹⁾ Patrz rozdział 3 w niniejszym sprawozdaniu oraz Sprawozdanie roczne 2007.

⁽²²⁾ Patrz tabele TDI-10 część (iii) i TDI-21 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽²³⁾ Patrz tabela TDI-16 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽²⁴⁾ Patrz tabele TDI-10 część (vii) i TDI-21 część (iv) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków, którzy są bezrobotni i nie posiadają stałego miejsca zamieszkania, jest jednak wyższy wśród pacjentów ośrodków zamkniętych w większości krajów, w których porównanie jest możliwe ⁽²⁵⁾.

Historycznie struktura usług leczenia uzależnień była dostosowana do potrzeb osób zażywających opiaty; jest to nadal główna grupa osób leczonych z powodu uzależnienia. W większości państw członkowskich leczenie zastępcze w połączeniu z opieką psychospołeczną stało się główną opcją dla osób zażywających opiaty. Wraz z wprowadzeniem w 2007 r. leczenia dużymi dawkami buprenorfiny na Cyprze – leczenie zastępcze jest dostępne we wszystkich państwach członkowskich oraz w Chorwacji i Norwegii ⁽²⁶⁾. W Turcji leczenie zastępcze nie zostało jeszcze wprowadzone, chociaż jest dopuszczalne na podstawie rozporządzenia z 2004 r. w sprawie ośrodków leczniczych. Buprenorfina jest po metadonie drugim najczęściej przepisywanym substytutem opiatów, a w ostatnich latach wzrosło jej stosowanie w leczeniu uzależnień od opiatów (patrz rozdział 6). Obecnie jest dostępna jako opcja leczenia we wszystkich państwach członkowskich z wyjątkiem Bułgarii, Węgier i Polski. Szacuje się, że w 2006 r. z leczenia zastępczego w Europie skorzystało 600 tys. osób zażywających opiaty, przy czym w 16 z 22 krajów, które przekazały dane, nastąpił w tym zakresie wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim.

Ograniczanie szkód

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

Ponadto większość krajów zapewnia różne świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej i socjalnej w jednostkach niskoprogowych. Niektóre kraje informują jednak

o opóźnieniach we wdrażaniu środków ograniczających szkody, ponieważ brak jest wsparcia politycznego. W Grecji rozwój usług niskoprogowych i leczenia zastępczego utknął w martwym punkcie; w 2006 r. programy wymiany igieł i strzykawek w Rumunii i w Polsce zmniejszono po zawieszeniu finansowania zewnętrznego; jedyny na Cyprze program wymiany igieł i strzykawek nie jest oficjalnie zatwierdzony. Na Węgrzech, gdzie rozwijają się programy wymiany igieł i strzykawek oraz działania w terenie, z badań przeprowadzonych wśród grup pozostających poza leczeniem wynika, że świadczenia są wciąż niewystarczające, a przeszkody w dostępie do nich – bardzo duże.

Ze względu na szczególnie profil krajów nadbałtyckich i Rumunii pod względem HIV/AIDS w krajach tych nadal ważną rolę odgrywają darczyńcy międzynarodowi. Wsparcie finansowe na rzecz działań ograniczających szkody jest udzielane ze środków Funduszu Globalnego „Program walki z AIDS, malarią i gruźlicą”, natomiast w Estonii, na Litwie i Łotwie Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości uruchomiło ostatnio projekt o nazwie „Profilaktyka i opieka w zakresie HIV/AIDS dotycząca osób przyjmujących narkotyki dożylnie a przebywających w więzieniach”.

Wreszcie, niektóre państwa członkowskie niedawno przyjrzały się następstwom wprowadzanych działań interwencyjnych ograniczających szkody. Zaobserwowany we Francji spadek wskaźników śmiertelności w grupie osób zażywających narkotyki zbiegł się w czasie z wprowadzeniem potrójnych terapii przeciwwirusowych, opracowaniem polityki ograniczania szkód i dostępnością leczenia zastępczego z uzależnienia od opiatów; zmniejszająca się w Hiszpanii liczba osób przyjmujących narkotyki dożylnie w połączeniu z łatwym dostępem do leczenia zachowawczego metadonem została skojarzona z mniejszą zapadalnością na choroby zakaźne i ze spadkiem liczby zgonów związanych z narkotykami w grupie osób zażywających narkotyki (De la Fuente i in., 2006), a w Portugalii dostępne dane pokazują ustabilizowanie się poziomu chorób zakaźnych, co przypuszczalnie można częściowo przypisać wzrostowi dostępności świadczeń związanych z ograniczaniem szkód zdrowotnych i z leczeniem.

Reintegracja społeczna

Leczone osoby zażywające narkotyki często informują o dużej skali bezrobocia i bezdomności. Tego rodzaju upośledzenie społeczne na ogół jest bardziej rozpowszechnione wśród szczególnych grup osób

⁽²⁵⁾ Patrz tabela TDI-13 i TDI-15 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽²⁶⁾ Patrz tabele HSR-1 i HSR-2 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

zażywających narkotyki, zwłaszcza wśród kobiet, osób zażywających heroinę i crack, osób należących do mniejszości etnicznych i osób o współwystępujących problemach psychicznych.

Reintegrację społeczną uznaje się za zasadniczy element kompleksowych strategii antynarkotykowych i można ją realizować na każdym etapie zażywania narkotyków i w różnych miejscach. Cele działań na rzecz reintegracji społecznej można osiągnąć przez budowanie zdolności, doskonalenie umiejętności społecznych, stosowanie środków ułatwiających i promujących zatrudnienie oraz pomagających w uzyskaniu mieszkania lub poprawy warunków mieszkaniowych. W praktyce usługi integracyjne mogą obejmować poradnictwo zawodowe, praktyki zawodowe i pomoc w sprawach mieszkaniowych, natomiast działania podejmowane w więzieniach w ramach przygotowań do wyjścia więźniów na wolność mogą pomagać osadzonym w nawiązaniu kontaktu ze służbami zajmującymi się mieszkaniami komunalnymi i pomocą społeczną.

Bezdomność, a także niestabilizowana sytuacja mieszkaniowa – należą do najpoważniejszych form społecznego wykluczenia, z którymi stykają się osoby zażywające narkotyki i które dotyczyły około 10% osób zażywających narkotyki rozpoczynających leczenie w 2006 r. ⁽²⁷⁾. Chociaż w wielu krajach zapewnione jest wsparcie w kwestiach mieszkaniowych dla pacjentów leczonych z uzależnień od narkotyków, udokumentowano również braki w tej dziedzinie, a dwa kraje informują, że osobom zażywającym narkotyki trudno jest uzyskać dostęp do ogólnych usług dla bezdomnych, ponieważ usługi te tradycyjnie wykorzystywane są przez osoby problemowo spożywające alkohol (Irlandia, Włochy). Nowe środki, które mogą być pomocne w zaspokojeniu mieszkaniowych potrzeb osób zażywających narkotyki, podjęto w trzech krajach (Belgia, Dania, Niderlandy); kraje te zgłosiły, że następuje centralizacja obiektów przeznaczonych dla bezdomnych narkomanów uzależnionych od dłuższego czasu i że otwierane są wyspecjalizowane domy opieki dla osób zażywających narkotyki i przejawiających zaburzenia zachowania lub współwystępujące zaburzenia psychiczne.

Udzielenie pomocy pacjentom leczonym z uzależnień od narkotyków w znalezieniu zatrudnienia jest kluczowym elementem reintegracji społecznej, ponieważ co drugi pacjent podejmujący leczenie jest bezrobotny ⁽²⁸⁾. Zgłoszono nowe sposoby podejścia do kwestii pomocy

pacjentom w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia, które okazały się skuteczne, mianowicie: programy opiekuńcze, czyli dotowane miejsca pracy (począwszy od 2006 r. możliwe również na Litwie) i specjalny instruktaż dla pracodawców i pracowników, analogiczny do zapewnionego w ramach projektu „Gotów do pracy” w Irlandii, czy różne „agencje pracy i agencje społeczne” w Republice Czeskiej.

Ochrona zdrowia i działania społeczne w więzieniach

Więzienia stanowią ważne miejsce podejmowania działań z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej w stosunku do osób zażywających narkotyki. W poniższej części znajdzie się przegląd danych dotyczących zażywania narkotyków i osób zażywających narkotyki w europejskich więzieniach, z równoczesnym zapewnieniem aktualnych informacji na temat świadczenia usług dla osadzonych osób zażywających narkotyki oraz nowych przepisów dotyczących leczenia uzależnień na terenie więzień.

Zażywanie narkotyków

Dostępne dane pochodzące z rozmaitych badań nadal wskazują na nadreprezentację osób zażywających narkotyki w europejskich więzieniach w porównaniu z populacją ogólną. Badania przeprowadzone w latach 2001–2006 podają, że odsetek więźniów ⁽²⁹⁾, którzy deklarują przynajmniej jednokrotnie zażycie nielegalnego narkotyku, różni się znacznie w zależności od populacji więźniów, aresztu i kraju, i wynosi od jednej trzeciej lub mniej (Bułgaria, Węgry, Rumunia) do ponad 50% w większości badań, a sięga nawet 84% w więzieniach dla kobiet w Anglii i Walii. Nielegalnym narkotykiem najczęściej zgłaszanym przez więźniów są nadal konopie indyjskie, przy czym poziom wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia sięga 78%. Chociaż w niektórych więzieniach dane szacunkowe dotyczące przynajmniej jednokrotnego zażycia innych substancji mogą być bardzo niskie (na poziomie 1%), z niektórych badań wynika, że wśród więźniów wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia wynosi od 50 do 60% dla heroiny, amfetamin lub kokainy ⁽³⁰⁾. Wśród więźniów mogą być też skumulowane najbardziej szkodliwe formy zażywania narkotyków, przy czym w niektórych badaniach stwierdzono, że ponad jedna trzecia osób badanych przynajmniej jeden raz przyjęła narkotyki dożylnie ⁽³¹⁾.

⁽²⁷⁾ Patrz tabela TDI-15 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽²⁸⁾ Patrz tabela TDI-20 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽²⁹⁾ Określenia „więźniowie” używa się tutaj w szerokim znaczeniu i obejmuje ono zarówno osoby przebywające w areszcie śledczym, jak i osoby skazane i osadzone.

⁽³⁰⁾ Patrz tabela DUP-1 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽³¹⁾ Patrz tabela DUP-2 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Zarówno specjaliści do spraw więziennictwa, jak i decydenci przyznają, że narkotyki przenikają do większości więzień pomimo wszelkich działań podejmowanych w celu ograniczenia tych dostaw. Badania przeprowadzone w latach 2001–2006 w Europie pokazują, że od 1 do 56% osadzonych deklaruje przynajmniej jednokrotne zażycie narkotyków w więzieniu, a nawet jedna trzecia osadzonych przyjmowała narkotyki dożylnie podczas pobytu w areszcie⁽³²⁾. Rodzi to obawy o ewentualne szerzenie się chorób zakaźnych, zwłaszcza wobec wspólnego korzystania ze sprzętu do iniekcji.

W Unii Europejskiej populacja więźniów liczy ponad 607 tys. osób⁽³³⁾, przy czym szacuje się, że fluktuacja więźniów w skali roku dotyczy 860 tys. osób. W większości krajów odsetek więźniów skazanych za naruszenia prawa narkotykowego kształtuje się na poziomie od 10 do 30%. Na podstawie dostępnych danych można w przybliżeniu określić, że rokrocznie przez więzienia w UE przewija się ponad 400 tys. osób, które w przeszłości miały lub obecnie mają do czynienia z zażywaniem nielegalnych narkotyków. Wśród nich znajduje się znaczna liczba osób problemowo zażywających narkotyki. Problemy zdrowotne związane z zażywaniem narkotyków będą w pewnym stopniu determinować potrzeby, jakie w zakresie opieki zdrowotnej ma tak duża populacja osób zażywających narkotyki dawniej lub obecnie, która znajduje się

w więzieniach europejskich; dotyczy to zwłaszcza takich chorób zakaźnych, jak zapalenie wątroby typu B i C oraz HIV/AIDS (patrz rozdział 7).

Opieka zdrowotna

W większości krajów za opiekę zdrowotną w więzieniach odpowiada ministerstwo sprawiedliwości. To jednak się zmienia i przybywa państw europejskich, w których odpowiedzialność ta przechodzi na system opieki zdrowotnej (Francja, Włochy, Anglia i Walia w Zjednoczonym Królestwie, Norwegia). We wszystkich więzieniach w Hiszpanii rozwijane są kompleksowe usługi dla osób zażywających narkotyki, zgodnie z planem działania w ramach krajowej strategii antynarkotykowej (2000–2008) i na podstawie protokołu o współpracy między ministerstwem zdrowia i ministerstwem spraw wewnętrznych podpisanym w 2005 r. W celu zaspokojenia potrzeb rosnącej liczby osadzonych osób zażywających narkotyki więzienia w innych krajach nawiązały współpracę z publiczną służbą zdrowia oraz specjalistycznymi jednostkami pozarządowymi w danym środowisku.

W Unii Europejskiej rozszerza się zakres działań interwencyjnych ukierunkowanych na więźniów zażywających narkotyki. W stosunku do sytuacji sprzed pięciu lat obecnie więcej krajów deklaruje działania

Aktualne ustawodawstwo dotyczące leczenia odwykowego w więzieniach

W 2006 r. i na początku 2007 r. sześć krajów zmieniło ramy prawne i wytyczne mające wpływ na prawa więźniów do leczenia odwykowego.

W Belgii wytyczna ministra sprawiedliwości z 2006 r. stwierdza, że osadzeni mają prawo do takiego samego zakresu opcji leczenia, jaki jest dostępny poza więzieniem. W tym czasie w Irlandii w nowych wytycznych dla służby więziennej kładzie się nacisk na standard opieki zdrowotnej w przypadku leczenia odwykowego, która powinna być porównywalna ze świadczeniami dostępnymi w społeczności lokalnej, z jednoczesnym dostosowaniem do warunków więziennych.

W Danii obowiązująca od stycznia 2007 r. nowelizacja ustawy uprawnia osadzone osoby zażywające narkotyki do bezpłatnego leczenia z powodu zażywania narkotyków. Ustawa stanowi, że leczenie powinno rozpocząć się w ciągu 14 dni od złożenia przez więźnia wniosku w tej sprawie do duńskiej służby więziennej i nadzoru kuratorskiego. Tego rodzaju uprawnienie nie przysługuje jednak, gdy przestępca ma być zwolniony w ciągu trzech miesięcy lub gdy zostaje uznany

za nienadającego się do leczenia bądź za nieposiadającego odpowiedniej motywacji w tym kierunku.

W maju 2006 r. w Rumunii stworzono nowe podstawy prawne umożliwiające wprowadzenie leczenia zastępczego w więzieniach, wydano bowiem wspólne zarządzenie ministrów sprawiedliwości, zdrowia publicznego oraz administracji i spraw wewnętrznych dotyczące kontynuacji programów zintegrowanej pomocy medycznej, psychologicznej i społecznej dla osadzonych.

W 2006 r. w Norwegii okólnik ministra sprawiedliwości oraz ministra zdrowia i spraw społecznych zacieśnił współpracę między tymi dwoma sektorami w celu zapewnienia lepszych działań następczych w czasie odbywania kar pozbawienia wolności i po ich odbyciu. W szczególności na Słowacji ustawa z 2006 r. zezwoliła na objęcie pomocą psychologiczną osób zażywających narkotyki przebywających w areszcie, które wykazują objawy głodu narkotycznego. Celem tej ustawy jest zapewnienie osobom zażywającym narkotyki usług tego rodzaju, gdy są im one najbardziej potrzebne, czyli w okresie nasilonego głodu narkotycznego bezpośrednio po znalezieniu się w areszcie. Powstały również dzięki temu ramy prawne wspierające istniejące jednostki zajmujące się leczeniem osób skazanych, które zażywają narkotyki.

⁽³²⁾ Patrz tabele DUP-3 i DUP-4 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽³³⁾ Roczne dane statystyczne Rady Europy dotyczące spraw karnych (SPACE), na podstawie badania populacji więźniów w odniesieniu do dnia 1 września 2006 r.

w następujących obszarach: informacje i profilaktyka związane z narkotykami, badania przesiewowe w kierunku chorób zakaźnych i szczepienia oraz leczenie uzależnień od narkotyków, w tym leczenie zastępcze. Ponadto w poszczególnych krajach dostęp do tych działań interwencyjnych stał się bardziej powszechny. Leczenie zastępcze w warunkach więziennych jest oficjalnie dostępne we wszystkich krajach z wyjątkiem Bułgarii, Estonii, Łotwy, Litwy, Cypru, Słowacji i Turcji. Jedynym krajem europejskim, który w więzieniach zapewnia szeroki zakres środków ograniczających szkody, jest obecnie Hiszpania.

W 2006 r. zaledwie cztery państwa członkowskie podały za pośrednictwem krajowych systemów monitorowania leczenia dane socjodemograficzne i informacje na temat schematów zażywania narkotyków przez więźniów poddawanych leczeniu. We Francji, na Cyprze i na Słowacji opiaty – zazwyczaj heroina – są najczęściej zgłaszane jako główny narkotyk przez osoby rozpoczynające leczenie uzależnienia, podczas gdy w Szwecji przede wszystkim zażywanie amfetaminy jest główną przyczyną podejmowania leczenia w więzieniu, co odzwierciedla schematy problemowego zażywania narkotyków w tym kraju.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Rozdział 3

Konopie indyjskie

Wprowadzenie

W ostatnim dziesięcioleciu sytuacja w Europie w zakresie konopi indyjskich uległa znacznym zmianom, podobnie jak debata na temat odpowiedniego reagowania na szeroko rozpowszechnione zażywanie tego narkotyku. Na początku i w połowie lat 90. XX w. nieliczne kraje wyróżniały się dużym rozpowszechnieniem tego narkotyku, jeżeli weźmie się pod uwagę normę europejską, której poziom – według dzisiejszych standardów – był niski. W prawie wszystkich krajach w latach 90. XX w. i na początku XXI w. wzrosło zażywanie konopi indyjskich i w wyniku tego ukształtował się dzisiejszy mniej zróżnicowany obraz europejski, nawet jeżeli nadal istnieją różnice między poszczególnymi krajami. Ponadto w ciągu ostatnich kilku lat wzrastała świadomość implikacji dla zdrowia publicznego wynikających z długotrwałego i szeroko rozpowszechnionego zażywania tego narkotyku oraz nastąpił wzrost zgłaszanego zapotrzebowania na leczenie związane z problemami powodowanymi przez konopie indyjskie. Europa przypuszczalnie wkracza teraz w nową fazę, ponieważ dane wskazują na ustabilizowanie sytuacji, czy wręcz na tendencję spadkową. Poziom zażywania tego narkotyku jednak pozostaje wysoki w porównaniu ze standardami historycznymi, a ustalenie skutecznego sposobu reagowania na zażywanie konopi indyjskich to nadal kluczowa kwestia europejskiej debaty na temat narkotyków.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Konopie indyjskie można uprawiać w bardzo rozmaitych środowiskach, w wielu częściach świata to roślina dziko rosnąca; obecnie uważa się, że jest uprawiana na obszarze 172 krajów i terytoriów (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Zestawienie wszystkich tych faktów oznacza, że opracowywanie danych szacunkowych na temat światowej produkcji konopi indyjskich przypuszczalnie będzie bardzo trudne. Najnowsze dane UNODC dotyczące globalnej produkcji marihuany mówią o 41 600 tonach (2006),

z czego ponad połowa pochodzi z obu Ameryk (Północnej i Południowej), a blisko jedna czwarta – z Afryki (UNODC, 2008).

Szeroko rozpowszechniona uprawa konopi indyjskich oznacza również, że znaczna część handlu prawdopodobnie ma charakter wewnątrzregionalny. Ma to miejsce w przypadku pewnej ilości marihuany w Europie, gdzie oprócz produkcji domowej ⁽³⁵⁾, zwrócono uwagę na Albanie i Niderlandy jako na źródła pochodzenia tego narkotyku (sprawozdania krajowe Reitox). Jak wynika ze zgłoszeń, marihuana znajdująca się w Europie pochodzi również z takich rejonów świata, jak: Afryka Południowo-Zachodnia (Nigeria, Angola), Azja Południowo-Wschodnia (Tajlandia), Azja Południowo-Zachodnia (Pakistan) oraz obie Ameryki (Kolumbia, Jamajka) (CND, 2008; Europol, 2008).

Wielkość globalnej produkcji żywicy konopnej w 2006 r. oszacowano na 6 tys. ton, co oznacza spadek w stosunku do 7,5 tys. ton w 2004 r. (UNODC, 2007), przy czym Maroko pozostawało głównym producentem międzynarodowym. Areal pod produkcję żywicy konopnej zmniejszył się ze 134 tys. hektarów w 2003 r. do 76,4 tys. hektarów w 2005 r., a wielkość produkcji wyniosła wówczas 1066 ton (UNODC i rząd Maroka, 2007). Doniesiono również o produkcji żywicy w Afganistanie, gdzie następuje jej szybki wzrost, w Pakistanie, Indiach, Nepalu oraz w środkowoazjatyckich i innych krajach WNP (UNODC, 2008). Żywica konopna wyprodukowana w Maroku zwykle jest przemykana do Europy przez Półwysep Iberyjski (Europol, 2008), przy czym pewne jej ilości są dalej rozprowadzane z terytorium Niderlandów.

Konfiskaty

W 2006 r. na całym świecie skonfiskowano 5230 ton marihuany i 1025 ton żywicy konopnej, co oznacza spadek w stosunku do rekordowego poziomu w 2004 r. Ponownie największą ilość marihuany (58%) skonfiskowano w Ameryce Północnej, podczas gdy w Europie Zachodniej i Środkowej na najwyższym

⁽³⁴⁾ Więcej informacji na temat źródeł danych dotyczących podaży i dostępności narkotyków, patrz str. 42.

⁽³⁵⁾ Patrz – Produkcja konopi indyjskich w Europie, str. 43.

poziomie pozostawała ilość skonfiskowanej żywicy konopnej (62%) (UNODC, 2008).

Szacuje się, że w 2006 r. w Europie miało miejsce 177 tys. przypadków konfiskaty marihuany, co odpowiada 86 tonom narkotyku ⁽³⁶⁾. Zjednoczone Królestwo jest państwem członkowskim UE, które zgłosiło większość przypadków konfiskaty marihuany, chociaż brak jest jeszcze danych za 2006 r. Turcja zgłosiła w 2006 r. konfiskatę rekordowych ilości marihuany. Począwszy od 2001 r., stale rośnie liczba konfiskat marihuany w Europie, natomiast do 2005 r. następował ogólny spadek skonfiskowanych ilości, przy czym najnowsze dane wskazują na pewien wzrost w tym zakresie.

Konfiskaty żywicy konopnej w Europie przekroczyły konfiskaty marihuany zarówno pod względem liczby przypadków, jak i ilości narkotyku – dokonano bowiem 2-krotnie więcej konfiskat (325 tys.), a przechwycona ilość (713 ton) była ośmiokrotnie wyższa. Hiszpania ponownie zgłosiła większość przypadków konfiskat żywicy (około połowy wszystkich przypadków konfiskaty i około dwóch trzecich całkowitej ilości narkotyku przechwyconego w 2006 r.), a następnie – mniejsze wielkości – Francja i Zjednoczone Królestwo. Po okresie stabilizacji w latach 2001–2003 w Europie rośnie liczba konfiskat żywicy konopnej, podczas gdy przechwycone ilości rosły do lat 2003–2004, lecz później zaczęły spadać.

W 2006 r. szacowana liczba 10,5 tys. konfiskat spowodowała odzyskanie około 2,3 mln roślin konopi indyjskich ⁽³⁷⁾ i 22 ton roślin konopi indyjskich (64% przypadkało na Hiszpanię). Po okresie stałego wzrostu liczby konfiskat roślin konopi indyjskich, począwszy od 2001 r., wielkość ta w 2006 r. się ustabilizowała ⁽³⁸⁾. Po ostrym spadku w 2002 r. w porównaniu z rekordową ilością skonfiskowaną w 2001 r. liczba roślin skonfiskowanych w Europie rosła, chociaż ustabilizowała się w 2006 r. na poziomie połowy liczby zgłoszonej w 2001 r. W tym samym okresie pięcioletnim liczba roślin konopi indyjskich skonfiskowanych w Europie podana w kilogramach wskazuje na stały wzrost, przy czym przyspieszenie w 2006 r. nastąpiło w wyniku rekordowych konfiskat na Litwie.

Siła działania i cena

Siła działania produktów otrzymanych z konopi indyjskich określana jest na podstawie zawartości delta-9-tetrahydrocannabinolu (THC), czyli głównego składnika czynnego. Siła działania konopi indyjskich różni się

Podaż i dostępność narkotyków – dane i źródła

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

Liczbę konfiskat narkotyków w danym kraju często przyjmuje się jako pośredni wskaźnik wielkości podaży, szlaków handlowych i dostępności narkotyków, chociaż odzwierciedla ona również priorytety, zasoby i strategie organów ścigania, jak również preferencje handlarzy narkotyków i praktyki w zakresie raportowania. Aby zrozumieć funkcjonowanie detalicznych rynków narkotykowych można także analizować dane na temat czystości lub siły działania oraz cen detalicznych nielegalnych narkotyków. Dostępność tego typu danych może być jednak ograniczona i mogą rodzić się pytania o ich wiarygodność i porównywalność. Informacje wywiadowcze z organów ścigania mogą pomóc w uzyskaniu pełnego obrazu.

EMCDDA gromadzi dane krajowe na temat konfiskat, czystości i cen detalicznych narkotyków w Europie. Inne dane dotyczące podaży narkotyków pochodzą przeważnie z analiz i systemów informacyjnych UNODC, których uzupełnieniem są dodatkowe informacje dostarczane przez Europol. Informacje na temat prekursorów narkotyków uzyskuje się z 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 brak jest zaawansowanych systemów informacyjnych związanych z podażą narkotyków, część danych szacunkowych i innych zgłaszanych danych musi być przyjmowana z rezerwą, pomimo że reprezentują one najlepsze przybliżenia z możliwych.

znacznie w zależności od kraju i w obrębie jednego kraju, jak również w różnych próbkach konopi indyjskich i produktach z nich otrzymanych. Z kilku powodów metodologicznych trudno jest interpretować dane w tym obszarze, a stopień, w jakim analizowane konfiskaty stanowią odzwierciedlenie całego rynku, jest wątpliwy.

⁽³⁶⁾ Dane na temat wymienionych w niniejszym rozdziale europejskich konfiskat narkotyków można znaleźć w tabelach SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 i SZR-6 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽³⁷⁾ Z uwagi na to, że po doniesieniach o wysokim poziomie konfiskat roślin konopi indyjskich w okresie 2001–2004 Turcja zgłosiła brak konfiskat tego materiału w 2005 r. i 2006 r., wyłączono ją z analizy dotyczącej Europy.

⁽³⁸⁾ Jest to jedynie wstępny obraz sytuacji, gdyż jak dotąd nie udostępniono danych za 2006 r. ze Zjednoczonego Królestwa – z kraju, który zgłosił największą skonfiskowanych roślin konopi indyjskich w 2005 r.

Badania wskazują, że generalnie konopie indyjskie produkowane w warunkach domowych w uprawie intensywnej mają na ogół większą siłę działania. W 2006 r. zgłoszona zawartość THC w próbkach żywicy wahała się od 2,3 do 18,4%, podczas gdy wskaźnik ten w przypadku marihuany wahał się od mniej niż 1 do 13%. W latach 2001–2006 siła działania żywicy i marihuany pozostawała stabilna lub zmniejszyła się w wielu z 16 krajów europejskich, które przedstawiły wystarczające dane; jednakże odnotowano tendencje wzrostowe w przypadku importowanej żywicy konopnej w Niderlandach i w przypadku marihuany w siedmiu innych krajach. Dane szacunkowe dotyczące siły działania lokalnie produkowanej marihuany w okresie kilku lat są dostępne wyłącznie w odniesieniu do Niderlandów, które zgłosiły spadek do 16,0% w 2006 r., z najwyższej notowanej wielkości 20,3% w 2004 r. ⁽³⁹⁾.

Typowe ceny detaliczne, zarówno marihuany, jak i żywicy konopnej, wahały się od 2 do 14 euro za gram, przy czym większość krajów europejskich podała ceny rzędu od 4 do 10 euro za gram za oba produkty. Z informacji wynika, że w latach 2001–2006 ceny detaliczne żywicy konopnej (po uwzględnieniu inflacji) spadły; wyjątek stanowiły takie kraje, jak Belgia i Niemcy. Z większości krajów napłynęły dane wskazujące na bardziej stabilną sytuację w zakresie cen marihuany w tym okresie, z wyjątkiem Niemiec i Austrii, gdzie odnotowano oznaki wzrostu cen.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania

Zażywanie w populacji ogólnej

Według ostrożnych szacunków ponad 70 mln Europejczyków przynajmniej jeden raz zażyło konopie indyjskie (wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia), czyli średnio więcej niż co piąta osoba w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat (zestawienie danych – patrz tabela 2). Choć istnieją znaczne różnice między krajami – wielkości krajowe wahają się w granicach od 2 do 37% – połowa krajów podaje dane szacunkowe w granicach od 11 do 22%.

Wiele krajów zgłasza stosunkowo wysoki poziom rozpowszechnienia, jeżeli chodzi o zażywanie konopi indyjskich w ostatnim roku i ostatnim miesiącu. Szacuje się, że 23 mln Europejczyków zażywało ten narkotyk w ostatnim roku, co stanowi średnio około 7% wszystkich osób w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat. Szacunkowe dane dotyczące wskaźnika zażycia w ostatnim miesiącu uwzględniają osoby zażywające ten narkotyk częściej, choć niekoniecznie intensywnie

Produkcja konopi indyjskich w Europie

W ostatnich latach w całej Europie nabrała znaczenia kwestia domowej produkcji konopi indyjskich, co znajduje swój wyraz w tym, iż obecnie większość krajów europejskich informuje o lokalnych uprawach konopi indyjskich i znaczących konfiskatach roślin konopi indyjskich. Konopie indyjskie uprawiane w Europie pochodzą zarówno z plantacji w budynkach, w których często prowadzona jest intensywna uprawa, jak i z plantacji na wolnym powietrzu. Wielkość plantacji jest bardzo różna w zależności od motywacji i zasobów hodowcy – od kilku roślin na własny użytek do kilku tysięcy na dużych powierzchniach, z przeznaczeniem na cele handlowe.

Dostępne informacje są wyrywkowe i nie pozwalają na dokładną ocenę wielkości upraw konopi indyjskich w Europie. Niemniej jednak doniesienia z kilku krajów wskazują, że nie jest to już zjawisko marginalne. Na przykład w badaniach populacji francuskiej w 2005 r. oceniono, że około 200 tys. osób uprawiało konopie indyjskie przynajmniej jeden raz w życiu. W Zjednoczonym Królestwie ponad 1,5 tys. „farm konopi indyjskich”, które miały na swoim terenie średnio po 400 roślin, zostało zamkniętych przez policję w Londynie w latach 2005–2006 (Daly, 2007); panuje przekonanie, że większość obecnie dostępnej marihuany jest produkowana na miejscu lub w innych krajach europejskich. Natomiast w Niderlandach uprawa konopi indyjskich jest szeroko rozpowszechniona w niektórych częściach tego kraju, przy czym ocenia się, że w 2005 r. i 2006 r. zlikwidowano ogółem 6 tys. miejsc uprawy tych roślin.

Wydaje się, że gwałtowny wzrost produkcji konopi indyjskich miał miejsce na początku i w połowie lat 90. w niektórych krajach Europy Zachodniej, co było częściowo reakcją konsumentów konopi indyjskich na postrzeganą niską jakość i wysoką cenę importowanej żywicy konopnej, która wówczas była najpowszechniej zażywaną pochodną konopi indyjskich. Wydaje się również, iż obecnie w niektórych krajach większość odbiorców spożywa marihuanę produkowaną na miejscu. Częściowe zastąpienie importowanej żywicy przez marihuanę wyprodukowaną na miejscu stało się możliwe dzięki postępowi wiedzy ogrodniczej i technologii w tej dziedzinie (w celu maksymalizacji uzysku i uniknięcia wykrycia), który rozprzestrzenił się za pośrednictwem Internetu (Hough i in., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997–1998). Z punktu widzenia producenta konopie indyjskie produkowane na miejscu mają jeszcze tę zaletę, że nie wymagają przewożenia przez granice państwowe.

(patrz poniżej). Szacuje się, że około 12,5 mln Europejczyków zażyło ten narkotyk w poprzednim miesiącu, co stanowi średnio około 4% wszystkich osób w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat.

⁽³⁹⁾ Więcej danych na temat siły działania i cen – patrz tabele PPP-1 i PPP-5 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

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

Zakres zażywania narkotyków przez ogół ludności lub w środowisku szkolnym mierzy się na podstawie reprezentatywnych badań ankietowych przekazujących dane szacunkowe o odsetku jednostek, które informują o zażywaniu konkretnych narkotyków w określonych przedziałach czasowych. Badania ankietowe dostarczają również przydatnych informacji kontekstowych na temat schematów zażywania, socjodemograficznych cech osób zażywających narkotyki oraz percepcji zagrożeń i dostępności ⁽¹⁾.

EMCDDA w ścisłej współpracy z ekspertami krajowymi przygotowało zestaw wspólnych punktów głównych przeznaczony do stosowania w badaniach ankietowych prowadzonych wśród osób dorosłych (Europejski kwestionariusz modelowy – EMQ). Procedura ta jest już wdrożona w większości państw członkowskich UE ⁽²⁾. Nadal występują jednak różnice pomiędzy poszczególnymi krajami, jeżeli chodzi o stosowaną metodologię i rok zbierania danych, co oznacza, że niewielkie różnice – zwłaszcza pomiędzy krajami – należy interpretować z pewną ostrożnością ⁽³⁾.

Z uwagi na to, że przeprowadzanie badań ankietowych jest kosztowne, 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

badan w każdym kraju; w większości oznacza to okres między 2004 a 2007 r.

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia dotyczy najdłuższego okresu ze wszystkich trzech standardowych ram czasowych stosowanych do raportowania danych uzyskanych w trakcie badań. Wskaźnik ten nie odzwierciedla aktualnej sytuacji osób dorosłych w zakresie zażywania narkotyków, natomiast jest przydatny w sprawozdawczości dotyczącej młodzieży szkolnej i zapewnia wgląd w schematy i częstość zażywania narkotyków. W przypadku osób dorosłych nacisk kładzie się na zażywanie narkotyków w ostatnim roku i w ostatnim miesiącu ⁽⁴⁾. Istotne jest wskazanie liczby osób regularnie zażywających narkotyki lub mających problemy w związku z ich przyjmowaniem. W tym zakresie czyni się pewne postępy, opracowując krótkie skale do oceny bardziej intensywnych form zażywania w populacji ogólnej, wśród osób dorosłych i uczniów (patrz ramka dotycząca opracowania skali psychometrycznych w sprawozdaniu rocznym za 2007 r.).

⁽¹⁾ Więcej informacji na temat metodologii badań znajduje się w Biuletynie statystycznym za 2008 r. (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Patrz strona internetowa <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>.

⁽³⁾ Więcej informacji na temat badań krajowych znajduje się w tabeli GPS-21 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁴⁾ Standardowe przedziały wiekowe EMCDDA: wszyscy dorośli (od 15 do 64 lat) i młode osoby dorosłe (od 15 do 34 lat). W niniejszym sprawozdaniu stosuje się określenia takie, jak „wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia”, „wskaźnik zażywania w ostatnim roku” i „wskaźnik zażywania w ostatnim miesiącu”, czasami bardziej kolokwialne zwroty, odpowiednio „jednokrotne zażycie”, „niedawne zażywanie” i „aktualne zażywanie”.

Zażywanie konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych

Zażywanie konopi indyjskich dotyczy głównie grupy osób młodych (od 15 do 34 lat), przy czym najwyższy poziom zażywania zgłaszany jest w przypadku osób w przedziale wiekowym od 15 do 24 lat. Ma to miejsce prawie we wszystkich krajach europejskich z wyjątkiem Belgii, Cypru i Portugalii ⁽⁴⁰⁾.

Dane wynikające z badania populacji wskazują, że przeciętnie 31% wszystkich młodych osób dorosłych w Europie (od 15 do 34 lat) zażyło konopie indyjskie przynajmniej jeden raz, podczas gdy 13% zażyło tego narkotyku w ostatnim roku, a 7% – w ostatnim miesiącu. Szacuje się, że nawet wyższy odsetek Europejczyków w grupie wiekowej od 15 do 24 lat zażył konopie indyjskie w ostatnim roku (17%) lub w ostatnim miesiącu (9%), chociaż nieznacznie mniej osób w tej grupie wiekowej próbowało tego narkotyku (30%). Krajowe szacunki rozpowszechnienia konopi indyjskich różnią się znacznie pod każdym względem w zależności od kraju, przy czym kraje znajdujące się w górnych granicach tej skali zgłaszały wielkości 10-krotnie

przewyższające dane z krajów o najniższym stopniu rozpowszechnienia tych narkotyków.

Zażywanie konopi indyjskich jest większe wśród mężczyzn niż wśród kobiet (patrz – Wybrane zagadnienia dotyczące płci w opracowaniu z 2006 r.), chociaż zaobserwowano znaczne różnice w zależności od kraju. Na przykład wśród osób zgłaszających zażywanie konopi indyjskich w ostatnim roku stosunek mężczyzn do kobiet wahał się od 6,4 (w Portugalii) do 1,3 (we Włoszech) mężczyzny na każdą kobietę.

Zażywanie konopi indyjskich wśród uczniów

Po tytoniu i alkoholu konopie indyjskie nadal są substancją psychoaktywną najpowszechniej zażywaną przez uczniów.

Co najmniej jednokrotne zażycie konopi indyjskich przez 15- czy 16-lletnich uczniów można przyjąć jako informację odzwierciedlającą niedawne lub aktualne zażywanie tego narkotyku, ponieważ pierwsze eksperymentowanie z tą substancją często ma miejsce właśnie w tym wieku lub w wieku zbliżonym. Dane pochodzące z przeprowadzonych w latach 2005–2006

⁽⁴⁰⁾ Patrz wykres GPS-1 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Aktualne badania ankietowe w szkołach

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci w wieku szkolnym (HBSC) to zespołowe opracowanie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), które kontroluje zdrowie i zachowania zdrowotne dzieci i które zawiera pytania na temat zażywania konopi indyjskich przez 15-letnich uczniów, poczynając od 2001 r. Drugą turę tych badań z uwzględnieniem pytań dotyczących konopi indyjskich przeprowadzono w okresie od października 2005 r. do maja 2006 r., z udziałem 26 państw członkowskich i Chorwacji.

Czwartą turę Europejskiego projektu dotyczącego badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD) przeprowadzono w 2007 r. z udziałem 25 państw członkowskich, Chorwacji i Norwegii. Badania te zajmują się zażywaniem substancji przez uczniów, którzy kończą 16 lat w danym roku kalendarzowym. Wyniki najnowszych badań będą opublikowane w grudniu 2008 r.

W obu wymienionych międzynarodowych badaniach ankietowych w szkołach (badania są przeprowadzane co cztery lata) z każdą turą rosła liczba uczestników i obecnie bierze w nich udział większość krajów europejskich.

Hiszpania, Włochy, Portugalia, Słowacja, Szwecja i Zjednoczone Królestwo podały również dane na temat zażywania konopi indyjskich na podstawie własnych krajowych badań ankietowych w szkołach w 2006 r.

przez HBSC badań poświęconych piętnastolatkom pokazały duże różnice w wielkości wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich w 27 krajach. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich oszacowano na poziomie 10% w pięciu krajach, 11 krajów zgłosiło wartości w przedziale od 10 do 20%, a 11 krajów – w przedziale od 21 do 31% (Currie i in., 2008) ⁽⁴¹⁾. W tej grupie wiekowej chłopcy zazwyczaj informują o większym rozpowszechnieniu zażywania konopi indyjskich niż dziewczynki, lecz zróżnicowanie zgłaszanego rozpowszechnienia w zależności od płci jest małe lub nawet go brak w niektórych krajach o najwyższych szacunkowych wskaźnikach rozpowszechnienia.

W przypadku wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia szacunkowe dane dotyczące zażywania narkotyków przez uczniów w ciągu ostatnich 30 dni różnią się znacznie w zależności od kraju. W niektórych krajach praktycznie nie ma na ten temat informacji, podczas gdy w innych krajach około 15% pytanym osób deklaruje zażywanie w ciągu ostatnich 30 dni, przy czym niekiedy jeszcze wyższe wartości stwierdzono wśród osób płci męskiej. Na podstawie danych zgromadzonych w ramach wcześniejszych badań ESPAD ocenia się, że w 2003 r.

w państwach członkowskich UE, łącznie z Chorwacją i Turcją, około 3,5 mln (22,1%) 15-, 16-letnich uczniów zażyło konopie indyjskie przynajmniej jeden raz w życiu, a około 1,7 mln (11%) zażywało ten narkotyk w miesiącu poprzedzającym to badanie.

Porównania międzynarodowe

Liczby europejskie można porównać z danymi dotyczącymi innych części świata. Na przykład w Stanach Zjednoczonych autorzy krajowych badań dotyczących zdrowia i zażywania narkotyków (Samhsa, 2005) ocenili wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich na 49% w grupie młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat, przeliczone przez EMCDDA), a wskaźnik zażycia tego narkotyku w ostatnim roku – na 21%. W tej samej grupie wiekowej w Kanadzie (2004 r.) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich wynosił 58%, a analogiczny wskaźnik dotyczący zażycia tego narkotyku w ostatnim roku – 28%, podczas gdy w Australii (2004 r.) liczby te wynosiły odpowiednio 48 i 20%. Wszystkie te wielkości kształtują się znacznie powyżej odpowiadających im średnich europejskich, które wynoszą odpowiednio 31 i 13%.

Schematy zażywania konopi indyjskich

Dostępne dane wskazują na występowanie różnorodnych schematów zażywania konopi indyjskich. Tylko 30% osób w grupie wiekowej od 15 do 64 lat, które przynajmniej jednokrotnie zażyły konopi indyjskich, zrobiło to w ostatnim roku ⁽⁴²⁾. Natomiast średnio 56% osób, które zażywały tego narkotyku w ostatnim roku, uczyniło to w ostatnim miesiącu.

