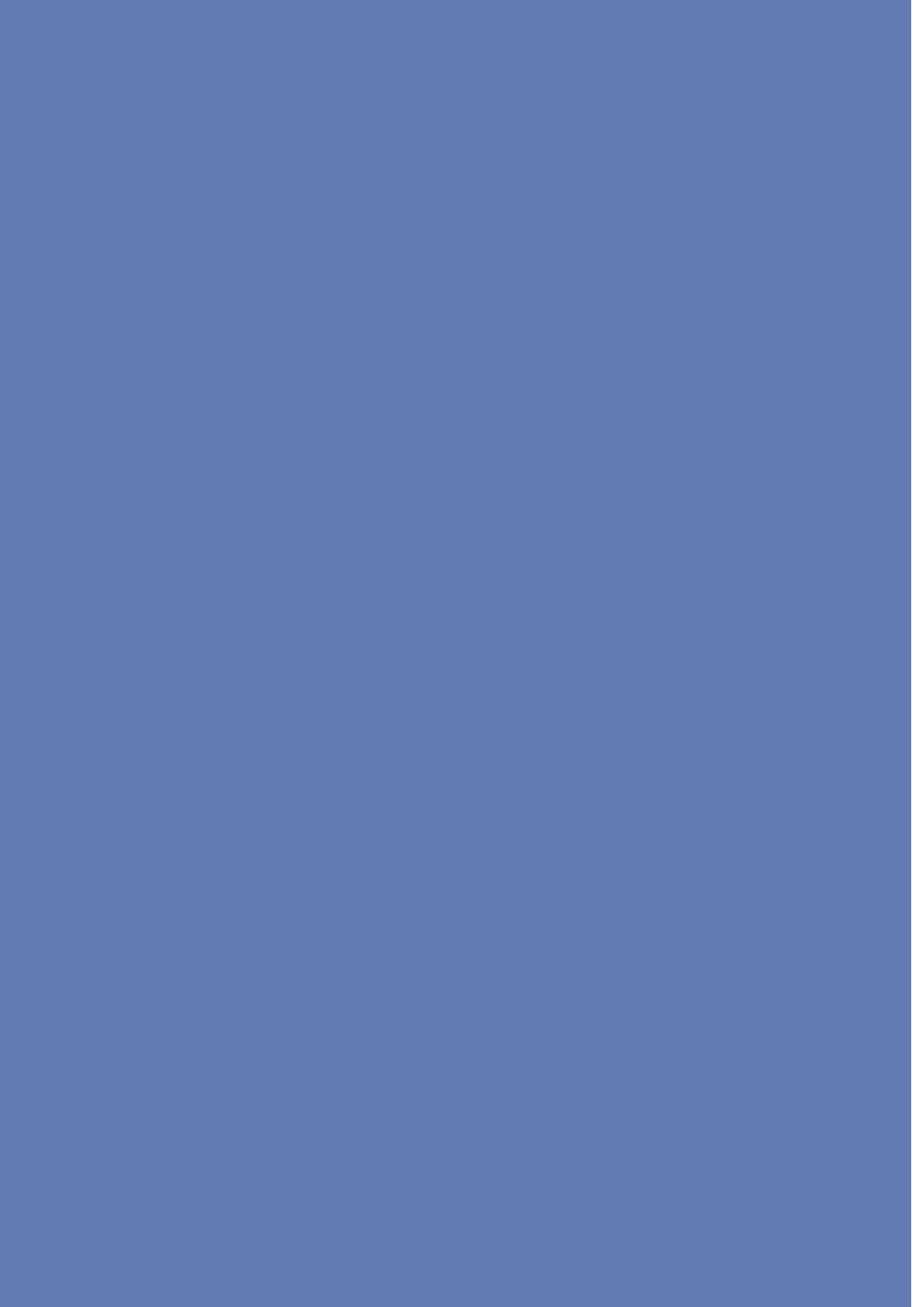




Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2010

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE





Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2010

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

Nota prawna

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

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

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

Numer bezpłatnej infolinii (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2010

ISBN 978-92-9168-440-3

doi:10.2810/35818

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010

Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Printed in Luxembourg

WYDRUKOWANO NA PAPIERZE BIAŁYM BEZ CHLORU



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

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

Spis treści

Wstęp	5
Podziękowania	7
Wprowadzenie	9
Komentarz: Stare realia, nowe zagrożenia i oszczędności w gospodarce – obecna sytuacja europejskiej polityki antynarkotykowej	13
Rozdział 1: Polityka i prawo	
Zmiany w polityce międzynarodowej i unijnej • Strategie krajowe • Wydatki publiczne • Przepisy krajowe • Badania naukowe	21
Rozdział 2: Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie	
Profilaktyka • Leczenie • Ograniczanie szkód • Wykluczenie i reintegracja społeczna • Egzekwowanie prawa antynarkotykowego i naruszenia tego prawa • Ochrona zdrowia i działania społeczne w więzieniach	30
Rozdział 3: Konopie indyjskie	
Podaż i dostępność • Rozpowszechnienie i schematy używania • Leczenie	44
Rozdział 4: Amfetaminy, ecstasy i substancje halucynogenne	
Podaż i dostępność • Rozpowszechnianie i schematy używania • Obiekty rozrywkowe • Leczenie	55
Rozdział 5: Kokaina i crack	
Podaż i dostępność • Rozpowszechnienie i schematy używania • Konsekwencje zdrowotne • Problemowe używanie i zapotrzebowanie na leczenie • Leczenie i ograniczanie szkód	67
Rozdział 6: Używanie opiatów i dożylne używanie narkotyków	
Podaż i dostępność • Problemowe używanie opiatów • Dożylne używanie narkotyków • Leczenie	78
Rozdział 7: Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami	
Choroby zakaźne • Reagowanie na choroby zakaźne • Zgony i śmiertelność • Ograniczanie liczby zgonów	88
Rozdział 8: Nowe narkotyki i tendencje	
Działania dotyczące nowych narkotyków • Zjawisko „spice” • Obserwacje substancji	101
Bibliografia	109



Wstęp

Z ogromną przyjemnością przedstawiamy Państwu niniejsze piętnaste sprawozdanie roczne: stan problemu narkotykowego w Europie. Przedstawioną poniżej analizę opracowano na podstawie danych zgromadzonych przez krajowe punkty koordynacji sieci Reitox, ściśle współpracujące ze swoimi krajowymi ekspertami. Sprawozdanie powstało również dzięki naszej współpracy z Komisją Europejską, Europolem, Europejską Agencją Leków oraz Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób.