Ocena intensywnych i długotrwałych schematów zażywania to sprawa ważna z punktu widzenia zdrowia publicznego. Codzienne lub prawie codzienne zażywanie (zażywanie przez 20 lub więcej dni w ciągu ostatnich 30 dni) może być wskaźnikiem intensywnego zażywania. Dane dotyczące tej formy zażywania konopi indyjskich w Europie zebrano w latach 2007–2008 w ramach „badań terenowych” koordynowanych przez EMCDDA we współpracy z krajowymi ekspertami i punktami kontaktowymi Reitox z 13 krajów. Na podstawie tych danych, choć ograniczonych, ocenia się, że ponad 1% wszystkich dorosłych Europejczyków, czyli około 4 mln osób, zażywa konopie indyjskie codziennie lub prawie codziennie. Większość tych osób – około 3 mln – jest w wieku od 15 do 34 lat, stanowiąc w przybliżeniu od 2 do 2,5% wszystkich Europejczyków w tej grupie wiekowej ⁽⁴³⁾.

⁽⁴¹⁾ Patrz wykres EYE-5 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁴²⁾ Patrz wykres GPS-2 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁴³⁾ Przedstawione średnie europejskie to przybliżone dane szacunkowe oparte na średniej ważonej (dla populacji) w odniesieniu do krajów posiadających te informacje. W przypadku krajów, które nimi nie dysponują, przyjmuje się średni wynik. Uzyskane liczby to 1,2% w przypadku wszystkich dorosłych (od 15 do 64 lat) i 2,3% w przypadku młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat). Patrz tabela GPS-7 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Tabela 2: Rozpowszechnienie zażywania konopi indyjskich w populacji ogólnej – dane podstawowe

Grupa wiekowa	Okres zażywania		
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok	Ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	71,5 mln	23 mln	12,5 mln
Średnia europejska	21,8%	6,8%	3,8%
Przedział	1,7–36,5%	0,8–11,2%	0,5–8,7%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (1,7%) Malta (3,5%) Bułgaria (4,4%) Cypr (6,6%)	Malta (0,8%) Bułgaria (1,5%) Grecja (1,7%) Szwecja (2,0%)	Malta (0,5%) Szwecja (0,6%) Litwa (0,7%) Bułgaria (0,8%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Dania (36,5%) Francja (30,6%) Zjednoczone Królestwo (30,1%) Włochy (29,3%)	Włochy, Hiszpania (11,2%) Republika Czeska (9,3%) Francja (8,6%)	Hiszpania (8,7%) Włochy (5,8%) Zjednoczone Królestwo, Francja, Republika Czeska (4,8%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	42 mln	17,5 mln	10 mln
Średnia europejska	31,2%	13%	7,3%
Przedział	2,9–49,5%	1,9–20,3%	1,5–15,5%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (2,9%) Malta (4,8%) Bułgaria (8,7%) Cypr (9,9%)	Malta (1,9%) Grecja (3,2%) Cypr (3,4%) Bułgaria (3,5%)	Grecja, Litwa, Szwecja (1,5%) Bułgaria (1,7%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Dania (49,5%) Francja (43,6%) Zjednoczone Królestwo (41,4%) Hiszpania (38,6%)	Hiszpania (20,3%) Republika Czeska (19,3%) Francja (16,7%) Włochy (16,5%)	Hiszpania (15,5%) Francja, Republika Czeska (9,8%) Zjednoczone Królestwo (9,2%)
15–24 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	20 mln	11 mln	6 mln
Średnia europejska	30,7%	16,7%	9,1%
Przedział	2,7–44,2%	3,6–28,2%	1,2–18,6%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (2,7%) Malta (4,9%) Cypr (6,9%) Grecja (9,0%)	Grecja, Cypr (3,6%) Szwecja (6,0%) Bułgaria, Portugalia (6,6%)	Grecja (1,2%) Szwecja (1,6%) Cypr, Litwa (2,0%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Dania (44,2%) Republika Czeska (43,9%) Francja (42,0%) Zjednoczone Królestwo (39,5%)	Republika Czeska (28,2%) Hiszpania (24,3%) Francja (21,7%) Zjednoczone Królestwo (20,9%)	Hiszpania (18,6%) Republika Czeska (15,4%) Francja (12,7%) Zjednoczone Królestwo (12,0%)

Informacje na podstawie ostatnich dostępnych badań ankietowych dotyczących każdego kraju. Rok, w którym przeprowadzono badania, przypada na lata 2001–2007. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W wypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (328 mln), od 15 do 34 lat (134 mln) i od 15 do 24 lat (64 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w Biuletynie statystycznym za 2008 r. w części Badania ankietowe populacji ogólnej.

Trudno jest ocenić tendencje występujące w zakresie intensywności zażywania konopi indyjskich, lecz wśród krajów uczestniczących w obu badaniach terenowych w 2004 r. i 2007 r. (Francja, Hiszpania, Irlandia, Grecja, Włochy, Niderlandy, Portugalia) średni wzrost wyniósł w granicach 20%, chociaż na te dane szacunkowe w znacznym stopniu wpłynęły wielkości dotyczące Francji, Hiszpanii i Włoch.

Wielokrotne zażywanie konopi indyjskich może być zjawiskiem dość trwałym w długich okresach, nawet wśród młodszych osób zażywających ten narkotyk. Z opublikowanych ostatnio niemieckich badań, w ramach których obserwowano przez 10 lat grupę osób w wieku od 14 do 24 lat, wynika, że duża część osób wielokrotnie zażywających konopie indyjskie (pięć lub więcej razy w życiu) na początku okresu nauki kontynuowała zażywanie tego narkotyku, przy czym po czterech latach 56% przyznawało się do jego zażywania, a po 10 latach 46% wciąż zażywało ten narkotyk. I odwrotnie, w przypadku sporadycznego (od 1 do 4 razy) zażywania tego narkotyku na początku okresu nie było oznak, aby związane to było z pojawieniem się następnie długotrwałej i bardziej problemowej formy zażywania (Perkonigg, 2008).

Coraz częściej uzależnienie od konopi indyjskich uznaje się za potencjalny efekt regularnego zażywania tego narkotyku, nawet jeżeli dotkliwość i konsekwencje mogą się wydawać mniej poważne niż skutki powszechnie stwierdzone w przypadku niektórych innych substancji psychoaktywnych. Niemniej jednak z uwagi na stosunkowo większy odsetek populacji zażywającej regularnie konopie indyjskie ogólny wpływ intensywnych form zażywania konopi indyjskich na stan zdrowia publicznego może być znaczny. Analiza danych pochodzących z krajowych badań populacji w Zjednoczonym Królestwie ujawnia, że w przypadku od 20 do 30% osób przyjmujących ten narkotyk codziennie w latach 2000–2006 zostało potwierdzone ich uzależnienie od narkotyku ⁽⁴⁴⁾. W australijskich badaniach 92% osób długotrwale zażywających konopie indyjskie zostało sklasyfikowanych jako uzależnione w pewnym okresie życia, przy czym ponad połowa z nich oceniała, że była uzależniona w okresie nauki. Badania uzupełniające przeprowadzone w rok później wykazały, że wśród osób długotrwale zażywających ten narkotyk wskaźniki zażywania konopi indyjskich oraz uzależnienia mogą być stabilne w tym okresie (Swift i in., 2000).

EMCDDA opracowuje – we współpracy z kilkoma krajami – metody monitorowania bardziej intensywnych i poważnych długotrwałych form zażywania konopi indyjskich, łącznie z uzależnieniem. W kilku krajach UE prowadzone są testy skali psychometrycznych, a dostępne dowody będą przedmiotem analizy w bieżącym roku. Informacje te mogą pomóc państwom członkowskim UE w ocenie implikacji bardziej problemowych form zażywania konopi indyjskich dla zdrowia publicznego oraz w planowaniu odpowiednich działań interwencyjnych ⁽⁴⁵⁾.

Schematy zażywania konopi indyjskich wśród uczniów

Dane HBSC pokazują, że częste zażywanie konopi indyjskich nadal jest rzadkie wśród uczniów w wielu 15 lat. Tylko sześć krajów podaje wskaźnik częstego zażywania konopi indyjskich (określony tutaj jako 40 lub więcej razy w ciągu poprzednich 12 miesięcy) powyżej 2%. Jednakże częste zażywanie jest na ogół bardziej rozpowszechnione wśród osób płci męskiej, przy czym w siedmiu krajach ocenia się, że wskaźnik ten wynosi nawet do 5%. Ze zgłoszeń wynika, iż istnieje korelacja między bardziej problemowym zażywaniem konopi indyjskich a przynależnością do grupy najbardziej zagrożonej (np. młodych przestępców, wagarowiczów, uczniów o słabych wynikach w nauce), co wskazuje na konieczność specjalnych strategii, które zapewnią sięć bezpieczeństwa dla tych szczególnie zagrożonych młodych ludzi. Na omawiany problem zwrócono uwagę w wybranych zagadnieniach opracowania z 2008 r. dotyczących młodych osób podatnych na zagrożenia.

We współpracy z ESPAD przeprowadzone zostały badania poświęcone zażywaniu wielu narkotyków polegające na porównaniu uczniów w wieku od 15 do 16 lat w 2003 r., którzy wraz z innymi uczniami zażywali konopie indyjskie w ciągu ostatnich 30 dni. Z tego porównania wynika – przeciętnie – większe prawdopodobieństwo, że uczniowie, którzy zażywali konopie indyjskie, przyjmowali również inne substancje. Chociaż wśród zażywających konopie indyjskie wskaźnik zażycia innego narkotyku w ostatnim miesiącu pozostał niski (poniżej 10%), wskaźnik palenia papierosów i ciągu picia wśród zażywających konopie indyjskie był około 2-krotnie większy niż (80%) stwierdzony wśród ogólnej populacji uczniów. Te porównania wskazują, że zażywanie konopi indyjskich jest powiązane ze znacznie wyższymi niż przeciętne wskaźnikami zażywania zarówno legalnych, jak i nielegalnych narkotyków ⁽⁴⁶⁾.

⁽⁴⁴⁾ Analiza internetowa NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, wykorzystana w dniu 25 lutego 2008 r. i analiza z wykorzystaniem zmiennych MJDAY30A i DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Działania interwencyjne, np. formy leczenia, przedstawiono w części – Dostęp do leczenia, str. 50.

⁽⁴⁶⁾ Analiza oparta jest na informacjach z bazy danych utworzonej w ramach projektu poświęconego badaniu szkół europejskich pod kątem spożywania alkoholu i przyjmowania narkotyków (ESPAD) i jest zgodna z zasadami korzystania z bazy danych ESPAD. W witrynie internetowej projektu (www.espad.org) można znaleźć informacje na temat głównych badaczy krajowych dostarczających danych na temat każdego kraju objętego badaniem.

Tendencje w zażywaniu konopi indyjskich

Jedynie Szwecja i Norwegia informują o serii badań z udziałem ludzi młodych i żołnierzy poborowych, które przeprowadzono w latach 70. XX w. Pierwszą falę zażywania zaobserwowano w latach 70., po czym nastąpił spadek w latach 80. i ponowny znaczny wzrost w latach 90. Analiza roku inicjacji, dokonana w niedawnych badaniach, również potwierdziła znaczny rozwój zażywania konopi indyjskich w Hiszpanii (połowa lat 70.) i w Niemczech (początek lat 90.) (patrz sprawozdania roczne za 2004 r. i 2007 r.).

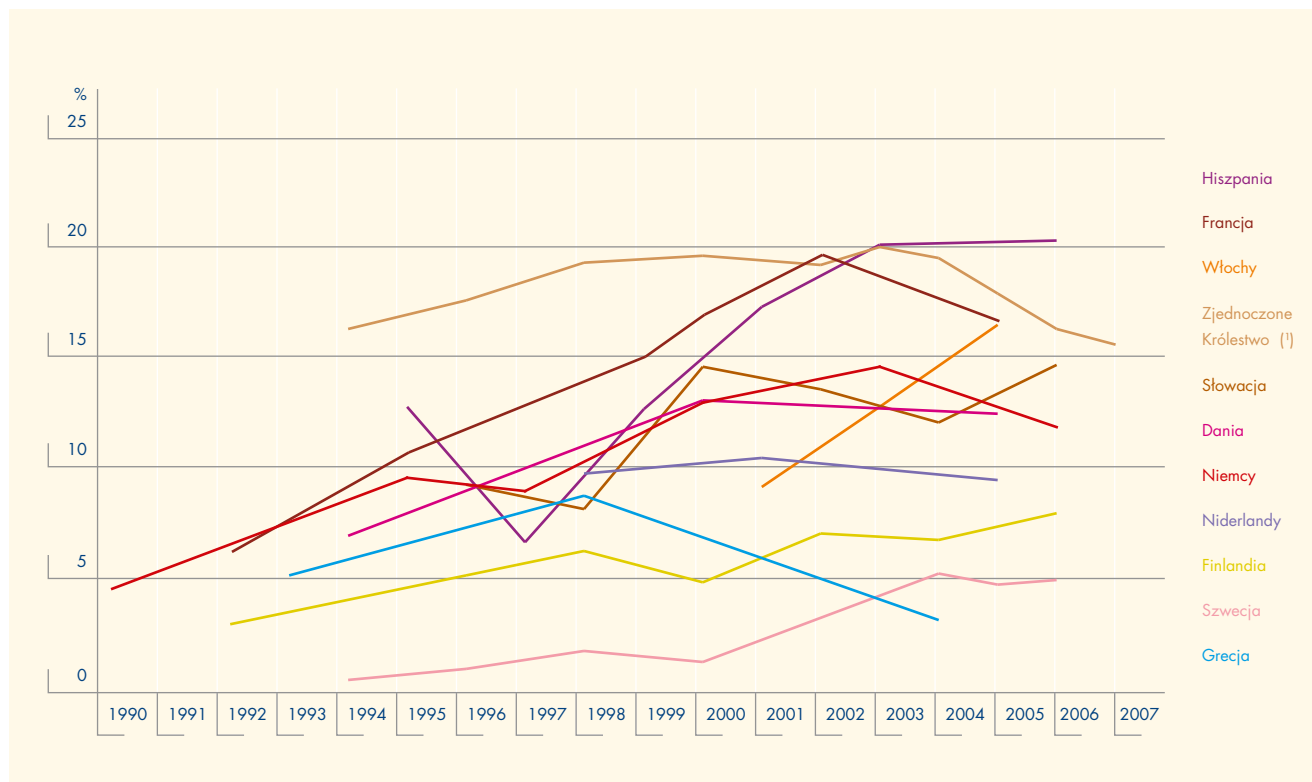
Dane pochodzące z badań krajowych zgłoszone do EMCDDA pokazują, że w latach 90. nastąpił znaczny wzrost zażywania konopi indyjskich prawie we wszystkich krajach UE, szczególnie widoczny wśród młodzieży (wykres 4) i uczniów. Około 2000 r. wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich w grupie wiekowej od 15 do 34 lat wzrósł do poziomu przekraczającego 30% w dziewięciu krajach i do około 40% w dwóch przypadkach, podczas gdy wskaźnik zażywania w ostatnim roku osiągnął od 15 do 20% w siedmiu krajach, a wskaźnik zażywania w ostatnim

miesiącu od 8 do 15% w sześciu krajach. Szczególnie interesująca jest tendencja w zażywaniu konopi indyjskich w Zjednoczonym Królestwie (w Anglii i Walii), czyli w kraju, który na początku i w połowie lat 90. zgłosił najwyższe szacunkowe wskaźniki rozpowszechnienia w Europie, ale w którym ostatnio zaobserwowano trwałą tendencję spadkową, zwłaszcza w grupie wiekowej od 16 do 24 lat ⁽⁴⁷⁾.

Informacje pochodzące z najnowszych badań krajowych sugerują, że w wielu krajach zażywanie konopi indyjskich się stabilizuje. Z 16 krajów, w przypadku których możliwe jest przeanalizowanie tendencji w 2001 r. i 2006 r., rozpowszechnienie zażywania tego narkotyku w ostatnim roku przez młode osoby dorosłe wzrosło o 15% lub więcej w sześciu krajach, spadło w podobnym stopniu – w trzech, a pozostało stabilne – w siedmiu ⁽⁴⁸⁾.

Tendencja stabilna lub spadkowa jest również widoczna w większości niedawno opublikowanych danych na temat zażywania konopi indyjskich przez uczniów. Porównanie danych HBSC z lat 2001–2002 i 2005–2006 pokazuje stabilną lub spadkową tendencję zarówno w zakresie jednokrotnego, jak i częstszego zażywania konopi

Wykres 4: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat)



⁽¹⁾ Anglia i Walia.

Uwaga: Więcej informacji – patrz wykres GPS-4 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox (2007), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

⁽⁴⁷⁾ Patrz wykres GPS-10 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁴⁸⁾ W wypadku braku danych dla tych konkretnych lat przyjęto informacje z roku poprzedzającego lub następnego; gdy te informacje nie były dostępne, analizy nie przeprowadzono.

indyjskich wśród 15-letnich uczniów w większości krajów UE ⁽⁴⁹⁾. Inne krajowe badania szkolne prowadzone ostatnio w Hiszpanii, Portugalii, na Słowacji, w Szwecji i Zjednoczonym Królestwie również mówią o tendencji stabilnej lub spadkowej.

Skoro wydaje się, że dostępność konopi indyjskich w Europie jako całości nie zmienia się oraz odnosi się wrażenie, że ceny spadają w większości krajów przedstawiających informacje, wy tłumaczenia obecnej stabilizacji lub spadku należy szukać gdzie indziej. W badaniach francuskiej populacji w 2005 r. (Baromètre Sante) odnotowano, że 80% osób, które przestały zażywać konopie indyjskie, jako uzasadnienie tego kroku podało brak zainteresowania. Częściowe wyjaśnienie można też znaleźć w zaobserwowanym ograniczeniu palenia tytoniu ze względu na to, że sposób przyjmowania konopi indyjskich jest taki sam jak w przypadku tytoniu, i dlatego na pewnym poziomie omawiane zachowanie może być z tym związane (sprawozdania krajowe Reitox oraz Currie i in., 2008).

Zmniejszenie próbnego lub sporadycznego zażywania konopi indyjskich niekoniecznie jest związane bezpośrednio z tendencjami w regularnym zażywaniu tego narkotyku. Można to zauważyć w danych pochodzących z dwóch następujących po sobie badań poświęconych nastolatkom w Niemczech, które pokazały spadek wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia oraz wskaźnika zażywania w ostatnim miesiącu, podczas gdy regularne zażywanie konopi indyjskich (ponad 10 razy w ostatnim roku) pozostało niezmienione (2,3%) (BZgA, 2004 i BZgA, 2007, przywołane w krajowym sprawozdaniu niemieckim).

Leczenie uzależnienia od konopi indyjskich

Schemat zapotrzebowania na leczenie

W 2006 r. spośród około 390 tys. zgłoszeń na leczenie (dane z 24 krajów) konopie indyjskie stanowiły główny powód rozpoczynania leczenia w około 21% wszystkich przypadków; dają im to drugą po heroinie pozycję wśród najczęściej zgłaszanych narkotyków ⁽⁵⁰⁾. Różnice pomiędzy poszczególnymi krajami były jednak znaczne, ponieważ konopie indyjskie były podawane jako główny powód podejmowania leczenia przez mniej niż 5% wszystkich pacjentów w Bułgarii, na Litwie, w Luksemburgu i Rumunii, podczas gdy we Francji, na Węgrzech i w Niderlandach – przez ponad 30% pacjentów ⁽⁵¹⁾.

Widoczne jest również znaczne zróżnicowanie nowych zgłoszeń na leczenie, przy czym konopie indyjskie podawane są jako główny narkotyk przez mniej niż 10% nowych pacjentów w Bułgarii, na Litwie i w Rumunii, zaś w Danii, Niemczech, we Francji i na Węgrzech – przez ponad 50% pacjentów ⁽⁵²⁾. Podobne rozbieżności można wyjaśnić różnicami w rozpowszechnieniu intensywnego zażywania konopi indyjskich, w strukturze leczenia i w praktykach w zakresie kierowania na leczenie. Na przykład w niektórych krajach o wysokim odsetku pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich (np. Niemcy, Węgry, Austria, Szwecja) leczenie uzależnienia jest oferowane jako alternatywa ukarania i w razie aresztowania jest niekiedy przymusowe; we Francji, która zgłasza najwyższy odsetek pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich w Europie, ostatnio powstały wyspecjalizowane ośrodki dla osób zażywających konopie indyjskie, a to bezpośrednio wpłynęło na zgłaszane dane.

Osoby zażywające konopie indyjskie poddawane są głównie leczeniu w ośrodkach pozaszpitalnych, natomiast w niektórych krajach (Irlandia, Słowacja, Finlandia, Szwecja), jak wynika z danych, około jednej trzeciej takich osób poszukuje leczenia w placówkach zamkniętych ⁽⁵³⁾. Z informacji wynika, że większość pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich zgłasza się na leczenie z własnej woli, lecz z tej drogi rzadziej korzystają omawiani pacjenci niż osoby poszukujące pomocy z powodu problemów z innymi narkotykami.

Osoby, które zabiegają o leczenie w placówkach pozaszpitalnych z powodu konopi indyjskich jako głównego narkotyku, często zgłaszają fakt zażywania innych narkotyków: 21% z nich podaje alkohol jako drugą substancję, 12% – amfetaminę i ecstasy, a 10% – kokainę. W grupie osób leczonych z powodu innych narkotyków określanych jako główne – konopie indyjskie są zgłaszane jako druga najczęściej zażywana substancja (21%) po alkoholu (32%) ⁽⁵⁴⁾.

Tendencje w zakresie nowych zgłoszeń na leczenie z powodu narkotyków

Wśród około 160 tys. nowych zgłoszeń na leczenie z powodu narkotyków (dane z 24 krajów) w 2006 r. pacjenci leczeni z powodu konopi indyjskich stanowią drugą pod względem liczebności grupę (28%) po pacjentach leczonych z powodu heroiny (34%). Odsetek ten jest wyższy w grupie nowych pacjentów niż odsetek wszystkich pacjentów podających konopie indyjskie jako główny

⁽⁴⁹⁾ Patrz wykresy EYE-4 i EYE-5 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁵⁰⁾ Patrz wykres TDI-2 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁵¹⁾ Patrz tabela TDI-5 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁵²⁾ Patrz tabela TDI-4 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁵³⁾ Patrz tabela TDI-24 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁵⁴⁾ Patrz tabele TDI-22 oraz TDI-23 część (i) i część (iv) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

narkotyk. Połowa krajów informuje, że rośnie odsetek nowych pacjentów wymagających leczenia z powodu konopi indyjskich wskazanych przez nich jako ich główny narkotyk. W latach 2002–2006 wzrosła bezwzględna liczba nowych zgłoszeń na leczenie z powodu konopi indyjskich, podczas gdy odsetek nowych pacjentów leczonych z powodu zażywania konopi indyjskich jako narkotyku głównego wzrósł w latach 2002–2005 i pozostawał na tym samym poziomie w 2006 r. ⁽⁵⁵⁾.

Tendencję wzrostową zaobserwowaną w zgłoszeniach na leczenie z powodu konopi indyjskich można wiązać z kilkoma czynnikami, takimi jak: wzrost zażywania konopi indyjskich lub zażywania intensywnego i długotrwałego, większy zakres danych, aktualne rozbudowywanie i zróżnicowanie systemu leczenia, który wcześniej skupiał się na potrzebach osób zażywających heroinę, natomiast teraz jest bardziej zorientowany na osoby zażywające inne narkotyki, zmiany w przepisach i polityce, które niekiedy prowadzą do zwiększenia przez organy wymiaru sprawiedliwości liczby skierowań na leczenie z powodu konopi indyjskich (EMCDDA, 2008a). Ustabilizowanie się w ostatnim okresie liczby nowych zgłoszeń na leczenie związane z zażywaniem konopi indyjskich można byłoby tłumaczyć najnowszymi tendencjami w zażywaniu konopi indyjskich, zmianami w systemie leczenia lub modyfikacjami procedur kierowania na leczenie.

Profile pacjentów

Osoby zażywające konopie indyjskie i rozpoczynające leczenie w placówkach pozaszpitalnych to głównie młodzi mężczyźni, których średnia wieku to 24 lata, przy czym stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 5,2:1. Konopie indyjskie to najczęściej zgłaszany główny narkotyk w młodszych grupach wiekowych. Wśród osób podejmujących leczenie po raz pierwszy – zażywanie konopi indyjskich jako narkotyku głównego podaje 67% osób w wieku od 15 do 19 lat, a 80% osób poniżej 15. roku życia ⁽⁵⁶⁾.

Wydaje się, że większość pacjentów zażywających konopie indyjskie względnie dobrze funkcjonuje w społeczeństwie w porównaniu z osobami poszukującymi pomocy z powodu problemów z niektórymi innymi rodzajami narkotyków. Wielu z nich kontynuuje jeszcze naukę i żyje w ustabilizowanych warunkach mieszkaniowych, często z rodzicami, jednakże ostatnie badania zawierają też informacje o profilu społecznym pacjentów zażywających konopie indyjskie, który różni się od profilu ogólnej populacji w tej samej grupie wiekowej i który sygnalizuje bardziej problematyczne środowisko (EMCDDA, 2008a).

Osoby zażywające konopie indyjskie jako główny narkotyk można podzielić na trzy grupy według kryterium częstotliwości zażywania: osoby zażywające ten narkotyk sporadycznie (30%), raz lub kilka razy w tygodniu (30%) oraz zażywające go codziennie (40%) ⁽⁵⁷⁾. Obserwuje się jednak znaczne różnice w zależności od kraju, zwłaszcza pod względem procentowego udziału osób regularnie zażywających konopie indyjskie i rozpoczynających leczenie. W krajach, w których pacjenci leczeni z powodu konopi indyjskich są liczniejsi, odsetek osób przyjmujących ten narkotyk codziennie waha się i wynosi ponad 70% w Niderlandach i Danii, od 40 do 60% w Hiszpanii, we Francji i Włoszech oraz od 20 do 30% w Niemczech i na Węgrzech.

Dostęp do leczenia

W badaniach zleconych przez EMCDDA, dotyczących dostępu do leczenia z uzależnienia od konopi indyjskich przez uwzględnione w próbie służby zajmujące się leczeniem odwykowym w 19 państwach członkowskich, stwierdzono, że połowa badanych służb nie dysponowała konkretnymi programami przygotowanymi pod kątem problemów związanych z konopiami indyjskimi (EMCDDA, 2008a). Wynika z tego, że wiele osób zażywających konopie indyjskie poddawanych jest leczeniu w tych samych placówkach co osoby zażywające inne narkotyki i że może to stwarzać problemy, zarówno dla personelu leczącego, jak i dla pacjentów.

W wypadku zażywania konopi indyjskich większość badanych ośrodków specjalistycznych oferowała krótkie kuracje obejmujące zwykle mniej niż 20 wizyt. Na ogół leczenie miało formę udzielania indywidualnych porad oraz terapii lub porad związanych z możliwymi implikacjami zażywania konopi indyjskich. Niektóre jednostki zgłosiły takie możliwe elementy leczenia, jak odtrucie organizmu z konopi indyjskich, terapia rodzinna, wspólnota terapeutyczna i grupy wzajemnego wsparcia. Stosowanie opieki stacjonarnej w leczeniu uzależnienia od konopi indyjskich, jeżeli występowało, generalnie miało miejsce w kontekście czasowego zawieszenia problemów społeczno-behawioralnych.

W piśmiennictwie naukowym z tej dziedziny wskazuje się, że w przypadku leczenia uzależnienia od konopi indyjskich kilka psychoterapii wykazało swoją skuteczność, w tym terapia motywacyjna i terapia poznawczo-behawioralna, natomiast nie stwierdzono, aby którakolwiek psychoterapia była bardziej efektywna niż inne (Nordstrom i Levin, 2007). Chociaż większość badań dotyczących skuteczności leczenia uzależnienia od konopi indyjskich przeprowadza się w Stanach Zjednoczonych

⁽⁵⁵⁾ Patrz wykresy TDI-1 i TDI-2 oraz tabele TDI-3 część (iv) i TDI-5 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁵⁶⁾ Patrz tabele TDI-10 i TDI-21 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁵⁷⁾ Patrz tabela TDI-18 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

i Australii, obecnie są uruchamiane lub zgłaszane badania europejskie. W 2004 r. rozpoczęły się niemieckie badania losowo wybranej grupy kontrolnej polegające na dokładnym przyjrzeniu się programowi leczenia nastolatków z zaburzeniami z powodu konopi indyjskich „Candis”. Program opiera się na rozwijaniu motywacji, terapii poznawczo-behawioralnej i rozwiązywaniu problemów psychospołecznych. Wstępne wyniki pokazują, że pod koniec leczenia połowa pacjentów zaprzestała zażywania konopi indyjskich. Kolejne 30% pacjentów ograniczyło zażywanie konopi indyjskich. Ponadto zgłoszono zauważalne zmniejszenie problemów psychospołecznych związanych z zażywaniem tego narkotyku. Planowane są badania uzupełniające.

Kilka krajów poinformowało o inicjatywach na rzecz zapewnienia leczenia młodym osobom zażywającym konopie indyjskie. We Francji od 2005 r. w całym kraju powstało około 250 ośrodków konsultacyjnych do spraw konopi indyjskich; ośrodki te zapewniają porady i wsparcie osobom zażywającym ten narkotyk, jak też ich rodzinom. Ponadto kraje, takie jak Belgia, Niemcy, Francja, Niderlandy i Szwajcaria, współpracują w ramach międzynarodowych badań nad efektywnością kompleksowego leczenia z udziałem rodziny w przypadkach problemowego zażywania konopi indyjskich (Incant) ⁽⁵⁸⁾.

W Niemczech podejmowane są próby przeniesienia opartego na Internecie programu noszącego nazwę „Quit the shit” ⁽⁵⁹⁾ do samorządowych struktur zajmujących się opieką nad młodzieżą oraz pomocą antynarkotykową lub do ośrodków do spraw zapobiegania uzależnieniu od narkotyków; „Quit the shit” to program na rzecz

zaprzestania zażywania konopi indyjskich, w ramach którego – we współpracy z pozaszpitalnymi ośrodkami terapeutycznymi – zapewnia się porady interaktywne.

W Europie rośnie nadal wykorzystywanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych w działaniach na rzecz ograniczenia zapotrzebowania na narkotyki. W latach 2006–2007 dziewięć państw członkowskich wspomniało o dostępności poradnictwa w zakresie zażywania narkotyków, przy czym osiem z nich poinformowało o wykorzystywaniu Internetu (Republika Czeska, Niemcy, Estonia, Niderlandy, Portugalia, Austria, Słowacja, Zjednoczone Królestwo), podczas gdy Dania poinformowała o używaniu w tym celu SMS-ów. Wymienione usługi z wykorzystaniem Internetu są ukierunkowane na ludzi młodych i koncentrują się na problemach związanych z alkoholem i konopiami indyjskimi.

Osoby zażywające konopie indyjskie, mające styczność z organami wymiaru sprawiedliwości

Konopie indyjskie to nielegalny narkotyk najczęściej wymieniany w raportach policyjnych dotyczących naruszeń prawa antynarkotykowego ⁽⁶⁰⁾ w Europie; w latach 2001–2006 liczba przestępstw związanych z tym narkotykiem w Unii Europejskiej wzrosła średnio o 34% (wykres 2). Dostępne dane pokazują, że większość zgłoszonych przestępstw kojarzonych z konopiami indyjskimi jest związana z zażywaniem i posiadaniem na własny użytek, a nie z handlem i podażą, przy czym w większości krajów objętych raportem przestępstwa związane z zażywaniem stanowią od 62 do 95%

Zakaz palenia a konopie indyjskie

Na uwagę zasługuje kwestia ewentualnego związku między polityką dotyczącą wyrobów tytoniowych i paleniem konopi indyjskich. Zakaz palenia staje się coraz powszechniejszy w Europie i obecnie w dziewięciu państwach członkowskich obowiązuje całkowity zakaz palenia (w miejscach publicznych oraz w miejscach pracy, w tym w restauracjach i barach); Belgia, Dania, Niemcy, Niderlandy i Portugalia ostatnio wprowadziły przynajmniej częściowy zakaz palenia.

Związek między paleniem tytoniu a późniejszym zażywaniem nielegalnych narkotyków na ogół traci na znaczeniu w przypadku uwzględnienia ukrytych czynników ryzyka, jak wykazano w przeglądzie badań prospektywnych (obserwacji następstw) (Mathers i in., 2006). W Europie zażywanie konopi indyjskich jest jednak bardziej rozpowszechnione wśród palaczy tytoniu niż wśród osób niepalących

i zdecydowane regulacje odnoszące się do tytoniu mogą korzystnie wpłynąć na postrzegane normy, które są wskaźnikami zarówno palenia tytoniu, jak i zażywania konopi indyjskich.

Istnieją również pewne dowody świadczące o tym, że konopie indyjskie stanowią opłacalny środek uzupełniający w stosunku do papierosów (tj. reagujący w tym samym kierunku na zmiany cen i dostępności) (Cameron i Williams, 2001). W pojedynczych badaniach stwierdzono, że wyższe opodatkowanie papierosów wydaje się zmniejszać zażywanie marihuany i może mieć niewielki negatywny wpływ na prawdopodobieństwo jej zażywania przez mężczyzn (Farrelly i in., 2001).

Wreszcie warto zauważyć, że holenderski zakaz palenia tytoniu w restauracjach i barach obowiązuje również w stosunku do coffee shops i że miasto Amsterdam postanowiło zakazać palenia konopi indyjskich w miejscach publicznych.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ Patrz tabela DLO-6 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

wszystkich zgłoszonych przestępstw związanych z konopiami indyjskimi.

W sytuacji gdy wiele osób naruszających prawo antynarkotykowe to młodzi ludzie zażywający konopie indyjskie, którzy w innym przypadku nie weszliby w styczność ze służbami antynarkotykowymi, pojawiły się informacje na temat rozwijającej się współpracy między organami sądowymi oraz służbami prewencyjnymi i jednostkami zajmującymi się poradnictwem w szkołach, jak również z placówkami opieki nad młodzieżą. Niemcy, Hiszpania (Katalonia), Luksemburg i Austria wdrażają procedury i programy przeznaczone dla ludzi młodych naruszających prawo antynarkotykowe lub dla tych, którzy zostali skazani za zażywanie lub posiadanie narkotyków – przeważnie konopi indyjskich – na własny użytek. Osoba naruszająca prawo może otrzymać szansę podjęcia decyzji, czy ukończy kurs, czy też zapłaci

karę pieniężną. Programy oferowane w różnych krajach mają zapobiec późniejszemu zażywaniu narkotyków i ponownemu naruszeniu prawa oraz mogą obejmować poradnictwo rodzinne, szkolne lub psychologiczne.

W ramach kontrolnej oceny niemieckiego programu FReD przeznaczonego dla młodych przestępców (100 respondentów) ustalono, że 44% dawnych uczestników ograniczyło spożywanie alkoholu i palenie tytoniu, 79% ograniczyło lub przerwało przyjmowanie nielegalnych narkotyków, a 69% zgłosiło, że po ukończeniu kursu nie weszło ponownie w konflikt z prawem. W wyniku przeprowadzonej oceny podobnych zespołów do spraw wykroczeń popełnionych przez nieletnich (YOT) w Zjednoczonym Królestwie uznano, że to podejście niesie ze sobą znaczne korzyści (Matrix Research, 2007).



Rozdział 4

Amfetaminy, ecstasy i LSD

Wprowadzenie

Po konopiach indyjskich amfetaminy (nazwa rodzajowa obejmująca zarówno amfetaminę, jak i metamfetaminę) oraz ecstasy należą do najbardziej rozpowszechnionych nielegalnych narkotyków syntetycznych na całym świecie. W dzisiejszej Europie spożycie kokainy – w liczbach bezwzględnych – może być wyższe, natomiast geograficzna koncentracja kokainy w kilku krajach oznacza, że dla większości krajów Unii Europejskiej pewna postać syntetycznie wytwarzanych narkotyków pozostaje drugą najczęściej zżywaną nielegalną

Amfetamina i metamfetamina: różnice i podobieństwa

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

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

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

Źródło: Charakterystyka narkotyków wg EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

substancją. Co więcej, w pewnych częściach Europy zżywanie amfetamin stanowi ważny element problemu narkotykowego, odpowiedzialny za znaczny odsetek osób wymagających leczenia.

Amfetamina i metamfetamina pobudzają ośrodkowy układ nerwowy. Z tych dwóch narkotyków amfetamina jest zdecydowanie bardziej dostępnym narkotykiem w Europie, podczas gdy znaczne spożycie metamfetaminy obserwuje się przede wszystkim w Republice Czeskiej i na Słowacji.

Nazwa „ecstasy” odnosi się do substancji syntetycznych o składzie chemicznym zbliżonym do amfetaminy, ale różniącym się w pewnym stopniu skutkami działania. Najbardziej znaną substancją z grupy ecstasy jest 3,4-metylenodioksymetamfetamina (MDMA), chociaż w tabletkach ecstasy znajdują się czasem również inne analogi (MDA, MDEA). Do późnych lat 80. XX w. zżywanie ecstasy było praktycznie w Europie nieznaną, natomiast radykalnie wzrosło w latach 90. Jej popularność jest historycznie związana ze sceną muzyki dance, a szerokie rozpowszechnienie zżywania narkotyków syntetycznych kojarzone jest przeważnie ze szczególnymi grupami subkulturowymi czy środowiskami społecznymi.

W Europie spożycie dietyloamidu kwasu lizergowego (LSD) – dotychczas najlepiej znanego narkotyku halucynogennego – jest niewielkie i raczej stabilne w długim okresie. Wydaje się natomiast, że wśród ludzi młodych rośnie zainteresowanie substancjami halucynogennymi występującymi w naturze.

Podaż i dostępność

Amfetamina

Globalna produkcja amfetaminy, szacowana w 2006 r. na 126 ton, nadal koncentruje się w Europie, gdzie znajdowało się 79% wszystkich laboratoriów amfetaminy odnotowanych w 2006 r. (UNODC, 2008), chociaż jej zasięg rozszerza się na inne części świata, zwłaszcza na Amerykę Północną i Azję Południowo-Wschodnią⁽⁶¹⁾. W skali globalnej w 2006 r. skonfiskowano 19 ton

⁽⁶¹⁾ Więcej informacji na temat źródeł danych dotyczących podaży i dostępności narkotyków, patrz str. 42.

amfetamin, z czego większość przechwycono na Bliskim i Środkowym Wschodzie (67%), w związku z tabletkami Captagon⁽⁶²⁾ produkowanymi w Europie Południowo-Wschodniej, mniejsze ilości amfetaminy skonfiskowano w Europie Zachodniej i Środkowej (27%); taka sytuacja odzwierciedla rolę Europy jako głównego producenta oraz konsumenta tego narkotyku (CND, 2008; UNODC, 2008).

Większość amfetaminy skonfiskowanej w Europie jest wytwarzana w Niderlandach, Polsce i Belgii (uszeregowanie według znaczenia miejsca produkcji) oraz w mniejszym stopniu w Estonii i na Litwie. W 2006 r. w Unii Europejskiej wykryto 40 obiektów, w których zajmowano się produkcją, pakowaniem lub magazynowaniem (Europol, 2007a); natomiast UNODC (2008) podaje, że w krajach europejskich zlikwidowano 123 laboratoria.

Turcja poinformowała o skonfiskowaniu około 20 mln tabletek amfetaminy noszących logo Captagon. Produkcję amfetaminy w tej postaci odnotowano zarówno w Bułgarii, jak i w Turcji i panuje przekonanie, że w przeważającej mierze produkcja ta jest przeznaczona dla krajów na Bliskim i Środkowym Wschodzie, które są odbiorcami.

W 2006 r., jak się ocenia, 38 tys. konfiskat dokonanych w Europie doprowadziło do przechwycenia 6,2 tony amfetaminy w proszku. Chociaż wstępne dane za 2006 r. wskazują na spadek w porównaniu z wysokim poziomem zanotowanym w latach 2004 i 2005, zarówno liczba przypadków konfiskat, jak i ilość przechwyconych amfetamin wzrosła w pięcioletnim okresie 2001–2006⁽⁶³⁾. Wniosek ten nie jest jednak ostateczny, gdyż jak dotąd nie udostępniono najnowszych danych ze Zjednoczonego Królestwa – z kraju, który zazwyczaj zgłasza większość konfiskat. Konfiskaty tabletek amfetaminy, w przeciwieństwie do konfiskaty proszku, są zgłaszane coraz częściej przez niewiele krajów, przy czym w 2006 r. w Unii Europejskiej skonfiskowano łącznie 390 tys. tabletek (większość w Hiszpanii).

Czystość amfetaminy w próbkach przechwyconych w 2006 r. w Europie była bardzo zróżnicowana i to w takim stopniu, że należy ostrożnie formułować wszelkie uwagi dotyczące wartości średnich. Niemniej jednak kraje zgłaszające dane za 2006 r. można podzielić na dwie grupy – 10 krajów podało wartości w przedziale od 2 do 10%, a pozostałe informowały o wyższym poziomie czystości (od 25 do 47%). Ta druga grupa obejmowała kraje znane ze swoich szerszych związków z produkcją, handlem czy konsumpcją amfetaminy (Niderlandy, Polska, kraje nadbałtyckie i północnoeuropejskie).

Międzynarodowe działania przeciwko produkcji i zmianie zastosowania syntetycznych prekursorów narkotyków

Działania mające na celu egzekwowanie prawa w coraz większym stopniu koncentrują się na środkach chemicznych będących prekursorami, które są konieczne do produkcji nielegalnych narkotyków. Stanowią dodatkowy środek zaradczy i jest to obszar, w którym szczególnie cenna jest współpraca międzynarodowa. Projekt Pryzmat jest inicjatywą międzynarodową, powołaną w celu przeciwdziałania zmianie zastosowania środków chemicznych będących prekursorami i wykorzystywania ich do celów nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych. Jest to możliwe dzięki systemowi przedeksportowych powiadomień w przypadku legalnego handlu oraz zgłaszaniu zatrzymanych i skonfiskowanych przesyłek w razie pojawienia się podejrzanych transakcji. Informacje na temat działań w tym obszarze zgłaszane są do Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (INCB, 2008b).

Jak wynika ze sprawozdań, w skali światowej w 2006 r. skonfiskowano ponad 11 ton efedryny i pseudoefedryny, czyli kluczowych prekursorów metamfetaminy. Konfiskaty dokonane przez Chiny stanowiły około połowy wielkości ogółem, następane pozycje zajęły Kanada i Myanmar. Państwa członkowskie UE (głównie Belgia i Węgry) wraz z Federacją Rosyjską i Ukrainą skonfiskowały zaledwie 0,3 t, chociaż Europol (2008) informuje o aktualnym zwiększeniu eksportu, przeladunku i zakresu zmiany zastosowania tych środków chemicznych w Unii Europejskiej.