W tegorocznym sprawozdaniu, jak zawsze, znajdują Państwo kompleksowy przegląd problemu narkotykowego w Europie oraz środki podejmowane w celu jego rozwiązania. Nasza rola wykracza jednak poza zwykłe przedstawienie statystyk. Sprawozdanie jest dyktowane potrzebą określenia najlepszych praktyk, podzielenia się nimi i dopilnowania, by wsparciem obejmowano działania oparte na dowodach. Ta konieczność odnosi się zarówno do działań ukierunkowanych na podaż narkotyków, jak i tych dotyczących ich popytu. Lektura sprawozdania wyraźnie pokazuje, że obecnie mamy większą świadomość w zakresie skutecznych rozwiązań, a także że w niektórych obszarach Europa poczyniła wielkie postępy. Pomimo tego – podejścia, którym brak solidnego potwierdzenia ich skuteczności, wciąż otrzymują fundusze. Przy obecnej presji na fundusze publiczne istnieje zwiększona potrzeba dopilnowania, by środki publiczne były wydawane z rozwagą. I tutaj nasza rola sprowadza się do zapewnienia neutralnej i bezstronnej oceny podstaw dla działań.

Sprawozdanie, choć koncentruje się na Europie, wielokrotnie zwraca uwagę na globalny charakter problemu narkotykowego. Dla przykładu, będą Państwo czytać o rosnących i poważnych problemach z narkotykami, przed którymi stają wiele z naszych sąsiadujących krajów. Nie tylko są one rujnujące dla zdrowia publicznego dotkniętych nimi krajów; przez podważanie rozwoju społecznego oraz napędzanie korupcji i przestępczości zorganizowanej stanowią poważne zagrożenie dla Unii Europejskiej. Europa jest wierna zrównoważonej i opartej na faktach polityce narkotykowej, z którą idzie w parze gruntowne zrozumienie problemu. Jesteśmy dumni z tego, że europejski model tworzenia krajowych systemów informacji o narkotykach ma coraz większe znaczenie. Z przyjemnością donosimy również o rosnącej roli Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w europejskich inicjatywach dotyczących pomocy dla państw spoza UE w rozwoju ich możliwości w tym zakresie.

Około miliona osób korzystających obecnie z leczenia uzależnień świadczy o pracy, jaka została wykonana dla zapewnienia opieki tym, którzy jej potrzebują. Jednocześnie przypomina to o skali problemu, z którym Europa wciąż

się zмага. Substytucja opiatowa pozostaje największym zagrożeniem w tym obszarze, i tutaj nastawienie wydaje się zmieniać, pojawiają się pytania o długofalowe efekty dla osób objętych taką opieką. Są to istotne pytania, ale należy również zauważyć korzyści dla zdrowia publicznego i korzyści społeczne związane ze zwiększeniem skali tego typu leczenia.

Zwiększenie dostępności do leczenia jest pozytywnym ustaleniem, ale w Europie wciąż istnieją duże nierówności w dostępie do opieki. W praktyce leczenie jest czasami najmniej dostępne dla tych, którzy go najbardziej potrzebują. Ta nierówność ma nie tylko charakter geograficzny. W tegorocznym sprawozdaniu badane jest znaczenie środowiska więziennego jako miejsca identyfikacji osób z problemem narkotykowym. Mimo że poczyniono pewne postępy w tym zakresie, zbyt często traci się cenną okazję do interwencji w kluczowej grupie osób z problemem narkotykowym.

Dostarczamy Państwu sprawozdanie w trudnym czasie. Obecna sytuacja gospodarcza jest dla państw członkowskich UE dużym wyzwaniem, a jej wpływ na poziom konsumpcji narkotyków i usługi powinien zostać wnikliwie oceniony. Zbyt wcześnie, by przewidzieć wpływ kryzysu gospodarczego na zażywanie narkotyków w Europie, ale wiemy, że marginalizowane społeczności w niekorzystnej sytuacji społecznej są najmocniej dotknięte problemami narkotykowymi. Usługi dla osób zażywających narkotyki są coraz bardziej zagrożone przez cięcia budżetowe, co może mieć szkodliwy wpływ nie tylko na takie osoby, ale również na społeczności, w których żyją. Ale to nie jest jedyne wyzwanie, z którym mierzy się Europa w obszarze narkotyków. Zmiany w podaży znanych narkotyków i pojawienie się nowych substancji w coraz większym stopniu wystawiają skuteczność naszych systemów kontroli narkotyków na próbę. Problemy związane z tymi zmianami są złożone i wewnętrznie powiązane. Będą one wymagać uzgodnionej, wspólnej reakcji. Pozytywnym przesłaniem, jakie płynie ze sprawozdania, jest to, że Europa zwiększa swoje możliwości w zakresie bieżącej obserwacji tego szybko ewoluującego zjawiska. Jest to warunek wstępny konieczny dla zrozumienia wyzwań, z którymi mierzymy się obecnie, i dopilnowania, by nasze reakcje polityczne nadążały za zmieniającą się sytuacją w zakresie narkotyków.

João Goulão

prezes zarządu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Wolfgang Götz

dyrektor Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii



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 (ECDC), Europejskiej Agencji Leków (EMA) i Europolowi;
- Grupie Pompidou Rady Europy, Biuru ds. Narkotyków i Przestępczości przy ONZ, Biuru Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, projektowi ESPAD oraz Szwedzkiej Radzie ds. Informacji o Alkoholu i Innych Używkach (CAN);
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej i Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox

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

Dane kontaktowe krajowych punktów kontaktowych zamieszczono na stronie internetowej EMCDDA:
<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>.



Wprowadzenie

Niniejsze sprawozdanie roczne sporządzono na podstawie sprawozdań krajowych udostępnionych EMCDDA przez państwa członkowskie UE, państwa kandydujące – Chorwację i Turcję – oraz Norwegię. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2008 r. (lub ostatniego roku, dla którego dostępne są dane). Informacje graficzne i tabele zawarte w niniejszym sprawozdaniu mogą odnosić się do określonych grup państw UE. Wybór może być dokonany spośród tych państw, które udostępniają informacje za dany okres, lub w celu zwrócenia uwagi na pewne tendencje.

Analiza tendencji jest oparta tylko na tych krajach, które dostarczają danych wystarczających do określenia zmian w danym okresie. Dane dotyczące 2007 r. mogą zastępować brakujące liczby za 2008 r. w analizie kształtowania się danych dotyczących rynku narkotykowego; w przypadku analizy pozostałych tendencji można interpolować brakujące dane.