W 2006 r. nastąpił spadek globalnych konfiskat 1-fenyl-2-propanonu (P-2-P), który można stosować do nielegalnego wytwarzania zarówno amfetaminy, jak i metamfetaminy. Wyjątek stanowiły tutaj państwa członkowskie (głównie Dania, Niderlandy i Polska) wraz z Turcją i Federacją Rosyjską, które łącznie dokonały konfiskaty 2,6 tys. litrów P-2-P. W Europie ten prekursor stosowany jest głównie do produkcji amfetaminy, przy czym producenci zwykle sprowadzają P-2-P z krajów azjatyckich (Chiny), chociaż jak wynika z doniesień, od 2004 r. sprowadza się go z Federacji Rosyjskiej, gdzie jest przedmiotem handlu (Europol, 2007a).

Globalne konfiskaty 3,4-metylenodioksyfenyl-2-propanonu (3,4-MDP-2-P), stosowanego do wytwarzania MDMA, zmalały w 2006 r. do 7,5 tys. litrów, prawie w całości przejętych przez Kanadę – z wyjątkiem 105 litrów substancji przechwyconej przez Niderlandy. W 2006 r. konfiskaty safrolu, który może zastępować 3,4 MDP-2-P w syntezie MDMA, pozostawały na poziomie marginalnym, ponieważ na całym świecie przechwycono 62 litry tej substancji, głównie w Australii; w Europie tylko Francja zgłosiła konfiskatę safrolu (7 litrów).

⁽⁶²⁾ „Captagon” to jedna z zarejestrowanych nazw handlowych fenetyliny, czyli syntetycznego środka stymulującego ośrodkowy układ nerwowy, chociaż w tabletkach z tym logo sprzedawanych na czarnym rynku zwykle stwierdza się zawartość amfetaminy zmieszanej z kofeiną.

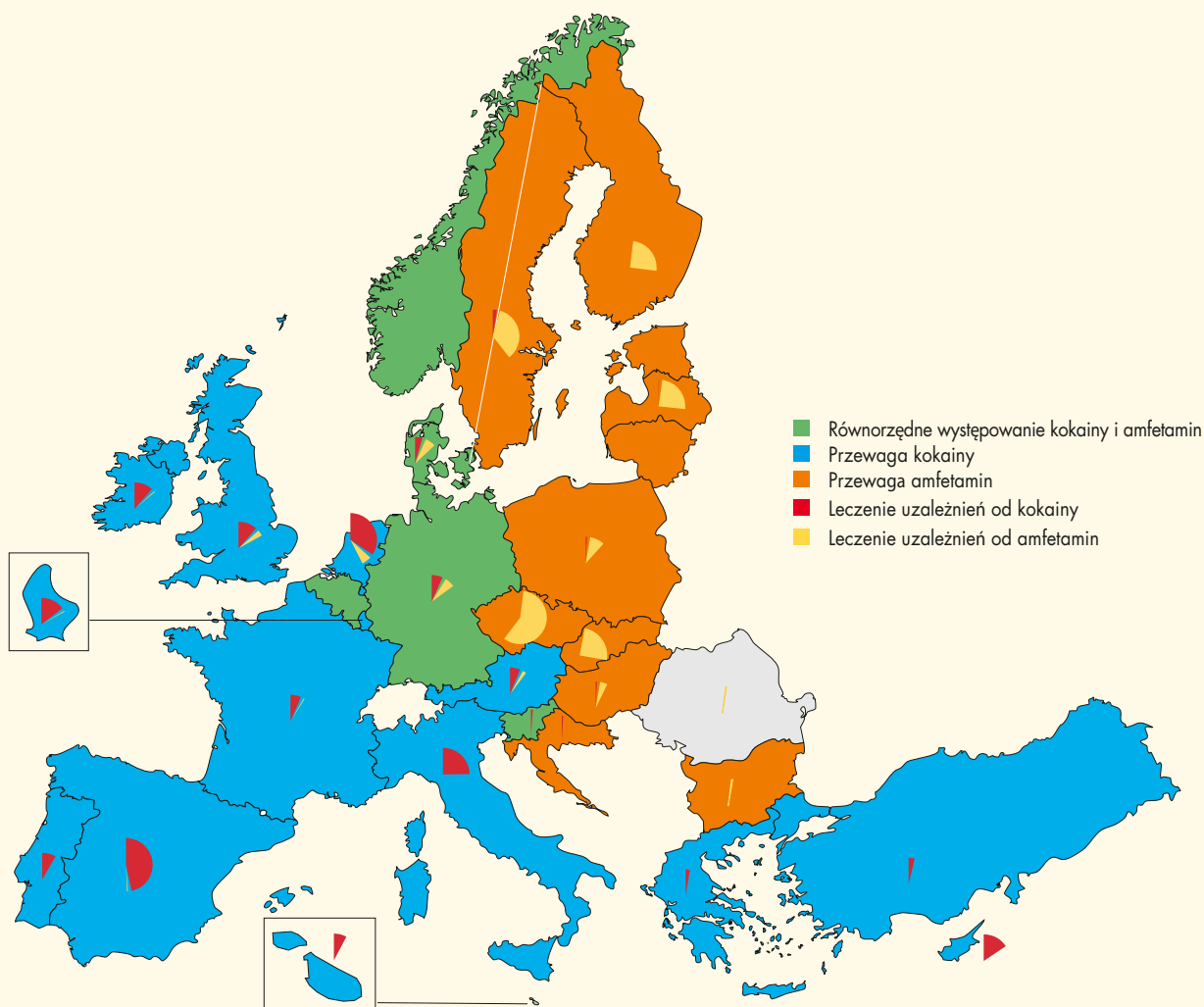
⁽⁶³⁾ Dane dotyczące konfiskat narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszej części, można znaleźć w tabelach od SZR-11 do SZR-18 w Biuletynie statystycznym za 2008 r. Należy pamiętać, że w razie braku danych za 2006 r. w celu oszacowania wartości łącznych dla Europy wykorzystano odpowiednie dane za 2005 r.

Europejski rynek narkotyków pobudzających: „kraje kokainowe” i „kraje amfetaminowe”?

Zestawienie informacji z różnych źródeł wskazuje, że różne środki pobudzające mogą odgrywać podobną rolę w różnych krajach i dlatego też dobrze byłoby, aby przy wypracowywaniu polityki w tym obszarze rozpatrywać nie tylko poszczególne substancje, lecz również rynek środków pobudzających jako całość. W niektórych krajach dominującym narkotykiem pobudzającym wydaje się kokaina,

w innych krajach zaś wygląda na to, że powszechniej zażywana jest amfetamina lub metamfetamina. Obraz, jaki się wyłania po zestawieniu danych z badań populacji ogólnej z raportami dotyczącymi konfiskat, wskazuje, że kraje północno- i środkowoeuropejskie na ogół należą do grupy amfetaminowej, natomiast w krajach położonych na zachodzie i południu Europy wyraźnie dominuje zażywanie kokainy.

Rynki środków pobudzających w Europie: względna dominacja kokainy i amfetamin w konfiskatach i w badaniach ankietowych populacji oraz odsetek osób zażywających narkotyki poddawanych leczeniu i zgłaszających te substancje jako główne narkotyki



W zależności od kraju zdecydowanie się też różni względne znaczenie środków pobudzających w kontekście ogólnego problemu narkotykowego. Można to zauważyć w danych dotyczących leczenia; i tak w przypadku małej grupy krajów narkotyki są odpowiedzialne za stosunkowo wysoki odsetek wszystkich zgłoszeń na leczenie (metamfetamina w Republice Czeskiej i na Słowacji, amfetamina na Łotwie, w Szwecji i Finlandii, a kokaina w Hiszpanii, we Włoszech i w Niderlandach), natomiast gdzie indziej odsetek pacjentów poddawanych leczeniu, którzy którykolwiek z tych substancji podają jako główny powód swoich starań o pomoc, jest bardzo niski, a czasami w ogóle bez znaczenia.

Dane uzyskiwane od pacjentów poddawanych leczeniu sugerują również, że osoby leczone ze względu na problemy powodowane przez narkotyki pobudzające na ogół borykają się z problemami wywołanymi tylko przez jedną kategorię tych środków. Na przykład wśród osób leczonych z powodu kokainy w placówkach pozaszpitalnych (wszystkie zgłoszenia) zaledwie około 8% zgłosiło amfetaminy jako swój drugi narkotyk, wśród pacjentów zaś leczonych z powodu amfetaminy mniej niż 9% podało kokainę jako drugi problemowy narkotyk. Co więcej, zgłoszenia z niektórych krajów świadczą o tym, że na rynku narkotyków jeden środek pobudzający może być czasami wypierany przez inny. Istnieją na przykład dane wskazujące, że kokaina może zastępować amfetaminy i ecstasy wśród niektórych populacji zażywających narkotyki, a w Niderlandach poza obszarami miejskimi amfetaminy mogą być zażywane jako tańszy substytut kokainy.

O ile narkotyki pobudzające różnią się pod względem oddziaływania i konsekwencji, o tyle możliwości, wskaźniki kontynuacji leczenia i wyniki w przypadku leczenia odwykowego są zasadniczo podobne (Rawson i in., 2000; Copeland i Sorensen, 2001). Można też dostrzec pewne podobieństwa w schematach zażywania tych narkotyków oraz w ogólnej typologii osób je zażywających. Na przykład rekreacyjne oraz mniej intensywne i szkodliwe schematy zażywania wśród osób o wysokim stopniu integracji społecznej mogą występować obok intensywnego zażywania wśród grup bardziej zmarginalizowanych, które ma większy związek z problemami uzależnienia oraz z bardziej ryzykownymi sposobami przyjmowania narkotyków, takimi jak wstrzykiwanie i palenie.

Uwaga: Kolor tła wskazuje względną dominację kokainy i amfetamin, zgodnie z badaniami ankietowymi populacji ogólnej (rozpowszechnienie zażywania w ostatnim roku wśród populacji w wieku od 15 do 34 lat), oraz dane dotyczące konfiskat; diagramy kołowe prezentują odsetek wszystkich zgłoszeń na leczenie z powodu narkotyków, w których wystąpiły te dwa narkotyki – uwidoczniono tylko segmenty odpowiadające kokainie i amfetaminie. W wypadku Włoch, Niderlandów i Polski, gdzie brak danych o konfiskatach, wykorzystano tylko dane pochodzące z ankietowych badań populacji. W wypadku Chorwacji uwzględniono jedynie dane dotyczące konfiskat. W wypadku Norwegii i Belgii niedostępne były dane na temat leczenia. Dostępne dane dotyczące Rumunii nie pozwoliły na formułowania wniosków dotyczących kraju jako całości. W Republice Czeskiej i na Słowacji metamfetamina jest najczęściej stosowaną amfetaminą.

stabilna lub spadała w przeważającej części tych 19 krajów, w odniesieniu do których są dostępne dane umożliwiające analizę.

W 2006 r. na obszarze państw objętych raportem typowa cena detaliczna amfetaminy wahała się od 10 do 15 euro za gram. W latach 2001–2006, z wyjątkiem Republiki Czeskiej, Hiszpanii i Rumunii, odnotowano spadek ceny detalicznej amfetaminy we wszystkich 16 krajach, które zgłosiły dane wystarczające do dokonania analizy.

Metamfetamina

Produkcja metamfetaminy koncentruje się w Ameryce Północnej i Azji Południowo-Wschodniej. W 2006 r. globalną produkcję metamfetaminy oszacowano na 266 ton, a zatem przekraczała ona wielkość produkcji jakiegokolwiek nielegalnego narkotyku syntetycznego. W 2006 r. wykryto na świecie około 15,8 tony metamfetaminy, z czego większość skonfiskowano w Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej, następnie w Ameryce Północnej, a mniej niż 1% przypadków konfiskat miał miejsce w Europie (UNODC, 2007, 2008).

W Europie występuje nielegalna produkcja metamfetaminy, chociaż ogranicza się głównie do Republiki Czeskiej, gdzie w 2006 r. wykryto ponad 400 „kuchennych” laboratoriów produkujących na małą skalę. Odnotowano również produkcję tego narkotyku na Słowacji, a w mniejszym zakresie – na Litwie (INCB, 2008a).

W 2006 r. w 17 krajach europejskich odnotowano około 3 tys. przypadków konfiskat metamfetaminy, oznaczających przechwycenie 154 kg narkotyku. Większość konfiskat dokonano i największe ilości przechwycono w Norwegii, następnie w Szwecji, Republice Czeskiej i na Słowacji. W tych dwóch ostatnich krajach konfiskaty na ogół były niewielkie, zwykle kilka gramów lub mniej. W latach 2001–2006 zarówno liczba przypadków konfiskat, jak i ilość metamfetaminy skonfiskowanej w Europie zwiększały się, chociaż nadal utrzymywały się na niskim poziomie w porównaniu z innymi narkotykami. W 2006 r. z ograniczonych dostępnych danych wynika, że typowa czystość metamfetaminy mieściła się w przedziale od 20 do 55%.

Ecstasy

W 2006 r., zgodnie z raportem UNODC (2007a), globalna produkcja ecstasy spadła do poziomu 102 ton. Wygląda na to, że nastąpiło większe rozproszenie geograficzne tej produkcji, ponieważ wytwarzanie na potrzeby konsumpcji lokalnej jest obecnie bardziej powszechne w Ameryce Północnej oraz w Azji

Wschodniej i Południowo-Wschodniej. Mimo to Europa pozostaje głównym miejscem produkcji ecstasy, przy czym jej wytwarzanie koncentruje się w Niderlandach (gdzie po kilku latach spadku produkcji nastąpił jej ponowny wzrost w 2006 r.), Belgii oraz w mniejszym zakresie w Polsce i Zjednoczonym Królestwie.

Względne znaczenie Europy zarówno jako konsumenta, jak i producenta ecstasy można odczytać z danych dotyczących konfiskat narkotyków. Europa zgłosiła ponad 20 tys. przypadków konfiskat skutkujących przechwyceniem blisko 14 mln tabletek ecstasy w 2006 r. Największą ilość ecstasy skonfiskowano w Niderlandach (4,1 mln tabletek), następnie w Zjednoczonym Królestwie, Turcji, we Francji i w Niemczech. Ogółem w latach 2001 – 2006 liczba konfiskat ecstasy się zmniejszyła, spadła też przechwycona jej ilość, po rekordowym 2002 r. ⁽⁶⁴⁾. Z 4,5 ton ecstasy skonfiskowanej w 2006 r. na całym świecie 43% skonfiskowano w Europie; dla porównania konfiskaty w Ameryce Północnej stanowiły 34% (UNODC, 2008).

W Europie większość tabletek ecstasy zbadanych w 2006 r. zawierała MDMA lub inne substancje zbliżone do ecstasy (MDEA, MDA) jako jedyną substancję psychoaktywną, przy czym 17 krajów poinformowało, że dotyczyło to ponad 70% ogólnej liczby tabletek poddanych analizie. Hiszpania i Polska stanowiły wyjątek, informując, że podczas analizy tabletek wprowadzonych do obrotu jako ecstasy niejednokrotnie stwierdzano obecność amfetaminy lub metamfetaminy, często w połączeniu z MDMA lub z substancją o podobnej strukturze. Na Łotwie i Malcie większość tabletek nie zawierała żadnej substancji podlegających kontroli.

Większość krajów poinformowała, że typowa zawartość MDMA w tabletkach ecstasy mieściła się w granicach od 25 do 65 mg – chociaż rozbieżności w przypadku badanych próbek były znaczne (od 9 do 90 mg). Ponadto w niektórych krajach odnotowano bardzo silne tabletki ecstasy, zawierające ponad 130 mg MDMA (Belgia, Dania, Niemcy, Francja, Niderlandy, Norwegia), a na niektórych rynkach pojawiła się wysokiej jakości substancja MDMA w proszku. Nie zaobserwowano średniookresowej tendencji w zakresie zawartości substancji MDMA w tabletkach ecstasy. Oczywiście jest jednak, że w porównaniu z sytuacją na początku lat 90., gdy ecstasy po raz pierwszy stała się dostępna w Europie, narkotyk ten znacznie stanął. Chociaż istnieją doniesienia o tabletkach sprzedawanych za zaledwie 1 euro, większość krajów podaje teraz typowe ceny detaliczne w granicach od 3 do 9 euro za tabletkę, a dane dotyczące lat 2001 – 2006 wskazują,

że cena detaliczna (z uwzględnieniem inflacji) nadal spada.

LSD

Zażywanie i handlowanie LSD nadal uznawane jest za zjawisko marginalne, chociaż konfiskaty dokonane w Europie mogą sugerować ożywienie zainteresowania tym narkotykiem w ostatnich kilku latach. Po długotrwałej tendencji spadkowej na początku lat 90., zarówno liczba konfiskat, jak i przechwycone ilości zaczęły rosnąć, począwszy od 2003 r. Obecna sytuacja jest niejasna, ponieważ z tymczasowo dostępnych danych wynika nieznaczny spadek w zakresie obu wskaźników, natomiast Zjednoczone Królestwo – kraj który zwykle zgłasza największe ilości skonfiskowanego LSD – informacji jeszcze nie przedstawiło. Począwszy od 2001 r., ceny detaliczne LSD (z uwzględnieniem inflacji) nieznacznie się obniżyły, a w 2006 r. w większości krajów europejskich wahały się w granicach od 5 do 11 euro za dawkę.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania

W państwach członkowskich UE zażywanie amfetaminy lub ecstasy jest stosunkowo wysokie w Republice Czeskiej, Estonii i Zjednoczonym Królestwie oraz stosunkowo wysokie – na tle ogólnej krajowej sytuacji w zakresie narkotyków – w niektórych krajach Europy Środkowej i Północnej. Odmiennie na ogół wygląda sytuacja w przypadku spożycia syntetycznych narkotyków halucynogennych, takich jak dwuetyloamid kwasu lizergowego (LSD), które jest niższe i pozostaje w znacznej mierze stabilne przez długi okres.

Na wyższy poziom rozpowszechnienia w niektórych krajach należy patrzeć – przynajmniej w uproszczeniu – w kontekście dwóch odmiennych schematów zażywania. W nielicznych krajach zażywanie, często dożyłne, amfetaminy lub metamfetaminy dotyczy znacznej części ogólnej liczby osób problemowo zażywających narkotyki i osób poszukujących pomocy z powodu problemów narkotykowych. W przeciwieństwie do tych problemowych populacji związek między narkotykami syntetycznymi – w szczególności ecstasy – a nocnymi klubami, obiektami tanecznymi i muzycznymi oraz subkulturami ma charakter bardziej podstawowy; skutkuje to znacznie wyższym poziomem odnotowywanego zażywania narkotyków przez ludzi młodych w porównaniu z zażywaniem stwierdzonym w niektórych miejscach lub w szczególnych podgrupach.

⁽⁶⁴⁾ Jest to jedynie wstępny obraz sytuacji, gdyż jak dotąd nie udostępniono danych za 2006 r. ze Zjednoczonego Królestwa – z kraju, który zgłosił największą liczbę przypadków konfiskat w 2005 r.

Amfetaminy

Niedawne badania populacji wskazują, że wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetamin ⁽⁶⁵⁾ w Europie różni się w zależności od kraju: od 0,1 do 11,9% wszystkich osób dorosłych (od 15 do 64 lat). Średnio około 3,3% wszystkich dorosłych Europejczyków podaje, że przynajmniej raz zażyło amfetaminy. Zażywanie tego narkotyku w ostatnim roku jest znacznie niższe i średnia europejska wynosi 0,6% (przedział od 0,0 do 1,3%). Dane szacunkowe wskazują zatem, że około 11 mln Europejczyków spróbowało amfetamin i że około 2 mln zażywało tych narkotyków w ostatnim roku (zestawienie danych – patrz tabela 3).

Wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy różni się znacznie w zależności od kraju, od 0,2 do 16,5%, przy średniej europejskiej na

poziomie 5%. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia w ostatnim roku w tej grupie wiekowej waha się w granicach od 0,1 do 2,9%, przy czym większość krajów podała szacunki rozpowszechnienia rzędu od 0,7 do 1,9%. Ocenia się, że średnio 1,3% młodych Europejczyków zażywało amfetaminy w ciągu ostatniego roku.

Problemowe zażywanie amfetaminy

W stosunku do amfetamin wskaźnik EMCDDA dotyczący problemowego zażywania narkotyków (PDU) można stosować w ograniczonym zakresie, w przypadku gdy określa on tym mianem wstrzykiwanie lub długotrwałe i regularne zażywanie tej substancji. Tylko jeden kraj (Finlandia) przedstawił najnowsze dane szacunkowe na temat problemowego zażywania amfetaminy. W 2005 r.

Tabela 3: Rozpowszechnienie zażywania amfetamin w populacji ogólnej – dane podstawowe

Grupa wiekowa	Okres zażywania	
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	11 mln	2 mln
Średnia europejska	3,3%	0,6%
Przedział	0,1–11,9%	0,0–1,3%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Grecja (0,1%) Rumunia (0,2%) Malta (0,4%) Cypr (0,8%)	Grecja, Malta (0,0%) Francja (0,1%) Portugalia (0,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (11,9%) Dania (6,9%) Norwegia (3,6%) Irlandia (3,5%)	Zjednoczone Królestwo, Estonia (1,3%) Norwegia, Łotwa (1,1%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	7 mln	2 mln
Średnia europejska	5,1%	1,3%
Przedział	0,2–16,5%	0,1–2,9%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Grecja (0,2%) Rumunia (0,5%) Malta (0,7%) Cypr (0,8%)	Grecja (0,1%) Francja (0,2%) Cypr (0,3%) Portugalia (0,4%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (16,5%) Dania (12,7%) Norwegia (5,9%) Hiszpania, Łotwa (5,3%)	Estonia (2,9%) Zjednoczone Królestwo (2,7%) Łotwa (2,4%) Dania (2,2%)
<small>Informacje na podstawie ostatnich dostępnych badań ankietowych dotyczących każdego kraju. Rok, w którym przeprowadzono badania, przypada na lata 2001–2007. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W wypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (328 mln), od 15 do 34 lat (134 mln) i od 15 do 24 lat (64 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w Biuletynie statystycznym za 2008 r. w części Badania ankietowe populacji ogólnej.</small>		

⁽⁶⁵⁾ Dane pochodzące z badań na temat zażywania amfetaminy często nie wprowadzają rozróżnienia między amfetaminą i metamfetaminą. Jednakże zwykle odnoszą się one do zażywania amfetaminy (siarczanu lub deksamfetaminy), ponieważ zażywanie metamfetaminy nie jest w Europie rozpowszechnione, a konfiskaty metamfetaminy na tym kontynencie stanowią mniej niż 1% konfiskat na świecie.

szacowano tam liczbę osób problemowo zażywających amfetaminę na od 12 tys. do 22 tys. (od 4,3 do 7,9 przypadków na 1 tys. osób w wieku od 15 do 64 lat) – jest to 4-krotnie większa liczba niż szacowana liczba osób problemowo przyjmujących opiaty w tym kraju.

W większości krajów europejskich liczba odnotowanych zgłoszeń na leczenie w związku z zażywaniem amfetaminy jest stosunkowo mała. Leczenie z powodu zażywania amfetaminy stanowi znaczny odsetek ogólnej odnotowanej liczby wymagających tego przypadków na Łotwie, w Szwecji i Finlandii, gdzie od 25 do 35% pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu narkotyków podało amfetaminę jako swój główny problem narkotykowy. Poza tymi krajami leczenie z powodu amfetaminy stanowi powyżej 5% odnotowanego leczenia z powodu narkotyków jedynie w Danii, Niemczech, Niderlandach i Polsce, gdzie od 6 do 9% osób poddanych leczeniu z powodu narkotyków deklaruje amfetaminę jako swój główny narkotyk ⁽⁶⁶⁾.

W większości krajów, jednak nie w Szwecji i Finlandii, odsetek nowych pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu zażywania amfetaminy jako narkotyku głównego jest wyższy niż odsetek wszystkich pacjentów leczonych z powodu uzależnień od tego narkotyku. W latach 2002–2006 odsetek nowych pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu zażywania amfetaminy jako narkotyku głównego był dość stabilny w Europie jako całości, chociaż w tym okresie Litwa i Dania odnotowały wzrost, podczas gdy w Szwecji i Finlandii spadł udział nowych pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu amfetaminy, co przypuszczalnie wskazuje na starzenie się populacji ⁽⁶⁷⁾.

Typowe osoby zażywające amfetaminę, które podejmują leczenie, mają 29 lat i są to mężczyźni. Chociaż stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet to 2:1, ogólny udział kobiet w grupie pacjentów leczonych z powodu amfetaminy jest wyższy niż w przypadku pozostałych narkotyków ⁽⁶⁸⁾.

Problemowe zażywanie metamfetaminy

W przeciwieństwo do innych części świata, w których zażywanie metamfetaminy w ostatnich latach wzrosło, poziom jej spożycia w Europie wydaje się ograniczony (Griffiths i in., 2008). W przeszłości największe spożycie tego narkotyku w Europie występowało w Republice Czeskiej i w pewnym zakresie na Słowacji. Tylko te dwa kraje podają aktualne dane szacunkowe na temat jego problemowego zażywania. W 2006 r. oceniono, że

w Republice Czeskiej było od 17,5 tys. do 22,5 tys. osób zażywających metamfetaminę (od 2,4 do 3,1 przypadków na 1 tys. osób w wieku od 15 do 64 lat), tj. prawie dwa razy więcej niż wynosi szacowana liczba osób problemowo zażywających opiaty, natomiast na Słowacji: od 6,2 tys. do 15,5 tys. osób przyjmujących metamfetaminę (od 1,6 do 4,0 przypadków na 1 tys. osób w wieku od 15 do 64 lat), czyli o około 20% mniej niż szacowana liczba osób problemowo zażywających opiaty.

W ciągu ostatnich pięciu lat w obu krajach rosła liczba zgłoszeń na leczenie związane z zażywaniem metamfetaminy. Metamfetamina stała się głównym narkotykiem najczęściej wskazywanym przez osoby wymagające leczenia po raz pierwszy na Słowacji, gdzie stanowi to 25% wszystkich zgłoszeń na leczenie z powodu narkotyków. W Republice Czeskiej 59% wszystkich pacjentów leczonych z powodu narkotyków podaje metamfetaminę jako swój główny narkotyk ⁽⁶⁹⁾. Pacjenci leczeni z powodu metamfetaminy zgłaszają wysoki poziom dożylnego przyjmowania narkotyków: około 50% na Słowacji i 80% w Republice Czeskiej.

Ecstasy

Dane szacunkowe wskazują, że około 9,5 mln dorosłych Europejczyków próbowało ecstasy i że około 3 mln (0,8%) zażywało ten narkotyk w ostatnim roku (zestawienie danych – patrz tabela 4). W zależności od kraju różnice są znaczne, przy czym badania wskazują, że od 0,3 do 7,3% wszystkich osób dorosłych (od 15 do 64 lat) przynajmniej raz próbowało tego narkotyku i w większości krajów ocenia się, że wskaźnik jednokrotnego zażycia w tym przypadku mieści się w przedziale od 1,3 do 3,1%. Zażywanie tego narkotyku w ostatnim roku w Europie było zróżnicowane: od 0,2 do 3,5%. W każdym wymiarze i analogicznie do większości nielegalnych narkotyków – zażywanie tego narkotyku było znacznie wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

Spożycie ecstasy było powszechniejsze wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat); w tej grupie na poziomie krajowym wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia wahał się w granicach od 0,5 do 14,6%, przy czym od 0,4 do 7,7% osób w tej grupie wiekowej informowało o zażywaniu tego narkotyku w ostatnim roku. Ocenia się, że prawie 7,5 mln młodych Europejczyków (5,6%) spróbowało ecstasy, a prawie 2,5 mln (1,8%) zażywało ten narkotyk w ciągu ostatniego roku. Dane szacunkowe na temat rozpowszechnienia są jeszcze wyższe, jeżeli zawęzić pole zainteresowania do niższego

⁽⁶⁶⁾ Patrz tabela TDI-5 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁶⁷⁾ Patrz wykres TDI-1 i tabele TDI-4 część (ii), TDI-5 część (ii) oraz TDI-36 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁶⁸⁾ Patrz tabela TDI-37 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁶⁹⁾ Patrz tabela TDI-5 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Tabela 4: Rozpowszechnienie zażywania ecstazy w populacji ogólnej – dane podstawowe

Grupa wiekowa	Okres zażywania	
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	9,5 mln	2,6 mln
Średnia europejska	2,8%	0,8%
Przedział	0,3–7,3%	0,2–3,5%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,3%) Grecja (0,4%) Malta (0,7%) Litwa (1,0%)	Grecja, Malta (0,2%) Dania, Polska (0,3%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (7,3%) Republika Czeska (7,1%) Irlandia (5,4%) Hiszpania (4,4%)	Republika Czeska (3,5%) Zjednoczone Królestwo (1,8%) Estonia (1,7%) Słowacja (1,6%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	7,5 mln	2,5 mln
Średnia europejska	5,6%	1,8%
Przedział	0,5–14,6%	0,4–7,7%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,5%) Grecja (0,6%) Malta (1,4%) Litwa, Polska (2,1%)	Grecja, (0,4%) Włochy, Polska (0,7%) Dania, Litwa, Portugalia (0,9%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (14,6%) Zjednoczone Królestwo (13,0%) Irlandia (9,0%) Słowacja (8,4%)	Republika Czeska (7,7%) Zjednoczone Królestwo (3,9%) Estonia (3,7%) Niderlandy, Słowacja (2,7%)

Informacje na podstawie ostatnich dostępnych badań ankietowych dotyczących danego każdego kraju. Rok, w którym przeprowadzono badania, przypada na lata 2001–2007. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W wypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (328 mln), od 15 do 34 lat (134 mln) i od 15 do 24 lat (64 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w Biuletynie statystycznym za 2008 r. w części Badania ankietowe populacji ogólnej.

przedziału wiekowego: wśród osób w grupie wiekowej od 15 do 24 lat wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia waha się w granicach od 0,4 do 18,7%, chociaż większość krajów podała dane szacunkowe w przedziale od 2,5 do 8,0% ⁽⁷⁰⁾. Pomimo że w odniesieniu do zażywania narkotyku w ostatnim roku przez tę grupę wiekową większość krajów podała dane szacunkowe mieszczące się w przedziale od 1,3 do 4,6%, wystąpiła zasadnicza różnica między najniższą wartością szacunkową na poziomie 0,3% i najwyższą, wynoszącą 12%; odzwierciedla to odmienne praktyki w niektórych państwach członkowskich.

Wśród młodzieży szkolnej duży wzrost poziomu rozpowszechnienia może następować wraz z niewielkim wzrostem wieku, na przykład dostępne dane z 16 krajów pokazują, że wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstazy wśród uczniów w wieku od 17 do 18 lat są

przeważnie znacznie wyższe niż w przypadku młodszych uczniów, co wskazuje, że pierwsze zażycie tego narkotyku zwykle ma miejsce po ukończeniu 16. roku życia ⁽⁷¹⁾.

Mimo że w Europie liczba osób zażywających ecstazy kształtuje się podobnie jak w przypadku amfetaminy, bardzo nieliczni trafiają do placówek leczniczych. W 2006 r. w większości krajów mniej niż 1% osób zażywających narkotyki rozpoczynających leczenie wymienił ecstazy jako swój główny narkotyk, z którym ma problemy, i w większości krajów tylko niewielka liczba pacjentów poddawana jest leczeniu z powodu problemów związanych z ecstazy. Zaledwie pięć krajów podaje liczbę wyższą niż 100 w wypadku pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu ecstazy (Francja, Włochy, Węgry, Zjednoczone Królestwo, Turcja), którzy reprezentują od 0,5 do 4% wszystkich pacjentów leczonych z powodu narkotyków w tych krajach. Osoby zażywające ecstazy

⁽⁷⁰⁾ Patrz tabela GPS-17 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁷¹⁾ Patrz tabele EYE-1 i EYE-2 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

znajdują się wśród najmłodszych grup rozpoczynających leczenie z powodu narkotyków, ponieważ średni wiek w ich wypadku wynosi od 24 do 25 lat; osoby te informują o jednoczesnym zażywaniu innych substancji, w tym konopi indyjskich, kokainy, alkoholu i amfetamin⁽⁷²⁾.

LSD

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia LSD w populacji osób dorosłych (od 15 do 64 lat) waha się od wartości bliskiej zera do 5,4%. Wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia jest nieco wyższy (od 0,3 do 7,1%), chociaż niższy poziom rozpowszechnienia odnotowano w wypadku osób w wieku od 15 do 24 lat. Natomiast w kilku krajach podających porównywalne dane zażywanie LSD jest często poprzedzane przez zażywanie grzybów halucynogennych, gdzie wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia waha się od 1 do 9%, a dane szacunkowe dotyczące zażywania w ostatnim roku w przedziale od 0,3 do 3% (EMCDDA, 2006).

Tendencje w zażywaniu amfetamin i ekstazy

Najnowsze dane potwierdzają informacje na temat tendencji do stabilizowania się lub nawet zmniejszenia spożycia amfetaminy i ekstazy w Europie. Po okresie ogólnych wzrostów w latach 90., obecne badania populacji wskazują na ogólną stabilizację lub nawet na umiarkowany spadek popularności obu narkotyków, chociaż ten układ nie ma miejsca we wszystkich krajach.

W Zjednoczonym Królestwie zażywanie amfetaminy (w okresie ostatnich 12 miesięcy) w grupie młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) znacznie spadło między 1996 r. (6,5%) i 2002 r. (3,1%), przy czym w okresie późniejszym liczby te pozostały stabilne. W latach 1994–2000 w Danii zanotowano znaczący wzrost w zażywaniu amfetaminy, lecz wyniki badań z 2005 r. wskazują na spadek w zażywaniu tej substancji od początku bieżącego dziesięciolecia⁽⁷³⁾. W innych krajach informujących o wielokrotnych badaniach w analogicznym okresie (Niemcy, Grecja, Hiszpania, Francja, Niemcy, Holandia, Słowacja, Finlandia), przeważnie występują tendencje stabilne⁽⁷⁴⁾. W latach 2001–2006 z 14 krajów dysponujących wystarczającymi danymi na temat zażywania amfetaminy w ostatnim roku w grupie wiekowej od 15 do 34 lat trzy kraje informują o spadku rzędu 15%

lub większym, cztery – o stabilizacji, a siedem – o wzroście rzędu 15% lub wyższym.

Obraz jest bardziej zróżnicowany, jeżeli chodzi o zażywanie ekstazy przez młode osoby dorosłe (od 15 do 34 lat), ponieważ poziom spożycia nadal jest wysoki w grupie młodych mężczyzn⁽⁷⁵⁾ oraz w badaniach dotyczących szczególnych obiektów rozrywkowych. Po okresie ogólnego wzrostu w zażywaniu w niektórych krajach europejskich, przypadającym na późne lata 80. i wczesne lata 90. XX w., który doprowadził do zbliżonych poziomów spożycia ekstazy w Niemczech, Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie w połowie lat 90., wskaźnik zażywania w ostatnim roku pozostawał stale wyższy w Zjednoczonym Królestwie w porównaniu z pozostałymi krajami⁽⁷⁶⁾. W latach 2001–2006 wskaźnik zażywania ekstazy w ostatnim roku przez młodych dorosłych spadł w 3 z 14 krajów, które przedstawiły wystarczające informacje, natomiast pozostał stabilny w 5 krajach, a wzrósł – w 6.

Dane pochodzące z kilku krajów wskazują, że w pewnych segmentach populacji zażywającej narkotyki miejsce amfetaminy i ekstazy może zajmować kokaina. Zjawisko to może mieć miejsce w Zjednoczonym Królestwie i Danii, a w pewnym zakresie także i w Hiszpanii. Zarówno Zjednoczone Królestwo, jak i Dania podają stosunkowo wysokie dane szacunkowe dotyczące wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetamin, odpowiednio na poziomie 11,9% i 6,9%, lecz poziom odnotowanego zażywania w ostatnim roku i ostatnim miesiącu jest bardziej zgodny z poziomem stwierdzonym w innych krajach. Zwiększenie spożycia kokainy w tych krajach pokrywa się w pewnym zakresie ze spadkiem w zażywaniu amfetamin, w związku z czym zachodzi możliwość, że na tych rynkach jeden środek pobudzający zastępuje drugi⁽⁷⁷⁾. Mniej jasne są ewentualne zmiany w schematach zażywania narkotyków w innych krajach (Niemcy, Francja, Włochy, Niemcy, Holandia). Ogólnie biorąc, wzajemna zależność między różnymi narkotykami, które mogą budzić podobne zainteresowanie konsumentów, nadal jest słabo znana.

Analiza danych pochodzących z udostępnionych w 2007 r. wyników krajowych badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach (Republika Czeska, Hiszpania, Portugalia, Słowacja, Szwecja, Zjednoczone Królestwo) stanowi poparcie tezy o ogólnym ustabilizowaniu się sytuacji, bez zmiany lub nawet przy pewnym spadku odnotowanym w zgłoszonym wskaźniku jednokrotnego zażycia zarówno amfetaminy, jak i ekstazy.

⁽⁷²⁾ Patrz tabele TDI-5 i TDI-37 część (i), część (ii) oraz część (iii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁷³⁾ W 1994 r. w Danii informacje odnoszą się do „twardych narkotyków”, za które uważa się głównie amfetaminy.

⁽⁷⁴⁾ Patrz wykres GPS-8 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁷⁵⁾ Patrz wykres GPS-9 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁷⁶⁾ Patrz wykres GPS-21 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁷⁷⁾ Patrz – Europejski rynek narkotyków pobudzających: „kraje kokainowe” i „kraje amfetaminowe”?, str. 56.

Obiekty rozrywkowe

Zażywanie amfetaminy i ecstasy w obiektach rozrywkowych

Badania dotyczące zażywania narkotyków w wybranych miejscach rozrywkowych, w których młodzi ludzie się gromadzą i które niekiedy są kojarzone z zażywaniem narkotyków (np. imprezy taneczne lub festiwale muzyczne), mogą dostarczyć przydatnych informacji na temat zachowań osób regularnie i intensywnie zażywających amfetaminę i ecstasy. Dane szacunkowe na temat zażywania narkotyków w takich miejscach zwykle przyjmują wysokie wartości, na ich podstawie nie można jednak formułować ogólnych wniosków dotyczących większej populacji.

Badania poświęcone ludziom młodym (w wieku od 15 do 30 lat), którzy regularnie bywają w nocnych lokalach rozrywkowych, przeprowadzone w 2006 r. w dziewięciu miastach europejskich (Ateny, Berlin, Brno, Lizbona, Liverpool, Lublana, Palma, Wenecja, Wiedeń) dostarczyły danych szacunkowych dotyczących wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy i amfetaminy, odpowiednio na poziomie 27% i 17%. Częste zażywanie tych narkotyków było dużo niższe, ponieważ zaledwie 1,4% respondentów przyznało, że zażywało ecstasy raz w tygodniu, a mniej niż 1% – że miało to miejsce w wypadku amfetaminy. Przeciętny wiek w momencie pierwszego spożycia obu narkotyków w badanej grupie to 18 lat⁽⁷⁸⁾. Często miało miejsce jednoczesne zażywanie alkoholu, przy czym 34% osób badanych informowało, że było pijane więcej niż 2-krotnie w ciągu czterech tygodni poprzedzających wywiad. Ten poziom upijania się częściej był podawany przez mężczyzn niż przez kobiety: odpowiednio 42% i 27% (Komisja Europejska, 2007b).

Badania francuskie przeprowadzone w 2004 i 2005 r. w pięciu obiektach z muzyką elektroniczną wykazały zażywanie w ostatnim miesiącu ecstasy i amfetaminy na poziomie odpowiednio 32% i 13% w próbie liczącej 1496 respondentów. Należy jednak zauważyć, że rozpowszechnienie było wyższe w szczególnych podgrupach, które charakteryzują się elementami kontrkultury i które określa się mianem „alternatywy”. Wśród tych podgrup dane szacunkowe dotyczące ecstasy i amfetaminy to odpowiednio 54% i 29%.

Działania interwencyjne w obiektach rozrywkowych

Coraz powszechniej występująca tendencja zgłaszana w Europie polega na łącznym traktowaniu przez władze sprawy legalnych i nielegalnych narkotyków podczas rozpatrywania lokalnych kwestii porządku i zdrowia

publicznego. To podejście jest szczególnie istotne z punktu widzenia działań interwencyjnych ukierunkowanych na miejsca, w których spożywane są zarówno narkotyki syntetyczne i pobudzające, jak i alkohol, czyli na przykład nocne bary i kluby. Jeden z problemów w tym obszarze polega na tym, że rola substancji legalnych i nielegalnych może być stosunkowo trudna do rozróżnienia. Spożywanie alkoholu przez ludzi młodych budzi w Europie coraz większe obawy i w 2006 r. Komisja Europejska przyjęła strategię UE, która ma wspierać państwa członkowskie w ograniczaniu szkód powodowanych przez alkohol w populacji ludzi młodych. W istocie, szkodliwe spożywanie alkoholu jest łączone z jednym na cztery zgony młodych mężczyzn (w wieku od 15 do 29 lat) oraz z jednym na dziesięć zgonów młodych kobiet⁽⁷⁹⁾.

Obawy dotyczące łącznego spożywania narkotyków i alkoholu przez ludzi młodych w miejscach publicznych doprowadziły do opracowania strategii, która ma spowodować zmianę otoczenia społecznego, ekonomicznego i fizycznego wiążącego się z konsumpcją alkoholu i narkotyków i w której stawia się następujące cele: zmodyfikowanie zachowań i norm dotyczących konsumpcji alkoholu i narkotyków, stworzenie warunków mniej sprzyjających odurzaniu się tymi substancjami oraz ograniczenie możliwości wystąpienia problemów związanych z alkoholem i narkotykami⁽⁸⁰⁾. Państwa członkowskie zgłaszają kilka środków, które mają być wprowadzone w nocnych lokalach rozrywkowych lub wokół nich, a których konkretnym celem ma być ograniczenie szkód lub pozytywne kształtowanie otoczenia społecznego. Obejmują one: szkolenia organizowane dla personelu obsługującego bary i dla pracowników ochrony, nasilone egzekwowanie obowiązujących przepisów, podnoszenie poziomu świadomości szkód powodowanych przez spożywanie tych substancji, zapewnienie usług transportowych w późnych godzinach nocnych oraz usprawnienia zorientowane na zapewnienie większego bezpieczeństwa w obiektach związanych z życiem nocnym. Środki w tym obszarze są różnorodne i należą do nich między innymi: poprawa oświetlenia ulic, dostępność wody pitnej, właściwa wentylacja, a nawet środki zapewniające szybkie reagowanie w nagłych wypadkach wymagających pomocy medycznej. Wspólną cechą tego podejścia jest często wykorzystanie powiązań między różnymi interesariuszami, takimi jak policja, organy wydające zezwolenia, właściciele klubów i dostawcy usług medycznych, od których wymaga się współpracy na zasadzie partnerstwa zarówno w celu ustalenia potrzeb lokalnych, jak i możliwych rozwiązań.

⁽⁷⁸⁾ Patrz tabela EYE-2 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

Przykład działań w tym obszarze można znaleźć w Danii, gdzie we współpracy z organami samorządowymi i policją – właścicielom restauracji i osobom zatrudnionym w nocnych lokalach oferowane są kursy, których celem jest promowanie postaw sprzyjających współdziałaniu na rzecz ograniczenia zażywania i sprzedaży narkotyków i alkoholu. Niektóre sposoby podejścia w tym obszarze opracowane przez poszczególne państwa członkowskie zaczynają także budzić szersze zainteresowanie, czego ilustracją jest fakt, iż opracowane w Zjednoczonym Królestwie wskazówki dotyczące bezpiecznego tańca są obecnie wprowadzane zarówno w Paryżu, jak i w Brukseli. Właściciele klubów, przy udziale pracowników niosących pomoc osobom potrzebującym i władz lokalnych, pomagają w promowaniu umiarkowanego picia, podnosząc świadomość na temat szkodliwości narkotyków i alkoholu przy jednoczesnym zwiększaniu parametrów bezpieczeństwa lokali (np. zapewniając bezpłatną wodę, personel przeszkolony w udzielaniu pierwszej pomocy, miejsca relaksu).

Niektóre strategie środowiskowe uwzględniają kwestię zależności między prowadzeniem pojazdów a spożywaniem narkotyków i alkoholu. Podane tutaj przykłady obejmują zapewnienie dla odurzonych kierowców alternatywnych środków transportu, które są dostępne w niektórych paryskich klubach nocnych, oraz promowanie opcji komunikacji publicznej przez kluby w Brukseli. W Hiszpanii prowadzone są – zwłaszcza w czasie weekendów – kampanie prewencyjne, które skupiają się na osobach niepijących wyznaczonych na kierowców i na zwiększaniu świadomości na temat zagrożeń wynikających z kierowania pojazdem przez osobę, która jest pod wpływem substancji psychoaktywnych. Kampanie te prawdopodobnie przyczyniły się do zaobserwowanego w Hiszpanii w 2006 r. zmniejszenia o 16% liczby wypadków komunikacyjnych z udziałem ludzi młodych w wieku od 18 do 20 lat ⁽⁸¹⁾.

Wydaje się, że strategie zajmujące się otoczeniem, w którym ludzie młodzi spożywają zarówno narkotyki, jak i alkohol, posiadają znaczne możliwości w zakresie ochrony zdrowia publicznego i poprawy bezpieczeństwa publicznego i mogą przynosić korzyści, które wykraczają poza krąg osób zażywających narkotyki i obejmują szerszą społeczność. Jednakże dzisiaj w Europie podobne podejście

ogranicza się na ogół do konkretnych obszarów znanych problemów, często w centrach dużych miast i rzadko jest wdrażane w sposób kompleksowy; wynika z tego niezbitcie, że w tej dziedzinie istnieje znaczna potrzeba większego zaangażowania i rozwoju. Mówiąc bardziej ogólnie, główny zakres prac w tej dziedzinie na ogół ograniczał się raczej do działań interwencyjnych ukierunkowanych na konkretne zachowania problemowe lub na względy środowiskowe, a nie wiązał się z realizacją szerszego zadania, które polega na korygowaniu przekonań normatywnych i postaw, jakie prezentują ludzie młodzi w odniesieniu do zażywania narkotyków i spożywania alkoholu w konkretnych miejscach.

Dostęp do leczenia

W większości państw członkowskich ograniczone zapotrzebowanie na leczenie znajduje odbicie w ograniczonej dostępności usług leczniczych adresowanych konkretnie do osób zażywających amfetaminę, metamfetaminę czy ekstazy. Sytuacja wygląda nieco inaczej w kilku państwach członkowskich, w których występują populacje osób od dawna nieprzerwanie zażywających amfetaminę i metamfetaminę. W tych krajach (głównie Republika Czeska, Słowacja, Finlandia, Szwecja) osoby zażywające amfetaminę i metamfetaminę poddawane są leczeniu w placówkach specjalistycznych. Możliwości leczenia polegają na odtruciu, następnie terapii indywidualnej w placówce pozaszpitalnej lub terapii grupowej w placówce pozaszpitalnej lub stacjonarnej.

Możliwości terapeutyczne, co do których istnieją solidne dowody skuteczności, w zasadzie nie przekładają się na prowadzenie leczenia z uzależnienia od psychostymulantów, np. amfetamin i kokainy. Jak zauważono w rozdziale 5, obecnie nie są dostępne żadne środki farmakologiczne, które pomagają osobom uzależnionym w radzeniu sobie z sytuacją abstynencji czy ograniczającą głód narkotykowy wiążący się z uzależnieniem od psychostymulantów. Ponadto z literatury przedmiotu wynika, że nie wykazano niezbitego dowodu potwierdzającego skuteczność konkretnego psychospołecznego działania interwencyjnego, które pomagałoby osobom zażywającym psychostymulanty w zachowaniu abstynencji.

⁽⁸¹⁾ Więcej informacji na temat kampanii prewencyjnych w całej Europie, patrz – Wybrane zagadnienia dotyczące narkotyków i prowadzenia pojazdów w opracowaniu z 2007 r.



Rozdział 5

Kokaina i crack

Wprowadzenie

Najnowsze dane nadal wskazują na ogólny wzrost spożycia kokainy w Europie. W badaniach populacji przeprowadzanych w wielu krajach odnotowuje się znaczący wzrost w zażywaniu tego narkotyku przez ludzi młodych, począwszy od połowy lat 90. XX w. Ustalenia te znajdują potwierdzenie w wynikach badań kierunkowych, w których stwierdza się bardzo wysoki poziom zażywania kokainy w niektórych obiektach rozrywkowych (lokale nocne oraz miejsca związane z muzyką dance). Jednocześnie gwałtownie wzrosły wskaźniki określające dostępność kokainy w Europie, łącznie z liczbą konfiskat i przechwytywanymi ilościami tego narkotyku.

W niektórych państwach członkowskich w ostatnich latach znacznie wzrosło zapotrzebowanie na leczenie z powodu kokainy, a w pewnych krajach, miastach i regionach leczenie to przewyższa obecnie poziom leczenia z powodu opiatów. Co więcej, znaczna część osób zażywających opiaty poddawanych leczeniu podaje kokainę jako swój drugi narkotyk, co może potęgować ich problemy i komplikować opiekę nad nimi. W wielu krajach kokaina pojawia się w analizie toksykologicznej w wypadku wysokiego odsetka zgonów związanych z narkotykami, na ogół w połączeniu z opiatami i innymi substancjami.

Występowanie znacznych różnic między poszczególnymi krajami (w wielu krajach nadal odnotowuje się bardzo niski poziom zażywania tego narkotyku) stanowi istotny argument przeciwko twierdzeniu, że w Europie rośnie zażywanie kokainy. Krajowe realia problemów związanych z kokainą są również bardzo zróżnicowane, przy czym na przykład większość wszystkich zgłoszeń na leczenie z powodu kokainy w Europie ma miejsce w stosunkowo niewielu krajach.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Uprawa krzewu kokainowego, będącego źródłem kokainy, nadal koncentruje się w niewielu krajach w regionie Andów⁽⁸²⁾. Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości (2008) oszacowało potencjalną produkcję kokainy w 2007 r.

na 994 tony czystego chlorowodoru kokainy, z czego produkcja w Kolumbii stanowiła 61%, w Peru – 29%, a w Boliwii – 10%. Analiza liczby zlikwidowanych laboratoriów wskazuje, że większość produkcji nadal odbywa się w tych trzech krajach, chociaż może także występować w innych krajach Ameryki Południowej, zanim dojdzie do wywozu na rynki głównych odbiorców w Ameryce Północnej i Europie. Informacje na temat nielegalnego handlu nadmanganianem potasu (odczynnik chemiczny stosowany w syntezie chlorowodoru kokainy) potwierdzają to ustalenie, przy czym Kolumbia informuje o przechwyceniu 99 ze 101 ton nadmanganianu potasu skonfiskowanego w skali światowej w 2006 r. (INCB, 2008b).

Kokaina wyprodukowana w regionie Andów jest następnie przemykana do Europy przez kraje południowoamerykańskie (Brazylia, Ekwador, Wenezuela). Mimo że kraje karaibskie są nadal ważną strefą tranzytową dla kokainy zmierzającej do Europy, w ciągu kilku minionych lat znacznie wzrósł przeładunek na terytorium krajów Afryki Zachodniej, w szczególności w Zatoce Gwinejskiej i u wybrzeży Republiki Zielonego Przylądka, Gwinei i Gwinei Bissau (CND, 2008; INCB, 2008a)⁽⁸³⁾. Głównymi miejscami wprowadzania kokainy na rynek europejski są nadal Hiszpania i Portugalia, przy czym od 2005 r. rola tej ostatniej znacznie wzrosła. Kokaina nadal jednak jest wprowadzana do Europy także w bardziej bezpośredni sposób drogą morską przez Atlantyk lub drogą powietrzną, w szczególności do Niderlandów, Belgii, Włoch, Francji, Zjednoczonego Królestwa i Niemiec. Jak wynika z danych, Francja i Niderlandy to główne kraje tranzytowe dla dalszej dystrybucji kokainy w Europie (Europol, 2007b). Ostatnie doniesienia na temat importu kokainy przez terytorium krajów europejskich (Bułgaria, Estonia, Łotwa, Litwa, Rumunia, Rosja) mogą wskazywać na powstawanie nowych szlaków nielegalnego handlu w tej części Europy.

Konfiskaty

Po marihuanie i żywicy konopnej najczęściej sprzedawanym narkotykiem na świecie jest kokaina. W 2006 r. nastąpił nieznaczny spadek globalnych

⁽⁸²⁾ Więcej informacji na temat źródeł danych dotyczących podaży i dostępności narkotyków, patrz str. 42.

⁽⁸³⁾ Patrz również – Afryka Zachodnia: węzeł tranzytowy w handlu kokainą przeznaczoną dla Europy, str. 67.

konfiskat kokainy do poziomu 706 t. Największą przechwyconą ilość, stanowiącą 45% wielkości światowej, ponownie zgłosiła Ameryka Południowa, a następnie kolejno Ameryka Północna – 24% i Europa Zachodnia i Środkowa – 17% (UNODC, 2008).

W ciągu ostatnich 20 lat liczba przypadków konfiskaty kokainy w Europie stale wzrasta i w latach 2001–2006 nadal tak było, z wyjątkiem spadku zanotowanego w 2003 r. Ilość kokainy skonfiskowanej w ciągu ostatniej dekady też się zwiększała, występowały jednak ciągłe wahania. W 2006 r. liczba przypadków konfiskaty kokainy w Europie wzrosła do 72,7 tys., a ilość przechwyconego narkotyku – do 121 ton⁽⁸⁴⁾. Hiszpania nadal była krajem zgłaszającym największą liczbę przypadków konfiskaty, stanowiącą 58% wszystkich konfiskat i 41% przechwyconej ilości w Europie w 2006 r. Olbrzymi wzrost ilości skonfiskowanej w Portugalii, począwszy od 2005 r., która w 2006 r. stanowiła 28% konfiskat europejskich ogółem, wskazuje na coraz szersze wykorzystywanie przez handlarzy kokainą Półwyspu Iberyjskiego jako miejsca wprowadzania tego narkotyku na rynek europejski.

Czystość i cena

W 2006 r. typowy stopień czystości kokainy w Europie wahał się w granicach od 1 do 90%, chociaż większość krajów zgłosiła wartości w przedziale od 25 do 55%⁽⁸⁵⁾. Z 23 krajów, które przedstawiły wystarczające dane, większość informowała o tendencji spadkowej w zakresie czystości kokainy w latach 2001–2006; odnotowano jednak wzrost w Grecji i Francji w latach 2003–2006.

W 2006 r. w większości krajów objętych raportem typowa cena detaliczna kokainy wahała się od 50 do 75 euro za gram, chociaż takie kraje, jak Cypr, Rumunia, Szwecja i Turcja zgłosiły znacznie wyższe wartości. W latach 2001–2006 kokaina sprzedawana na ulicy staniała w 18 krajach, które przedstawiły wystarczające dane – z wyjątkiem Rumunii, gdzie odnotowano wzrost cen (z uwzględnieniem inflacji).

Rozpowszechnienie i schematy zażywania

Zróznicowanie stwierdza się nie tylko w ogólnym poziomie zażywania kokainy, o którym informują państwa członkowskie, lecz również w cechach osób ją zażywających, które reprezentują szerokie spektrum społeczne, od najbardziej uprzywilejowanych do najbardziej marginalizowanych członków społeczeństwa. W równym stopniu mogą być zróżnicowane schematy zażywania

Afryka Zachodnia: węzeł tranzytowy dla handlu z Europą

W ciągu ostatnich pięciu lat Afryka Zachodnia pojawiła się jako ważny region w handlu kokainą napływającą do Europy⁽¹⁾, funkcjonując jako miejsce tranzytu, magazynowania i przepakowywania (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Ocenia się, że w 2007 r. prawie czwarta część kokainy przemyconej do Europy została przewieziona tranzytem przez ten region (UNODC, 2008). Na ogólnym tle rosnącego zażywania kokainy w Europie wzrost przemytu przez szlak afrykański uważa się za element, który przyczynił się do spadku ceny tego narkotyku, natomiast wzmocnił rolę Półwyspu Iberyjskiego jako miejsca wprowadzania kokainy do dystrybucji w Europie (Europol, 2007b).

Z Afryki Zachodniej do Europy kokaina jest przemycana głównie drogą morską, przy czym statki rybackie przewożą duże przesyłki do miejsc wyładunku położonych głównie na wybrzeżu północnej Portugalii i Galicji w Hiszpanii. Mniejsze przesyłki kokainy przemywane są drogą lotniczą lub lądową, co jest w coraz większym stopniu związane z przemycaaniem żywicy konopnej z Afryki Północnej.

Rozwój zachodnioafrykańskiego kokainowego szlaku handlowego przypisuje się kilku czynnikom. Zaliczyć do nich można skuteczniejsze kontrole innych szlaków handlowych (Europol, 2007b), położenie geograficzne Afryki Zachodniej oraz trudną sytuację gospodarczą krajów na tym obszarze, która często prowadzi do słabych systemów sądownictwa i egzekwowania prawa.

W celu uporania się z tym problemem społeczność międzynarodowa uruchomiła kilka inicjatyw. Wśród wielu inicjatyw podjętych przez Unię Europejską jest inicjatywa Rady, która potraktowała problem Afryki Zachodniej jako bardzo ważny punkt programu prac, utworzyła horyzontalny zespół roboczy ds. narkotyków i przedstawiła rezolucję w sprawie wzmocnienia międzynarodowego wsparcia dla Afryki Zachodniej na posiedzeniu Komisji ONZ ds. Środków Odurzających w 2008 r. Ponadto siedem państw członkowskich, przy wsparciu ze strony UE, podjęło wspólne działanie na rzecz utworzenia Ośrodka Analiz i Operacji Morskich – Narkotyki (MAOC-N), czyli ośrodka egzekwowania prawa, z siedzibą w Lizbonie, posiadającego wsparcie wojskowe, który ma powstrzymać handel kokainą i który koncentruje się szczególnie na rejonie wschodniego Atlantyku.

(1) UNODC (2007b) informuje, że Senegal, Ghana, Mauretania, Gwinea Bissau, Republika Zielonego Przylądka, Nigeria, Benin i Sierra Leone zarejestrowały największe konfiskaty w latach 2006–2007.

kokainy – od zażywania sporadycznego i rekreacyjnego do wysoce nałogowego i wskazującego na uzależnienie. Do dodatkowych czynników wnikających zaliczyć należy postać,

(84) Dane dotyczące europejskich konfiskat kokainy, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabelach SZR-9 i SZR-10 w Biuletynie statystycznym za 2008 r. Należy pamiętać, że w razie braku danych za 2006 r. w całym rozdziale wykorzystano odpowiednie dane za 2005 r. w celu oszacowania wartości łącznych dla Europy.

(85) Więcej danych na temat czystości i cen – patrz tabele PPP-3 i PPP-7 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

w jakiej kokaina jest zażywana (chlorowodorek kokainy czy crack), oraz sposób jej przyjmowania. Różnorodność jest ważną przesłanką, zarówno dla zrozumienia zakresu problemów, jakie mogą być przypuszczalnie związane z różnymi schematami zażywania kokainy, jak i dla kształtowania i rozwijania świadczeń dla niejednorodnej grupy osób zażywających ten narkotyk.

Zażywanie w populacji ogólnej

Kokaina nadal jest drugim – po konopiach indyjskich – najczęściej zażywany nielegalnym narkotykiem w Europie, chociaż jej spożycie różni się znacznie w zależności od kraju. Dane szacunkowe wskazują, że przynajmniej raz zażyło kokainy około 12 mln Europejczyków, czyli średnio 3,6% dorosłych w wieku od 15 do 64 lat (zestawienie danych – patrz tabela 5). Wielkości krajowe wahają się od 0,4 do 7,7%, przy czym dwanaście krajów (przede wszystkim państwa członkowskie, które w 2004 r. przystąpiły do Unii Europejskiej) informuje o bardzo niskim wskaźniku przynajmniej jedнокrotnego zażycia w grupie wszystkich dorosłych (od 0,4 do 1,2%).

Szacuje się, że około 4 mln Europejczyków (średnio 1,2%) zażywało ten narkotyk w ostatnim roku, chociaż i tutaj znów występują znaczne różnice w zależności od kraju. Widoczne jest to w wynikach najnowszych badań krajowych, w których wskaźnik zażywania w ostatnim roku szacowany jest na od 0,1 do 3%, jednak tylko w czterech krajach poziom zażywania przekracza 1%. W przypadku populacji liczącej 2 mln osób szacuje się, że wskaźnik zażywania w ostatnim miesiącu stanowi około połowy wskaźnika zażywania w ostatnim roku i dotyczy około 0,5% osób dorosłych. Przedstawione dane szacunkowe są zapewne ostrożne.

Wydaje się, że zażywanie kokainy koncentruje się w nielicznych krajach, w szczególności w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie, a w mniejszym stopniu we Włoszech, Danii i Irlandii, natomiast zażywanie tego narkotyku jest stosunkowo niskie w większości pozostałych krajów europejskich. W krajach, w których na rynku nielegalnych narkotyków pobudzających dominują amfetaminy, w prawie wszystkich przypadkach dane szacunkowe na temat zażywania kokainy są niskie; i odwrotnie – w większości krajów, w których kokaina jest głównym środkiem pobudzającym, notuje się niski poziom zażywania amfetaminy⁽⁸⁶⁾.

Zażywanie kokainy wśród młodych osób dorosłych

Zażywanie kokainy występuje głównie wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat). Na przykład w populacji 4 mln Europejczyków, którzy zażywali ten

Szacowanie zażywania kokainy przez analizowanie ścieków komunalnych

Zastosowanie najnowszych osiągnięć w dziedzinie chemii analitycznej do celów wykrywania kokainy w wodzie ściekowej zapoczątkowało nowe podejście do monitorowania zażywania nielegalnych narkotyków w społeczności lokalnej; podejście to nazwano „epidemiologią wodno-ściekową”. Metoda ta polega na mierzeniu poziomu produktów rozpadu nielegalnych narkotyków, które są wydalane w moczu konsumentów. Poziom produktów rozpadu zmierzony w wodzie ściekowej służy następnie do wyliczenia spożycia nielegalnych narkotyków przez daną populację. W przypadku kokainy głównym metabolitem wydalonym w moczu jest benzoiloekgonina. Ze względu na to, że jedynym prawdopodobnym źródłem benzoiloekgoniny, jaka występuje w systemach wodno-ściekowych, jest rozpad kokainy w organizmie ludzkim, na podstawie ilości metabolitu w wodzie ściekowej można – przyjmując pewne założenia – wyliczyć ilość kokainy spożytej przez daną społeczność (choć nie jest możliwe ustalenie liczby konsumentów).

„Epidemiologia wodno-ściekowa” jest jeszcze na wczesnym etapie rozwoju i – podobnie jak ważne kwestie techniczne i etyczne – informacje, jakich dostarcza, muszą stanowić integralny element współczesnej myśli badawczej. Zagadnienia te omówione są w nowej publikacji EMCDDA na temat analizy wodno-ściekowej (EMCDDA, 2008b). Ekspertki reprezentujący szeroki wachlarz dyscyplin, którzy uczestniczyli w pracach nad tym raportem, doszli do wniosku, że chociaż konieczne są dalsze prace, „epidemiologia wodno-ściekowa” stwarza możliwości nadzoru antynarkotykowego na poziomie wspólnoty lokalnej. Ten sposób podejścia może także służyć jako narzędzie nadzoru antynarkotykowego przydatne dla urzędników odpowiedzialnych za zdrowie publiczne i egzekwowanie prawa w identyfikowaniu przez nich schematów zażywania narkotyków w zespołach miejskich różnej wielkości. Ponieważ pobieranie i analizę próbek wody ściekowej można wykonywać w cyklu dziennym, tygodniowym lub miesięcznym, dane mogą być wykorzystywane do określenia bardziej aktualnego miernika, który da społecznościom lokalnym więcej możliwości monitorowania wpływu i skuteczności prewencji i działań interwencyjnych.

narkotyk w ostatnim roku, blisko siedem na osiem osób to prawdopodobnie młode osoby dorosłe.

Ocenia się, że w Europie 7,5 mln młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat), czyli średnio 5,4%, zażyło kokainy przynajmniej jeden raz w życiu. Wielkości krajowe wahają się od 0,7 do 12,7%. Szacuje się, że europejski wskaźnik zażywania kokainy w ostatnim roku w tej grupie wiekowej wynosi średnio 2,3% (3,5 mln), natomiast w wypadku zażywania w ostatnim miesiącu jest to 1% (1,5 mln).

⁽⁸⁶⁾ Patrz – Europejski rynek narkotyków pobudzających: „kraje kokainowe” i „kraje amfetaminowe”, str. 56.

Zażywanie kokainy jest wysokie zwłaszcza w grupie młodych mężczyzn (od 15 do 34 lat), przy czym wskaźnik zażywania kokainy w ostatnim roku wynosi od 4 do 7% w Hiszpanii, Danii, Irlandii, we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie ⁽⁸⁷⁾. Stosunek liczby kobiet do liczby mężczyzn w wypadku wskaźnika zażywania narkotyku w ostatnim roku waha się od 1:1 do 1:13 w grupie młodych osób dorosłych w różnych krajach. Średnie ważone dla Unii Europejskiej jako całości wskazują, że wśród osób w wieku od 15 do 34 lat, które zażywają kokainę, stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosił prawie 4:1 (3,8 mężczyzn na 1 kobietę).

Wskaźniki dotyczące niedawnego zażywania kokainy (w ostatnim roku i w ostatnim miesiącu) są najwyższe w grupie wiekowej od 15 do 24 lat, chociaż to zjawisko jest mniej charakterystyczne niż w wypadku konopi indyjskich czy ecstasy ⁽⁸⁸⁾. Szacuje się, że w tej grupie wiekowej wskaźnik zażywania kokainy w ostatnim roku wynosi 2,6%, co przekłada się na 2 mln osób w wieku od 15 do 24 lat, które zażyły ten narkotyk w ostatnim roku.

Zażywanie kokainy jest kojarzone również z pewnym stylem życia. Na podstawie analizy danych uzyskanych w ramach brytyjskich badań przestępczości w latach 2003–2004 oszacowano, że około 13% osób w wieku od 16 do 29 lat, które są częstymi bywalcami pubów lub winiarni, deklaruje zażywanie kokainy w ostatnim roku, w porównaniu z 3,7% w grupie osób rzadziej tam uczęszczających. W grupie wiekowej od 30 do 59 lat wskaźniki przyjmowały wartość odpowiednio 3,1 i 1%. W tych samych badaniach deklarowane zażywanie cracku było bardzo niskie, nawet w grupie informującej o najwyższym poziomie zażywania kokainy. Stanowi to potwierdzenie ustaleń w badaniach bardziej kierunkowych, z których wynika odmienny profil osoby przyjmującej proszek kokainowy w porównaniu z osobą zażywającą crack. Jest prawdopodobne, że w innych krajach zażywanie kokainy jest również kojarzone z czynnikami związanymi z podobnym stylem życia.

Badania prowadzone w obiektach rozrywkowych często zawierają informacje na temat wysokiego rozpowszechnienia zażywania kokainy. Na przykład w badaniach przeprowadzonych w 2006 r. w dziewięciu miastach europejskich (Ateny, Berlin, Brno, Palma, Lizbona, Liverpool, Lublana, Wenecja, Wiedeń) na próbie 1383 ludzi młodych w wieku od 15 do 30 lat, którzy regularnie bywają w lokalach nocnych, stwierdzono, że 29% deklarowało przynajmniej jednokrotne zażycie

tego narkotyku, a prawie 4% – zażywanie kokainy raz na tydzień lub w pewnym okresie częściej (Komisja Europejska, 2007b). Informacje na temat większego rozpowszechnienia zgłoszono również w zrealizowanych w latach 2004–2005 francuskich badaniach na próbie 1496 osób, z którymi przeprowadzono wywiady w pięciu różnych lokalach z muzyką elektroniczną. Blisko 35% osób z badanej próby przyjmowało kokainę w ostatnim miesiącu, a 6% badanych zażywało crack lub kokainę w postaci wolnej zasady. Autorzy badań informowali również o różnicach między podgrupami: wskaźnik dotyczący przyjmowania narkotyku w ostatnim miesiącu wynosił 50% w wypadku zażywania kokainy i 13% w wypadku zażywania cracku w grupie osób określanych jako „alternatywa”, podczas gdy około jednej czwartej bardziej typowej podgrupy zażywało kokainę w ostatnim miesiącu, a 2% – crack.

Zażywanie kokainy wśród uczniów

Wśród uczniów ogólne wskaźniki rozpowszechnienia zażywania kokainy są znacznie niższe niż wskaźniki dotyczące zażywania pochodnych konopi indyjskich. W większości krajów wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia kokainy wśród 15-, 16-letnich uczniów wynosi 2% lub mniej, a w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie sięga odpowiednio 4 i 5% ⁽⁸⁹⁾. W krajach, które zgłosiły najnowsze dane pochodzące z krajowych badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach (Hiszpania, Portugalia, Słowacja, Szwecja, Zjednoczone Królestwo), rozpowszechnienie zażywania kokainy jest stabilne lub nieznacznie spada, chociaż zmiany w poziomie rozpowszechnienia są zwykle zbyt małe, aby były statystycznie istotne. Dane pochodzące z najnowszych badań ankietowych w Hiszpanii pokazują znaczny spadek zażywania w grupie uczniów w wieku od 17 do 18 lat.

Schematy zażywania kokainy

Z danych zgromadzonych w badaniach dotyczących populacji ogólnej wynikają wysokie wskaźniki zaprzestania zażywania w grupie osób przyjmujących kokainę: w tych krajach, w których wskaźnik zażywania w ostatnim roku wynosi powyżej 2%, od 80 do 90% dorosłych, którzy przynajmniej jednokrotnie zażywali kokainę, nie zażyło jej w ostatnim miesiącu ⁽⁹⁰⁾.

Dostępne są jedynie ograniczone dane na temat częstotliwości zażywania kokainy w Europie. Na podstawie analizy brytyjskich badań przestępczości

⁽⁸⁷⁾ Patrz wykres GPS-13 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁸⁸⁾ Patrz wykres GPS-15 i tabele od GPS-14 do GSP-16 – dane dotyczące wszystkich lat, tabele od GPS-17 do GPS-19 – najnowsze dane w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁸⁹⁾ Patrz tabela EYE-1 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁹⁰⁾ Patrz wykres GPS-16 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

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

Grupa wiekowa	Okres zażywania		
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok	Ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	12 mln	4 mln	2 mln
Średnia europejska	3,6%	1,2%	0,5%
Przedział	0,4–7,7%	0,1–3,0%	0–1,6%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia, Malta, Litwa (0,4%) Grecja (0,7%)	Grecja (0,1%) Polska, Łotwa, Republika Czeska (0,2%)	Grecja, Estonia, Republika Czeska (0,0%) Malta, Litwa, Polska, Finlandia, Łotwa (0,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (7,7%) Hiszpania (7,0%) Włochy (6,6%) Irlandia (5,3%)	Hiszpania (3,0%) Zjednoczone Królestwo (2,6%) Włochy (2,2%) Irlandia (1,7%)	Hiszpania (1,6%) Zjednoczone Królestwo (1,3%) Włochy (0,8%) Irlandia (0,5%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	7,5 mln	3,5 mln	1,5 mln
Średnia europejska	5,4%	2,3%	1%
Przedział	0,7–12,7%	0,2–5,4%	0,0–2,8%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia, Litwa (0,7%) Malta (0,9%) Grecja (1,0%)	Grecja (0,2%) Polska (0,3%) Łotwa, Republika Czeska (0,4%)	Estonia (0,0%) Grecja, Polska, Łotwa, Republika Czeska (0,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (12,7%) Hiszpania (9,6%) Dania (9,1%) Irlandia (8,2%)	Zjednoczone Królestwo (5,4%) Hiszpania (5,2%) Włochy (3,2%) Irlandia (3,1%)	Hiszpania (2,8%) Zjednoczone Królestwo (2,7%) Włochy (1,2%) Dania, Irlandia (1,0%)
15–24 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	3 mln	2 mln	800 000
Średnia europejska	4,5%	2,6%	1,2%
Przedział	0,4–11,2%	0,2–6,1%	0,0–3,2%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,4%) Grecja (0,6%) Litwa (0,7%) Malta, Polska (1,1%)	Grecja (0,2%) Polska (0,3%) Republika Czeska (0,4%) Łotwa (0,6%)	Estonia (0,0%) Grecja, Łotwa (0,1%) Republika Czeska, Polska, Portugalia (0,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (11,2%) Hiszpania (8,7%) Dania (8,0%) Irlandia (7,0%)	Zjednoczone Królestwo (6,1%) Hiszpania (5,8%) Irlandia (3,8%) Dania, Włochy (3,3%)	Zjednoczone Królestwo (3,2%) Hiszpania (3,1%) Włochy (1,3%) Bułgaria, Irlandia (1,1%)
Informacje na podstawie ostatnich dostępnych badań ankietowych dotyczących każdego kraju. Rok, w którym przeprowadzono badania, przypada na lata 2001–2007. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W wypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (328 mln), od 15 do 34 lat (134 mln) i od 15 do 24 lat (64 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w Biuletynie statystycznym za 2008 r. w części Badania ankietowe populacji ogólnej.			

stwierdzono, że około 20% młodych ludzi (w wieku od 16 do 24 lat), którzy zażywali kokainę w ostatnim roku, spożywało ten narkotyk częściej niż raz w miesiącu. W europejskich badaniach, dotyczących wielu miast, przeprowadzonych na wybranych próbach osób zażywających kokainę w dziewięciu miastach (Prinzleve i in., 2004) stwierdzono, że przeciętna częstotliwość zażywania była niższa wśród osób o wysokim stopniu integracji społecznej (7 dni w miesiącu) niż wśród osób wykluczonych społecznie (11 dni) czy wśród osób zażywających opiaty i poddawanych leczeniu (14 dni).

Problemowe zażywanie kokainy i zapotrzebowanie na leczenie

Krajowe dane szacunkowe na temat problemowego zażywania kokainy (przyjmowanie dożylnie lub przez dłuższy czas, regularnie) są dostępne tylko w wypadku Hiszpanii i Włoch, natomiast szacunki regionalne są dostępne w odniesieniu do Zjednoczonego Królestwa. Zgodnie z najnowszymi danymi odnoszącymi się do Hiszpanii, w 2002 r. było tam od 4,5 do 6 osób problemowo zażywających kokainę na 1 tys. osób dorosłych (od 15 do 64 lat). Podobnie we Włoszech – szacowano, że w 2006 r. było tam od 3,7 do 4,5 osób problemowo zażywających kokainę na 1 tys. osób dorosłych. Informacje dotyczące Zjednoczonego Królestwa nie są wprost porównywalne z danymi na temat Hiszpanii i Włoch, ponieważ opierają się na zażywaniu cracku. W latach 2004–2005 w jednych badaniach szacunkowa liczba osób problemowo zażywających crack w Anglii to od 5,7 do 6,4 na 1 tys. osób dorosłych.

W 2006 r. główną przyczyną rozpoczęcia leczenia z powodu narkotyków w Europie była kokaina, przeważnie w postaci proszku kokainowego, zgłaszana przez około 16% wszystkich pacjentów poddawanych leczeniu, co odpowiada około 61 tys. zarejestrowanych przypadków w 24 krajach⁽⁹¹⁾. Ponadto kokainę jako drugi spośród zażywanych narkotyków zgłosiło około 18% wszystkich pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu narkotyków⁽⁹²⁾. Między poszczególnymi krajami występują znaczne różnice, przy czym osoby zażywające kokainę stanowią wysoki odsetek leczonych pacjentów tylko w Hiszpanii (47%) i Niemczech (35%); narkotyk ten jednak stanowi teraz powód 25% zgłoszeń na leczenie we Włoszech. W innych częściach Europy kokaina stanowi od 5 do 10% wszystkich zgłoszeń na leczenie (10 krajów) lub mniej niż 5% (12 krajów)⁽⁹³⁾.

Wśród osób podejmujących po raz pierwszy leczenie z powodu narkotyków odsetek osób zażywających kokainę jest wyższy. W całej Europie w 2006 r. kokaina była zgłoszona jako główny narkotyk przez 23% nowych pacjentów (około 37 tys. osób)⁽⁹⁴⁾. Według najnowszych danych w 2005 r. w Hiszpanii kokaina najczęściej była zgłaszana jako narkotyk główny przez osoby rozpoczynające leczenie, a nowi pacjenci leczeni z powodu kokainy reprezentowali 63% wszystkich nowych hiszpańskich pacjentów leczonych z powodu narkotyków.

Tendencje w zażywaniu kokainy

Zastosowanie w odniesieniu do młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) wskaźnika zażywania w ostatnim roku jako wskaźnika tendencji w zakresie niedawnego zażywania narkotyku (ponieważ zażywanie kokainy koncentruje się właśnie w tej grupie wiekowej) pokazuje, że w drugiej połowie lat 90. XX w. zażywanie kokainy znacznie wzrosło w Hiszpanii, Danii i Zjednoczonym Królestwie. Nowe dane (badania z lat 2005–2007) potwierdzają tendencję wzrostową, ujawnioną już w ubiegłym roku we Francji, w Irlandii, Hiszpanii, Zjednoczonym Królestwie, we Włoszech, w Danii i Portugalii; stabilny poziom rozpowszechnienia obserwuje się w Niemczech, Niderlandach, na Słowacji i w Finlandii, a w przypadku Polski zgłoszono spadek zażywania tego narkotyku (wykres 5).

Wygląda na to, że odnotowana w latach ubiegłych tendencja wzrostowa utrzymuje się także w zakresie zapotrzebowania na leczenie z powodu kokainy, nawet jeżeli kilka krajów ma na nią nieproporcjonalnie duży wpływ. W latach 2002–2006 odsetek nowych pacjentów zgłaszających się na leczenie z powodu zażywania kokainy jako narkotyku głównego wzrósł z 13 do 25%, a liczba zgłoszonych przypadków zwiększyła się z około 13 tys. do prawie 30 tys. Zaobserwowano również pewien wzrost liczby i odsetka wszystkich nowych pacjentów rozpoczynających leczenie odwykowe z powodu kokainy: z 22 tys. pacjentów (13% wszystkich zgłoszeń na leczenie) w 2002 r. do 50 tys. (19%) w 2006 r. Włochy i Hiszpania zgłosiły największy wzrost w tym zakresie⁽⁹⁵⁾.

Tendencja wzrostowa w liczebności osób zażywających kokainę i rozpoczynających leczenie odwykowe z tego powodu może być związana z większym rozpowszechnieniem zażywania kokainy i wynikających z tego problemów, lecz także z innymi czynnikami (np. ze wzrostem liczby skierowań na leczenie lub działaniami interwencyjnymi adresowanymi bezpośrednio do osób

⁽⁹¹⁾ Patrz tabela TDI-115 i wykres TDI-2 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

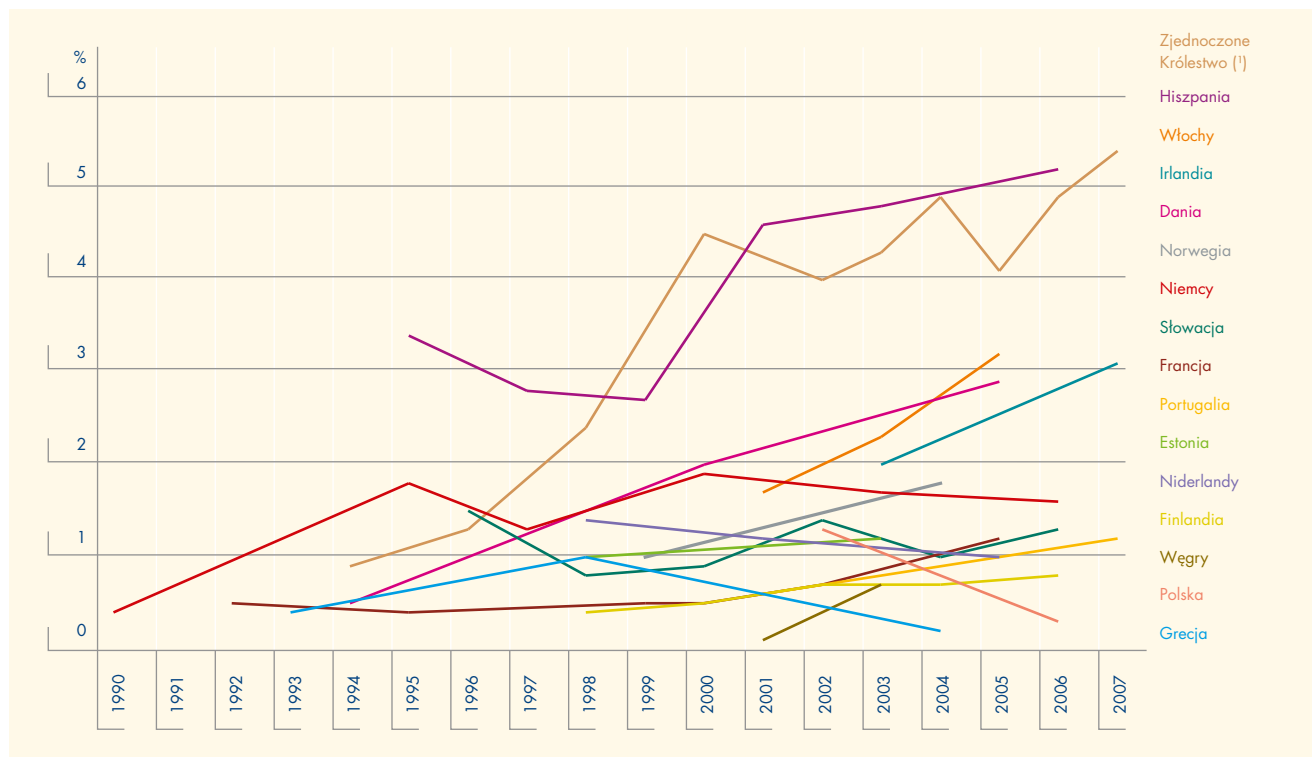
⁽⁹²⁾ Patrz tabela TDI-22 część (i) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁹³⁾ Patrz tabela TDI-5 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.; dane dotyczące Hiszpanii – 2005 r.

⁽⁹⁴⁾ Patrz wykres TDI-2 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁹⁵⁾ Patrz wykresy TDI-1 i TDI-3 oraz tabela TDI-3 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Wykres 5: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat)



(¹) Anglia i Walia.

Uwaga: Wartość dla Danii w 1994 r. odnosi się do „narkotyków twardych”. Więcej informacji – patrz wykres GPS-14 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox (2007), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

zażywających kokainę); na udział poszczególnych rodzajów narkotyków w liczbie zgłoszeń na leczenie oczywiście rzutują zmiany w zapotrzebowaniu ze strony osób zażywających inne substancje.

Porównania międzynarodowe

W ujęciu ogólnym poziom wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia kokainy wśród młodych osób dorosłych w Unii Europejskiej jest niższy niż wśród ich rówieśników w Australii, Kanadzie i USA. Jednak Dania, Irlandia, Hiszpania, Włochy i Zjednoczone Królestwo zgłaszają wyższe wielkości na poziomie regionalnym niż Australia. Jedynie Zjednoczone Królestwo (Anglia i Walia) podaje dane szacunkowe dotyczące wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia zbliżone do danych odnoszących się do USA (⁹⁶). W pewnym sensie wskaźnik ten można postrzegać jako odzwierciedlenie historycznego rozwoju problemów kokainowych i wcześniejszego zajmowania się przez USA, a w kontekście europejskim – przez Zjednoczone Królestwo – zjawiskiem rozpowszechnionego zażywania kokainy.

Leczenie i ograniczanie szkód

Profil leczonych pacjentów

Prawie wszystkie informacje (94%) na temat zgłoszeń na leczenie z powodu kokainy w Europie pochodzą z ośrodków pozaszpitalnych (⁹⁷). Należy jednak zauważyć, że leczenie z powodu kokainy czasami ma również miejsce w klinikach prywatnych, niekiedy na zasadzie stacjonarnej, a ta forma opieki nie jest należycie uwzględniona w aktualnym systemie monitorowania.

Wśród pacjentów rozpoczynających leczenie pozaszpitalne z powodu kokainy występuje najwyższy stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet w grupie wszystkich pacjentów leczonych z powodu narkotyków (5 mężczyzn na 1 kobietę). Średnia wieku to 31 lat (⁹⁸), co oznacza, że po osobach przyjmujących opiaty i osobach zażywających środki nasenne i uspokajające jest to trzecia pod względem wieku grupa pacjentów leczonych z powodu narkotyków. Większość pacjentów leczonych z powodu kokainy informuje, że rozpoczęła zażywanie narkotyków, gdy była w wieku od 15 do 24 lat (⁹⁹).