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

Dane dotyczące podaży i dostępności narkotyków

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

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

Dostęp do sprawozdania rocznego i jego źródeł danych w internecie

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

Następujące źródła są dostępne wyłącznie w internecie:

Biuletyn statystyczny za 2010 r. zawiera pełny zestaw tabel źródłowych, na których jest oparta analiza statystyczna. Ponadto w wersji elektronicznej zawarto dodatkowe informacje o zastosowanej metodologii oraz około 100 dodatkowych wykresów statystycznych.

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

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

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

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

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

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

Ocena rozpowszechnienia używania narkotyków na podstawie badań ankietowych populacji ogólnej

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

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

Przeprowadzanie badań ankietowych jest kosztowne i niewiele krajów europejskich gromadzi informacje co roku, chociaż wiele z nich gromadzi je w odstępach od dwóch do czterech lat. Dane uwzględnione w niniejszym sprawozdaniu opierają się na wynikach najbardziej aktualnych badań w każdym kraju; w większości oznacza to lata 2005–2008. O ile nie zaznaczono inaczej, dane dotyczące rozpowszechnienia w Zjednoczonym Królestwie odnoszą się do Anglii i Walii, chociaż dostępne są również oddzielne dane dla Szkocji i Irlandii Północnej.

Wskaźnik co najmniej jednokrotnego użycia (użycie narkotyku przynajmniej raz w życiu) dotyczy najdłuższego okresu ze wszystkich trzech standardowych ram czasowych stosowanych do celów raportowania danych uzyskanych w trakcie badań. Wskaźnik ten nie odzwierciedla aktualnej sytuacji osób dorosłych w zakresie używania narkotyków, ale może być przydatny

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

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

Zapotrzebowanie na leczenie

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.

Interwencje

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

Naruszenia prawa antynarkotykowego

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





Komentarz

Stare realia, nowe zagrożenia i oszczędności w gospodarce – obecna sytuacja europejskiej polityki antynarkotykowej

Konieczność uniknięcia płacenia wysokiej ceny za działania oszczędnościowe

Wraz z wchodzeniem Europy w okres oszczędzania gospodarczego, przy podnoszącym się poziomie bezrobocia młodych, pojawiają się obawy, iż zjawiskom tym może towarzyszyć rozwój problematycznych form używania narkotyków. Wśród społeczności dotkniętych kryzysem i marginalizowanych zawsze istniało zwiększone ryzyko występowania problemów z narkotykami oraz dodatkowych szkód w postaci przestępczości i niebezpiecznych środowisk. Europa stoi obecnie przed podwójnym zagrożeniem – podczas gdy rośnie zapotrzebowanie na skuteczne działania, środki oszczędnościowe mogą prowadzić do ograniczenia wydatków. W ciągu ostatnich dziesięciu lat osiągnięto istotne, choć nierównomierne, korzyści w zakresie rozwiązywania problemów narkotykowych. Liczba leczonych osób gwałtownie rosła, poczyniono znaczące postępy w zakresie reagowania na niektóre najbardziej szkodliwe dla zdrowia konsekwencje używania narkotyków, np. zakażenie wirusem HIV. Ponadto, jak wykazały badania, interwencje mogą być opłacalne i prowadzić do obniżenia wydatków na związane z tym problemy zdrowotne, społeczne i w zakresie przestępczości. Istnieje ryzyko, że obecna sytuacja gospodarcza może przyczynić się do podejmowania decyzji politycznych, które będą skutkować narastaniem długoterminowych kosztów dla Europy, zdecydowanie przeważającymi nad oszczędnościami krótkoterminowymi.

Najważniejsze problemy: wytyczne, ramy i rozwijanie bazy dowodowej do oceny działań mających na celu ograniczenie podaży

Traktat lizboński, który wszedł w życie w dniu 1 grudnia 2009 r., nadaje nowe znaczenie roli Unii Europejskiej w określaniu wytycznych, wskaźników i wspieraniu wymiany najlepszych praktyk w dziedzinie zwalczania narkotyków. W czasach oszczędności gospodarczej szczególnie istotne jest dopilnowanie, aby ponoszono wydatki na interwencje o potwierdzonej skuteczności. Europejskie podejście do narkotyków można opisać jako podejście, w ramach

którego dowody mają pierwszeństwo przed ideologią. Niemniej jednak nadal w wielu dziedzinach inwestuje się w podejścia, którym brakuje solidnych dowodów potwierdzających skuteczność lub które zostały źle ocenione, podczas gdy podejście o udowodnionej wartości nie zawsze jest realizowane. W dziedzinie profilaktyki problem ten jest stale obecny, choć nie ogranicza się on tylko do niej. Dobre modele programów istnieją w wielu obszarach ograniczania popytu. Widoczne jest coraz większe zrozumienie tego, co może stanowić skuteczne działanie. Wyzwaniem jest osiągnięcie konsensusu pozwalającego przełożyć tę wiedzę na zestaw ram i wytycznych, które będą wystarczająco normatywne, by wspierać poprawę usług, i jednocześnie uwzględnić różne konteksty w obrębie Unii Europejskiej.

Sfera zdrowia publicznego jest od dawna „przyzwyczajona” do konieczności uzasadniania wpływu jej interwencji. Potrzeba rozszerzenia zakresu tego podejścia na działania w zakresie redukcji podaży staje się coraz popularniejszym tematem w debacie nad polityką UE. Wydatki na ograniczenie podaży są często trudne do zidentyfikowania w budżetach krajowych, lecz badania wykazują, iż są one znaczne i na ogół przekraczają wydatki na działania w zakresie zdrowia publicznego. W wyniku ostatnich obrad Rady ustalono, że ocena działań na rzecz ograniczenia podaży jest ograniczona brakiem standardowych wskaźników i środków. Określenie kluczowych wskaźników na potrzeby ograniczenia podaży stanowi cel obecnego planu działania UE w zakresie narkotyków. W 2009 r. Komisja Europejska i EMCDDA rozpoczęły wspólną inicjatywę mającą na celu rozwiązanie tego problemu. Określenia głównych wskaźników podaży oraz mechanizmów ich wdrażania można spodziewać się w 2011 r.

Perspektywy w zakresie polityki: wyzwania dotyczące modelu europejskiej polityki antynarkotykowej

Praktycznie wszystkie państwa członkowskie UE przyjęły wspólne podejście oparte na krajowych strategiach antynarkotykowych, wspieranych zazwyczaj planami działania o konkretnych celach i ramach czasowych.