(⁹⁶) Patrz wykres GPS-20 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

(⁹⁷) Patrz tabela TDI-24 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

(⁹⁸) Patrz tabele TDI-10 i TDI-21 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

(⁹⁹) Patrz tabela TDI-11 część (iii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Jak wynika z informacji, między poszczególnymi krajami występują istotne różnice, jeżeli chodzi o sposób przyjmowania narkotyku przez pacjentów leczonych z powodu kokainy: Podano, że około połowy (55%) pacjentów leczonych z powodu kokainy przyjmuje ten narkotyk, wciągając go przez nos, prawie jedna trzecia (32%) go pali, a znacznie mniejszy odsetek (9%) przyjmuje go dożylnie⁽¹⁰⁰⁾. Mówiąc ogólniej, wśród osób poddawanych leczeniu wyodrębnić można dwie główne grupy osób zażywających kokainę. Do pierwszej grupy należą zwykle osoby o wysokim stopniu integracji ze społeczeństwem, które informują o swojej stabilnej sytuacji mieszkaniowej i zawodowej; na ogół informują one o wciąganiu narkotyku przez nos. W drugim przypadku jest to bardziej zmarginalizowana grupa pacjentów, którzy zwykle palą kokainę lub ją wstrzykują (patrz EMCDDA, 2006) i częściej przyznają, że zażywają crack lub kokainę w połączeniu z heroiną. W szczególności pacjenci zażywający crack mieszkają zwykle w dużych miastach, należą do grup mniejszości

etnicznych i informują o wysokiej stopie bezrobocia i złych warunkach bytowych⁽¹⁰¹⁾. W realiach europejskich problem ten jest mały i ograniczony geograficznie, przy czym znaczne problemy związane z crackiem ograniczają się do stosunkowo niewielkiej liczby miast. Podano, że w 2006 r. w 20 krajach europejskich około 8 tys. osób zażywających crack (około 2% wszystkich pacjentów leczonych z powodu narkotyków) rozpoczęło leczenie odwykowe, a większość z nich zgłosiło Zjednoczone Królestwo⁽¹⁰²⁾.

W niektórych krajach coraz ważniejszą kwestią staje się rozwiązywanie problemów wynikających z jednoczesnego zażywania kokainy i heroiny. Osoby poddawane leczeniu mogą należeć do grupy osób zażywających heroinę w przeszłości lub aktualnie, a niekiedy mogą być w trakcie leczenia zastępczego. W niektórych krajach stanowią one największą grupę pacjentów leczonych z powodu kokainy. Część badań wskazuje, że równoczesne zażywanie kokainy i heroiny może być kojarzone z występowaniem podwójnej diagnozy lub może pogłębiać ukryte

Problemy zdrowotne związane z zażywaniem kokainy

Wiedza o powiązaniach między zażywaniem kokainy i chorobą jest często ograniczona, nawet wśród pracowników służby zdrowia. W efekcie część problemów związanych z kokainą pozostaje nierozpoznana, a osoby, których one dotyczą, mogą nie otrzymać odpowiedniej opieki. Niedoinformowanie na temat problemów kokainowych utrudni zrozumienie wpływu tego narkotyku na zdrowie publiczne.

Powszechnie wiadomo, jakie zagrożenia wiążą się z niektórymi problemowymi sposobami przyjmowania kokainy i że w większości dotyczą one znanych grup użytkowników (osoby zażywające opiaty w przeszłości lub obecnie, grupy marginalizowane). Na przykład z dożylnym przyjmowaniem kokainy wiąże się ryzyko zakażenia i podwyższone ryzyko przedawkowania, natomiast zażywanie kokainy w połączeniu z opiatami wydaje się mieć związek z wyższym ryzykiem przedawkowania opiatów.

Jest jednak bardziej prawdopodobne, że problemy zdrowotne związane z proszkiem kokainowym przechodzą nierozpoznane i mogą dotyczyć osób, które zwykle nie biorą pod uwagę tego, że same mogłyby być zagrożone. Długotrwałe zażywanie kokainy może powodować znaczne problemy zdrowotne, z czego większość to dolegliwości o charakterze sercowo-naczyniowym (miażdżyca tętnic, kardiomiopatia, arytmia, niedokrwienie mięśnia sercowego) i neurologicznym (udar, epilepsja). Problemy te mogą się nasilić wskutek istniejących chorób (np. wad rozwojowych obwodowego układu naczyniowego) i czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu lub spożywanie alkoholu. Wiele

zgonów przypisywanych zażywaniu kokainy jest wynikiem wymienionych patologii.

Zażywanie kokainy w połączeniu z alkoholem zwiększa poziom kokainy we krwi aż o 30%. Z punktu widzenia behawioralnego zażywanie kokainy może ułatwić nadmierne spożywanie alkoholu, umożliwiając tym osobom picie przez czas dłuższy, co z kolei zwiększa ilość spożytej kokainy (Gossop i in., 2006). Tworzenie się etylokokainy w wątrobie również może przyczynić się do przyszłych ewentualnych zagrożeń zdrowotnych związanych z połączonym spożywaniem kokainy i alkoholu.

W toku kilku badań podjęto próbę oceny ogólnego wpływu zażywania kokainy na zdrowie publiczne. W USA (1988-1994) w badaniach populacji na dużą skalę stwierdzono, że jedna czwarta zawałów serca niezakończonych zgonem wśród osób w wieku od 18 do 45 lat wiążąca się z „częstym zażywaniem kokainy w ciągu całego życia”. U osób, które często zażywały ten narkotyk, ryzyko wystąpienia zawału serca niezakończonego zgonem było siedem razy wyższe niż u osób, które narkotyku nie zażywały (Qureshi i in., 2001). Na podstawie tych badań nie można jednak wyciągać bezpośrednio ogólnych wniosków dotyczących Europy. Obecna wiedza na temat ewentualnych zdrowotnych konsekwencji zwiększonego zażywania kokainy w Europie jest nadal niewystarczająca i nadal pozostaje ważnym obszarem przyszłych badań dotyczących zdrowia publicznego.

Dalsze materiały na temat problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem kokainy, patrz – Wybrane zagadnienia dotyczące kokainy w opracowaniu z 2007 r.

⁽¹⁰⁰⁾ Patrz tabele TDI-17 część (ii) i część (vi) oraz TDI-111 część (vii) i część (viii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁰¹⁾ Patrz – Wybrane zagadnienia opracowania z 2007 r. dotyczące kokainy i cracku.

⁽¹⁰²⁾ Patrz tabela TDI-115 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

problemy psychiczne, takie jak zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Co więcej, wykazano, że równoczesne zażywanie kokainy podczas leczenia zachowawczego metadonem przyczynia się do stałego zażywania heroiny lub ma wpływ na ponowne jego rozpoczęcie – zagrożenie w postaci zakażenia HIV i innych zakażeń przenoszonych przez krew oraz poważnych problemów zdrowotnych, społecznych i związanych z przestępczością.

Leczenie uzależnień od kokainy

W następstwie wzrostu zażywania kokainy i łączących się z tym problemów w kilku państwach członkowskich placówki wyspecjalizowane w leczeniu odwykowym mają przed sobą trudne zadanie polegające na dostosowaniu usług tradycyjnie nastawionych na uzależnienie od opiatów – do potrzeb różnorodnych populacji zażywających kokainę i crack. W 2006 r. państwa członkowskie, z wyjątkiem Hiszpanii, oceniły jednak podaż i dostępność specjalnych programów leczenia związanych z kokainą, jako niską.

Kilka państw członkowskich, które zgłaszają wysokie wskaźniki rozpowszechnienia kokainy i cracku, wykazuje szczególną aktywność w reagowaniu na ten problem. W 2007 r. Hiszpania wprowadziła specjalny krajowy plan działania dotyczący kokainy, a Irlandia wdrożyła i oceniła kilka specjalnych programów adresowanych do różnych grup osób zażywających kokainę. Adresatami tych programów są osoby, które problemowo przyjmują kokainę przez nos, które zażywają wiele narkotyków i mają problemy z kokainą, jak również zażywające kokainę kobiety i osoby, które świadczą usługi seksualne. W 2008 r. we Włoszech będą przeprowadzone badania kliniczne na dużą skalę, których celem jest sprawdzenie skuteczności dwóch produktów farmaceutycznych (aripirazole i ropinirole) w leczeniu uzależnienia od kokainy.

Informacje na temat rodzaju świadczeń zapewnianych osobom problemowo zażywającym w Europie kokainę są ograniczone. Niemniej jednak krajowe publikacje kliniczne i badania prowadzone przez fachowców dają dobrą orientację na temat aktualnych praktyk. Na podstawie aktualnego raportu Zjednoczonego Królestwa (NICE, 2007) można wnioskować, że brytyjskie specjalistyczne ośrodki lecznicze zajmują się problemami związanymi z kokainą jedynie wówczas, gdy główny problem narkotykowy ma związek z opiatami. Co więcej, niedawny włoski sondaż przeprowadzony wśród ekspertów zajmujących się leczeniem osób zażywających kokainę wskazał na trudności w stosowaniu niektórych elementów uważanych za czynniki kluczowe dla

osiągnięcia pozytywnych wyników leczenia, np. świadczenia odpowiednich usług (krótkoterminowa opieka stacjonarna, systemowe psychospołeczne działania interwencyjne itp.) lub zróżnicowania postępowania klinicznego pod kątem rodzajów osób zażywających kokainę. Podano, że te trudności wynikają z problemów organizacyjnych, braku zasobów i skutecznych działań interwencyjnych w leczeniu nastawionym na problem kokainy. Prawdopodobnie specjaliści w pozostałych państwach członkowskich stoją wobec podobnych problemów. Dlatego odpowiednie nakłady, właściwe procedury leczenia i potrzeby w zakresie specjalistycznego szkolenia są przypuszczalnie kwestiami zasadniczymi w rozwoju usług w tym obszarze.

System gratyfikacji i kar

Przez nagradzanie abstynencji system gratyfikacji i kar ma ograniczyć „wspierające” efekty narkotyków. Zwykle system gratyfikacji i kar wprowadza się na początku procesu leczenia, łącznie ze wsparciem psychospołecznym, a przyznawanie zachęt zależy od przedstawienia próbek moczu wolnego od narkotyków. Na przykład zachętą może być voucher o niewielkiej wartości pieniężnej, która rośnie wraz z każdym kolejnym okresem abstynencji. W tym scenariuszu niepowodzenie w utrzymaniu stanu wolnego od narkotyków powoduje utratę zgromadzonych korzyści.

Technika ta polega na ciągłym wspieraniu zachowań pacjenta wykluczających zażywanie narkotyków i zapewnia stały cel, który należy osiągnąć. Najbardziej przekonujące dowody, które świadczą o skuteczności systemu gratyfikacji i kar w utrzymaniu abstynencji od narkotyków, pochodzą z badań dotyczących leczenia uzależnienia od kokainy i heroiny, jednak istnieją również pewne dowody związane z zastosowaniem tego podejścia w leczeniu uzależnienia od konopi indyjskich i metamfetaminy.

Pomimo że najwięcej badań związanych z systemem gratyfikacji i kar prowadzono poza Europą, pozytywne wyniki badań nad tym systemem podano w Hiszpanii w odniesieniu do osób zażywających kokainę (Secades-Villa i in., 2008) oraz w postępowaniu z zażywaniem kokainy przez pacjentów poddanych leczeniu zastępczemu z powodu opiatów w Niemczech (DeFuentes-Merillas i De Jong, 2008), w którym na zakończenie badań przeciętna wartość towarów otrzymanych w formie zachęty wynosiła 150 euro. Z analizy ekonomicznej przeprowadzonej przez Krajowy Instytut ds. Doskonałości Klinicznej (NICE, 2007) w Zjednoczonym Królestwie wynikało, że system gratyfikacji i kar jest efektywną kosztowo opcją w kontekście leczenia uzależnienia od kokainy, zwłaszcza jeżeli zważyć szersze pojmowane koszty ekonomiczne zażywania kokainy.

Aktualny przegląd literatury wskazuje, że brak jest niezbitych dowodów na skuteczność bieżących psychospołecznych działań interwencyjnych w zakresie leczenia uzależnienia od kokainy i że nie istnieją też skuteczne metody leczenia farmakologicznego. W ostatnim przeglądzie sporządzonym przez organizację Cochrane, który dotyczy psychospołecznych działań interwencyjnych związanych z kokainą i innymi psychostymulantami, stwierdzono, że trwałe, pozytywne efekty behawioralne (kontynuowanie leczenia, ograniczenie spożycia narkotyków) zaobserwowano jedynie w wypadku psychospołecznych działań interwencyjnych, których elementem był system gratyfikacji i kar ⁽¹⁰³⁾.

Inaczej niż ma to miejsce w wypadku uzależnienia od opiatów, nie są obecnie dostępne żadne możliwości skutecznego leczenia przeznaczonego dla osób zażywających kokainę, które pomogłyby im w zachowaniu abstynencji czy ograniczeniu zażywania narkotyku (patrz – Wybrane zagadnienia dotyczące kokainy w opracowaniu z 2007 r.). W badaniach klinicznych wykazano możliwości eksperymentalnych środków leczniczych, które mają pomóc w ograniczeniu spożycia kokainy i zmniejszeniu objawów głodu (np. baclofen, tiagabine, topiramate). Modafinil, środek pobudzający ośrodkowy układ nerwowy, daje szczególnie obiecujące wyniki jako lek zastępujący psychostymulanty i ma tę zaletę, że w porównaniu z innymi potencjalnymi lekami zastępczymi (np. d-amfetaminą) ryzyko nieprawidłowego zażywania jest niskie (Myrick i in., 2004). Ponadto buprenorfina, topiramate i tiagabine dały obiecujące wyniki w ograniczaniu zażywania kokainy przez osoby zażywające opiaty i przechodzące leczenie zastępcze przy równoczesnym zażywaniu kokainy.

Prowadzi się również badania nad immunoterapią uzależnienia od kokainy przy pomocy szczepionki antykokainowej (TA-CD). Po podaniu szczepionki dochodzi do uruchomienia produkcji przeciwciał, które wiążą cząsteczki kokainy w krwiobiegu i w ten sposób pozwalają enzymom naturalnym przekształcić je w cząsteczki nieaktywne. Wyniki wstępnych badań klinicznych są zachęcające, chociaż konieczne są dalsze badania w celu sprawdzenia możliwości szczepionki jako farmakoterapii uzależnienia od kokainy.

Szczepionka antykokainowa jest przede wszystkim przeznaczona do stosowania w profilaktyce nawrotu uzależnienia, lecz określenie „szczepionka” wzbudza również oczekiwania dotyczące możliwości jej stosowania w celu zapobiegania uzależnieniu od kokainy w procesie profilaktyki (np. w przypadku dzieci lub nastolatków niemających styczności z narkotykami). Skuteczność tego rodzaju podejścia jest niepewna i wzbudza obawy

natury etycznej, które są szczegółowo omówione w przygotowywanej publikacji EMCDDA – *Neurobiologia uzależnień: implikacje etyczne i społeczne*.

Ograniczanie szkód

Problemowe zażywanie kokainy często wiąże się z poważnymi konsekwencjami dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Na przykład irlandzkie dwuletnie badania uzupełniające dotyczące zażywania kokainy we wspólnotach lokalnych ujawniły pogorszenie się ogólnego stanu zdrowia pacjentów uzależnionych od kokainy, zwłaszcza przyjmujących ten narkotyk dożylnie. Z kilku projektów wynikał również wzrost liczby pacjentów, u których występowały ropnie i rany będące efektem złych przyzwyczajeń w zakresie wykonywania iniekcji; do innych zgłaszanych problemów w grupie pacjentów zażywających kokainę należy utrata wagi, zakażenia przenoszone drogą płciową, choroby serca, amputacje i ryzykowne zachowania.

Państwa członkowskie zapewniają zwykle osobom przyjmującym kokainę dożylnie te same usługi i świadczenia, jakie zapewniają osobom zażywającym opiaty, na przykład zalecenia odnośnie do bezpiecznego zażywania, szkolenie w zakresie bezpiecznego wykonywania iniekcji oraz program wymiany igieł. Ważną rolę w tym względzie odgrywają antynarkotykowe usługi niskoprogowe, ponieważ zapewniają podstawową opiekę, jak też poradnictwo i pomoc medyczną. Osoby z poważnymi problemami związanymi z zażywaniem kokainy i cracku, u których na przykład współwystępują problemy zdrowia fizycznego i psychicznego czy problemy społeczne (mieszkaniowe itp.), można kierować do programów rehabilitacji stacjonarnej i do wspólnot terapeutycznych. Celem tych programów jest nie tylko osiągnięcie stanu abstynencji, lecz również zaoferowanie – także w razie nawrotu uzależnienia – wsparcia i intensywnej opieki osobom zażywającym narkotyki, aby mogły zmienić swój zdeorganizowany i bardzo ryzykowny styl życia.

Badania jakościowe w sześciu miastach hiszpańskich pokazały, że głównymi substancjami przyjmowanymi przez osoby świadczące usługi seksualne są alkohol i kokaina. Jak wynika z informacji, zażywanie narkotyków ma charakter sporadyczny i instrumentalny, pomaga w przełamywaniu barier psychicznych lub w pozbyciu się zahamowań i zwiększa odporność w czasie wielogodzinnego świadczenia usług seksualnych na rzecz różnych klientów. Do konsekwencji zażywania narkotyków przez prostytutki należało m.in. uprawianie seksu bez zabezpieczenia oraz wyższe zagrożenie przemocą ze strony klienta. W tej grupie często obserwuje się również niebezpieczne schematy spożywania cracku.

⁽¹⁰³⁾ Patrz – System gratyfikacji i kar, str. 74.

Osoby świadczące usługi seksualne i borykające się z problemami związanymi z kokainą i crackiem są obiektem zainteresowania służb, które pomagają potrzebującym i prowadzą działania na rzecz ograniczania szkód. Na przykład w Niderlandach miejska służba zdrowia wdrożyła specjalne programy prozdrowotne adresowane do osób, które świadczą usługi seksualne i zażywają crack; we Francji stowarzyszenie Esprit Goutte d'Or, które koncentruje się na zapobieganiu zagrożeniom i ograniczaniu szkód w grupie osób zażywających crack oraz osób świadczących usługi seksualne, organizuje dobrowolne poradnictwo w cyklu tygodniowym i szybkie przeprowadzanie testów na HIV i zapalenie wątroby.

W nocnych lokalach często ma miejsce rekreacyjne zażywanie kokainy połączone z nadmiernym spożywaniem

alkoholu, co może powodować poważne dolegliwości fizyczne o ostrym przebiegu. Jak wynika z opracowania z rozdziału 4, państwa członkowskie coraz częściej akceptują zintegrowane podejście do ograniczania szkód związanych z zażywaniem alkoholu i nielegalnych narkotyków w obiektach rozrywkowych. Programy te oferują ludziom młodym porady i informacje na temat ogólnych zagrożeń związanych z przyjmowaniem alkoholu i narkotyków, zwykle z uwzględnieniem również materiałów dotyczących zagrożeń wiążących się z zażywaniem kokainy w dużych dawkach i w sposób ciągły. Członkowie Europejskiej Fundacji Antynarkotykowych Telefonów Zaufania są również bardzo aktywni w podnoszeniu świadomości i zapewnianiu wsparcia osobom zażywającym narkotyki, oferując im porady i informacje na temat zagrożeń wiążących się z narkotykami.



Rozdział 6

Zazywanie opiatów i narkotyków dożylnych

Podaż i dostępność heroiny

Na rynku nielegalnych narkotyków w Europie oferowane są dwie formy importowanej heroiny: powszechnie dostępna brązowa heroina (w jej podstawowej postaci chemicznej) głównie z Afganistanu i biała heroina (w postaci soli), która zazwyczaj pochodzi z Azji Południowo-Wschodniej – choć ta forma narkotyku jest znacznie rzadsza⁽¹⁰⁴⁾. Ponadto niektóre opiaty są produkowane w Europie; są to głównie domowej produkcji wyroby z maku lekarskiego (słoma makowa, koncentrat maku ze zmiażdżonych łodyg lub makówek itp.) wytwarzane w niektórych krajach wschodnioeuropejskich (np. Łotwa, Litwa).

Produkcja i handel

Heroina spożywana w Europie wytwarzana jest głównie w Afganistanie, który pozostaje wiodącym światowym dostawcą nielegalnego opium, następnie miejsca zajmują Birma i Meksyk. W 2007 r. ponownie nastąpiło znaczne zwiększenie światowej produkcji opium (34%); jej wielkość ocenia się na 8870 t, głównie w wyniku wzrostu produkcji afgańskiej, którą szacuje się na 8200 ton. W rezultacie w 2007 r., przy szacowanej wielkości rzędu 733 ton, globalna potencjalna produkcja heroiny osiągnęła rekordowy poziom (UNODC, 2007). Rosnąca liczba laboratoriów likwidowanych w Afganistanie w ciągu kilku ostatnich lat wskazuje, że coraz częściej opium jest przekształcane w morfinę lub heroinę właśnie w tym kraju. Jednakże duże konfiskaty morfiny w krajach sąsiednich (Pakistan, Iran) świadczą o tym, że przetwarzanie na znaczną skalę odbywa się również poza Afganistanem (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroina sprowadzana jest do Europy dwoma głównymi szlakami handlowymi: ważnym historycznie szlakiem bałkańskim i kilkoma jego odnogami, po przejściu tranzytem przez Pakistan, Iran i Turcję oraz coraz częściej wykorzystywanym szlakiem północnym przez Azję Środkową i Federację Rosyjską (wykres 6). W wypadku heroiny informowano o drugorzędnych szlakach

handlowych, wiodących z Azji Południowo-Wschodniej, na przykład bezpośrednio z Pakistanu do Europy (Zjednoczone Królestwo), lecz również przez Pakistan oraz kraje Bliskiego Wschodu i Afryki na nielegalne rynki w Europie i Ameryce Północnej (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). Heroina z Azji Południowo-Wschodniej jest również przemykana do Europy przez Azję Południową (Bangladesz) (INCB, 2008a). W Unii Europejskiej – Niderlandy i w mniejszym stopniu Belgia odgrywają ważną rolę jako wtórne węzły dystrybucyjne (Europol, 2008).

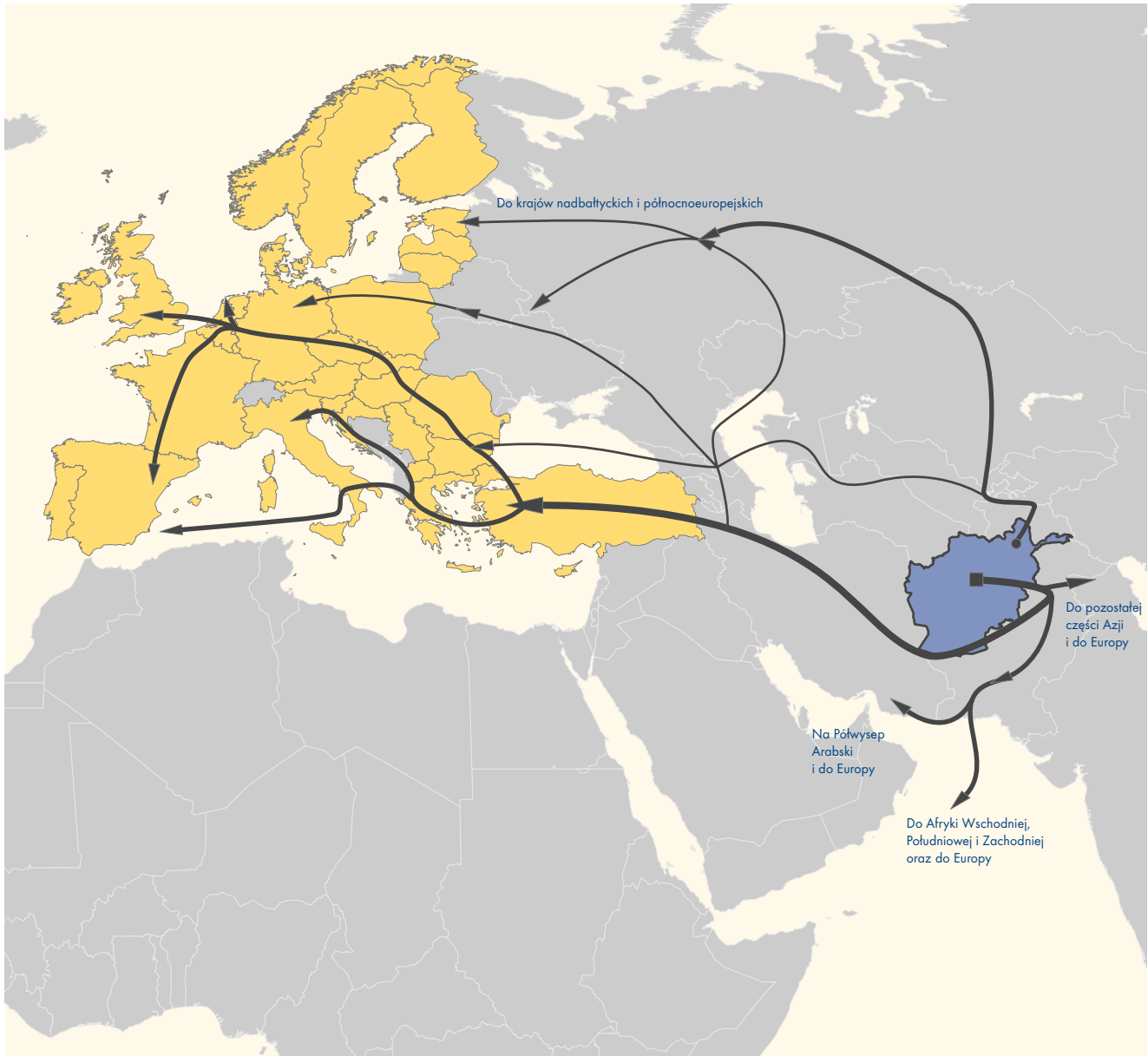
Konfiskaty

W 2006 r. zgłoszono wzrost konfiskat opiatów na całym świecie do poziomu 384 ton w wypadku opium oraz 104 ton heroiny i morfiny. Podczas gdy większość (81%) skonfiskowanego na świecie opium przypada na Iran, heroinę i morfinę przechwycono głównie w Pakistanie (34%), następnie w Iranie (20%), Turcji (10%) i Chinach (6%) (UNODC, 2008).

Ocenia się, że 48,2 tys. przypadków konfiskat w Europie doprowadziło w 2006 r. do przechwycenia 19,4 ton heroiny. Zjednoczone Królestwo ponownie zgłosiło największą liczbę przypadków konfiskat, podczas gdy Turcja po raz kolejny podała największą ilość skonfiskowanego narkotyku, czyli 10,3 tony odzyskane w 2006 r.⁽¹⁰⁵⁾. Ilość przechwyconej heroiny w typowej konfiskacie była bardzo różna w tych dwóch krajach, ponieważ przeciętna konfiskata w Turcji była 100 razy większa od zgłoszonej w Zjednoczonym Królestwie, co odzwierciedla różne umiejscowienie tych krajów w łańcuchu dostaw (wykres 6). W ciągu ostatnich 10 lat konfiskaty heroiny w Europie wykazywały wahania w tendencji spadkowej, przy względnym szczytowym poziomie w 2001 r. i rekordowo niskiej wielkości w 2003 r. W latach 2001–2006 zanotowano ogólny spadek ilości heroiny przechwyconej w Unii Europejskiej. Natomiast w tym samym okresie ilość skonfiskowana w Turcji wzrosła prawie 3-krotnie.

⁽¹⁰⁴⁾ Więcej informacji na temat źródeł danych dotyczących podaży i dostępności narkotyków, patrz str. 42.

⁽¹⁰⁵⁾ Patrz tabele SZR-7 i SZR-8 w Biuletynie statystycznym za 2008 r. Należy pamiętać, że do celów szacunkowych brakujące dane za 2006 r. na temat konfiskat europejskich zastąpiono danymi za 2005 r. Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2006 r. dotyczące Zjednoczonego Królestwa.

Wykres 6: Główne przepływy nielegalnych dostaw heroiny z Afganistanu do Europy

Uwaga: Przepływ nielegalnych dostaw przedstawiony na mapie to syntetyczne ujęcie wyników analiz przeprowadzonych przez wiele organizacji międzynarodowych i krajowych (krajowe punkty kontaktowe Reitox, Europol, INCB, UNODC, WCO). Tego rodzaju analiza opiera się na informacjach związanych z konfiskatą narkotyków na szlakach handlowych, a także na informacjach wywiadowczych z organów ścigania w krajach tranzytowych i docelowych, a niekiedy na raportach ze źródeł uzupełniających. Prezentowane na mapie główne szlaki przerzutowe należy traktować jako szlaki wskazujące na najważniejsze przepływy, mogą występować bowiem pewne odchylenia tras w kierunku innych krajów położonych wzdłuż tych szlaków; istnieją poza tym liczne drugorzędne podregionalne szlaki, nieuwzględnione tutaj, które mogą ulegać szybkim zmianom.

W 2006 r. światowe konfiskaty bezwodnika octowego (stosowanego w nielegalnej produkcji heroiny) wzrosły do 26,4 tys. litrów, z czego większość odzyskano w Federacji Rosyjskiej (9,9 tys. litrów) i Kolumbii (8,8 tys. litrów), następnie w Turcji (3,8 tys. litrów) (INCB, 2008b). Szlaki handlowe łączące Afganistan z Europą są również wykorzystywane do przemykania substancji chemicznych będących prekursorami (głównie bezwodnika octowego przez szlak jedwabny) oraz narkotyków syntetycznych (głównie ecstasy) w kierunku wschodnim (Europol, 2008).

Zgłoszone w 2006 r. konfiskaty 3-metylofentanylu na Łotwie i Litwie oraz doniesienia o większej liczbie przypadków iniekcji nielegalnie wyprodukowanego fentanylu w Estonii wskazują na potrzebę dokładniejszego monitorowania dostępności takich opiatów syntetycznych, jak fentanyl (który ma znacznie większą siłę działania niż heroina).

Czystość i cena

W 2006 r. w większości krajów objętych raportem typowa czystość brązowej heroiny wahała się od 15 do 25%, chociaż wartości poniżej 10% zgłoszono w Grecji, we Francji i w Austrii, a wyższe – na Malcie (31%), w Turcji (36%) i Zjednoczonym Królestwie (43%). Typowa czystość białej heroiny była generalnie wyższa (od 45 do 70%) w niewielu europejskich krajach zgłaszających dane ⁽¹⁰⁶⁾.

W 2006 r. cena detaliczna brązowej heroiny wahała się od 14,5 euro za gram w Turcji do 110 euro za gram w Szwecji, przy czym większość krajów europejskich podawała typowe ceny, wynoszące od 30 do 45 euro za gram. Cenę białej heroiny podały tylko nieliczne kraje europejskie i wahała się ona w granicach od 27 do 110 euro za gram. W latach 2001–2006 cena detaliczna brązowej heroiny spadła w większości z 13 krajów informujących o tendencjach czasowych, pomimo że w 2006 r. w Polsce wystąpiły oznaki wzrostu ceny tego narkotyku.

Ocena liczby osób problemowo zażywających opiaty

Dane w tej części tekstu oparto na wskaźniku problemowego zażywania narkotyków (PDU), stosowanym przez EMCDDA, który obejmuje głównie dożylne zażywanie narkotyków oraz przyjmowanie opiatów, choć w kilku krajach istotnym elementem są również osoby zażywające amfetaminy lub kokainę. Dane szacunkowe na temat liczby osób problemowo zażywających opiaty są w zasadzie niepewne z uwagi na stosunkowo niewielkie rozpowszechnienie i „konspiracyjny” charakter zażywania narkotyku tego typu; w celu uzyskania danych

szacunkowych na podstawie dostępnych źródeł konieczne jest dokonanie statystycznych ekstrapolacji. Ponadto ze względu na to, iż większość badań dotyczy obszarów wyodrębnionych geograficznie, takich jak miasta lub dzielnice, ekstrapolacja danych w celu uzyskania informacji na poziomie krajowym często jest utrudniona.

Wygląda na to, że schematy problemowego zażywania narkotyków w Europie stają się bardziej zróżnicowane. Na przykład w niektórych krajach, gdzie w przeszłości dominowało problemowe zażywanie opiatów, ostatnie zgłoszenia wskazują na wzrost znaczenia innych narkotyków, w tym kokainy. Potrzeba efektywnego monitorowania różnorodnych schematów problemowego zażywania narkotyków skłoniła EMCDDA do przedstawienia informacji na temat podgrup, w których występuje problemowe zażywanie narkotyków, zestawionych według rodzaju narkotyku, przy czym te podgrupy mogą się pokrywać ⁽¹⁰⁷⁾.

Dane szacunkowe na temat wskaźnika rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów na poziomie krajowym w latach 2002–2006 wahały się z grubsza od 1 do 6 przypadków na 1 tys. osób z populacji w wieku od 15 do 64 lat; ogólny wskaźnik rozpowszechnienia problemowego zażywania narkotyków szacowany jest na od 1 do 10 przypadków na 1 tys. osób. Najniższe udokumentowane dostępne dane szacunkowe na temat problemowego zażywania opiatów pochodzą z Cypru, Łotwy, Republiki Czeskiej i Finlandii (choć zarówno w Republice Czeskiej, jak i w Finlandii występuje znaczna liczba osób problemowo zażywających amfetaminę), podczas gdy najwyższe wartości odnotowano na Malcie, w Austrii i we Włoszech (wykres 7).

Ze stosunkowo ograniczonego zbioru dostępnych danych można wysnuć wnioski, że szacowany średni wskaźnik rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów wynosi od 4 do 5 przypadków na 1 tys. osób w wieku od 15 do 64 lat. Zakładając, że odzwierciedla to sytuację w całej Europie, można sądzić, iż w 2006 r. w UE i Norwegii było około 1,5 mln (od 1,3 do 1,7 mln) osób problemowo zażywających opiaty.

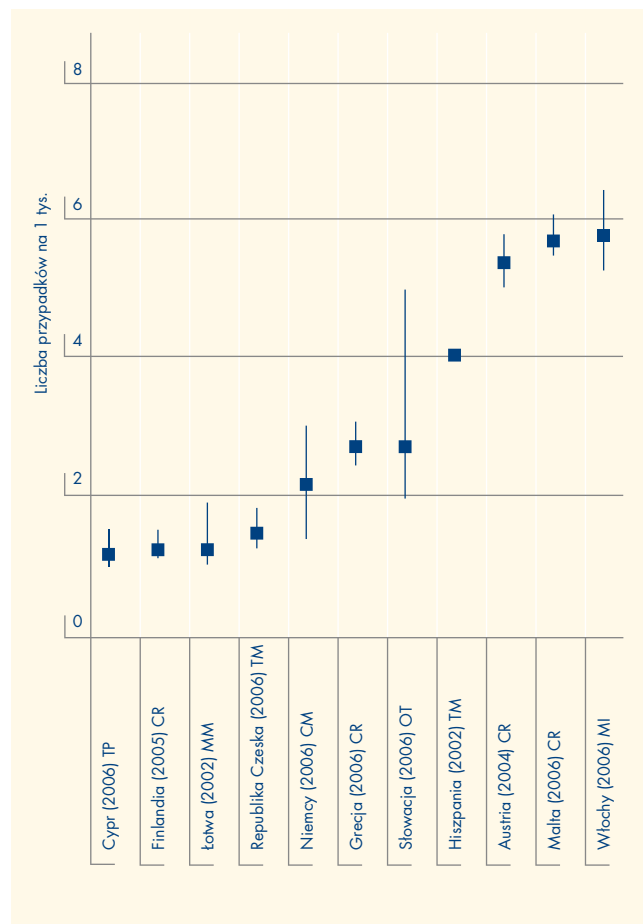
Tendencje w problemowym zażywaniu opiatów i częstotliwość jego występowania

Ze względu na ograniczoną liczbę powtarzanych ocen i poziom niepewności dotyczący szacunków indywidualnych trudno ocenić tendencje czasowe w rozpowszechnieniu problemowego zażywania opiatów. Dane z dziesięciu krajów, w których w latach 2001–2006 dokonywano wielokrotnych ocen, sugerują występowanie

⁽¹⁰⁶⁾ Więcej danych na temat czystości i cen – patrz tabele PPP-2 i PPP-6 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁰⁷⁾ Przegląd dostępnych danych szacunkowych na temat elementów problemowego zażywania narkotyków – patrz Biuletyn statystyczny za 2008 r.

Wykres 7: Dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia problemowego zazywania opiatów (liczba przypadków na 1 tys. mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat)



Uwaga: Symbol oznacza estymację punktową, a słupek oznacza przedział niepewności: przedział pewności 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) i na Malcie (od 12 do 64 lat). W wypadku Niemiec przedział przedstawia najniższą granicę wszystkich istniejących szacunków i najwyższą ich granicę, a estymacja punktowa – średnią arytmetyczną średnich wartości. Akronimy zastosowanych metod oszacowania: CR, capture-recapture (losowanie typu pojmanie – uwolnienie); TM, treatment multiplier (współczynnik leczenia); MI, multivariate indicator (współczynnik wielowymiarowy); TP, truncated Poisson (rozkład ucięty Poissona); CM, combined methods (metody łączone); OT, other methods (pozostałe metody). Więcej informacji – patrz wykres TDI-1 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

zróznicowanych zjawisk. Stopień rozpowszechnienia wydaje się stosunkowo stabilny w Republice Czeskiej, Niemczech, Grecji, we Włoszech, na Malcie i Słowacji oraz w Finlandii, podczas gdy w Austrii zaobserwowano wzrost (najnowsze dane – z 2004 r.), a na Cyprze – oznaki możliwego wzrostu ⁽¹⁰⁸⁾.

Częstotliwość, z jaką występuje problemowe zazywanie opiatów (liczba nowych przypadków występujących w danym roku), jest czulszym wskaźnikiem rejestrującym zmiany zachodzące w czasie i może zapewnić wczesną ocenę przyszłych zmian w rozpowszechnieniu oraz w zapotrzebowaniu na leczenie. W stosowanych modelach szacowania przyjmuje się jednak kilka założeń. Ponadto modele mogą zapewnić jedynie częściową ocenę częstotliwości, ponieważ opierają się tylko na tych przypadkach, które ujawniają się w związku z leczeniem. Tylko dwa kraje podają najnowsze

Wskaźniki dotyczące opiatów już nie spadają

W przeciwieństwie do tendencji przedstawionych w poprzednich sprawozdaniach rocznych aktualne dane pokazują pewien wzrost liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki, liczby konfiskat heroiny i liczby nowych zgłoszeń na leczenie uzależnienia od heroiny w Unii Europejskiej.

W 2003 r. zatrzymała się tendencja spadkowa liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki zgłoszonych w Europie, przeważnie związanych z zazywaniem opiatów; w latach 2003–2005 większość państw członkowskich informowała już o tendencji wzrostowej. W latach 2003–2006 liczba konfiskat heroiny wzrosła o ponad 10% w 16 z 24 krajów objętych raportem. Po kilkuletnim okresie spadku zapotrzebowania na leczenie liczba nowych zgłoszeń na leczenie z powodu heroiny jako głównego narkotyku wzrosła w latach 2005–2006 w ponad połowie krajów zgłaszających dane. Może to odzwierciedlać zmianę, jaka nastąpiła kilka lat wcześniej w częstości zazywania heroiny, ze względu na naturalny odstęp czasu między rozpoczęciem zazywania i podjęciem pierwszego leczenia.

Opisane aktualne tendencje występują równoległe ze wzrostem produkcji opium w Afganistanie, co budzi obawy, że może istnieć związek między tymi wydarzeniami z uwagi na większą dostępność heroiny na rynku europejskim. Kwestia ta jest istotna z punktu widzenia dalszych badań, ponieważ dostępne dane nie pozwalają na powstanie klarownego obrazu sytuacji. Występują ponadto ważne czynniki mylące. Pojawiają się na przykład liczne zgłoszenia na temat utrzymującego się wysokiego wskaźnika stosowania opiatów farmaceutycznych do celów pozaleczniczych lub nawet wzrostu tego wskaźnika w kilku krajach (Niderlandy, Estonia, Francja, Austria, Finlandia), co może stanowić istotny czynnik w wyjaśnieniu tendencji w zakresie liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki.

⁽¹⁰⁸⁾ Patrz tabela PDU-6 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r. oraz tabela PDU-102, która zawiera pełne informacje łącznie z przedziałami ufności.

dane, ukazując odmienne tendencje. Ocenia się, że we Włoszech częstotliwość spadła z około 32,5 tys. nowych przypadków w 1990 r. do około 22 tys. nowych przypadków w 1997 r., po czym znów wzrosła do około 30 tys. nowych przypadków w 2006 r. W Hiszpanii – przeciwnie, ocenia się, że częstotliwość problemowego zażywania opiatów stale spadała począwszy od szczytowego poziomu osiągniętego około 1980 r., chociaż w ostatnich latach (2002–2004) wydaje się ustabilizowana na stosunkowo niskim poziomie (około 3 tys. nowych przypadków rocznie). EMCDDA, we współpracy z grupą krajowych ekspertów, opracowało ostatnio nowe wytyczne dotyczące oceny częstotliwości, pragnąc zachęcić do podejmowania dalszych prac w tym zakresie (Scalia Tomba i in., 2008).

Leczone osoby zażywające opiaty

W większości krajów objętych raportem opiaty, zwłaszcza heroina, pozostają głównym narkotykiem, z powodu którego pacjenci zgłaszają się na leczenie. Z liczby 387 tys. zgłoszeń na leczenie odnotowanych w 2006 r. (dane z 24 krajów) heroinę odnotowano jako główny narkotyk w 47% przypadków, w których znany był główny narkotyk. Zgłoszono, że w większości krajów od 50 do 80% wszystkich zgłoszeń na leczenie związane jest z zażywaniem opiatów; w pozostałych krajach odsetek tych zgłoszeń mieści się w przedziale od 5 do 40% ⁽¹⁰⁹⁾. Opiaty są nie tylko głównym narkotykiem najczęściej zgłaszanym przez osoby rozpoczynające leczenie, lecz nawet częściej zgłaszanym przez osoby, które już są leczone. W ramach niedawnego projektu, w którym uczestniczyło dziewięć krajów i który koncentrował się na wszystkich pacjentach poddawanych leczeniu, ustalono, że osoby zażywające opiaty jako główny narkotyk stanowiły 59% ogółu pacjentów, lecz zaledwie 40% pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w życiu ⁽¹¹⁰⁾.

Większość pacjentów rozpoczynających leczenie pozaszpitalne z powodu zażywania opiatów jako narkotyku głównego zażywa również inne narkotyki, w tym kokainę (25%), inne opiaty (23%) i konopie indyjskie (18%). Ponadto w grupie osób leczonych z powodu zażywania innych narkotyków jako narkotyku głównego 13% pacjentów poddawanych leczeniu pozaszpitalnemu oraz 11% osób poddawanych leczeniu szpitalnemu zgłasza opiaty jako drugi narkotyk ⁽¹¹¹⁾.

Niektóre kraje odnotowują znaczny odsetek zgłoszeń na leczenie związanych z zażywaniem opiatów innych

niż heroina. Nadużywanie buprenorfiny zgłoszono jako główny powód rozpoczęcia leczenia przez 40% wszystkich pacjentów w Finlandii i 8% pacjentów we Francji. Na Łotwie i w Szwecji od 5 do 8% pacjentów zgłasza leczenie z powodu zażywania opiatów – innych niż heroina czy metadon – jako narkotyku głównego: przeważnie buprenorfiny, środków przeciwbólowych i innych opiatów ⁽¹¹²⁾. Kilka krajów informuje o wzroście odsetka osób zażywających wiele narkotyków w grupie pacjentów leczonych z powodu heroiny oraz o większej liczbie pacjentów przyjmujących opiaty inne niż heroina.