Ten model polityki jest racjonalny, gdyż umożliwia regularne monitorowanie postępów oraz przekierowanie polityki tam, gdzie wykryto jej brak. Jest to również wymagające podejście, gdyż trzeba opracować, ustalić i przyjąć nowe strategie antynarkotykowe, często w trakcie dokonywania oceny starej strategii. Te trudności zostały uwypuklone w tegorocznym sprawozdaniu. Po raz pierwszy informujemy w nim o spadku liczby państw, które posiadają obowiązującą krajową strategię antynarkotykową. Wynika to w dużej mierze z praktycznych wyzwań związanych z oceną i przedłużaniem ważności dokumentów dotyczących krajowej strategii, które wygasły w latach 2008 lub 2009. EMCDDA współpracuje z państwami członkowskimi na rzecz opracowania narzędzi oceny polityki, aby umożliwić bieżące monitorowanie postępów w zakresie polityki antynarkotykowej. Nie istnieją łatwe rozwiązania problemu oceny polityki antynarkotykowej, lecz szkoda byłoby, gdyby porażki w procesach i planowaniu osłabiły istotne osiągnięcia w dziedzinie europejskiej reakcji na problemy narkotykowe.

Jak wspomiano w ubiegłorocznym sprawozdaniu, związek między problemami alkoholowymi i narkotykowymi jest silny. Pomimo tego nie odnotowano żadnego wspólnego podejścia do łączenia polityki antynarkotykowej i antyalkoholowej w państwach członkowskich UE. W niektórych państwach prowadzi się odrębną politykę w zakresie alkoholu oraz narkotyków, w innych łączy się obie te dziedziny, w jeszcze innych do tej pory nie opracowano żadnej strategii antyalkoholowej. Za dążeniem do synergii między polityką antynarkotykową i antyalkoholową przemawiają silne argumenty, wśród których istotne jest to, że te dziedziny polityki będą często adresowane do tych samych grup ludności i ukierunkowane na te same warunki. Wyzwanie dla obecnych modeli polityki stanowi także rozwój rynku „legalnych dopalaczy” oraz niewłaściwe przyjmowanie leków, co omówiono poniżej. Z punktu widzenia zdrowia publicznego uwypukla to potrzebę spójniejszego podejścia, obejmującego zarówno substancje nielegalne, jak i legalne, oraz ewentualnie inne uzależnienia behawioralne. Wyzwanie to ma dwa wymiary: ustalenie, w jakim zakresie uzasadniona jest ta nadrzędna wizja oraz jak ta perspektywa może zostać przełożona na odpowiednie ramy regulacyjne i kontrolne.

Nowe osiągnięcia w dziedzinie krajowego prawa antynarkotykowego ujawniają podobieństwa i różnice

Przykładem różnic między poszczególnymi państwami członkowskimi UE w zakresie wdrażania polityki, nawet gdy osiągnięto ogólne porozumienie, może być obszar kar za przestępstwa związane z narkotykami.

W większości państw UE systemy prawne uwzględniają typ i „szkodliwość” danego narkotyku oraz to, czy przestępstwo dotyczy działania na rynku narkotyków, czy ich osobistego użytku lub posiadania na własny użytek. Rozróżnienie to jest różne w poszczególnych krajach. Może także być skodyfikowane w ramach prawnych lub wynikać z procesów systemu wymiaru sprawiedliwości. Korzyści płynące z poszczególnych rodzajów podejścia nie są jasne, ani też nie wiadomo, co stanowi dobrą praktykę, co zwraca uwagę na wartość analizy porównawczej w tej dziedzinie. Obecnie porównania krajów wymagają ostrożności, gdyż różnice między przestępstwami mogą być tak samo określone w praktyce prawnej danego kraju, jak charakter samego przestępstwa. Drugą kwestią jest, do jakiego stopnia polityczne rozróżnienie na osoby czerpiące korzyści ze sprzedaży i transportu narkotyków oraz osoby, które używają narkotyków, przekłada się na praktykę. Najnowsze dane wskazują na nieco zniżkową tendencję w zakresie przestępstw związanych z podażą, podczas gdy liczba przestępstw związanych z używaniem rośnie.

Leczenie uzależnień: nigdy wcześniej nie było tak dostępne, choć widoczne są różnice

Skuteczne leczenie osób z problemami z używaniem substancji stanowi główny filar działań Europy będących odpowiedzią na problem narkotykowy. Jest to dziedzina, w której rośnie jakość i zakres dostępnej opieki. Według szacunków EMCDDA ponad 1 mln osób w Unii Europejskiej rocznie poddawanych jest jakiejś formie leczenia związanego z problemami narkotykowymi. Rozszerzenie leczenia wynika z rozwoju działalności specjalistycznych ośrodków opieki pozaszpitalnej, wspieranych przez programy niskoprogowe i terenowe. Co istotne, w niektórych krajach usługi związane z leczeniem uzależnień od narkotyków łączą opiekę specjalistyczną z zaangażowaniem służb podstawowej opieki medycznej i lekarzy pierwszego kontaktu. Z niektórymi rodzajami problemów narkotykowych, zwłaszcza przypadkami trudniejszymi w leczeniu, raczej lepiej radzą sobie zespoły specjalistów. Niemniej jednak właściwe połączenie opieki specjalistycznej i ogólnej może stanowić istotny element podnoszenia ogólnej dostępności opieki, zwłaszcza gdy dobrze funkcjonują kanały kierowania na leczenie i wspierania.

Choć zakres obejmowania leczeniem jest coraz większy, wyraźne są różnice w dostępie do leczenia w Europie. W większości państw Europy wschodniej i południowej dostęp do leczenia jest dosyć ograniczony, co odzwierciedlają długie listy oczekujących. Poziom dostępu do leczenia można konkretnie ocenić jedynie w odniesieniu

do względnego zakresu grupy ludności potrzebującej opieki. Nadal trudno jest z całą pewnością ocenić zakres, w jakim dostępna opieka zaspokaja potrzeby, choć osiągnięto pewien postęp pod względem zastępczego leczenia uzależnienia od opiatów. Ogólnie rzecz biorąc, EMCDDA szacuje, że około 670 000 Europejczyków otrzymuje obecnie leczenie substytucyjne, co stanowi około połowy szacowanej liczby osób problemowo używających opiatów. Odsetek ten znacznie się różni w poszczególnych krajach – krajowe szacunki wahają się od poniżej 10% do ponad 50% osób problemowo używających opiatów, które są objęte opieką. Różnice w zakresie dostępności opieki ilustruje również spostrzeżenie, iż zaledwie około 2% przypadków leczenia substytucyjnego występuje w 12 państwach członkowskich, które przystąpiły do Unii Europejskiej po 2004 r.

Leczenie substytucyjne uznawane jest ponadto za środek ograniczający szkody. Jest ono – wraz z programami wymiany igieł i strzykawek – szeroko promowane jako istotny element wszechstronnej strategii profilaktyki HIV wśród osób używających narkotyków dożylnie. Przy ogólnie stabilnych lub zniżkowych tendencjach, jeśli chodzi o poziom używania narkotyków dożylnie i poziom zakażeń wirusem HIV połączonych z używaniem narkotyków, sytuacja w Unii Europejskiej związana z przenoszeniem wirusa HIV w kontekście używania narkotyków rysuje się pozytywnie w porównaniu z wieloma częściami świata. W 2010 r. EMCDDA opublikowało monografię naukową na temat ograniczania szkód. Przedstawiło w niej kwestię nadawania większego znaczenia koncepcji ograniczania szkód, przy leczeniu zastępczym i wymianie strzykawek jako obecnie akceptowanych elementach europejskiej polityki antynarkotykowej. W monografii podkreślono ponadto potrzebę polepszenia bazy dowodowej dla innych interwencji dotyczących ograniczania szkód oraz niedostatek dobrze opracowanych modeli ograniczania szkód w odniesieniu do problemów związanych z używaniem środków pobudzających i wielu narkotyków, które to problemy nabierają w Europie coraz większego znaczenia. Zwrócono również uwagę na fakt, że działania w Europie nadal nie wpływają istotnie na problem zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu C wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie oraz na problem zgonów wskutek przedawkowania, a podejście związane z ograniczaniem szkód mogłoby w tej dziedzinie odegrać istotną rolę.

Opracowywanie modeli opieki i reakcji odnośnie do rozwijającego się w Europie problemu narkotykowego

Obecne schematy używania narkotyków wymagają opracowywania bardziej złożonych i zróżnicowanych

reakcji opartych na potrzebach, mających szerszy związek z zasobami ogólnej opieki zdrowotnej i społecznej. Jeśli chodzi o leczenie substytucyjne, ważne jest ono szczególnie w przypadku wymagającej opieki grupy starzejącej się i używającej narkotyków w sposób bardziej nałogowy. Temat ten poruszono w „Wybranych zagadnieniach” towarzyszącym niniejszemu sprawozdaniu. Wraz ze wzrostem liczby osób używających marihuany i środków pobudzających, które nawiązują kontakt ze służbami opieki, rośnie także potrzeba leczenia i innych działań związanych z problemami używania narkotyków innych niż opiaty. Kolejne wyzwania stanowią złożone schematy używania wielu narkotyków, które zazwyczaj obejmują problemy związane z alkoholem. Modele opieki w tej dziedzinie są coraz lepsze, choć nadal można jeszcze wiele poprawić w zakresie opracowywania i wymiany najlepszych praktyk. Podczas gdy opcje leczenia farmakologicznego dla osób używających środków pobudzających nadal wydają się mało prawdopodobne, większe zainteresowanie badawcze tą dziedziną przyniosło zachęcające wyniki, w tym lepsze zrozumienie wpływu podejścia psychospołecznego.

Konopie indyjskie: istotne zróżnicowanie regionalne

Konopie indyjskie to najbardziej popularny w Europie nielegalny narkotyk, ale charakteryzujący się bardzo zróżnicowanymi wskaźnikami używania w poszczególnych państwach – najwyższe zgłaszane dane szacunkowe są ponad 30 razy wyższe niż dane najniższe. Ogólnie rzecz biorąc, tendencje w używaniu są stabilne lub wykazują spadek. Jednak w tym ogólnym, długoterminowym obrazie można wyróżnić rozbieżne schematy. Szczególną uwagę zwraca się na państwa Europy wschodniej, w których poziomy używania nadal wydają się rosnąć, a w niektórych przypadkach dorównują obecnie wskaźnikom używania notowanym w zachodniej Europie lub przewyższają je.

Istnieje coraz większe zrozumienie konsekwencji używania konopi indyjskich dla zdrowia publicznego, skupiające się przede wszystkim na osobach, które deklarują codzienne lub nałogowe używanie narkotyków. Ostatnie badania negatywnego wpływu tego narkotyku na zdrowie wykazały m.in. stany lękowe, panikę i objawy psychotyczne. W nielicznych krajach, które monitorują takie przypadki, te dotkliwe skutki są powodem znaczącej liczby zgłoszeń na ostry dyżur, związanych z narkotykami.

Według najnowszych danych w większości państw maleje ogólna liczba nowych pacjentów podejmujących leczenie z powodu używania konopi indyjskich jako głównego narkotyku. Czynniki wywołujące te zmiany są niejasne,

lecz wymagają zbadania, ponieważ mogą wskazywać albo na ograniczone możliwości służb w zakresie przyjmowania nowych pacjentów, albo na spadek liczby osób poddawanych leczeniu związanemu z używaniem konopi indyjskich.

Znaczące zainteresowanie konopiami indyjskimi w Europie odzwierciedlają roczne konfiskaty około 1000 ton narkotyku. Ogólnie dane wskazują, że konopie indyjskie w różnych formach mogą być coraz bardziej, a nie coraz mniej dostępne na rynku europejskim. Pomimo oznak, że bardziej popularna stała się marihuana wytwarzana na miejscu, ilości marihuany konfiskowanej w Unii Europejskiej pozostają na stabilnym poziomie, podczas gdy liczba przypadków konfiskat żywicy konopnej wzrosła. Pod względem skonfiskowanych ilości stosunek konfiskat żywicy konopnej i marihuany wynosi mniej więcej dziesięć do jednego. Wszelkie wnioski w sprawie dostępności różnego rodzaju konopi indyjskich w Europie wymagają znacznej ostrożności, gdyż marihuana produkowana jest bliżej rynku docelowego, w związku z czym istnieje mniejsze prawdopodobieństwo objęcia jej zakazem.

Rośnie także liczba doniesień na temat zaangażowania zorganizowanej przestępczości w krajową produkcję konopi indyjskich, co wymaga nowych działań ze strony krajowych i europejskich organów ścigania.