Bezwzględna liczba zgłoszeń na leczenie z powodu heroiny, zgłoszona przez wskaźnik zgłoszeń na leczenie, wzrosła o ponad 30 tys. przypadków – ze 108,1 tys. do 138,5 tys. przypadków w latach 2002–2006. Podobnie wśród pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w życiu odnotowano wzrost liczby osób zażywających heroinę jako główny narkotyk – z około 33 tys. w 2002 r. do ponad 41 tys. w 2006 r. Do czynników, które mogą tłumaczyć tę tendencję, należą: liczebność osób problemowo zażywających heroinę, rozszerzenie dostępu do leczenia lub większy zakres raportowania.

Dożylne zażywanie narkotyków

Rozpowszechnienie zażywania narkotyków dożylnych

Osoby zażywające narkotyki dożylnie są w najwyższym stopniu narażone na problemy zdrowotne wywołane ich przyjmowaniem, takie jak zakażenia przenoszone przez krew (np. HIV/AIDS, wirusowe zapalenie wątroby) lub zgony spowodowane przez narkotyki. Zaledwie 11 krajów było w stanie przedstawić najnowsze dane szacunkowe na temat poziomu zażywania narkotyków dożylnie, pomimo znaczenia, jakie te dane mają dla zdrowia publicznego (wykres 8). Dlatego zwiększenie zakresu dostępnych informacji na temat tej szczególnej populacji jest ważnym wyzwaniem dla rozwoju systemów monitorowania zdrowia w Europie.

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

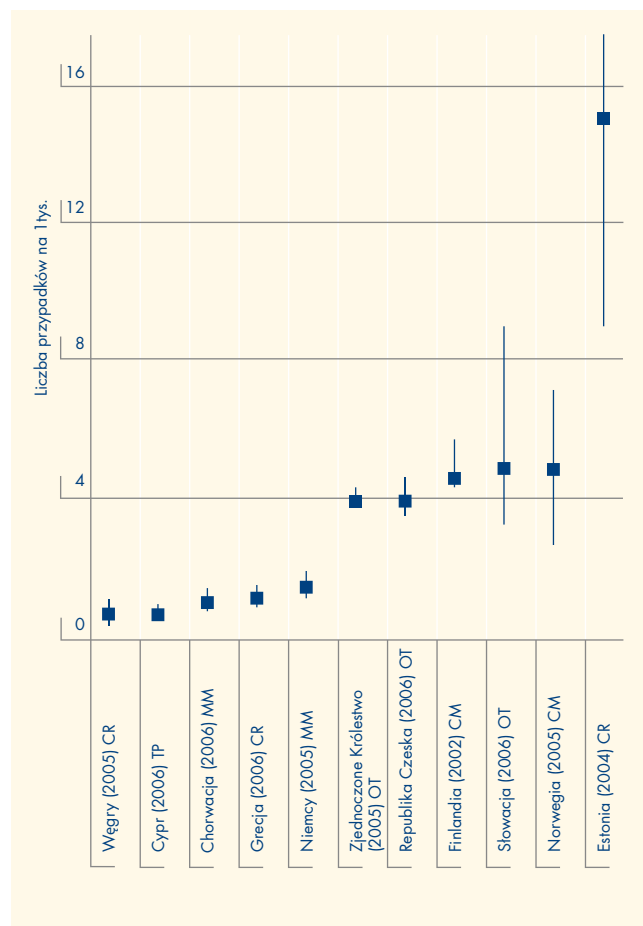
⁽¹⁰⁹⁾ Patrz tabela TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹¹⁰⁾ Patrz tabela TDI-39 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹¹¹⁾ Patrz tabele TDI-22 i TDI-23 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹¹²⁾ Patrz tabela TDI-113 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Wykres 8: Dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia dożylnego zazywania opiatów (liczba przypadków na 1 tys. mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat)



Uwaga: Symbol oznacza estymację punktową, a słupek oznacza przedział niepewności: przedział pewności 95% lub przedział oparty na analizie wrażliwości. W wypadku Estonii górna granica przedziału niepewności znajduje się poza skalą (37,9 na 1 tys. mieszkańców). Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na różne metody szacowania i źródła danych, dlatego przy porównaniach wskazana jest ostrożność. Akronimy zastosowanych metod oszacowania: CR, capture-recapture (losowanie typu pojmanie – uwolnienie); TM, treatment multiplier (współczynnik leczenia); MI, multivariate indicator (współczynnik wielowymiarowy); TP, truncated Poisson (rozkład ucięty Poissona); CM, combined methods (metody łączone); OT, other methods (pozostałe metody). Więcej informacji – patrz wykres GPS-2 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Brak danych utrudnia wyciągnięcie wniosków co do tendencji czasowych w rozpowszechnieniu dożylnego przyjmowania narkotyków, chociaż dostępne dane wskazują na jego spadek w Norwegii (2001–2005) oraz na stabilną sytuację w Republice Czeskiej, Grecji, na Cyprze i w Zjednoczonym Królestwie⁽¹¹³⁾.

Iniekcje wśród osób zazywających opiaty rozpoczynających leczenie

W sumie 43% osób zazywających opiaty rozpoczynających w 2006 r. pozaszpitalne leczenie odwykowe przyznawało się do dożylnego przyjmowania narkotyków. Zmiany odsetka osób przyjmujących narkotyki dożylnie w grupie osób zazywających heroinę i rozpoczynających leczenie mogą wskazywać na występowanie tendencji, które dotyczą szerszego kręgu osób problemowo zazywających opiaty. Zmniejszenie się tego odsetka zaobserwowano w latach 2002–2006 w dziewięciu krajach (Dania, Niemcy, Irlandia, Grecja, Francja, Włochy, Szwecja, Zjednoczone Królestwo, Turcja), podczas gdy dwa kraje sygnalizują wzrost w tym zakresie (Rumunia, Słowacja). W zależności od kraju występują znaczne różnice w poziomie dożylnego przyjmowania narkotyków przez osoby zazywające heroinę, które rozpoczynają leczenie, przy czym najniższy odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie odnotowano w Hiszpanii, we Francji i w Niderlandach (poniżej 25%), a najwyższy (powyżej 80%) w Bułgarii, Republice Czeskiej, Rumunii, na Słowacji i w Finlandii⁽¹¹⁴⁾.

Wśród osób zazywających opiaty i rozpoczynających w 2006 r. po raz pierwszy leczenie pozaszpitalne przyjmowanie narkotyków dożylnie zgłasza nieznacznie niższy odsetek (około 40%). Obserwując tendencje czasowe, można zauważyć, że wśród nowych pacjentów leczonych z powodu opiatów odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie zmniejszył się z 43% w 2003 r. do 35% w 2006 r. w 13 krajach, w których dostępne są wystarczające dane⁽¹¹⁵⁾.

Analiza danych na temat zgłoszeń na leczenie w przypadku dziewięciu krajów uczestniczących w badaniach pilotażowych ujawniła, że w momencie przystępowania do leczenia około 63% wszystkich pacjentów leczonych z powodu opiatów (osób już w trakcie leczenia i osób rozpoczynających leczenie w ostatnim roku) informowało o dożylnym przyjmowaniu tych narkotyków⁽¹¹⁶⁾. Wynika z tego, że odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie w momencie rozpoczynania leczenia był stosunkowo wysoki wśród pacjentów już leczonych.

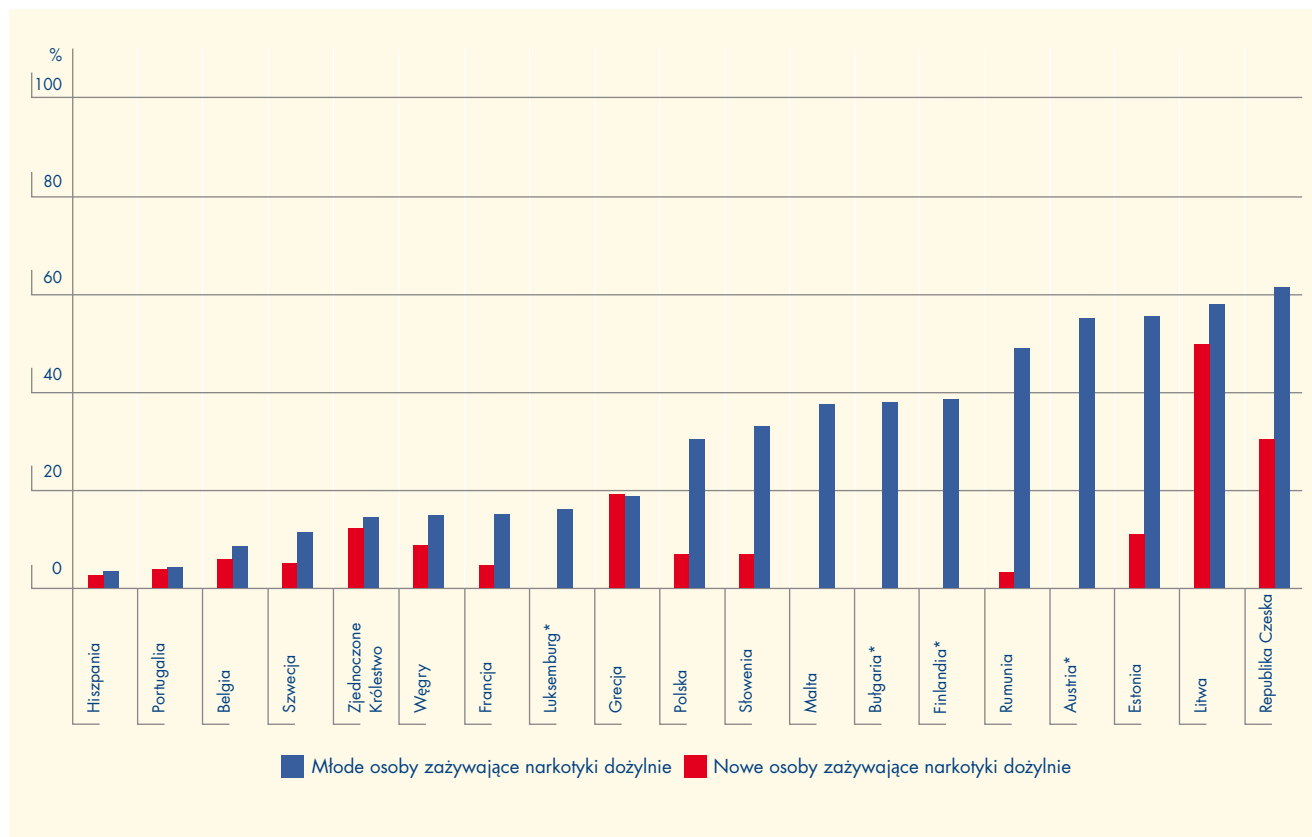
Badania prowadzone wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie mogą dać dodatkowy wgląd w różnice między krajami oraz rzucić światło na zachodzące – w miarę upływu czasu – zmiany w dożylnym przyjmowaniu narkotyków w Europie. Wiele krajów prowadzi systematycznie powtarzane badania nad grupami osób

⁽¹¹³⁾ Patrz tabela PDU-6 część (iii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹¹⁴⁾ Patrz tabele PDU-104, TDI-4, TDI-5 i TDI-17 część (v) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹¹⁵⁾ Patrz tabele PDU-104, TDI-4, TDI-5 i TDI-17 część (v) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹¹⁶⁾ Patrz tabele TDI-17 część (v) i TDI-40 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Wykres 9: Odsetek młodych i nowych osób w grupie osób zażywających narkotyki dożylnie

Uwaga: Próby pochodzą z grupy osób zażywających narkotyki dożylnie badanych w kierunku chorób zakaźnych (HIV i HCV). Wykorzystano dane dotyczące najnowszej dostępnej próby w odniesieniu do każdego kraju w latach 2002–2006, pod warunkiem że liczność próby wynosiła co najmniej 100 badanych. Gwiazdka wskazuje, że brak jest danych dotyczących nowych osób zażywających narkotyki dożylnie. Więcej informacji – patrz wykres GPS-3 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

przyjmujących narkotyki dożylnie, zwykle w kontekście wykonywania testów chorób zakaźnych; osoby te często są brane z wielu różnych miejsc, co ma na celu zwiększenie do maksimum możliwości formułowania ogólnych wniosków. Z uwagi na możliwość wystąpienia błędów systematycznych w selektywnym doborze próby do tych badań, należy zachować ostrożność przy dokonywaniu porównań między krajami⁽¹¹⁷⁾.

W tych badaniach niektóre kraje wykazują wysoki odsetek (powyżej 20%) nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie (dożylne przyjmowanie narkotyków przez okres krótszy niż dwa lata), podczas gdy w kilku krajach kształtuje się on poniżej 10% (wykres 9). Młode osoby (poniżej 25. roku życia) przyjmujące narkotyki dożylnie stanowią ponad 40% takich osób w Republice Czeskiej, Estonii, na Litwie, w Austrii i Rumunii, podczas gdy w dziewięciu innych

krajach poniżej 20% osób przyjmujących narkotyki dożylnie uwzględnionych w próbie ma mniej niż 25 lat.

Ogólnie rzecz biorąc, wysoki odsetek nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie musi stanowić powód do niepokoju, zwłaszcza gdy jest dodatkowo wzmocniony przez wysoki odsetek młodych osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Chociaż wyższy odsetek nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie może wskazywać na nową falę popularności iniekcji, może się to również wiązać z innymi czynnikami (np. krótsza historia dożylnego przyjmowania narkotyków, lepszy dostęp do leczenia, wyższe wskaźniki zgonów wśród starszej populacji).

W krajach, w których populacje osób problemowo zażywających opiaty mają długą historię, występuje niski odsetek zarówno młodych, jak i nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie. W pozostałych

⁽¹¹⁷⁾ Można byłoby oczekiwać, że odsetek młodych lub nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie jest niższy w przypadku prób utworzonych na bazie prowadzonego leczenia odwykowego niż w bardziej „otwartych” miejscach, takich jak jednostki niskoprogowe, ponieważ typowi pacjenci, którzy rozpoczynają leczenie, robią to dopiero po kilku latach zażywania narkotyków. Statystyczna analiza powiązania między miejscem doboru próby a odsetkiem młodych lub nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie nie ma statystycznego znaczenia, co sugeruje, że miejsce doboru próby (kodowane jako „wyłącznie leczenie odwykowe”, „brak leczenia odwykowego” oraz „miejsca różne”) być może nie wywiera zdecydowanego wpływu na te proporcje.

państwach członkowskich – często nowych członków UE – dane ujawniają wyższe wskaźniki młodych osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Różne poziomy liczebności grup nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie w tych krajach – tam gdzie są dostępne dane – mogą odzwierciedlać różnice w średnim wieku inicjacji, jak również rosnącą częstotliwość dożylnego przyjmowania narkotyków przez młodsze lub starsze populacje.

Leczenie problemowego zazywania opiatów

Profil pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu opiatów

Pacjenci rozpoczynający leczenie z powodu zazywania opiatów jako narkotyku głównego na ogół są starsi (średnia wieku 32 lata) niż osoby podejmujące leczenie z powodu kokainy, innych środków pobudzających i konopi indyjskich (średnia wieku odpowiednio 31, 27 i 24 lata), przy czym pacjentki są zwykle o rok lub dwa lata młodsze niż pacjenci mężczyźni podejmujący analogiczne leczenie. Pacjenci leczeni z powodu opiatów są młodszy przeważnie w krajach, które przystąpiły do Unii Europejskiej w 2004 r., a także w Irlandii, Grecji, Austrii i Finlandii ⁽¹¹⁸⁾.

Przeciętnie mężczyźni są grupą 3-krotnie liczniejszą niż kobiety leczone w powodu opiatów, przy czym wyższy odsetek mężczyzn występuje zwłaszcza w krajach południowoeuropejskich (Bułgaria, Grecja, Hiszpania, Francja, Włochy, Cypr, Malta, Portugalia) ⁽¹¹⁹⁾.

Osoby zazywające opiaty zgłaszają wyższy wskaźnik bezrobocia i niższy poziom wykształcenia niż pozostali pacjenci (patrz rozdział 2), a w niektórych krajach zauważa się wyższą częstotliwość współwystępowania zaburzeń psychicznych.

Około połowy osób zazywających opiaty a poszukujących leczenia informuje o inicjacji przed ukończeniem 20. roku życia, a około jednej trzeciej – między 20. a 24. rokiem życia; pierwsze przyjęcie opiatów po ukończeniu 25. roku życia zdarza się rzadko ⁽¹²⁰⁾. Podawany średni okres, jaki upływa między pierwszym zażyciem opiatów a pierwszą próbą podjęcia leczenia odwykowego, wynosi od siedmiu do dziewięciu lat, przy czym w przypadku pacjentów mężczyzn czas ten jest dłuższy niż u kobiet ⁽¹²¹⁾.

Dostęp do leczenia i zakres leczenia

W przypadku osób zazywających opiaty większość leczenia odbywa się w placówkach pozaszpitalnych, a wśród nich mogą być centra specjalistyczne, lekarze medycyny rodzinnej i jednostki niskoprogowe. W kilku krajach ważną rolę odgrywają również centra lecznictwa zamkniętego, w szczególności w Bułgarii, Grecji, Finlandii i Szwecji ⁽¹²²⁾.

We wszystkich państwach członkowskich UE, w Chorwacji i Norwegii dostępne jest leczenie nefarmakologiczne oraz leczenie zastępcze z powodu zazywania opiatów. W Turcji sprawa stosowania w przyszłości leczenia zastępczego jest obecnie przedmiotem badań. W większości krajów leczenie zastępcze jest opcją najszerszej dostępną, chociaż w 2005 r. Węgry, Polska i Szwecja zgłosiły, że dominuje tam podejście nefarmakologiczne.

Leczenie zastępcze, zintegrowane na ogół z opieką psychospołeczną, jest zwykle świadczone w specjalistycznych centrach pozaszpitalnych oraz w ramach ustaleń dotyczących wspólnej opieki dokonanych z lekarzami medycyny rodzinnej prowadzącymi samodzielną praktykę. Dostępne dane na temat liczby pacjentów poddanych leczeniu zastępczemu w roku ubiegłym wskazują na ogólny wzrost, z wyjątkiem Francji, Niderlandów, Malty i Luksemburga, gdzie sytuacja była stabilna. Największy proporcjonalny wzrost zgłosiła Republika Czeska (42%), chociaż wzrost przekraczający 10% odnotowano również w Polsce (26%), Finlandii (25%), Estonii (20%), Szwecji (19%), Norwegii (15%), na Węgrzech i w Austrii (11%).

Proste porównanie danych szacunkowych na temat liczby osób problemowo zazywających opiaty i zgłaszanej liczby zrealizowanych terapii wskazuje, że więcej niż co trzecia osoba skorzystała z leczenia zastępczego. Nie należy jednak zapominać o tym, że obu zbiorom danych brak jest nadal dokładności, co oznacza, że to wyliczenie należy przyjmować z pewną rezerwą. Ponadto szerokie przedziały ufności w przypadku danych szacunkowych na temat problemowego zazywania opiatów oznaczają, że porównania między krajami są utrudnione. Niemniej jednak dostępne dane wskazują, że odsetek osób problemowo zazywających opiaty i otrzymujących leczenie zastępcze różni się znacznie w zależności od kraju, i tak – szacunkowe wskaźniki wynoszą: około 5% na Słowacji, od 20 do 30% w Finlandii, Grecji i Norwegii, od 35 do 45% w Republice Czeskiej, na Malcie i we Włoszech, a ponad 50% w Zjednoczonym Królestwie (Anglia), w Niemczech i Chorwacji ⁽¹²³⁾.

⁽¹¹⁸⁾ Patrz tabele TDI-10, TDI-32 i TDI-103 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹¹⁹⁾ Patrz tabele TDI-5 i TDI-21 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹²⁰⁾ Patrz tabele TDI-11, TDI-107 i TDI-109 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹²¹⁾ Patrz tabela TDI-33 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹²²⁾ Patrz tabela TDI-24 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹²³⁾ Patrz wykres HSR-1 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Poszerzanie zakresu opcji farmaceutycznych

W Europie opracowano i udostępniono nowe opcje farmaceutyczne w zakresie leczenia uzależnienia od opiatów. Do celów nowych zalecanych opcji należy poprawa skuteczności leczenia, reagowanie na potrzeby różnych grup osób zażywających opiaty i ograniczanie możliwości niewłaściwego stosowania środków wykorzystywanych w leczeniu zastępczym.

W 2006 r. wprowadzono na rynek UE środek stanowiący połączenie buprenorfiny i naloksonu jako alternatywne rozwiązanie w stosunku do stosowania samej buprenorfiny oraz w celu ograniczania możliwości i atrakcyjności dożylnego przyjmowania tego środka. Kilka państw członkowskich jest obecnie w trakcie oceniania wartości tej substancji jako opcji leczenia uzależnienia od opiatów (¹).

Przepisywanie na receptę tzw. heroiny leczniczej (diamorfiny), w ramach opcji leczenia osób długotrwale zażywających opiaty i opornych na leczenie, jest możliwe w ograniczonym zakresie w Niderlandach (815 pacjentów w 2006 r.), Zjednoczonym Królestwie (400 pacjentów) i Niemczech, gdzie uczestnicy badań związanych z heroiną otrzymują nadal diamorfinę na podstawie specjalnej regulacji. Dodatkowo w Zjednoczonym Królestwie prowadzone są aktualnie losowe badania dotyczące opiatów nadających się do wstrzykiwania (RIOTT); w ramach tych badań zostanie oceniona skuteczność diamorfiny do dożylnego podawania, metadonu do dożylnego podawania oraz metadonu doustnego. W lutym 2008 r. postanowiono też o wprowadzeniu programu przepisywania diamorfiny w Danii.

¹) Informacje techniczne na temat tej substancji znajdują się na stronie internetowej EMA: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>.

Chociaż doustny metadon pozostaje nadal głównym lekiem stosowanym w leczeniu zastępczym w Europie, coraz powszechniejsze staje się wykorzystywanie do tego celu buprenorfiny. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy może mieć związek z niższymi wskaźnikami śmiertelności w razie nieprawidłowego zażycia tego środka (Connock i in., 2007). Duńska Krajowa Rada ds. Zdrowia, po dokonaniu przeglądu wytycznych dotyczących leczenia zastępczego, wzywa obecnie lekarzy medycyny rodzinnej do przepisywania buprenorfiny zamiast metadonu.

Efektywność, jakość i standardy leczenia

Z przeglądu badań losowo wybranych grup kontrolnych i badań obserwacyjnych wynika, że zarówno leczenie zachowawcze metadonem (MMT), jak i leczenie zachowawcze buprenorfiną (BMT) może być skuteczne

w opanowaniu uzależnienia od opiatów. W aktualnym przeglądzie dokonanym przez organizację Cochrane stwierdzono jednak, że buprenorfina jest mniej skuteczna niż metadon podawany we właściwych dawkach (Mattick i in., 2008). W kilku badaniach ustalono również, że podawanie diamorfiny może być skuteczne u ludzi, którzy nie reagują na MMT (Schulte i in., w druku). Leczenie zastępcze jest kojarzone z kilkoma pozytywnymi rezultatami, takimi jak: kontynuowanie leczenia, ograniczenie zażywania nielegalnych opiatów i ich dożylnego przyjmowania, ograniczenie śmiertelności i zachowań o charakterze przestępczym oraz ustabilizowanie i poprawa stanu zdrowia, jak też sytuacji społecznej osób zażywających heroinę przez dłuższy czas.

Psychospołeczne i psychoterapeutyczne działania interwencyjne w połączeniu z farmakoterapią również wykazały skuteczność w badaniach wyników leczenia, np. NTORS w Zjednoczonym Królestwie (Gossop i in., 2002) oraz DATOS w Stanach Zjednoczonych (Hubbard i in., 2003). Ten sposób podejścia może nie tylko zwiększyć motywację do leczenia, zapobiec nawrotowi i ograniczyć szkody, lecz również zapewnić porady i praktyczne wsparcie pacjentom, którzy równoległe z leczeniem uzależnienia od opiatów muszą się zająć swoimi warunkami mieszkaniowymi, zatrudnieniem i problemami rodzinnymi. Dostępne dowody nie potwierdzają jednak zasadności stosowania samego postępowania psychospołecznego (Mayet i in., 2004).

Kilka krajów zgłosiło niedawno wprowadzenie pewnych udoskonaleń w swoich wytycznych dotyczących leczenia. W Chorwacji, Danii i Szkocji przeanalizowano programy leczenia zastępczego i dokonano zmian w wytycznych, by podnieść jakość leczenia i zapobiec zmianie zastosowania narkotyku i kierowaniu go do sprzedaży na nielegalnym rynku. Aktualizacji poddano również brytyjskie wytyczne dotyczące postępowania klinicznego w przypadku uzależnień od narkotyków, a Krajowy Instytut ds. Doskonałości Klinicznej wydał specjalne wskazówki dotyczące przepisywania metadonu i buprenorfiny, leczenia z wykorzystaniem naltreksonu, detoksykacji, jak również terapii psychospołecznej. Również Portugalia opracowała nowe wskazówki w celu zapewnienia w stosownym czasie dostępu do leczenia.

Leczenie w więzieniach

Wśród decydentów w UE panuje ogólne przekonanie o potrzebie zharmonizowania praktyki i jakości świadczeń

zapewnianych w społeczności lokalnej i w więzieniu. Autorzy raportu wydanego przez Komisję Europejską (2007a) zwrócili uwagę na brak dostępnych świadczeń dla osób zażywających narkotyki przebywających w więzieniach i podkreślili znaczenie podjęcia działań w tych miejscach. Przykładowe ograniczenia w dostępie do świadczeń antynarkotykowych w więzieniu to: brak potencjału i wiedzy (Łotwa, Polska, Malta), rozdrobnienie pomocy (Łotwa), brak działań interwencyjnych dla konkretnych grup, takich jak osadzone młode osoby zażywające narkotyki (Austria) oraz brak strategii prewencji w dziedzinie zdrowia publicznego (Grecja).

Do zjawisk bardziej pozytywnych zaliczyć należy rozszerzenie zakresu antynarkotykowych programów w więzieniach i nowe inicjatywy zapowiadane przez wiele krajów. Na przykład w Portugalii stworzono ramy prawne dla programu wymiany strzykawek w więzieniach; na Litwie uchwalono ustawę zobowiązującą zakłady karne do zapewnienia poradnictwa poprzedzającego zwolnienie z więzienia; w Danii od stycznia 2007 r. wszyscy osadzeni posiadający wyroki dłuższe niż trzy miesiące mogą korzystać z „gwarancji leczenia”; w Republice Czeskiej leczenie zastępcze rozszerzono na 10 więzień, a w Irlandii trwa właśnie ocena świadczeń leczniczych w więzieniach, której celem jest osiągnięcie takiego samego poziomu świadczeń jak w społeczności lokalnej.

Dostępność leczenia odwykowego w więzieniach nadal jest niewielka w porównaniu ze świadczeniami w społeczności lokalnej, pomimo wyższego na ogół wskaźnika

rozpowszechnienia zazywania narkotyków w więzieniach. W wielu krajach preferowana jest detoksykacja i niekiedy jest to jedyna dostępna możliwość leczenia. Teoretycznie leczenie zastępcze jest dostępne w większości krajów, lecz dane wskazują, że w praktyce otrzymują je nieliczne osoby uzależnione od narkotyków. Do wyjątków należy Hiszpania, gdzie w 2006 r. z leczenia zastępczego skorzystało 14% wszystkich skazanych więźniów (19,6 tys.) oraz Zjednoczone Królestwo (Anglia i Walia), gdzie przewiduje się, że w następstwie wprowadzenia w kwietniu 2007 r. nowych wytycznych liczba osób otrzymujących metadon wzrośnie z 6 tys. do 12 tys.

Ostatnio opublikowano wskazówki dotyczące leczenia zastępczego w zakładach karnych, zaakrobowane przez WHO i UNODC (Kastelic i in., 2008), a niektóre badania naukowe świadczą o tym, że w wypadku opiatów terapia zastępcza w więzieniu wykazuje pozytywny wpływ na ryzykowne zachowania i śmiertelność (Dolan i in., 2003). Autorzy aktualnego przeglądu badań naukowych dotyczących programów leczenia zastępczego w warunkach więziennych doszli do wniosku, że pozytywne efekty zależą od zapewnienia dostatecznych dawek i prowadzenia leczenia przez cały czas pozostawania w więzieniu (Stallwitz i Stöver, 2007). Ponadto staranne planowanie zwolnienia z więzienia i jego powiązanie z opieką środowiskową to inne ważne elementy świadczeń w tym obszarze, konieczne, by poprawa stanu zdrowia uzyskana podczas przebywania w areszcie nie została następnie zniweczona ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Patrz – Podwyższone ryzyko zgonów spowodowanych przez narkotyki po odbyciu kary pozbawienia wolności lub po zakończeniu leczenia, str. 100.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Rozdział 7

Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami

Choroby zakaźne związane z narkotykami

Choroby zakaźne, takie jak zakażenie HIV i zapalenie wątroby typu B i C, należą do najpoważniejszych skutków zdrowotnych zażywania narkotyków. Nawet w krajach, w których rozpowszechnienie HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie jest niskie, na stan zdrowia osób zażywających narkotyki mogą mieć niewspółmierny wpływ inne choroby zakaźne, w tym zapalenie wątroby typu A, B i C, choroby przenoszone drogą płciową, gruźlica, tężec, zatrucie jadem kiełbasianym i zakażenie ludzkim wirusem T-limfotropowym. EMCDDA systematycznie monitoruje rozpowszechnienie HIV oraz zapalenie wątroby typu B i C wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie (występowanie przeciwciał lub inne specjalne markery w przypadku zapalenia wątroby typu B). Interpretacja tych wielkości wymaga zachowania pewnej dozy ostrożności, z uwagi na kilka ograniczeń metodologicznych w różnych systemach danych ⁽¹²⁵⁾.

HIV i AIDS

Pod koniec 2006 r. w większości krajów Unii Europejskiej liczba zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie wydaje się niska i w kontekście globalnym sytuacja w UE przedstawia się stosunkowo korzystnie. Przynajmniej częściowo może to być wynikiem większej dostępności środków prewencji, leczenia i ograniczania szkód, w tym leczenia zastępczego oraz programów wymiany igieł i strzykawek. Inne czynniki, takie jak spadek dożylnego przyjmowania narkotyków, o którym informują niektóre kraje, również mogły odegrać istotną rolę. Niemniej jednak dane wskazują, że w 2006 r. w niektórych częściach UE wskaźniki przenoszenia wirusa HIV w wyniku dożylnego przyjmowania narkotyków nadal prawdopodobnie utrzymywały się na stosunkowo wysokim poziomie, wypuklając potrzebę rozszerzenia zakresu i podniesienia skuteczności lokalnych praktyk zapobiegawczych.

Tendencje w zakażeniach wirusem HIV

Dane na temat nowych zdiagnozowanych przypadków związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków w 2006 r. wskazują, że w Unii Europejskiej wskaźniki zakażeń nadal spadają, po osiągnięciu szczytowego poziomu w latach 2001–2002, co było wynikiem epidemii w Estonii, na Łotwie i Litwie ⁽¹²⁶⁾. W 2006 r. ogólny wskaźnik nowo zdiagnozowanych zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie w 25 państwach członkowskich UE, dla których dostępne są dane krajowe, wynosił 5,0 przypadków na 1 mln mieszkańców, czyli nastąpił spadek z poziomu 5,6 w 2005 r. ⁽¹²⁷⁾. Z trzech krajów zgłaszających najwyższe wskaźniki nowo zdiagnozowanych zakażeń (Estonia, Łotwa, Portugalia) w latach 2005–2006 Portugalia nadal zgłaszała tendencję spadkową, podczas gdy w Estonii i na Łotwie tendencje ustabilizowały się na poziomie odpowiednio 142,0 i 47,1 nowo zdiagnozowanych przypadków na 1 mln mieszkańców. W latach 2001–2006 w żadnym kraju nie nastąpił zdecydowany wzrost wskaźnika zakażeń HIV w skali populacji. Tam gdzie zaobserwowano pewien nieznaczny wzrost (np. Bułgaria, Irlandia), utrzymywał się on poniżej jednego dodatkowego przypadku na milion mieszkańców rocznie.

Rzut oka na liczby bezwzględne umożliwia wskazanie krajów, które w zdecydowanie większym stopniu wpływają na ogólny wskaźnik dla całej UE. Najwięcej przypadków nowo zdiagnozowanych zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie zostało zgłoszonych przez kraje o najwyższych wskaźnikach zakażeń (Portugalia – 703 nowych rozpoznania; Estonia – 191; Łotwa – 108) ⁽¹²⁸⁾ oraz kraje o dużej liczbie ludności (Zjednoczone Królestwo – 187; Niemcy – 168; Francja – 167; Polska – 112) (wykres 10). Na ogólnym tle tendencji spadkowych największy wzrost w liczbach bezwzględnych od 2001 r. obserwuje się w Zjednoczonym Królestwie, przy około 13 dodatkowych przypadkach rocznie, oraz w Niemczech – 10 dodatkowych

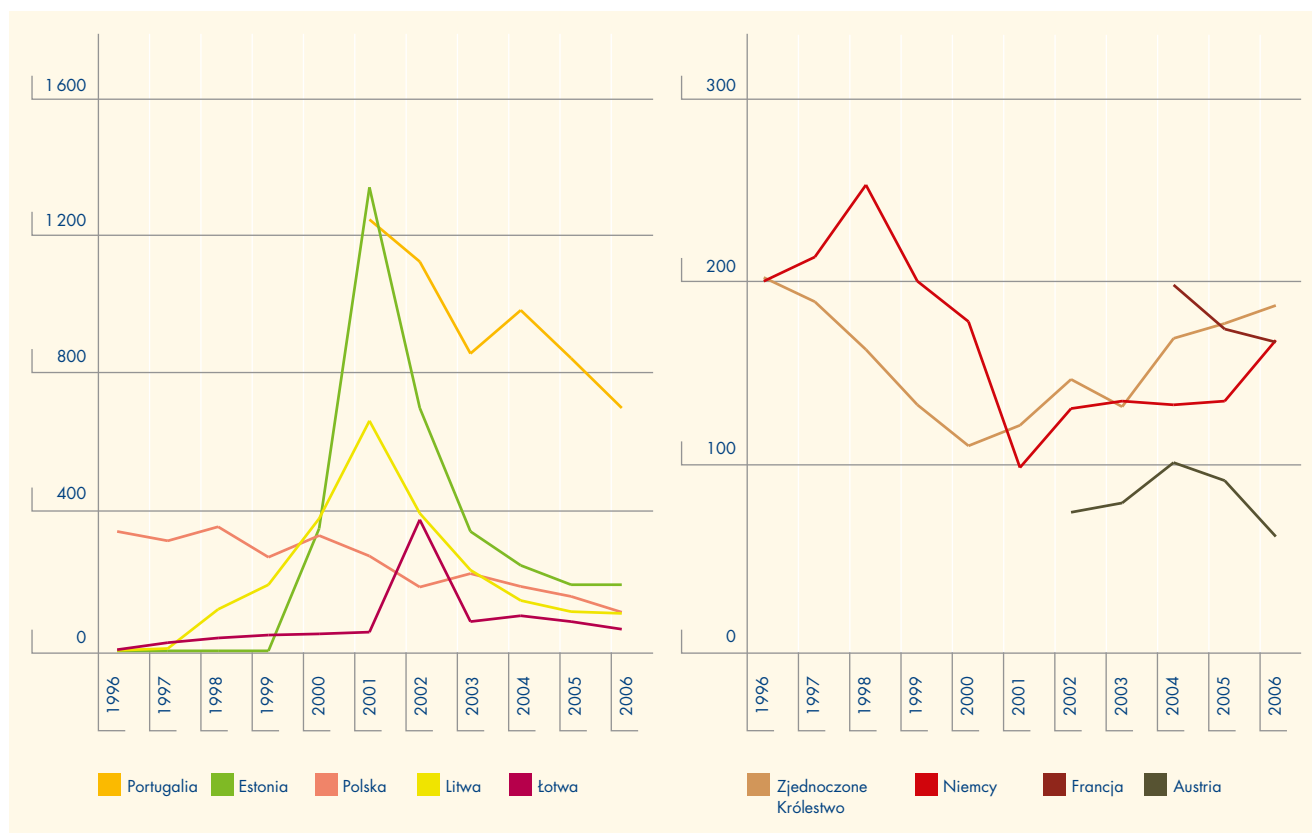
⁽¹²⁵⁾ Więcej szczegółów na temat metod i definicji – patrz Biuletyn statystyczny za 2008 r.

⁽¹²⁶⁾ Patrz tabela INF-104 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹²⁷⁾ W wypadku Hiszpanii i Włoch brak danych krajowych. Po uwzględnieniu tych dwóch krajów wskaźnik wyniósłby 5,9 przypadków na 1 mln mieszkańców, co oznacza spadek w stosunku do 6,4 przypadków w 2005 r.

⁽¹²⁸⁾ W 2006 r. w Portugalii Europejskie Centrum Monitorowania Epidemiologicznego AIDS (EuroHIV) zgłosiło 703 przypadki, podczas gdy Portugalskie Centrum Nadzoru Epidemiologicznego Chorób Zakaźnych (CVEDT) podało 432 przypadki; rozbieżność wynika z innej klasyfikacji: według roku raportowania (EuroHIV) i według roku postawienia diagnozy (CVEDT).

Wykres 10: Liczby bezwzględne nowo zdiagnozowanych zakażeń HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w roku sprawozdawczym: kraje o najwyższej liczbie przekraczającej 300 (lewa strona) oraz o liczbie w granicach od 100 do 300 (prawa strona)



Uwaga: Brak danych krajowych dla Hiszpanii i Włoch; pokazano dane dotyczące regionów, o ile były dostępne. W wypadku obu krajów liczby częściowe wynosiły łącznie powyżej 100 nowych przypadków w 2005 r. i wykazywały tendencje spadkowe. Więcej informacji – patrz tabela INF-104 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.
Źródło: EuroHIV.

przypadków, chociaż te wielkości nie są równomiernie rozłożone w poszczególnych latach. W ostatnim okresie w Bułgarii niski wskaźnik wzrostu uległ zwiększeniu, przyjmując w latach 2001–2006 wartości 0, 2; 0, 7; 13 i 34 nowych przypadków rocznie.

Dane dotyczące tendencji, pochodzące z monitorowania rozpowszechnienia HIV w próbach osób przyjmujących narkotyki dożylnie, stanowią ważne uzupełnienie danych na temat zgłaszania przypadków zakażeń HIV, ponieważ dostarczają także informacji o zakażeniach nierozpoznanych. Dane za lata 2002–2006 dotyczące rozpowszechnienia są dostępne w odniesieniu do 25 krajów^[129]. W 15 krajach rozpowszechnienie HIV w tym okresie pozostawało na niezmiennym poziomie. W pięciu krajach (Bułgaria, Niemcy, Hiszpania, Włochy, Łotwa) wskaźniki rozpowszechnienia wykazywały statystycznie istotne spadki, przy czym wszystkie wynikały z badania prób krajowych. W dwóch z tych krajów poinformowano jednak również o wzrostach regionalnych: w Bułgarii – jedno miasto (Sofia), a we Włoszech – osiem

z 21 regionów i jedno miasto. Na koniec – w pięciu krajach nie zgłoszono tendencji krajowych lub wydają się one stabilne, natomiast wystąpiła przynajmniej jedna subkrajowa próba, która wskazuje na tendencję rosnącą, chociaż przeważnie utrzymuje się niski poziom rozpowszechnienia (Belgia, Republika Czeska, Litwa, Zjednoczone Królestwo i przypuszczalnie Słowenia).

Porównanie tendencji w zakresie nowo zdiagnozowanych zakażeń związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków z tendencjami w rozpowszechnieniu HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie wskazuje, że w większości krajów na poziomie krajowym spada częstość występowania zakażeń HIV związana z dożylnym przyjmowaniem narkotyków. Interpretacja jest trudniejsza wówczas, gdy źródła danych częściowo są sprzeczne, tak jak ma to miejsce na przykład w Bułgarii, Niemczech i Zjednoczonym Królestwie, chociaż w tych krajach niska jest zarówno liczba nowych rozpoznań, jak i wskaźnik jej wzrostu (z wyjątkiem Bułgarii w latach 2004–2006).

[129] Patrz tabela INF-108 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

„Punkty zapalne” HIV/AIDS

Najbardziej aktualne dane wskazują, że liczba przypadków zakażeń HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w Unii Europejskiej jest na ogół niska. Konieczne jest jednak zachowanie czujności, ponieważ w niektórych państwach członkowskich nadal utrzymują się wysokie wskaźniki nowych zakażeń HIV związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków, a w niektórych krajach sąsiednich sytuacja jest jeszcze bardziej niepokojąca.

Po niedawnej epidemii HIV w Estonii i na Litwie wskaźniki nowo zdiagnozowanych zakażeń u osób zażywających narkotyki dożylnie od 2001 r. uległy zmniejszeniu, lecz teraz ustabilizowały się na wciąż wysokim poziomie (w 2008 r. odpowiednio 142,0 i 47,1 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców), co świadczy o utrzymaniu się wysokich wskaźników przenoszenia wirusa. Portugalia nadal ma największą liczbę nowo zdiagnozowanych zakażeń w Unii Europejskiej (patrz str. 89) i – pomimo że panuje tendencja spadkowa – roczny wskaźnik nowo zgłoszonych rozpoznań jest nadal wysoki, w 2006 r. wynosił bowiem 66,5 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców.

Szczególny niepokój budzi sytuacja w krajach sąsiednich położonych na wschód od Unii Europejskiej. W dwóch największych krajach – w Rosji i na Ukrainie – liczba nowo zdiagnozowanych przypadków jest wysoka i stale rośnie. W 2006 r. nowo zdiagnozowane zakażenia związane z dożylnym zażywaniem narkotyków szacowano na ponad 11 tys. w Rosji i 7 tys. na Ukrainie (odpowiednio 78,6 i 152,9 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców).

Wysokie wskaźniki aktualnego przenoszenia się zakażenia wśród osób zażywających narkotyki dożylnie świadczą o potrzebie dokonania oceny zarówno dostępności, poziomu i zakresu istniejących świadczeń, w tym specjalnych środków mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, np. możliwości wymiany igieł, jak i leczenia zastępczego. Ponadto konieczne są kierunkowe badania wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, aby sprawdzić, dlaczego niektóre populacje wykazują szczególną podatność, jakie są czynniki związane z zachowaniami ryzykownymi oraz na czym polegają przeszkody utrudniające zapewnienie sobie ochrony, a także aby określić dobrze rokujące sposoby podejścia, które umożliwią zapobieganie nowym falom zakażeń.