Zrozumienie złożonego europejskiego rynku narkotyków pobudzających

Kokaina jest nadal drugim najczęściej używanym nielegalnym narkotykiem w Europie, chociaż wskaźniki i tendencje co do jej używania różnią się znacznie w zależności od kraju. Wysokie i nadal rosnące wskaźniki używania kokainy obserwowane są wyłącznie w niewielkiej liczbie państw, w większości zachodnioeuropejskich, podczas gdy w innych państwach używanie tego narkotyku pozostaje ograniczone. To, czy sytuacja ta się utrzyma lub czy używanie kokainy rozprzestrzeni się na inne części Europy, zwłaszcza na Europę wschodnią, pozostaje kwestią otwartą. Niepokój budzą pewne dowody na rosnący przemyt tego narkotyku w regionie oraz sporadyczne doniesienia o używaniu kokainy w niektórych środowiskach.

Krótkie zestawienie danych szacunkowych dotyczących używania narkotyków w Europie

Przedstawione tu dane szacunkowe odnoszą się do populacji dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) i oparte są na najnowszych dostępnych danych (badania ankietowe przeprowadzone w latach 2004–2008). Kompletnie dane i informacje dotyczące metodologii znajdują się w towarzyszącym biuletynie statystycznym.

Konopie indyjskie

Przynajmniej jednokrotne użycie: co najmniej 75,5 mln (22,5% dorosłych Europejczyków)

Użycie w ciągu ostatniego roku: około 23 mln dorosłych Europejczyków (6,8%), czyli jedna trzecia osób, które użyły narkotyku co najmniej jeden raz

Użycie w ciągu ostatniego miesiąca: około 12,5 mln Europejczyków (3,7%)

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
ogólny zakres: od 0,4% do 15,2%

Kokaina

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 14 mln (4,1% dorosłych Europejczyków)

Użycie w ciągu ostatniego roku: 4 mln dorosłych Europejczyków (1,3%), czyli jedna trzecia osób, które użyły narkotyku co najmniej jeden raz

Użycie w ciągu ostatniego miesiąca: około 2 mln (0,5%)

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
ogólny zakres: od 0,0% do 3,1%

Ecstasy

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 11 mln (3,3% dorosłych Europejczyków)

Użycie w ciągu ostatniego roku: około 2,5 mln dorosłych Europejczyków (0,8%), czyli jedna czwarta osób, które użyły narkotyku co najmniej jeden raz

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
ogólny zakres: od 0,1% do 3,7%

Amfetaminy

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 12 mln (3,7% dorosłych Europejczyków)

Użycie w ciągu ostatniego roku: około 2 mln (0,6%), czyli jedna szósta osób, które użyły narkotyku co najmniej jeden raz

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
ogólny zakres: od 0,0% do 1,7%

Opiaty

Problemowe używanie opiatów: według szacunków od 1,2 do 1,5 mln Europejczyków

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

W ponad 50% przypadków to główny narkotyk będący przyczyną zgłaszania się na leczenie.

Około 650 000 osób używających opiatów zostało poddanych leczeniu substytucyjnemu w 2008 r.

Nowe szlaki przez Europę wschodnią to nie jedyny powód do niepokoju w odniesieniu do przemytu kokainy. Narkotyk ten wprowadzany jest na rynek europejski głównie przez Półwysep Iberyjski i Niderlandy z regionami ościennymi. Niemniej jednak stosunkowo nowym zjawiskiem są działania zakazowe w stosunku do miejsc wtórnej ekstrakcji, w których odzyskuje się chlorowodorek kokainy lub zasadę kokainy z takich materiałów nośnikowych, jak wosk pszczeli, nawóz, odzież, ziola, tworzywa sztuczne i płyny. W 2008 r. Hiszpania zgłosiła w Europolu 30 podobnych placówek. Zjawisko to wskazuje na wysoki poziom innowacji i zaawansowania technologicznego importerów kokainy do Unii Europejskiej. Ze względu na swą wysoką wartość kokainę można również rozcieńczać lub mieszać z innymi substancjami. W Stanach Zjednoczonych i Europie odnotowuje się coraz większą liczbę przypadków wykorzystania lewimizolu (l-tetramizolu) jako substancji do fałszowania kokainy, co doprowadziło do wydania ostrzeżenia przez europejski system wczesnego ostrzegania. Narkotyk ten może stanowić dodatkowe ryzyko dla zdrowia osób używających kokainy.

Choć europejskie służby leczenia uzależnień są nadal oblegane głównie przez pacjentów mających problemy z używaniem opiatów, osoby używające kokainy stanowią obecnie około jednej czwartej nowych uczestników leczenia. Większość tych osób pochodzi z niewielkiej grupy państw, głównie z Hiszpanii, Włoch i ze Zjednoczonego Królestwa, i stanowi dwie odrębne grupy: zintegrowani społecznie mężczyźni, którzy jedynie wciągają narkotyk przez nos, oraz zmarginalizowane osoby, które używają kokainy dożylnie lub używają cracku wraz z innymi substancjami. Dodatkowy niepokój budzi rosnąca śmiertelność związana z używaniem kokainy. Obecnie donosi się o około 1000 zgonów związanych z używaniem kokainy rocznie. Coraz więcej przypadków rejestruje się w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie, w których to krajach używanie tego narkotyku jest zjawiskiem utrwalonym i osiągniętym wysokie wskaźniki. Choć wykrywa się również obecność innych narkotyków, ten wzrost jest niepokojący, zwłaszcza gdy uwzględni się stałe obawy związane ze zbyt małą ilością danych na temat roli kokainy w powodowaniu zgonów osób używających narkotyku, które miały wcześniejsze problemy z układem krążenia.

Używanie amfetamin pozostaje w Europie generalnie na niższym poziomie niż używanie kokainy, choć w wielu państwach amfetamina lub metamfetamina to najczęściej używany narkotyk pobudzający. O problemowym używaniu amfetaminy donoszą głównie państwa na północy Europy, podczas gdy problemowe używanie

metamfetaminy ogranicza się w znacznej mierze do Republiki Czeskiej i Słowacji. Niemniej jednak sytuacja ta może ulegać powolnej zmianie, gdyż doniesienia o produkcji metamfetaminy docierają teraz również z Litwy i Polski. Produkcja ta jest kierowana głównie na rynki skandynawskie. Może tam być sprzedawana jako alternatywa dla amfetaminy. Problemowe używanie amfetaminy i metamfetaminy stanowi temat „Wybranych zagadnień” towarzyszących niniejszemu sprawozdaniu.