Wysoki roczny wskaźnik nowych rozpoznań zakażeń HIV związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków w Estonii, na Łotwie i w Portugalii pokazuje, że w tych krajach występuje nadal wysoki poziom przenoszenia się tego zakażenia. W przypadku Estonii jest to potwierdzone przez dane dotyczące rozpowszechnienia w 2005 r., które sugerują, że około jednej trzeciej nowych osób

przyjmujących narkotyki dożylnie (przyjmujących narkotyki dożylnie krócej niż dwa lata) była seropozytywna. Dalsze wskazania na temat istniejącego przenoszenia się HIV wynikają z doniesień dotyczących wysokiego poziomu rozpowszechnienia (powyżej 5%) wśród młodych osób przyjmujących narkotyki dożylnie (próby liczące 50 lub więcej osób poniżej 25. roku życia przyjmujących narkotyki dożylnie) w kilku krajach: Hiszpania (dane krajowe, 2005), Portugalia (dane krajowe, 2006), Estonia (dwa regiony, 2005), Łotwa (dane krajowe i dotyczące dwóch miast, 2002–2003), Litwa (jedno miasto, 2006) oraz Polska (jedno miasto, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Liczba zachorowań na AIDS i dostęp do terapii HAART

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

Portugalia nadal jest krajem o najwyższej zachorowalności na AIDS związanej z dożylnym przyjmowaniem narkotyków, mając w 2006 r., jak się ocenia, 22,4 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców, chociaż obecnie występuje wyraźna tendencja spadkowa, ponieważ w 2005 r. było tam 29,9 przypadków na 1 mln mieszkańców. Stosunkowo wysoki poziom zachorowalności na AIDS zgłoszono również w Estonii, Hiszpanii i na Łotwie, odpowiednio 17,1, 15,1 i 13,5 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców. Wśród tych trzech krajów odnotowano tendencję spadkową w Hiszpanii i na Łotwie, lecz nie w Estonii, gdzie większość aktualnych danych świadczy o wzroście z 11,9 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców w 2005 r. do 17,1 na 1 mln mieszkańców w 2006 r. Odnotowano również wzrost na Litwie, z 2,0 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców w 2005 r. do 5,0 przypadków w 2006 r. ⁽¹³¹⁾.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

Chociaż wysoki stopień rozpowszechnienia zakażenia wirusem HIV stwierdza się tylko w niektórych państwach członkowskich UE, wirusowe zapalenie wątroby, a w szczególności zakażenia wywołane

⁽¹³⁰⁾ Patrz tabele INF-109 i INF-110 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹³¹⁾ Patrz wykres INF-1 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Dostęp do testów HIV i do leczenia

W Europie wśród ludzi zakażonych HIV aż co trzecia osoba może być nieświadoma swojego zakażenia (ECDC, 2007), a raporty z niektórych państw członkowskich UE wskazują, że poziom świadomości może być nawet niższy wśród zakażonych osób zażywających narkotyki dożylnie.

W efekcie wielu spośród tych, którzy zostali zakażeni wirusem, nie będzie miało szansy skorzystania z leczenia i opieki na wczesnym etapie. Mogą się również przyczynić do szerzenia się HIV, nieświadomie narażając innych na ryzyko zakażenia. Ponadto obniżyła się jakość danych gromadzonych przez systemy monitoringu problemu HIV.

Wstępne dane wskazują, że w wypadku osób zażywających narkotyki dożylnie ich dostęp do leczenia antyretrowirusowego i opieki jest niewspółmiernie niski (Donoghoe i in., 2007). Efektywne rozwiązania w zakresie leczenia antywirusowego powinny uwzględniać specyfikę sytuacji, w jakiej znajdują się osoby zażywające narkotyki dożylnie, i ich potrzeby. Chodzi tutaj o współwystępujące problemy zdrowotne i społeczne (np. bezdomność i brak ubezpieczenia), ale także napiętnowanie i dyskryminację w placówkach służby zdrowia czy powtarzające się aresztowania i uwięzienia.

W celu zwiększenia dostępu do wykonywania testów na obecność HIV oraz do leczenia – EMCDDA opracowało specjalne wytyczne dotyczące udostępniania osobom zażywającym narkotyki dożylnie corocznych dobrowolnych kontrolnych badań lekarskich, w tym wykonania testów w kierunku HIV i wirusowego zapalenia wątroby (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

wirusem typu C (HCV), jest znacznie częstsze u osób przyjmujących narkotyki dożylnie w całej Europie. W latach 2005–2006 poziom przeciwciał HCV w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki dożylnie waha się od 15 do 90%, przy czym większość krajów zwykle zgłasza poziom przekraczający 40%. Tylko nieliczne kraje (Bułgaria, Republika Czeska, Finlandia) zgłaszają rozpowszechnienie poniżej 25% w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki dożylnie, chociaż wskaźniki zakażenia na tym poziomie nadal stanowią znaczny problem dla zdrowia publicznego (132).

W poszczególnych krajach poziom rozpowszechnienia HCV mogą się znacznie różnić, odzwierciedlając zarówno różnice regionalne, jak i cechy charakterystyczne właściwe dla populacji próby. Na przykład w Zjednoczonym Królestwie badania lokalne zawierają informacje na temat wskaźników w przedziale od 29 do 59%, podczas gdy we

Włoszech rozmaite szacunkowe dane regionalne wahają się od około 40 do 96%. Mimo że szacunki generowane na podstawie prób niereprezentatywnych muszą zawsze być traktowane z rezerwą, stwierdzone odchylenia w poziomach rozpowszechnienia prawdopodobnie mają istotne implikacje dla ukierunkowania i realizacji programów prewencji i leczenia. Ponadto zrozumienie czynników odpowiedzialnych za zróżnicowane poziomy zakażeń może mieć wpływ na opracowanie lepszych strategii interwencyjnych.

Badania przeprowadzone wśród ludzi młodych (poniżej 25. roku życia) oraz wśród nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie (przyjmujących narkotyki dożylnie krócej niż dwa lata) wskazują, że odpowiedni czas na zapobieganie zakażeniom HCV jest dość krótki, ponieważ wiele osób zaraża się wirusem w początkowym okresie dożylnego przyjmowania narkotyków. Aktualne badania (2005–2006) zwykle informują o poziomie rozpowszechnienia od 20 do 50%, chociaż między próbami występują znaczne różnice.

Rozpowszechnienie przeciwciał wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) jest jeszcze bardziej zróżnicowane niż przeciwciał HCV, prawdopodobnie częściowo z powodu różnic w zasięgu szczepień, chociaż pewną rolę mogą odgrywać inne czynniki. Najbardziej kompletne dane uzyskuje się dzięki przeciwciałom przeciwko antygenowi rdzeniowemu HBV (anty-HBc), które wykazują historię zakażenia. W latach 2005–2006 sześć z jedenastu krajów dostarczających dane na temat osób przyjmujących narkotyki dożylnie zgłosiło poziom rozpowszechnienia przeciwciał anti-HBc powyżej 40% (133).

Tendencje czasowe w odnotowanych przypadkach wirusowego zapalenia wątroby typu B i C przedstawiają zróżnicowany obraz. W niektórych krajach odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie wśród wszystkich odnotowanych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B mógł nieznacznie się zmniejszyć, co prawdopodobnie odzwierciedlało rosnący wpływ programów szczepień adresowanych do osób zażywających narkotyki dożylnie. W pięciu krajach spadł odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie wśród odnotowanych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C, natomiast w pięciu innych krajach – wzrósł (Republika Czeska, Luksemburg, Malta, Szwecja, Zjednoczone Królestwo) (134). Jeżeli chodzi zarówno o wirusowe zapalenie wątroby typu B, jak i typu C w 2006 r. odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie wśród odnotowanych przypadków nadal znacznie się różnił w zależności od kraju, co sugeruje różnice geograficzne w epidemiologii tych zakażeń,

(132) Patrz tabele od INF-111 do INF-113 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

(133) Patrz tabela INF-115 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

(134) Patrz tabele INF-105 i INF-106 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

choć ze względu na różne praktyki przeprowadzania testów i raportowania nie można wykluczyć błędu systematycznego.

Profilaktyka chorób zakaźnych

Państwa członkowskie UE wykorzystują kombinację niektórych z poniższych środków w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się i skutków chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki: leczenie odwykowe, w tym leczenie zastępcze (patrz rozdział 6), informacje i poradnictwo na temat zdrowia, rozprowadzanie sterylnych środków do iniekcji oraz edukacja w zakresie bezpieczniejszego seksu i bezpieczniejszego zażywania narkotyków. Dostępność i zakres wymienionych środków znacznie się różni w zależności od kraju.

Programy wymiany igieł i strzykawek oraz leczenie zastępcze w przypadku uzależnienia od opiatów dostępne są we wszystkich państwach członkowskich UE, w Chorwacji i Norwegii, chociaż występuje znaczna różnorodność, zarówno jeżeli chodzi o placówki, jak i o populację docelową. W ciągu minionego dziesięciolecia znacznie się podniósł poziom leczenia zastępczego i świadczenia usług ograniczających szkodę w Europie. W niektórych krajach te działania interwencyjne jednak pozostały dość ograniczone, a potrzeby nadal przewyższają świadczenia w tych obszarach.

W niedawnych badaniach kohortowych przeprowadzonych w Amsterdamie wskazano na korzyści wynikające z łącznego udostępniania leczenia zachowawczego metadonem i możliwości wymiany igieł, ponieważ ustalono związek mniejszej częstotliwości zakażeń HCV i HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie z podejmowaniem tych obu rodzajów świadczeń w porównaniu z podejmowaniem tylko jednego rodzaju działań (Van den Berg i in., 2007).

Ocena zakresu programów wymiany igieł i strzykawek jest trudna i jedynie niektóre kraje przedstawiają odpowiednie liczby. Na przykład Republika Czeska informuje o sieci 90 jednostek niskoprogowych, która w skali roku obejmuje swoim działaniem około 25 tys. osób zażywających narkotyki (70% tych osób przyjmuje narkotyki dożylnie) i dostarcza średnio 210 strzykawek na osobę przyjmującą narkotyki dożylnie.

Niektóre kraje informują o wzroście liczby strzykawek wydawanych w ramach programów wymiany igieł i strzykawek: w Estonii w latach 2005–2006 podwoiła się szacowana liczba strzykawek wydanych dla każdej osoby przyjmującej narkotyki dożylnie, osiągając poziom 112 sztuk; w tym samym okresie węgierskie programy wymiany

igieł i strzykawek odnotowały wzrost obrotów strzykawek o 56% i zwiększenie fluktuacji liczby pacjentów o 84%; Finlandia ponownie zgłasza zwiększenie liczby pacjentów przyjętych w centrach poradnictwa zdrowotnego oraz liczby strzykawek rozprowadzonych za pośrednictwem tych centrów. Nie wszystkie kraje zgłosiły jednak podobny wzrost: na Malcie i na Słowacji zaopatrzenie w strzykawkę w 2006 r. pozostawało stabilne, Polska zgłosiła zmniejszenie liczby działających agencji

Szczepienie przeciwko zapaleniu wątroby typu B dla osób zażywających narkotyki

Wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w Europie nadal dochodzi do przenoszenia wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV), a w większości krajów wskaźniki czynnego zakażenia HBV (występowanie HBsAg) w tej grupie osób utrzymują się na wysokim poziomie w porównaniu z populacją ogólną⁽¹⁾. Szczepienie uważa się za środek, który najskuteczniej zapobiega zapaleniu wątroby w wyniku zakażenia wirusem typu B (HBV) i skutkom tego zapalenia. Zgodnie z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia z 1991 r. większość państw członkowskich UE – chociaż nie wszystkie – stosują powszechne szczepienia przeciwko temu wirusowi. Polityka w zakresie szczepienia niemowląt będzie miała wpływ dopiero na przyszłe pokolenia osób zażywających narkotyki. Aby wcześniej ograniczyć rozprzestrzenianie się tego zakażenia, ponad połowa państw członkowskich UE przyjęła programy szczepień zorientowanych zwłaszcza na osoby zażywające narkotyki dożylnie lub na więźniów. Niemniej jednak zasięg tych programów różni się w zależności od kraju, a jedna trzecia państw członkowskich UE nadal nie informuje o programach szczepień adresowanych konkretnie do osób zażywających narkotyki.

W programach szczepień przeznaczonych dla osób zażywających narkotyki często występuje problem słabego przestrzegania procedury, skutkujący nieukończeniem serii szczepień. Biorąc pod uwagę dostępność bezpiecznej i skutecznej szczepionki, w strategiach na rzecz osiągnięcia wyższego poziomu szczepień wśród osób zagrożonych można uwzględnić podejście elastyczne, docierając do osób zażywających narkotyki we wczesnej fazie ich praktyk i wychodząc naprzeciw tym społecznościom, w których zażywanie narkotyków jest bardziej rozpowszechnione. Wielokrotne oferowanie szczepionki i dodatkowych dawek osobom o zmniejszonej reakcji immunologicznej może również być pomocne w osiągnięciu większych efektów szczepień. Może to wymagać od państw członkowskich UE dokonania oceny i ewentualnego dopracowania rozwiązań politycznych w celu zmniejszenia występowania przewlekłego zakażenia HBV i jego skutków.

(1) Patrz tabele INF-106 i INF-114 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

i ograniczenie o 15% liczby wymienionych strzykawek, Rumunia poinformowała o 70-procentowym spadku w liczbie strzykawek wymienionych w Bukareszcie, przy czym jako główny powód zgłoszono problemy finansowe.

W kilku krajach stabilizacja lub spadek w zakresie wymiany strzykawek może odzwierciedlać zmiany w ogólnych schematach dożylnego przyjmowania narkotyków oraz w dostępności leczenia: w Luksemburgu w 2005 r. ustabilizowała się liczba strzykawek rozprowadzonych przez jednostki niskoprogowe po wzroście notowanym w ciągu kilku lat, a w 2006 r. spadła; o niedawnych spadkach w zaopatrzeniu w strzykawki informowano również w Portugalii i Belgii (społeczność flamandzka) oraz na poziomie lokalnym w Niemczech i Niderlandach.

Wymiana igieł i usługi niskoprogowe mogą również zapewnić ścieżkę pomocy dla osób, które mają stały dostęp do poradni ogólnych. Obejmuje to podstawową opiekę medyczną, jak również środki promujące zdrowie seksualne, na przykład rozprowadzanie prezerwatyw i środków nawilżających oraz zapewnienie edukacji w zakresie bezpieczniejszego seksu. W większości krajów zapewnione jest również świadczenie usług zapobiegających chorobom zakaźnym, za pośrednictwem zespołów pracy w terenie lub w obiektach niskoprogowych, chociaż usługi w tym obszarze nadal są rozwijane. Na przykład w Estonii, na Łotwie i Litwie powstaje międzynarodowa niskoprogowa sieć prewencji, która będzie stosować wspólne standardy usług i procedury monitorowania epidemiologicznego.

Świadczenia medyczne są zapewnione w poradniach niskoprogowych i przez pomoc w terenie lub za pośrednictwem programów skierowań. Na przykład czeska sieć niskoprogowa ściśle współpracuje z regionalną publiczną służbą zdrowia, aby ułatwić dostęp do poradnictwa, wykonywania testów i leczenia w wypadku współistnienia zaburzeń somatycznych, w szczególności wirusowego zapalenia wątroby. W 2006 r. w Bułgarii „ruchoma przychodnia” w Burgas nad Morzem Czarnym udzieliła 750 porad. Niektóre duńskie władze miejskie otrzymały rządowe fundusze na programy opieki zdrowotnej adresowane do najbardziej narażonych osób zażywających narkotyki. Ponadto projekt „Przestrzeń zdrowia” w Kopenhadze, który łączy środki z zakresu opieki zdrowotnej i poradnictwa społecznego z podejściem niskoprogowym, to trzyletni program pilotażowy utworzony w 2008 r.

Profilaktyka wirusowego zapalenia wątroby

W 2006 r. kilka krajów informowało o podjętych inicjatywach na rzecz zapobiegania rozprzestrzeniania

się wirusowego zapalenia wątroby. Na przykład w Luksemburgu w następstwie projektu poświęconego *action research* (badania w działaniu) wzmocniono poradnictwo w zakresie bezpieczniejszego zażywania oferowane młodym i nowym osobom zażywającym narkotyki oraz ułatwiono osobom przyjmującym narkotyki dożylnie bezpłatny dostęp do akcesoriów wykorzystywanych przy iniekcjach. Począwszy od 2006 r., w Danii dostępne są bezpłatne szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B przeznaczone dla osób zażywających narkotyki i ich partnerów, a władze miejskie muszą obecnie zapewniać szeroki zakres usług związanych z chorobami zakaźnymi osobom, które przyjmują narkotyki dożylnie. Wreszcie, w 2007 r. w Irlandii zespół roboczy ds. HCV otrzymał zadanie opracowania krajowej strategii w zakresie nadzoru, edukacji i leczenia.

Więzienia to ważne miejsca z punktu widzenia działań interwencyjnych skierowanych przeciwko chorobom zakaźnym związanym z zażywaniem narkotyków oraz świadczenia usług zdrowotnych na rzecz populacji, do której inaczej trudno dotrzeć (patrz rozdział 2). Ostatnie badania wskazują, że istotne jest wykonywanie testów na obecność wirusa u wszystkich osób, które kiedykolwiek przyjmowały nielegalne narkotyki dożylnie i wykazano, że wykrycie przewlekłego zakażenia wirusem zapalenia wątroby w momencie przyjmowania do więzienia jest środkiem efektywnym pod względem kosztowym (Sutton i in., 2006). Oprócz otrzymywania przez zakażonych więźniów koniecznego leczenia i opieki osoby zażywające narkotyki mogą korzystać z wielu świadczeń, np. edukacji zdrowotnej i szczepień ochronnych przeciwko zapaleniu wątroby typu B ⁽¹³⁵⁾.

Zgony i wskaźniki śmiertelności związane z narkotykami

Zażywanie narkotyków to jedna z głównych przyczyn problemów zdrowotnych i zgonów wśród ludzi młodych w Europie. Wysoka śmiertelność, będąca w szczególności wynikiem zażywania opiatów, została zaprezentowana w międzynarodowych badaniach wspieranych przez EMCDDA, w których stwierdzono, że w siedmiu europejskich obszarach miejskich od 10 do 23% przypadków zgonów w grupie wiekowej od 15 do 49 lat można przypisać zażywaniu opiatów (Bargagli i in., 2005).

Kluczowy wskaźnik EMCDDA – Zgony związane z zażywaniem narkotyków i śmiertelność wśród osób zażywających narkotyki – umożliwia głównie monitorowanie zgonów bezpośrednio powodowanych przez zażywanie narkotyków („zgony spowodowane

⁽¹³⁵⁾ Patrz tabele DUP w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Śmiertelność związana z narkotykami: pojęcie złożone

Zarówno naukowe, jak i polityczne debaty na temat śmiertelności związanej z narkotykami są utrudnione z uwagi na wielość pojęć i definicji stosowanych w tej dziedzinie. Przy zastosowaniu bardzo szerokich i pojemnych pojęć dane mogą mieć znikomą wartość z punktu widzenia możliwości poznania podstawowych czynników rzutujących na śmiertelność związaną z narkotykami. Jeżeli na przykład zgrupuje się razem wszystkie przypadki zgonów, w których próby toksykologiczne były dodatnie, trafią tam przypadki, w których narkotyki odegrały bezpośrednią rolę sprawczą, rolę pośrednią lub w ogóle nie odegrały żadnej roli.

Inną istotną kwestią jest sprawa branych pod uwagę substancji – można je ograniczyć do nielegalnych narkotyków lub rozszerzyć na inne substancje i leki psychoaktywne. W przypadku leków mogą wystąpić trudności w odróżnieniu zgonów, które mogą być głównie związane z kwestiami zdrowia psychicznego (np. samobójstwo popełnione w stanie depresji), od zgonów, które można przypisać zażywaniu substancji. Ponadto liczne zgony spowodowane przez narkotyki są w rzeczywistości zgonami będącymi skutkiem zażywania wielu narkotyków, a zrozumienie roli, jaką indywidualnie odegrały różne narkotyki, może być trudne.

Śmiertelność związana z narkotykami – w sensie pojęciowym – obejmuje dwa ogólne elementy. Pierwszy i najlepiej udokumentowany element odnosi się do zgonów bezpośrednio spowodowanych przez działanie jednego lub więcej narkotyków. Zgony te zazwyczaj określa się jako „przedawkowanie”, „zatrucie” lub „zgon spowodowany przez narkotyki”. Element drugi jest szerszy i obejmuje przypadki zgonów, których nie można w sposób bezpośredni przypisać farmakologicznemu działaniu narkotyków, niemniej jednak mają one związek z ich zażywaniem: długotrwałe skutki chorób zakaźnych, interakcje z problemami zdrowia psychicznego (np. samobójstwo) lub z innymi okolicznościami (np. wypadki komunikacyjne). Dochodzi również do zgonów związanych z narkotykami, lecz z przyczyn pobocznych (np. akty przemocy związane z handlem narkotykami).

Aktualne podejście EMCDDA do sprawozdawczości na temat ogólnych wskaźników śmiertelności związanej z narkotykami jest oparte na ocenie wskaźników śmiertelności w kohortach złożonych z osób problemowo zażywających narkotyki. Badane są jednak inne sposoby podejścia, w których można zestawiać dane z różnych źródeł w celu uzyskania oceny ogólnego wymiaru śmiertelności wiążącej się z narkotykami w społeczności lokalnej (patrz – Ogólny poziom śmiertelności związanej z narkotykami, str. 99).

przez narkotyki”), a w węższym zakresie – ogólnej śmiertelności wśród osób zażywających narkotyki, która obejmuje również zgony związane z problemami innymi niż zdrowotne i społeczne.

Zgony związane z narkotykami

Przyjęta przez EMCDDA definicja zgonów spowodowanych przez narkotyki⁽¹³⁶⁾ odnosi się do zgonów bezpośrednio spowodowanych (zatrucia lub przedawkowania) przyjęciem jednego lub więcej narkotyków, gdy przynajmniej jedna z występujących substancji to nielegalny narkotyk. Liczba osób zażywających narkotyki, stosowane przez nich schematy zażywania (wstrzykiwanie, zażywanie wielu narkotyków) oraz dostępność leczenia i usług ratunkowych to czynniki, które mogą rzutować na ogólną liczbę tego rodzaju zgonów w opisywanym środowisku. Do zgonów spowodowanych przez narkotyki dochodzi na ogół wkrótce po spożyciu jednej lub kilku substancji.

Poprawa jakości i wiarygodności europejskich danych w ostatnich latach umożliwiła sporządzenie lepszej charakterystyki tendencji ogólnych oraz krajowych i obecnie większość krajów przyjęła definicję przypadku zgodną z definicją EMCDDA⁽¹³⁷⁾. Niemniej jednak

występujące różnice jakości raportowania w zależności od kraju oznaczają, że jakiegokolwiek bezpośrednie porównania wymagają zachowania ostrożności.

W latach 1990–2005 w państwach członkowskich UE co roku odnotowywano od 6,5 tys. do 8,5 tys. przypadków zgonów spowodowanych przez narkotyki, co daje łączną liczbę około 130 tys. zgonów. Dane te należy uważać za minimalne szacunki⁽¹³⁸⁾.

W poszczególnych krajach wskaźniki śmiertelności w wyniku zgonów spowodowanych przez narkotyki są bardzo zróżnicowane i wahają się od 3 do 5 aż po ponad 70 przypadków śmiertelnych na 1 mln mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat (średnia wartość wynosi 21 zgonów na 1 mln mieszkańców). W 16 europejskich krajach odnotowano wskaźniki powyżej 21 zgonów na 1 mln mieszkańców, natomiast w pięciu krajach – ponad 40 zgonów na 1 mln mieszkańców. Wśród mężczyzn w wieku od 15 do 39 lat wskaźniki śmiertelności są zwykle – w większości krajów – 2-krotnie wyższe (średnio 44 zgony na 1 mln osób). W latach 2005–2006 zgony spowodowane przez narkotyki stanowiły 3,5% wszystkich zgonów wśród Europejczyków w wieku od 15 do 39 lat, a w ośmiu krajach – ponad 7%⁽¹³⁹⁾ (wykres 11).

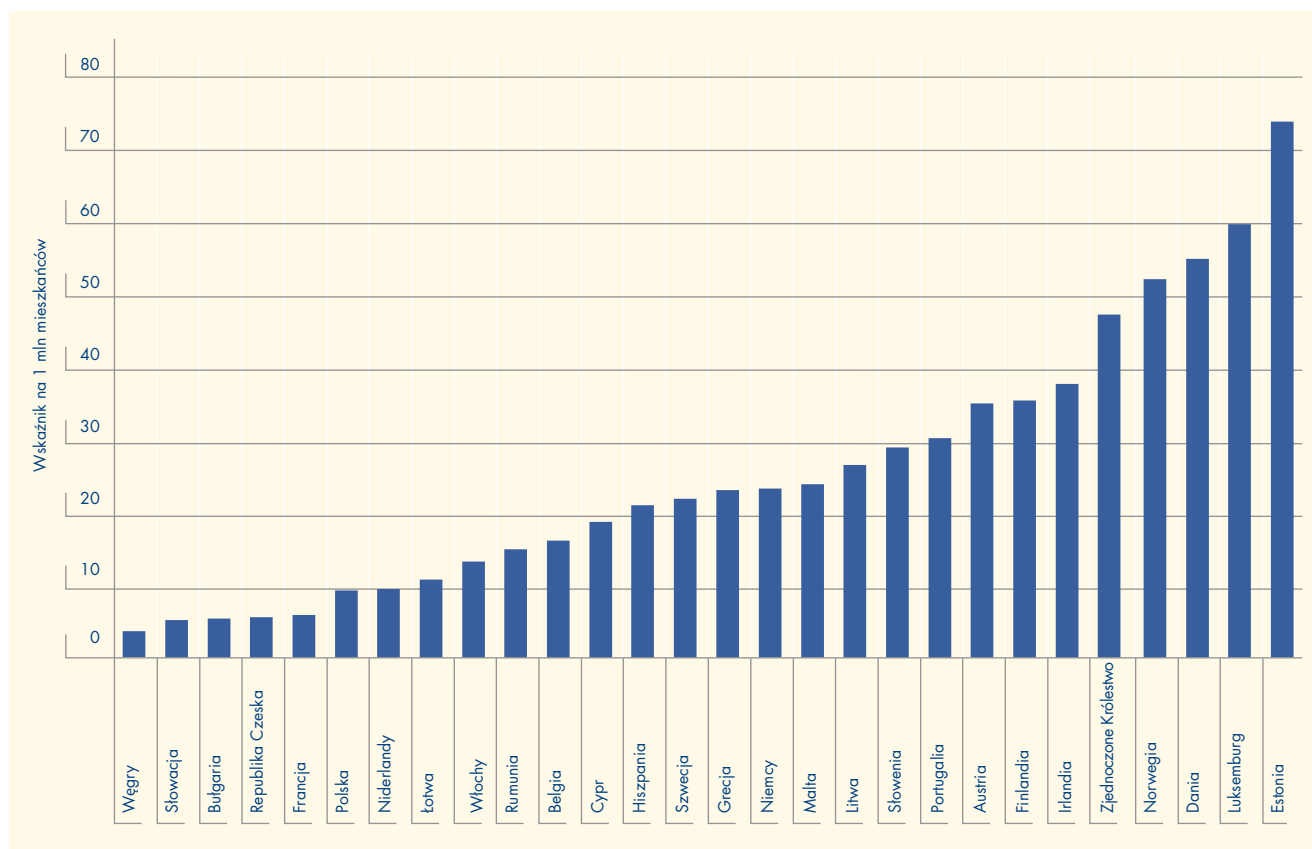
⁽¹³⁶⁾ Przyjęto teraz określenie „zgony spowodowane przez narkotyki”, ponieważ dokładniej odzwierciedla ono stosowaną definicję przypadku.

⁽¹³⁷⁾ Patrz szczegółowe informacje metodologiczne na temat zgonów związanych z narkotykami w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹³⁸⁾ Patrz tabela DRD-2 część (i) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹³⁹⁾ Patrz tabela DRD-5 i wykres DRD-7 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Wykres 11: Wskaźniki śmiertelności wśród wszystkich osób dorosłych (od 15 do 64 lat) w wyniku zgonów spowodowanych przez narkotyki



Uwaga: W wypadku Republiki Czeskiej zamiast definicji krajowej zastosowano definicję zgodną z „Selekcją D” EMCDDA; w Zjednoczonym Królestwie zastosowano definicję strategii antynarkotykowej, w Rumunii – dane dotyczą tylko Bukaresztu i kilku powiatów w rejonie kontrolowanym przez laboratorium toksykologii w Bukareszcie. Wyliczenia wskaźnika śmiertelności w populacji są oparte na wielkościach populacji krajowych w 2005 r. według danych Eurostatu. Przy porównaniach wskaźników dla populacji należy wykazać ostrożność, ponieważ występują pewne różnice w definicji przypadków i jakości sprawozdawczości. Przedziały ufności i dalsze informacje na temat danych – patrz wykres DRD-7 część (i) w Biuletynie statystycznym za 2008 r

Źródło: Sprawozdania krajowe za 2007 r., informacje zebrane z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (medycyny sądowej lub policji) i Eurostat.

Niewiele jest jeszcze badań nad zachorowalnością i innymi konsekwencjami przedawkowań niezakończonych zgonem oraz nad ograniczonymi nakładami w zakresie profilaktyki, pomimo iż są dowody na to, że liczby te mogą być znaczne. Na podstawie badań ocenia się, że na każde przedawkowanie powodujące zgon może przypadać od 20 do 25 przedawkowań, które nie kończą się zgonem. Pomimo że trudno jest mieć pewność, czy te dane szacunkowe można stosować w odniesieniu do Unii Europejskiej jako całości, orientacyjne oszacowanie daje rocznie od 120 tys. do 175 tys. przypadków przedawkowań niezakończonych zgonem.

Zgony związane z opiatami

Heroina

W Europie przedawkowanie opiatów to jedna z głównych przyczyn zgonów wśród ludzi młodych,

szczególnie wśród mężczyzn zamieszkałych na obszarach miejskich⁽¹⁴⁰⁾. Opiaty, głównie heroina lub jej metabolity, występują w większości przypadków zgonów spowodowanych przez narkotyki w Unii Europejskiej; dotyczy to od 55 do blisko 100% wszystkich przypadków, przy czym ponad połowa krajów informuje o odsetku powyżej 80%⁽¹⁴¹⁾. W raportach toksykologicznych dotyczących zgonów przypisywanych heroinie często stwierdza się obecność innych substancji, które mogły odegrać pewną rolę. W takich przypadkach najczęściej zgłaszane substancje to alkohol, benzodiazepiny, inne opiaty, a w niektórych krajach – kokaina. Z prac prowadzonych niedawno przez EMCDDA, w których uczestniczyło dziewięć krajów, stwierdzono, że wyniki badań toksykologicznych dotyczących od 60 do 90% zgonów spowodowanych przez opiaty wymieniały więcej niż jeden narkotyk. To wskazuje, że znaczny odsetek wszystkich przypadków śmiertelnych spowodowanych

⁽¹⁴⁰⁾ Ponieważ większość przypadków zgłaszanych do EMCDDA to przedawkowanie opiatów, do ich opisu stosuje się ogólną charakterystykę nagłego przypadku zgonu z powodu narkotyków.

⁽¹⁴¹⁾ Patrz wykres DRD-1 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

przez opiaty może być związany z zażywaniem wielu narkotyków.

Większość osób (od 60 do 95%), które poniosły śmierć w wyniku przedawkowania opiatów, stanowili mężczyźni, przeważnie w wieku od 20 do 40 lat, a średni wiek w większości krajów wynosi około 35 lat⁽¹⁴²⁾. W wielu krajach rośnie średnia wieku osób umierających w wyniku przedawkowania, co prawdopodobnie świadczy o ustabilizowaniu się lub spadku liczby młodych osób zażywających heroinę. Jednak gdzie indziej (Bułgaria, Estonia, Rumunia, Austria) wśród osób poniżej 25. roku życia występuje stosunkowo wysoki odsetek zgonów w wyniku przedawkowania, co może świadczyć o zażywaniu heroiny lub dożywym przyjmowaniu narkotyków przez młodsze osoby w tych krajach⁽¹⁴³⁾.

Metadon i buprenorfina

Badania pokazują, że leczenie zastępcze zmniejsza ryzyko przedawkowania prowadzącego do zgonu. Każdego roku pojawiają się jednak doniesienia na temat kilku zgonów związanych z zażywaniem leków stosowanych w leczeniu zastępczym z powodu opiatów, przeważnie w wyniku nieprawidłowego zażywania lub – w mniejszej liczbie przypadków – problemów występujących podczas leczenia⁽¹⁴⁴⁾.

Kilka krajów informuje o stwierdzeniu obecności metadonu w wypadku znacznej części zgonów spowodowanych przez narkotyki, chociaż rola odgrywana przez tę substancję często jest niejasna, ponieważ brak wspólnych standardów raportowania. Kraje zgłaszające dużą liczbę zgonów, w których występuje metadon, to Dania, Niemcy, Zjednoczone Królestwo i Norwegia; pozostałe kraje takich przypadków nie zgłosiły w ogóle lub podały tylko ich niewielką liczbę⁽¹⁴⁵⁾. Począwszy od 1999 r., w Stanach Zjednoczonych odnotowuje się znaczący wzrost liczby zgonów związanych z metadonem. Większość ich przypisuje się niewłaściwemu wykorzystaniu metadonu pozyskiwanego w sposób niedozwolony ze szpitali, aptek, od praktyków i lekarzy zajmujących się leczeniem bólu, natomiast tylko nieliczne z nich wiązane są z metadonem uzyskanym w ramach programów leczenia zastępczego⁽¹⁴⁶⁾.

Wydaje się, że zgony w wyniku zatrucia buprenorfiną występują rzadko, mimo rosnącego stosowania tej substancji

w leczeniu zastępczym w wielu krajach europejskich. We Francji odnotowano pojedyncze zgony, chociaż liczba osób zażywających narkotyki i poddawanych leczeniu z zastosowaniem buprenorfiny jest znaczna (od 76 tys. do 90 tys.). W Finlandii jednak buprenorfina występuje w wypadku większości zgonów spowodowanych przez narkotyki, zwykle w połączeniu z lekami nasennymi lub alkoholem, bądź po jej dożywym przyjęciu⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanyl

W Estonii odnotowano ostatnio budzącą niepokój plagę śmiertelnych zatruc 3-metylofentanylem, stwierdzoną na podstawie przeprowadzonej ekspertyzy toksykologicznej *post mortem*, przy czym 46 śmiertelnych zatruc miało miejsce w 2005 r., a 71 – w 2006 r. (Ojanperä i in., w druku). Ponadto wstępne ustalenia z Estonii świadczą o tym, że 85 zgonów w 2004 r. było związanych z tą samą substancją. Informowano również o sporadycznych przypadkach zgonów związanych z fentanylem w innych krajach europejskich, a ostatnio wystąpiła krótkotrwała w zasadzie fala zgonów w Stanach Zjednoczonych, gdzie na przykład w latach 2005–2007 w Chicago 350 zgonów wiązano z fentanylem (Denton i in., 2008). Bardzo duża siła działania tej substancji zwiększa ryzyko przedawkowania, natomiast podczas toksykologicznych badań przesiewowych można to przeoczyć. Dlatego rosnąca nielegalna produkcja i zażywanie fentanylu stanowi wyzwanie zarówno dla istniejących systemów monitorowania, jak i sposobów reagowania w sprawach zdrowia publicznego.

Zgony związane z innymi narkotykami⁽¹⁴⁸⁾

Zgony spowodowane kokainą są trudniejsze do zdefiniowania i ustalenia niż ma to miejsce w przypadku opiatów (patrz – Wybrane zagadnienia dotyczące kokainy w opracowaniu z 2007 r.). Wydaje się, że zgony spowodowane przez przedawkowanie farmakologiczne występują rzadko i wówczas ma to zazwyczaj związek z bardzo dużymi dawkami kokainy. Natomiast większość zgonów związanych z kokainą to prawdopodobnie efekt ostrej toksyczności tego narkotyku, prowadzącej do powikłań sercowo-naczyniowych i neurologicznych. W wypadku tych zgonów nie zawsze można ustalić rolę kokainy, mogą one też nie być zgłaszane jako zgony związane z kokainą. W wielu wypadkach interpretacja danych na temat zgonów przypisywanych kokainie

⁽¹⁴²⁾ Patrz tabela DRD-1 część (i) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁴³⁾ Patrz wykresy DRD-2, DRD-3 i DRD-4 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁴⁴⁾ Patrz – Zgony związane z terapią zastępczą, str. 98.

⁽¹⁴⁵⁾ Patrz tabela DRD-108 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate (Zmiana zastosowania, nadużywanie i niewłaściwe wykorzystanie metadonu: Zatrważające tempo wzrostu zgonów) listopad 2007 r. Dokument 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>.

⁽¹⁴⁷⁾ Patrz tabela DRD-108 w Biuletynie statystycznym za 2008 r. i Sprawozdanie roczne 2007.

⁽¹⁴⁸⁾ Patrz tabela DRD-108 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Zgony związane z terapią zastępczą

Badania naukowe wykazały, że ryzyko przedawkowania znacznie spada w okresie, gdy osoby zażywające heroinę poddawane są leczeniu zastępczemu metadonem. W niedawnych badaniach kohortowych obejmujących ponad 5 tys. osób zażywających heroinę wykazano na przykład, że wówczas gdy są one poddawane leczeniu zastępczemu, ryzyko zgonu z powodu przedawkowania zmniejsza się 9-krotnie w porównaniu z innymi okresami, także w przypadku korzystania z innego leczenia lub w ogóle braku jakiegokolwiek leczenia (Brugal i in., 2005).

Metadon pojawia się jednak w raportach toksykologicznych dotyczących niektórych zgonów. Nie implikuje to jednak istnienia we wszystkich przypadkach bezpośredniego związku przyczynowego, ponieważ mogą tam występować inne narkotyki lub czynniki. Niemniej jednak może dojść do zgonu z powodu przedawkowania, a do czynników, które mogą mieć w tym udział, należą: zmiany w tolerancji na zastosowany środek, nadmierne dawkowanie, niewłaściwe stosowanie przez pacjenta i wykorzystanie środka do celów niezwiązanych z terapią.

Środki, które mają przeciwdziałać zmianie zastosowania metadonu i kierowaniu go na rynek nielegalny, powiązane ze zmniejszeniem liczby zgłoszonych zgonów z powodu metadonu w Zjednoczonym Królestwie (Zador i in., 2006), a mówiąc ogólnie – dobra praktyka w dziedzinie terapii zastępczej może być istotnym elementem w ograniczaniu ryzyka wystąpienia zgonów związanych z metadonem. Dlatego jest szansa, że zdrowie zarówno pacjentów, jak i społeczności lokalnej będzie odpowiednio chronione dzięki uzyskaniu poprawy w zakresie takich elementów, jak: standardy jakości leczenia, łącznie z praktyką przepisywania leków, obserwacja pacjenta podczas pierwszych etapów leczenia, monitorowanie pacjenta pod kątem ewentualnej kardiotoxyczności, informacje na temat ryzyka zażywania innych leków lub substancji psychoaktywnych oraz system wydawania leku zmniejszający ryzyko zmiany jego zastosowania.

Ogromna ekspansja leczenia metadonem w Europie nie znajduje odbicia w równoczesnym wzroście liczby zgonów związanych z metadonem. W badaniach przeprowadzonych w Zjednoczonym Królestwie stwierdzono, że w latach 1993–2004 łączna ilość przepisanych na receptę metadonu doustnego zwiększyła się 3,6 razy, natomiast liczba zgonów, w których stwierdzono metadon, spadła z 226 do 194 przypadków (Morgan i in., 2006). Stanowi to spadek liczby zgonów związanych z metadonem z 13 przypadków na 1 tys. pacjentolat w 1993 r. do 3,1 przypadków na 1 tys. pacjentolat w 2004 r. Chociaż przeprowadzenie podobnych badań w innych krajach byłoby przydatne, dostępne dowody wskazują, że bardziej prawdopodobne jest, iż zgony związane z metadonem wynikają z niedociągnięć w praktyce przepisywania leku niż z ogólnego poziomu leczenia zastępczego.

dodatkowo komplikuje się w związku z występowaniem innych substancji, co powoduje trudności w nakreśleniu związków przyczynowych.

W 2006 r. w 14 państwach członkowskich zgłoszono ponad 450 zgonów związanych z kokainą – chociaż prawdopodobnie zgłoszona liczba zgonów spowodowanych przez kokainę w Unii Europejskiej jest zaniżona.

Nadal rzadko zgłaszane są przypadki zgonów, w których stwierdzono ecstazy. Większość zgonów, w których stwierdza się „obecność narkotyku ecstazy”, odnotowano w Zjednoczonym Królestwie, lecz w wielu przypadkach nie określono tego narkotyku jako bezpośredniej przyczyny śmierci.

Chociaż w Europie również rzadko odnotowuje się zgony związane z amfetaminą, znaczną liczbę zgonów spowodowanych przez narkotyki przypisano środkowi o nazwie pervitin (metamfetamina). W Finlandii zgłoszono 64 przypadki zgonów, w których analiza toksykologiczna wykazała występowanie amfetamin, chociaż niekonieczne oznacza to, że ten narkotyk był bezpośrednią przyczyną śmierci.

Tendencje w zakresie zgonów spowodowanych przez narkotyki

W latach 80. i na początku lat 90. XX w. nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki, przypuszczalnie równoległe ze wzrostem zażywania heroiny i dożylnego przyjmowania narkotyków, a następnie liczba ta utrzymywała się na wysokim poziomie⁽¹⁴⁹⁾. Dane z poszczególnych krajów w dłuższej skali czasowej świadczą jednak o występowaniu zróżnicowanych tendencji: w niektórych krajach (np. Niemcy, Hiszpania, Francja, Włochy) najwyższa liczba zgonów przypada na początek i połowę lat 90., po czym nastąpiło jej zmniejszenie, w innych zaś (np. Irlandia, Grecja, Portugalia, Finlandia, Szwecja, Norwegia) liczba zgonów osiągnęła poziom szczytowy około 2000 r., po czym zaczęła spadać, a w jeszcze innych (np. Dania, Niderlandy, Austria, Zjednoczone Królestwo) odnotowano tendencję wzrostową, jednak bez poziomu szczytowego⁽¹⁵⁰⁾.

Trudniej opisać tendencje w zakresie zgonów spowodowanych przez narkotyki w latach 2001–2005/2006. W pierwszych latach bieżącego dziesięciolecia (2000–2003) wiele krajów UE odnotowywało spadki, a liczba zgonów spowodowanych przez narkotyki zmniejszyła się o 3% w 2001 r., o 14% w 2002 r. oraz o 7% w 2003 r.⁽¹⁵¹⁾ W 2004 i 2005 r. większość krajów UE zgłosiła jednak niewielki wzrost. Mogło się na to złożyć kilka czynników, w tym: wzrost w zakresie zażywania wielu

⁽¹⁴⁹⁾ Patrz wykres DRD-8 w Biuletynie statystycznym za 2008 r. Ze względów historycznych tendencja odnosi się do UE-15 i Norwegii.

⁽¹⁵⁰⁾ Patrz wykres DRD-11 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁵¹⁾ Wielkości tutaj wymienione różnią się od zgłoszonych w latach poprzednich ze względu na zmianę definicji przypadku lub ich zakresu w Danii, Hiszpanii, we Francji i w Zjednoczonym Królestwie oraz z uwagi na najnowsze dane pochodzące z kilku krajów.

narkotyków przez poszczególne osoby, prawdopodobne zwiększenie dostępności heroiny czy starzenie się populacji osób zażywających narkotyki od dłuższego czasu ⁽¹⁵²⁾.

Wobec braku danych dotyczących kilku większych krajów ogólna ocena liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki w 2006 r. ma nadal charakter tymczasowy. Dostępne dane z 18 krajów świadczą jednak o niewielkim spadku tych wielkości w stosunku do 2005 r.

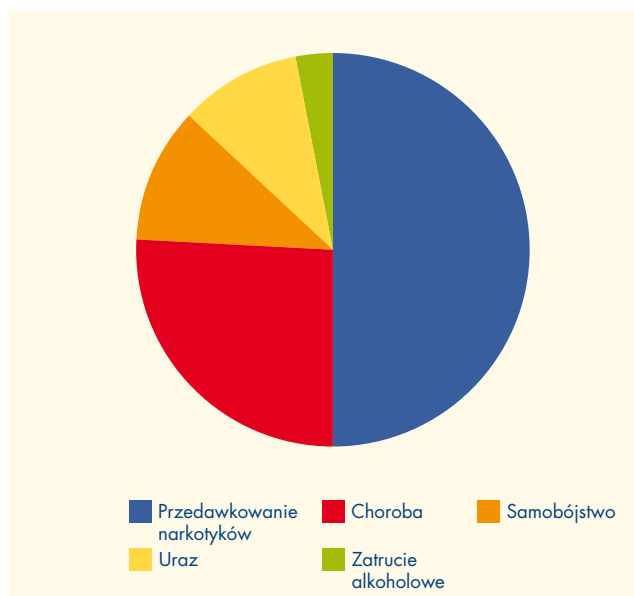
W Europie nastąpił umiarkowany spadek liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki w przypadku osób poniżej 25. roku życia, natomiast w państwach członkowskich, które przystąpiły do Unii Europejskiej po 2004 r., do niedawna obserwowano wzrost liczby zgonów w tej grupie wiekowej ⁽¹⁵³⁾. W ostatnich latach odnotowano jednak wzrost odsetka zgonów osób młodszych w Grecji, Luksemburgu i Austrii, a w mniejszym zakresie – w Bułgarii, na Łotwie i w Niderlandach ⁽¹⁵⁴⁾. Spostrzeżenia te wymagają dalszego zbadania, ponieważ mogą świadczyć o wzroście w tych krajach liczebności ludzi młodych zażywających opiaty.

Ogólny poziom śmiertelności związanej z narkotykami

W niedawnych badaniach odkryto, że wśród osób zażywających opiaty przyjętych na leczenie w ośmiu miejscach w Europie (siedmiu miastach i jednym kraju) wystąpił wysoki wskaźnik śmiertelności w porównaniu z rówieśnikami (patrz EMCDDA, 2006). W innych badaniach kohortowych stwierdzono wskaźniki śmiertelności od 6 do 54 razy wyższe wśród osób zażywających narkotyki niż w populacji ogólnej. Różnice wynikają przeważnie z przedawkowania narkotyku, chociaż istotne są również inne czynniki, a w niektórych krajach znaczną rolę odgrywają zgony z powodu AIDS. Darke i in. (2007) określili cztery szerokie kategorie zgonów osób zażywających narkotyki: przedawkowanie (łącznie z zatruciem alkoholem), choroba, samobójstwo i uraz. Z zażywaniem narkotyków mogą łączyć się takie choroby, jak stany chorobowe związane z wirusami przenoszonymi przez krew (HIV, HCV i HBV – patrz wyżej), nowotwory, choroby wątroby oraz choroby układu krążenia i układu oddechowego. W przypadku urazu chodzi przeważnie o wypadki, zabójstwa i inne akty przemocy.

Niedawne norweskie badania kohortowe osób zażywających narkotyki przyjętych na leczenie pokazały, że na 189 zgonów przedawkowanie spowodowało połowę wszystkich tych zgonów, w przypadku których przyczyny zgonu były znane. Choroby, przeważnie AIDS i schorzenia wątroby, stanowiły przyczynę jednej czwartej

Wykres 12: Znane przyczyny zgonów w kohorcie osób zażywających narkotyki w Norwegii



Uwaga: Dane pochodzą z badań opartych na próbie 501 osób zażywających narkotyki i przyjętych w latach 1981–1991 na leczenie z powodu uzależnienia od narkotyków. Do 2003 r. zarejestrowano 189 zgonów, z czego w 14 przypadkach nie można było ustalić przyczyny zgonu.

Źródło: Ødegard, E., Amundsen, E.J. i Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach”, *Drug and Alcohol Dependence* 89, str. 176–182.

zgonów, natomiast samobójstwo i uraz – po jednej dziesiątej, a zatrucia alkoholowe – około 2% (wykres 12). Należy pamiętać, że odsetek zgonów z powodu AIDS może być znacznie wyższy w krajach o wysokim stopniu rozpowszechnienia HIV wśród osób zażywających narkotyki.

Badania kohortowe są cennym narzędziem oceny i ukazania ogólnego poziomu śmiertelności związanej z zażywaniem narkotyków, natomiast inne sposoby mogą poprawić zrozumienie tej kwestii i umożliwić ogląd ogólny na poziomie krajowym. EMCDDA, w ścisłej współpracy z państwami członkowskimi, bada obecnie kilka nowych metod w tym obszarze, by następnie wdrożyć je na poziomie UE. W jednym z tych rozwiązań wskaźniki śmiertelności są ekstrapolowane z kohorty na lokalne (Bargagli i in., 2005) lub krajowe dane szacunkowe dotyczące osób problemowo zażywających narkotyki (Cruts i in., 2008). W innym podejściu części związane z narkotykami, pochodzące z różnych badań, są stosowane w odniesieniu do przyczyn zgonów, które najczęściej wiążą się z zażywaniem narkotyków (np. AIDS, wypadki, samobójstwa i zatrucia) i co jest odnotowywane w rejestrach zgonów w populacji ogólnej.

⁽¹⁵²⁾ Patrz – Wskaźniki dotyczące opiatów już nie spadają, str. 81 oraz tabela DRD-2 część (i) i wykres DRD-12 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁵³⁾ Patrz wykres DRD-13 część (i) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁵⁴⁾ Patrz wykres DRD-9 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

Zgony pośrednio związane z zażywaniem narkotyków

Zgony z powodu AIDS wiążące się z dożywotnim przyjmowaniem narkotyków to kolejna ważna kategoria zgonów. Na podstawie danych przedstawionych przez Eurostat i EuroHIV (sprawozdania na koniec 2005 r., 2006 r.), można ocenić, że w 2003 r. ponad 2,6 tys. osób zmarło z powodu AIDS związanego z zażywaniem narkotyków⁽¹⁵⁵⁾. Większość z tych zgonów zgłoszono w niewielu krajach, ponieważ do 90% tych zgonów doszło w Hiszpanii, we Francji, Włoszech i w Portugalii. Najwyższy wskaźnik śmiertelności spowodowanej AIDS odnotowano w połowie lat 90., po czym nastąpił znaczny jego spadek w następstwie wprowadzenia i rozszerzenia skali terapii HAART.

Wskaźniki śmiertelności populacji z powodu AIDS związanego z zażywaniem narkotyków są niskie – wyjątek stanowią Hiszpania, Włochy i w szczególności Portugalia. Natomiast w wielu krajach śmiertelność w wyniku przedawkowania jest znacznie wyższa niż śmiertelność związana z AIDS wśród osób zażywających narkotyki⁽¹⁵⁶⁾. Oszacowanie liczby zgonów z innych przyczyn (np. skutków chorób zakaźnych, przemocy, wypadków) jest obecnie trudniejsze, dlatego konieczne

jest udoskonalenie sposobu gromadzenia danych i ich oceny w tej dziedzinie (patrz str. poprz.).

Samobójstwo wydaje się częstą przyczyną śmierci wśród osób zażywających narkotyki. Z przeglądu literatury (Darke i Ross, 2002) wynika, że wskaźnik samobójstw jest 14-krotnie wyższy wśród osób zażywających heroinę niż w populacji ogólnej.

Ograniczanie liczby zgonów związanych z narkotykami

Celem większości strategii krajowych jest ograniczenie liczby zgonów związanych z narkotykami, lecz nieliczne kraje przyjęły plany działania bądź przedstawiły systemowe wytyczne dotyczące środków, jakie należy przedsięwziąć. W 2007 r. brytyjskie ministerstwo zdrowia wydało jednak nowe wytyczne dotyczące postępowania klinicznego w wypadku uzależnień od narkotyków i niewłaściwego wykorzystywania leków, określając specjalne działania w celu zapobiegania zgonom związanym z narkotykami.

W długofalowych badaniach we Włoszech pokazano wkład, jaki w proces ograniczania śmiertelności wśród osób zażywających narkotyki może wnieść leczenie,

Podwyższone ryzyko zgonów spowodowanych przez narkotyki po odbyciu kary pozbawienia wolności lub po zakończeniu leczenia

Jak wynika z badań przeprowadzonych w Europie i poza nią, ryzyko zgonu spowodowanego przez narkotyki znacznie wzrasta w okresie następującym bezpośrednio po zwolnieniu z więzienia lub w razie nawrotu po zakończeniu leczenia.

W ramach badań przeprowadzonych ostatnio w Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Walia) porównano akta blisko 49 tys. więźniów, zwolnionych z więzienia w latach 1998–2000, ze wszystkimi zgonami zarejestrowanymi do listopada 2003 r. (Farrell i Marsden, 2008). Z łącznej liczby 442 zgonów, jakie miały miejsce w omawianej próbie w tym okresie, większość (59%) to zgony związane z narkotykami. W roku bezpośrednio następującym po zwolnieniu z więzienia wskaźnik śmiertelności spowodowanej przez narkotyki wynosił 5,2 na 1 tys. mężczyzn i 5,9 na 1 tys. kobiet. W okresie bezpośrednio po zwolnieniu z więzienia przewidywane wskaźniki były przekroczone w przypadku kobiet ponad 10-krotnie, a mężczyzn – ponad 8-krotnie. Zgony wszystkich kobiet i 95% zgonów mężczyzn, które nastąpiły w ciągu pierwszych dwóch tygodni po wyjściu z więzienia, były związane z narkotykami i można je łączyć z przedawkowaniem narkotyku lub mówiąc ogólniej – z zaburzeniami w zażywaniu substancji.

W aktach koronerów wymieniono powiązanie opiatów z 95% przypadków zgonów spowodowanych przez narkotyki, benzodiazepiny – z 20%, kokainy – z 14%, a trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych – z 10% przypadków.

W badaniach VEdTTE we Włoszech (Davoli i in., 2007) zaobserwowano, że wskaźnik zgonów z powodu przedawkowania kształtował się na poziomie jednego przypadku na 1 tys. wśród osób zażywających heroinę poddawanych leczeniu, a 23 na 1 tys. – w pierwszym miesiącu po zakończeniu leczenia. Odpowiada to 27-krotnemu podwyższeniu ryzyka zgonu z powodu przedawkowania w pierwszym miesiącu pozostawania poza leczeniem, po uwzględnieniu ewentualnych czynników wkładających.

Pomimo zaobserwowanego związku pomiędzy zgonami spowodowanymi przez narkotyki a zwolnieniem z więzienia lub zakończeniem leczenia niewiele krajów stara się w systematyczny sposób informować więźniów czy osoby poddawane leczeniu o zagrożeniu w postaci przedawkowania. W wielu krajach nie wykształcił się również system kontynuacji opieki nad osobami zażywającymi narkotyki i ich rehabilitacji po tym, jak zostaną one zwolnione z więzienia. Postęp w obu tych obszarach stworzyłby nieocenione możliwości w zakresie zapobiegania zgonom związanym z narkotykami.

⁽¹⁵⁵⁾ Rok 2003 przyjęto jako ostatni rok, za który dostępne są – za pośrednictwem Eurostatu – informacje z prawie wszystkich państw członkowskich dotyczące przyczyn zgonów. Więcej informacji na temat źródeł, liczb i wyliczeń – patrz tabela DRD-5 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽¹⁵⁶⁾ Patrz wykres DRD-7 część (ii) w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

w tym leczenie zastępcze w połączeniu z opieką psychospołeczną i psychoterapią (Davoli i in., 2007). Badania te dotyczyły kohorty 10 454 osób zażywających heroinę, które trafiły do publicznych placówek leczniczych w latach 1998–2001; oceniono stopień kontynuacji leczenia oraz śmiertelność w wyniku przedawkowania. Ryzyko zgonu w tej kohorcie było średnio 10-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej. Jednak w grupie leczonych osób zażywających narkotyki ryzyko zgonu było 4-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej, natomiast w przypadku osób, które zaprzęstały leczenia, prawdopodobieństwo, że umrą, stanowiło 20-krotność ryzyka zgonu w populacji ogólnej.

W większości krajów powszechną praktyką jest kierunkowe rozpowszechnianie informacji na temat ryzyka przedawkowania i sposobu radzenia sobie z tym; wykorzystywane są w tym celu ulotki, broszury i plakaty. Ponadto połowa wszystkich państw członkowskich informuje obecnie o warsztatach szkoleniowych mających na celu poszerzenie wiedzy i umiejętności w zakresie kontroli przedawkowania. Szkolenia te mogą dotyczyć osób zażywających narkotyki, krewnych, jak też personelu i zwykle obejmują informacje dotyczące szczególnych rodzajów ryzyka, w tym zmniejszonej odporności na narkotyk po okresach abstynencji, konsekwencji zażywania wielu narkotyków, zwłaszcza

równoczesnego spożywania alkoholu oraz zażywania narkotyków w samotności; uwzględnia się też w nich informacje na temat udzielania pierwszej pomocy. W wypadku Włoch zgłoszono, że w połowie oddziałów opieki nad narkomanami, koordynowanych w ramach publicznej służby zdrowia, szkolenie w zakresie sposobów reagowania na przedawkowanie połączone jest z wydzielaniem naloksonu do stosowania w domu.

Cenne może być aktywne monitorowanie psychospołecznego funkcjonowania osób zażywających narkotyki, łącznie z osobami otrzymującymi leczenie zastępcze, ponieważ w wielu przypadkach do przedawkowania narkotyków dochodzi w wyniku wcześniejszych zdarzeń zdrowotnych lub społecznych, a wskaźniki zamierzonego przedawkowania mogą być wysokie (Oliver i in., 2007).

Kolejnym wyzwaniem w wielu krajach jest to, że służba zdrowia i opieka społeczna zajmują się starzejącą się populacją osób zażywających narkotyki od długiego czasu, które mogą być bardziej narażone zarówno na przedawkowanie narkotyku, jak i na szereg negatywnych konsekwencji zdrowotnych. W szczególności osoby zażywające narkotyki dożylnie mogą borykać się z wysokim stopniem zaawansowania choroby somatycznej, zwłaszcza przewlekłych zakażeń wątroby, co jeszcze bardziej pogłębia ich skłonność do zachorowań.

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

Zażywanie nowych substancji psychoaktywnych może mieć istotne implikacje dla zdrowia publicznego i dla polityki, lecz monitorowanie pojawiających się tendencji to znaczne wyzwanie. Nowe schematy zażywania narkotyków trudno wykryć, ponieważ pojawiają się zwykle w niewielkim wymiarze i w specyficznych miejscach lub w zamkniętych podgrupach populacji. Niewiele krajów dysponuje systemami monitorowania, które są wyczulone na ten rodzaj zachowań, a trudności metodologiczne, jakie stwarza monitorowanie tego rodzaju zażywania narkotyków, są znaczne. Niemniej jednak znaczenie, jakie ma ustalenie potencjalnych nowych zagrożeń, jest powszechnie uznawane i właśnie w bezpośredniej reakcji na to Unia Europejska przez przyjęcie decyzji Rady w sprawie nowych substancji psychoaktywnych utworzyła system wczesnego ostrzegania, który zapewnia mechanizm szybkiego reagowania na pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych na europejskiej scenie narkotykowej. Działania wspierające system wczesnego ostrzegania stanowią ważną część prac EMCDDA i wpisują się w szerszą perspektywę stosowania całej gamy różnych źródeł danych w celu doskonalenia europejskiego systemu monitorowania narkotyków, aby mógł on reagować na czas i z odpowiednią czujnością.

Działania UE dotyczące nowych substancji psychoaktywnych

Decyzja Rady w sprawie nowych substancji psychoaktywnych⁽¹⁵⁷⁾ ustanawia mechanizm szybkiej wymiany informacji na temat nowych substancji psychoaktywnych, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego i dla społeczeństwa. Decyzja umożliwia ponadto ocenę zagrożeń wiążących się z nowymi substancjami, aby środki stosowane w państwach członkowskich w celu kontroli substancji odurzających i psychotropowych można było stosować również wobec nowych substancji. W maju 2007 r.

Komitet Naukowy EMCDDA, w poszerzonym składzie, dokonał oceny ryzyka nowej substancji psychoaktywnej BZP (1-benzylpiperazyny) i przedłożył sprawozdanie Radzie i Komisji Europejskiej⁽¹⁵⁸⁾. W ocenie ryzyka stwierdzono, że ze względu na właściwości tego środka pobudzającego, ryzyko dla zdrowia, jakie się z nim wiąże, oraz na fakt, iż nie przynosi korzyści leczniczych, kontrolowanie BZP jest konieczne, natomiast środki kontroli powinny być odpowiednie do stosunkowo niewielkiego ryzyka stwarzanego przez tę substancję. W marcu 2008 r. Rada przyjęła decyzję określającą BZP jako nową substancję psychoaktywną, która ma być podporządkowana środkom kontroli i przepisom karnym. Państwa członkowskie mają rok na podjęcie niezbędnych kroków zgodnie ze swoim prawem krajowym, aby podporządkować BZP środkom kontroli współmiernym do ryzyka związanego z tą substancją oraz stosować sankcje karne, jakie przewidziano w ich przepisach prawnych zgodnych ze zobowiązaniami wynikającymi z Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r.

W marcu 2007 r. EMCDDA i Europol złożyły do Komisji raport w sprawie aktywnego monitorowania 1-(3-chlorofenylo)piperazyny (mCPP)⁽¹⁵⁹⁾. Raport sporządzono wyłącznie w celach informacyjnych; zawierał on wniosek, że „jest mało prawdopodobne, aby mCPP stała się narkotykiem rekreacyjnym w czystej postaci” z uwagi na niejednoznaczne właściwości psychoaktywne i pewne skutki niepożądane. Skoro wygląda na to, że mCPP nie budzi szczególnego zainteresowania odbiorców, prawdopodobnie na rynku tej substancji w Unii Europejskiej panują raczej siły podaży, a nie siły popytu.

W 2007 r. za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono po raz pierwszy do EMCDDA i Europolu łącznie 15 nowych substancji psychoaktywnych. Grupa nowo zgłoszonych substancji jest zróżnicowana i obok nowych narkotyków syntetycznych zawiera produkty lecznicze i substancje występujące w przyrodzie. Dziewięć z tych nowo zgłoszonych związków chemicznych to narkotyki syntetyczne zbliżone do ujętych w wykazie

⁽¹⁵⁷⁾ Decyzja Rady 2005/387/WSiSW z dnia 10 maja 2005 r. w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U. L 127 z 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

Nowe substancje pod kontrolą

Od stycznia 2006 r. 12 krajów zgłosiło nowe pozycje lub zmiany w swoich wykazach substancji kontrolowanych. W sześciu krajach (Belgia, Niemcy, Litwa, Węgry, Malta, Słowacja) do wykazu substancji kontrolowanych wprowadzono dodatkowo mCPP (1-(3-chlorofenyl) piperazyna), a w czterech krajach (Estonia, Włochy, Litwa, Malta) – BZP (1-benzylpiperazyna). Jeżeli chodzi o te substancje, to EMCDDA i Europol aktywnie monitorowały mCPP, BZP zaś poddano w 2007 r. ocenie ryzyka. Inne substancje, które zostały objęte kontrolą w omawianym okresie, to: środki halucynogenne DOC (4-chloro-2,5-dimetoksyamfetamina), DOI (4-jodo-2,5-dimetoksyamfetamina) i bromo-dragonfly (bromo-benzodifuranylizopropylamina) w Danii i Szwecji, a ketamina w Estonii.

Kontroli podlegają także różne rośliny mające właściwości psychoaktywne. W tym celu Belgia dokonała przeformułowania przepisów dotyczących substancji psychotropowych, aby włączyć nową kategorię zawierającą wykaz roślin lub części roślin podlegających kontroli, a nie po prostu psychoaktywnych składników w nich zawartych, jak poprzednio. Wśród roślin umieszczonych w wykazie znajduje się czuwaliczka jadalna (khat, qat, *Catha edulis*) i szatwia wieszczca (*Salvia divinorum*). Czuwaliczka jadalna podlega teraz kontroli w 11 krajach w Europie (w ocenie ryzyka dokonanej w 2005 r. w Zjednoczonym Królestwie zalecono niestosowanie kontroli). W 2006 r. Szwecja umieściła w tym wykazie salvinorin A, główny składnik czynny występujący w roślinie *Salvia divinorum*; w 2008 r. roślinę tę objęto również kontrolą w Niemczech. W tym samym okresie *Tabernanthe iboga* umieszczono w wykazie substancji kontrolowanych we Francji, w ślad za kontrolą jej czynnego składnika – ibogainy – w Belgii, Danii i Szwecji. Wreszcie, w związku ze zgonami kojarzonymi z grzybami halucynogennymi Irlandia i Niderlandy zlikwidowały istniejące wcześniej luki, które pozwalały na sprzedaż i posiadanie świeżych grzybów zawierających psylocynę; ustawa ta weszła w życie w styczniu 2006 r. w Irlandii, podczas gdy w Niderlandach – w chwili sporządzania niniejszego sprawozdania – trwa procedura parlamentarna związana z analogiczną ustawą.

Wykaz substancji podlegających kontroli w całej UE i w Norwegii zawiera Tabela substancji i klasyfikacji w Europejskiej prawnej bazie danych o narkotykach, gdzie można uzyskać dodatkowe informacje (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

I i II Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r. Były to substancje z takich znanych grup chemicznych, jak fenetylaminy, tryptaminy i piperazyny, a także substancje o mniej znanym składzie chemicznym. W grupie tej równy udział mają substancje, które wywołują wyraźne efekty halucynogenne, i substancje, które wykazują głównie właściwości pobudzające.

Po raz pierwszy w 2007 r. dzięki systemowi wymiany informacji zgłoszono trzy substancje występujące w przyrodzie, a wśród nich *Salvia divinorum* (szatwia wieszczca), roślinę o silnych właściwościach psychoaktywnych ⁽¹⁶⁰⁾.

Internet – miejsce handlu substancjami psychoaktywnymi

Internet – poprzez fora internetowe i czaty, jak również witryny sklepów internetowych sprzedających psychoaktywne środki zastępujące substancje kontrolowane – umożliwia poznanie świata osób zażywających narkotyki. Dostępne informacje mogą dać wgląd w różne aspekty internetowego rynku narkotykowego, na przykład na temat metod działania sklepów internetowych, sposobu, w jaki odpowiadają na zapotrzebowanie odbiorców, oraz nowe tendencje występujące wśród ludzi młodych. W celu ustalenia aktualnych zjawisk na internetowym rynku narkotyków na początku 2008 r. EMCDDA przeprowadziło badania wyrywkowe, w ramach których sprawdzono 25 sklepów internetowych. Wyniki tych badań zostały zaprezentowane poniżej.

Sklepy internetowe

Pojawiają się informacje o rosnącej liczbie sklepów internetowych, które sprzedają substancje psychoaktywne alternatywne w stosunku do narkotyków podlegających

Metodologia badania Internetu

W celu uzyskania obrazu sytuacji – w styczniu 2008 r. przeprowadzono wyszukiwanie w Internecie przy pomocy wielojęzycznych słów kluczowych i wyszukiwarki Google (<http://www.google.com>). Znalaziono 68 sklepów internetowych ulokowanych w UE, które sprzedają różne rodzaje „legalnych dopalaczy”. Dokonano stratyfikacji tych sklepów według kraju pochodzenia. Do identyfikacji kraju pochodzenia posłużyły kody domen krajów UE (np. es, fr, de) lub inne wskazówki świadczące o posiadaniu siedziby w UE (np. adresy kontaktowe). Ponad połowa sklepów (52 %) miała siedzibę w Zjednoczonym Królestwie, 37 % – w Niderlandach, 6 % w Niemczech, 4 % – w Austrii, a 1 % – w innych krajach (np. Irlandia, Polska). Wybrano losowo próbę złożoną z 25 sklepów internetowych w celu przeprowadzenia szczegółowej analizy. Frakcje próby w każdej warstwie (kraj pochodzenia) były proporcjonalne do frakcji w całej próbie sklepów internetowych. Wyłączono sklepy internetowe, które prowadziły sprzedaż wyłącznie dla firm, a nie dla konsumenta, ponieważ były to sklepy sprzedające jedynie grzyby halucynogenne.

⁽¹⁶⁰⁾ Patrz powyżej – Nowe substancje pod kontrolą.

kontroli, takich jak LSD, ecstasy, konopie indyjskie i opiaty. Chociaż substancje oferowane do sprzedaży przez sklepy internetowe często są określane jako „dopalacze legalne” (*legal highs*) lub „dopalacze ziołowe” (*herbal highs*), w niektórych krajach europejskich są one objęte tymi samymi przepisami co narkotyki podlegające kontroli i mogą powodować takie same sankcje.

Większość sklepów internetowych w Unii Europejskiej zidentyfikowanych w badaniu wrywkowym ma siedzibę w Zjednoczonym Królestwie lub w Niderlandach, a w mniejszym zakresie – w Niemczech i Austrii. Sklepy internetowe często specjalizują się w określonych rodzajach produktów związanych z narkotykami, na przykład część z nich głównie sprzedaje akcesoria do przyjmowania narkotyków, część specjalizuje się w halucynogennych grzybach lub tabletkach imprezowych (*party pills*), natomiast inne handlują szeroką gamą substancji ziołowych, półsyntetycznych i syntetycznych.

Sklepy internetowe z siedzibą w Europie zamieszczają reklamy ponad 200 produktów psychoaktywnych. Najczęściej spotykane „legalne dopalacze” to szatwia wieszczka (*Salvia divinorum*), kratom (*Mitragyna speciosa*), powój hawajski (*Argyreia nervosa*), grzyby halucynogenne (EMCDDA, 2006) oraz różnorodne tabletki imprezowe.

Substancje oferowane do sprzedaży reklamuje się jako środki, które dają efekty zbliżone do uzyskiwanych w przypadku narkotyków podlegających kontroli. Zarówno szatwia wieszczka, jak i powój hawajski, wraz z rzadziej oferowanym wilcem (*Ipomoea violacea*), opisuje się jako środki powodujące efekty halucynogenne podobne do LSD. Kratom często jest sprzedawany jako substytut opiatów, oferowane są rozmaite środki alternatywne zastępujące konopie indyjskie, a tabletki imprezowe sprzedaje się jako środki alternatywne zamiast MDMA. Oferowane *party pills* mogą zawierać materiał roślinny lub substancje półsyntetyczne bądź syntetyczne. Często głównym składnikiem syntetycznych tabletek imprezowych jest benzylpiperazyna (BZP), chociaż wydaje się, że sklepy internetowe dysponują substancjami zastępczymi przygotowanymi na wypadek, gdy BZP zostanie podporządkowana środkom kontroli w państwach członkowskich UE. Ogłaszane ceny oferowanych substancji wahają się od 1 euro do 11 euro za ilość odpowiadającą jednej dawce.

GHB i jego prekursor GBL: dalsze informacje

W Europie kwas gamma-hydroksymaślowy (GHB) pozostaje pod nadzorem od 2000 r., gdy w ramach wspólnej akcji dotyczącej nowych narkotyków syntetycznych dokonano oceny ryzyka tej substancji

(EMCDDA, 2002). Dodanie GHB w marcu 2001 r. do wykazu IV Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r. zobowiązało wszystkie państwa członkowskie UE do kontrolowania tego narkotyku na podstawie przepisów krajowych dotyczących substancji psychotropowych i nowe środki kontroli szybko ukróciły wcześniejszą swobodną sprzedaż GHB.

GHB występuje w stanie naturalnym w ludzkim organizmie, lecz jest także stosowany jako lek i jako narkotyk rekreacyjny. Pozalecnicze zastosowanie GHB pojawiło się na scenie nocnych lokali rozrywkowych w niektórych częściach Europy, Azji i Australii w latach 90. XX w., zwłaszcza w klubach nocnych, gdzie powszechnie zażywa się wiele innych narkotyków. Szybko pojawiły się obawy dotyczące ryzyka zdrowotnego związane z jego zażywaniem. Obawy dotyczyły zwłaszcza możliwości dodawania GHB ukradkiem do napojów (powszechnie określane mianem „zaprawienia napoju”) w celu ułatwienia napaści seksualnej. Nie ma jednak na to dowodów sądowych, a ich ustalenie jest trudne z uwagi na krótki czas, w jakim możliwe jest wykrycie GHB w płynach ustrojowych. Jednakże związek GHB z napaścią seksualną ułatwioną przez ten narkotyk mógł się przyczynić do stosunkowo „negatywnego wizerunku” tej substancji (EMCDDA, 2008c).

GBL

Rodzą się obecnie obawy związane z doniesieniami na temat spożywania gamma-butyrolaktonu (GBL), który jest prekursorem GHB i który nie figuruje w żadnej konwencji ONZ o kontroli narkotyków. W organizmie GBL ulega szybkiej przemianie w GHB i obecnie brak jest łatwo dostępnego testu toksykologicznego umożliwiającego ustalenie, którą z tych dwóch substancji spożyto.

GHB otrzymuje się w łatwy sposób z GBL i 1,4-butanodiolu (1,4-BD), substancji powszechnie i legalnie wykorzystywanych w wielu dziedzinach przemysłu (np. produkty chemiczne, tworzywa sztuczne, farmaceutyki) i tym samym dostępnych w firmach handlowych. Dostępność GBL w handlu sprawia, że handlarze narkotyków i konsumenci łatwo ją pozyskują, ponosząc znacznie niższe koszty i mniejsze ryzyko niż zwykle spotykane na rynkach nielegalnych narkotyków w Unii Europejskiej. Na przykład średnia cena za dawkę zawierającą 1 gram GBL przy zakupie hurtowym w Internecie waha się od 0,09 do 2 euro.

Zagrożenie dla zdrowia

Zarówno w przypadku GHB, jak i GBL występuje stroma krzywa reakcji na dawkę, z szybkim wystąpieniem

objawów, co znacznie zwiększa ryzyko związane z nielegalnym zażywaniem. Nudności, wymioty i różny stopień ograniczenia świadomości to główne niepożądane skutki występujące w większości zgłoszonych przypadków intoksykacji substancją GHB. Częsta obecność innych narkotyków może jednak komplikować ten obraz kliniczny. Holenderskie badania dotyczące 72 osób zażywających GHB pokazały, że większość z nich co najmniej jeden raz straciła przytomność po zażyciu tego narkotyku, a niektórym z nich zdarzało się to częściej (Korf i in., 2002). Z badań dotyczących osób zażywających GHB i GBL w Zjednoczonym Królestwie wynika, że niepożądane reakcje częściej stwierdzano w lokalach klubowych niż w domach prywatnych (Sumnall i in., 2008). Zgodnie z opisem profilu pacjenta z objawami intoksykacji GHB – w Londynie i Barcelonie była to głównie osoba młoda płci męskiej, przy czym większość przypadków miała miejsce w czasie weekendów, zwykle przy równoczesnym spożywaniu alkoholu lub nielegalnych narkotyków (Miro i in., 2002; Wood i in., 2008).

Od początku lat 90. opisywano w literaturze naukowej oraz zgłaszano – choć niesystematycznie – do EMCDDA przypadki intoksykacji i nagłe wypadki związane z GHB w Belgii, Danii, Hiszpanii, Luksemburgu, Niderlandach, Finlandii, Szwecji, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii. Pomimo że GHB ma związek jedynie z bardzo małym odsetkiem wszystkich nagłych przypadków intoksykacji, które wymagają hospitalizacji lub interwencji pogotowia ratunkowego, wydaje się, że od 2000 r. wielkość z tym związane uległy zwiększeniu. W 2005 r. w Amsterdamie odsetek nagłych wezwań z powodu przypadków związanych z GHB lub GBL, które wymagały przewiezienia do szpitala, był wyższy niż z powodu innych narkotyków.

W Zjednoczonym Królestwie jeden oddział ratunkowy szpitala londyńskiego – działający w rejonie, w którym znajdują się lokalne kluby obsługujące zwykle, lecz nie tylko, środowisko gejów – w 2006 r. zarejestrował łącznie 158 zgłoszeń związanych z GHB i GBL. Chociaż większość

tych pacjentów twierdziła, że zażyła GHB, na podstawie analizy próbek zebranych w klubach nocnych w tym samym rejonie i w tym samym czasie stwierdzono, że ponad połowa próbek zawierała GBL, a nie GHB. To wskazuje, że zażywanie GBL może być bardziej powszechne niż wcześniej sądzono (Wood i in., 2008).

Z uwagi na szybkie wydalanie GHB i GBL z organizmu trudno ustalić je jako przyczynę intoksykacji lub zgonu. Ponadto brak jest dokładnego i porównywalnego systemu rejestrowania liczby zgonów i nagłych wypadków bez skutku śmiertelnego związanych z zażywaniem GHB i jego prekursorów.

Sposoby reagowania

Niektóre państwa członkowskie (Włochy, Łotwa, Szwecja) zdecydowały się na kontrolowanie GBL (lub GBL i innego prekursora – 1,4-BD) na podstawie prawa antynarkotykowego lub równorzędnego, a w Zjednoczonym Królestwie trwają dyskusje na temat ewentualnych dalszych kontroli. Zgodnie ze wspólnotowymi przepisami dotyczącymi kontroli prekursorów GBL i 1,4-BD znajdują się w wykazie substancji niekontrolowanych, w odniesieniu do których we wszystkich państwach członkowskich funkcjonują dobrowolne środki monitorowania, co ma przeciwdziałać zjawisku odchodzenia od legalnych przemysłowych zastosowań tych substancji.

W związku z zażywaniem GHB lub GBL powszechnie podejmuje się działania interwencyjne mające na celu zapobieganie szkodom i ich ograniczanie w ramach krajowych i wspólnotowych projektów antynarkotykowych, które koncentrują się na nocnych lokalach. Działania te obejmują zazwyczaj szkolenie personelu klubów i rozpowszechnianie informacji na temat ryzyka wynikającego z zażywania GHB i pozostałych narkotyków. Podobne działania interwencyjne często mają miejsce w powiązaniu z innymi działaniami związanymi z narkotykami „klubowymi” i spożywaniem alkoholu oraz narkotyków w różnych konfiguracjach (EMCDDA, 2008e).

Bibliografia

- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M. i in. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, str. 198–202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. i in. (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain”, *Addiction* 100, str. 981–989.
- Cameron, L. i Williams, J. (2001), „Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?”, *Economic Record* 77, str. 19–34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Wiedeń.
- Coggans, N. (2006), „Drug education and prevention: has progress been made?”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, str. 417–422.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S. i in. (2007), „Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation”, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. i Sorensen, J.L. (2001), „Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment”, *Drug and Alcohol Dependence* 62, str. 91–95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. i Van Laar, M. (2008), „Estimating the total mortality among problem drug users”, *Substance Use and Misuse* 43, str. 733–747.
- Currie, C. i in. (red.) (2008), „Inequalities in young people’s health: international report from the HBSC 2005/06 survey”, *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.
- Daly, M. (2007), „Plant warfare”, *Druglink* 22(2), marzec-kwiecień.
- Darke, S. i Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, str. 1383–1394.
- Darke, S., Degenhardt, L. i Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. i in. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdETE study, a national multi-site prospective cohort study”, *Addiction* 102, str. 1954–1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A. i in. (2006), „Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro”, *Revista Española de Salud Pública* 80, str. 505–520.
- DeFuentes-Merillas, L. i De Jong, C.A.J. (2008), „Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie”, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. i Kalelkar, M.B. (2008), „An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007”, *Journal of Forensic Science* 53, str. 452–454.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M. i in. (2003), „A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system”, *Drug and Alcohol Dependence* 72, str. 59–65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. i Matic, S. (2007), „Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004”, *International Journal of Drug Policy* 18, str. 271–280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, European Centre for Disease Control, Sztokholm.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2006), *Sprawozdanie roczne 2006: stan problemu narkotykowego w Europie*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2007a), *Sprawozdanie roczne 2007: stan problemu narkotykowego w Europie*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph No 8, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights No 9, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsqa>).
- EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of public expenditure in Europe: EMCDDA 2008 selected issue: EMCDDA 2008 selected issue*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.

- EMCDDA (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Haga.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haga.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haga.
- Farrell, M. i Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment”, *Addiction* 103, str. 251–255.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. i Wendling, B.W. (2001), „The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse”, *Journal of Health Economics* 20, str. 51–68.
- Gorman, D.M., Conde, E. i Huber, J.C. (2007), „The creation of evidence in ‘evidence-based’ drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation”, *Drug and Alcohol Review* 26, str. 585–593.
- Gossop, M., Manning, V. i Ridge, G. (2006), „Concurrent use and order or use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder”, *Addiction* 101, str. 1292–1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., i Treacy, S. (2002), „Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)”, *Addictive Behaviors* 27, str. 155–166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. i Klempova, D. (2008), „Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe”, *Drug and Alcohol Review* 27, str. 236–242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B. i in. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. i Anderson, J. (2003), „Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, str. 125–134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board, Nowy Jork.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board, Nowy Jork.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, presented at the 2nd European conference on drug trafficking and law enforcement, Paryż, 26–27 września 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. i Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (znajduje się na stronie internetowej: <http://www.archido.de/>).
- Komisja Europejska (2007a), „Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie realizacji zalecenia Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków”, COM(2007) 199 wersja ostateczna.
- Komisja Europejska (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Health and Consumer Protection Directorate.
- Korf, D., Nabben, T. i Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. i Patton, G.C. (2006), „Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies”, *Addiction* 101, str. 948–958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. i Davoli, M. (2008), „Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. i Davoli, M. (2004), „Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. i Sanchez, M. (2002), „Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate”, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, 129–135.
- Morgan, O., Griffiths, C. i Hickman, M. (2006), „Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004”, *International Journal of Epidemiology* 35, str. 1579–1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. i LaRowe, S. (2004), „Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues”, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, str. 101–109.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, Londyn.
- Nordstrom, B.R. i Levin, F.R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature”, *American Journal of Addiction* 16, str. 331–342.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. i Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach”, *Drug and Alcohol Dependence* 89, str. 176–182.

- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikojä, A. i Vuori, E. (w druku), „An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia”, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G. i in. (2007), „A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose”, *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, Londyn.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. i in. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life”, *Addiction* 103, str. 439–449.
- Petrie, J., Bunn, F. i Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review”, *Health Education Research* 22, str. 177–191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. i in. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, str. 147–155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. i Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey”, *Circulation* 103, str. 502–506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. i in. (2000), „Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention”, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, str. 233–238.
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. i Wiessing, L. (2008), „Guidelines for estimating the incidence of problem drug use”, Final report CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., i in. (w druku), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe”, Final report WP 1 of project SANCO/2006/C4/02 on „Drug policy and harm reduction” for the European Commission.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. i Carballo, J.L. (2008), „Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, str. 202–207.
- Sprawozdanie krajowe Reitox (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Stallwitz, A. i Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review”, *International Journal of Drug Policy* 18, str. 464–474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., i in. (2008), „Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)”, *Drug and Alcohol Dependence* 92, str. 286–290.
- 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, str. 170.
- Swift, W., Hall, W. i Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 309–318.
- Szendrei, K. (1997–1998), „Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality”, *Bulletin on Narcotics* XLIX i L, nr 1 i 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C. i in. (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use”, *Lancet* 369, str. 1391–1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń (znajduje się na stronie internetowej: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC i rząd Maroka (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. i Prins, M. (2007), „Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users”, *Addiction* 102, str. 1454–1462.
- WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, World Customs Organisation, Bruksela.
- Werch, C.E. i Owen, D.M. (2002), „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs”, *Journal of Studies on Alcohol* 63, str. 581–590.
- Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T. i in. (2008), „Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)”, *Quarterly Journal of Medicine* 101, str. 23–29.
- Zador, D., Mayet, S. i Strang, J. (2006), „Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK”, *International Journal of Epidemiology* 35, str. 1586–1587.
- Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. i Lochman, J.E. (2007), „Preventive effects of treatment of disruptive behaviour disorder in middle childhood on substance use and delinquent behaviour”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, str. 33–39.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Sprawozdanie roczne 2008: stan problemu narkotykowego w Europie

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich

2008 – 110 str. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-335-2

Jak otrzymać publikacje UE

Płatne publikacje Urzędu Publikacji są dostępne w EU Bookshop:
<http://bookshop.europa.eu>. Ze strony tej można złożyć zamówienie na publikacje w dowolnym biurze sprzedaży.

Pełną listę sprzedawców naszych publikacji na całym świecie można uzyskać, wysyłając faks pod numer (352) 2929 42758.

Informacje o EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) jest jedną ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej. Centrum, ustanowione w 1993 r. i mające siedzibę w Lizbonie, jest głównym źródłem obszernych informacji na temat narkotyków i narkomanii w Europie.

EMCDDA gromadzi, analizuje i rozpowszechnia rzeczowe, obiektywne, wiarygodne i porównywalne informacje na temat narkotyków i narkomanii. Dostarcza odbiorcom oparty na dowodach obraz zjawiska narkomanii na szczeblu europejskim.

Publikacje wydawane przez Centrum są cennym źródłem informacji dla szerokiego grona odbiorców, w tym decydentów oraz ich doradców, specjalistów i badaczy pracujących w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz, ogólniej, mediów i masowego odbiorcy.

Sprawozdanie roczne to ważny przegląd zjawiska narkomanii w państwach członkowskich UE przeprowadzony przez EMCDDA, stanowi publikację źródłową dla osób poszukujących najnowszych informacji na temat zjawiska narkomanii w Europie.



Urząd Publikacji
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-335-2



9 789291 683352