Opiaty i dożylnie używanie narkotyków

Obecnie używanie heroiny, a zwłaszcza jej wstrzykiwanie, wciąż stanowi przyczynę największej zachorowalności i śmiertelności związanych z używaniem narkotyków w Unii Europejskiej. Liczba osób problemowo używających opiatów w Europie jest ostrożnie szacowana na 1,35 mln, a większość osób rozpoczynających leczenie nadal deklaruje opiaty jako swój główny narkotyk. Dane z wielu źródeł wskazują na ogólnie stabilny, względnie rosnący problem z opiatami w Unii Europejskiej od lat 2003–2004. Konfiskaty heroiny zdarzają się coraz częściej – ilość konfiskowanych narkotyków nie wzrosła, choć na ten problem trzeba spojrzeć w kontekście rosnącej liczby konfiskat tego narkotyku w Turcji. Dane dotyczące tendencji w zakresie szacunków rozpowszechnienia wyglądają stabilnie. W kilku krajach powoli rośnie zapotrzebowanie na nowe leczenie. Wzrosła liczba zgonów spowodowanych przez używanie narkotyków. Podobna sytuacja w ciągu ostatnich dwóch lat ma miejsce w przypadku naruszeń prawa antynarkotykowego. W pewnym stopniu może to odzwierciedlać stały charakter problemu opiatów, kiedy to po popadnięciu w uzależnienie osoby używające tego narkotyku trwają w nałogu przez długi okres. W związku z tym nawet stosunkowo niewielka liczba nowych osób przyjmujących narkotyki wystarcza, by utrzymać ogólną populację. Liczba osób używających narkotyków dożylnie w Europie wynosi szacunkowo od 750 000 do 1 mln, przy czym wskaźniki w poszczególnych krajach są bardzo zróżnicowane. Kwestie jakości danych oznaczają, że trzeba traktować te wartości szacunkowe z odpowiednią ostrożnością. Tendencje dotyczące dożylnego używania narkotyków są szczególnie trudne do zmierzenia, choć dane pochodzące z monitorowania leczenia sugerują, iż tendencja średnioterminowa jest niskowa, a osoby używające narkotyków dożylnie stanowią obecnie mniejszość wśród nowych osób używających opiatów i podejmujących leczenie w Europie.

Dożylnie używanie narkotyków pozostaje jednak najczęstszą drogą używania opiatów w wielu państwach wschodniej Europy. Stanowi to dodatkowy niepokojący

czynnik, jeśli chodzi o skutki używania narkotyków dla zdrowia publicznego w niektórych państwach graniczących z Unią Europejską. Na wschodniej granicy Unii Europejskiej zarówno Rosja, jak i Ukraina wydają się borykać z dwukrotnie, a nawet czterokrotnie poważniejszym problemem używania opiatów niż średnio w UE. Problemy związane z opiatami w tym regionie obejmują wysoki odsetek zakażeń wirusem HIV oraz zgonów wywołanych używaniem narkotyków.

Przedawkowanie stanowi najpoważniejszą przyczynę możliwych do uniknięcia zgonów związanych z używaniem nielegalnych narkotyków w Europie. Analiza toksykologiczna wykazała obecność heroiny w większości zgonów związanych z używaniem narkotyków. Znowu wypukła to znaczenie opiatów w kwestii zrozumienia wpływu używania narkotyków na zdrowie publicznego w Europie. Od 2003 r. w większości państw europejskich rośnie liczba zgonów związanych z używaniem narkotyków. Podobna sytuacja dotyczy wieku osób umierających, co wskazuje na starzejącą się populację osób nałogowo używających narkotyków. Wstępne dane wskazują na niewielki wzrost liczby zgłaszanych zgonów związanych z używaniem narkotyków w 2008 r.: liczbę przypadków w państwach członkowskich UE i Norwegii w 2008 r. szacuje się na 7371 w porównaniu z 7021 przypadkami w 2007 r. Przedstawione dane szacunkowe są zapewne ostrożne. Można również szacować, że dla każdego zgonu spowodowanego przedawkowaniem od 20 do 25 przedawkowań nie kończy się zgonem oraz że w Unii Europejskiej rejestruje się około 150 000 takich przypadków rocznie. Ponadto uznaje się obecnie, że przedawkowania, które nie kończą się śmiercią, mogą powodować istotne szkody dla zdrowia oraz wskazywać na zwiększone ryzyko przedawkowania w przyszłości. Z punktu widzenia zdrowia publicznego jednym z największych wyzwań dla służb antynarkotykowych w Europie jest opracowanie skutecznych środków ograniczania liczby zarówno przedawkowań skutkujących zgonem, jak i tych, które nie kończą się śmiercią. Obecnie nie ma prób rozwiązania tego problemu.

„Legalne dopalacze”: ciągłe wyzwanie w zakresie monitorowania narkotykowego i reakcji

Próby identyfikacji i właściwej reakcji na nowe substancje psychoaktywne usiłują dotrzymać kroku zaawansowanemu, innowacyjnemu i szybko rozwijającemu się rynkowi, który aktywnie poszukuje nowych produktów i strategii marketingowych. Przy 24 nowych narkotykach syntetycznych zidentyfikowanych w Europie po raz pierwszy, 2009 r. był dla europejskiego systemu wczesnego ostrzegania rokiem rekordowym.

Schemat ten utrzymywał się w 2010 r. – do połowy lipca wykryto 15 nowych substancji, w tym syntetyczne katynony, syntetyczne kannabinoidy oraz nowe syntetyczne pochodne kokainy i amfetaminy.

W lipcu 2010 r. komitet naukowy EMCDDA przeprowadził formalną ocenę ryzyka dotyczącą syntetycznego katynonu i mefedronu. Spowodowało to rosnące obawy, iż narkotyk ten wprowadzany był na rynek jako legalna alternatywa dla środków pobudzających, takich jak kokaina i ecstasy. Ocena ryzyka została przeprowadzona w ramach przyspieszonego mechanizmu kontroli nowych substancji psychoaktywnych w Europie. Niemniej jednak ze względu na tempo zmian w tej dziedzinie niektóre państwa członkowskie nie tylko wprowadziły już do ustawodawstwa zakaz dotyczący mefedronu, ale i niektóre strony internetowe, na których sprzedawano ten narkotyk, zostały już zamknięte. Niektóre z nich były szybko zastępowane stronami oferującymi substancje zastępcze.

Należy zachować czujność i zdolność natychmiastowej reakcji na nowe osiągnięcia, np. nowe grupy chemiczne substancji psychoaktywnych określanych jako „legalne dopalacze”. Zjawisko to ilustruje przykład aminoindanu (metylenodioksyaminoindan, MDAI) oraz syntetycznych pochodnych kokainy (np. fluorotropakokaina). Choć przypadki te nadal należą do rzadkości, po działaniach podjętych w 2010 r. przeciwko mefedronowi tego rodzaju substancje są wykrywane coraz częściej, a dzięki systemowi wczesnego ostrzegania otrzymano już pierwsze zgłoszenia na temat osób używających narkotyków i doświadczających podobnych problemów. EMCDDA monitoruje dostępność i ewentualny wpływ tych substancji na zdrowie.

Przykład mefedronu podkreśla, że państwa członkowskie UE mogą się znaleźć pod dużym naciskiem medialnym i społecznym, by szybko zareagować na potencjalne nowe zagrożenie. EMCDDA – w ścisłej współpracy z Europolem i Europejską Agencją Leków – pracuje nad zapewnieniem terminowych, rzetelnych i rzeczowych informacji. W tej szybko rozwijającej się dziedzinie występuje coraz większa potrzeba poprawy zdolności Europy do aktywnego monitorowania osiągnięć, a zwłaszcza badania i identyfikacji składników chemicznych dostępnych mieszanek produktów oraz oceny ich potencjalnego wpływu na zdrowie publiczne. Problem stanowi w tym przypadku brak standardowego materiału odniesienia. Pod względem strategii kontrolnych sposobów wytwarzania tych produktów i wprowadzania ich na rynek stanowi silny argument za tym, że skuteczne środki wymagają będą działań na szczeblu europejskim, aby wspierać inicjatywy krajowe.

Zorganizowana przestępczość dostrzega potencjał nowych substancji syntetycznych

Wiele czynników komplikuje prawodawstwo w zakresie tych nowych substancji. Niektóre państwa członkowskie wprowadziły ustawodawstwo ogólne, które obejmuje substancje z tych samych grup chemicznych. Taka opcja prawna dostępna jest wyłącznie w niektórych państwach i może być trudno ją zrealizować. Pozostałe utrudnienia wynikają z tego, że niektóre z tych substancji mogą mieć legalne pozamedyczne zastosowanie, być sprzedawane do legalnych celów lub być wykorzystywane przez przemysł farmaceutyczny do badań naukowych i rozwoju. W związku z tym nawet przemyślane środki kontroli mogą nie przyczynić się do rozwiązania problemu w tym zakresie. Istnieje ponadto niebezpieczeństwo, że mogą one nawet przyspieszyć niepożądane przejście od zazwyczaj internetowego rynku „legalnych dopalaczy” do rynku z udziałem przestępczości zorganizowanej. Narkotyki katynowe, np. mefedron, metylon i MDPV, pojawiły się na rynku nielegalnym, na którym są sprzedawane jako zamienniki kokainy, ecstasy i amfetaminy lub narkotyki jako takie. Europol odnotował zlikwidowanie wielu miejsc produkcji nielegalnej ecstasy, w których wytwarzano tabletki mefedronu, a ponad 20 państw europejskich zgłosiło wykrycie tego narkotyku podczas konfiskat. Ciężko przewidzieć stopień, w jakim nowe narkotyki syntetyczne opanują większość przyszłego europejskiego rynku nielegalnych narkotyków. Organizacje przestępcze najprawdopodobniej szybko uznają potencjał substancji, które można zakupić po niskiej cenie w dużych ilościach, w przyszłości stosunkowo łatwo syntetyzować, a które stanowią atrakcyjne alternatywy dla narkotyków kontrolowanych.

„Zaprojektowanie” narkotyku, który miałby zastąpić kontrolowaną substancję nie jest pojęciem nowym, choć w przeszłości „narkotyki autorskie” były nielegalnie produkowane i sprzedawane bezpośrednio na rynku nielegalnym. Obecnie istotna różnica polega na tym, że jesteśmy świadkami nowej interakcji między rynkami nielegalnymi i legalnymi, gdzie substancje chemiczne

są sprowadzane legalnie, a następnie sprzedawane jako zamienniki nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Co przyniesie przyszłość: produkty lecznicze, podrabiane narkotyki i nowe lekarstwa autorskie

Stany Zjednoczone od dawna borykają się z problemem narkotykowym, a sytuacja na tym rynku ma czasami wpływ na Europę. Obecnie niewłaściwe użycie leków na receptę, zwłaszcza opiatów takich jak OxyContin, stanowi główny przedmiot zainteresowania amerykańskiej polityki antynarkotykowej. W Europie problem niewłaściwego użycia leków na receptę nie uznaje się za poważny, z wyjątkiem opiatowych leków zastępczych. Częściowo wynika to z ram regulacyjnych oraz praktyk przepisywania leków, które są inne niż praktyki stosowane w Stanach Zjednoczonych. Możliwość niewłaściwego użycia stanowi problem dla europejskiego systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii, za który odpowiada Europejska Agencja Leków przy współpracy z EMCDDA, w dziedzinie niewłaściwego użycia leków. Rozprzestrzenianie się podrabianych leków, wytwarzanych i sprzedawanych zamiast produktów legalnych, stanowi coraz poważniejszy problem. W 2009 r. do systemu wczesnego ostrzegania trafiły doniesienia o substancjach, które oparte były na niewielkich modyfikacjach struktur chemicznych leków, co do których wiadomo, że mogą wiązać się z niewłaściwym stosowaniem. Rozprzestrzenianie się nowych leków autorskich stanowiłoby niepożądane utrudnienie zadania polegającego na dopilnowywaniu, by leki na receptę nie były przerabiane i niewłaściwie wykorzystywane. Jest to również kolejny przykład tego, jak innowacja na rynku nielegalnym wymaga automatycznej i wspólnej reakcji w zakresie ram regulacyjnych dotyczących kontroli produktów farmaceutycznych i leków. Kwestia ta jest bardziej potencjalnym zagrożeniem niż palącym problemem, lecz uwzględniając tempo zmian w tej dziedzinie, ważne jest przewidywanie przyszłych wyzwań. Szczególnie niepokojąca byłaby sugestia, że w przyszłości będziemy świadkami rosnącej liczby nowych narkotyków opartych na istniejących lekach, lecz przeznaczonych do celów innych niż lecznicze.



Rozdział 1

Polityka i prawo

Wprowadzenie

Monitorowanie i ocena strategii antynarkotykowych i planów działania jest ważnym zagadnieniem, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Przedstawione w niniejszym rozdziale najnowsze osiągnięcia w tym obszarze obejmują nowy system monitorowania tworzony przez Organizację Narodów Zjednoczonych, a także pierwsze rezultaty wprowadzenia nowego planu działania UE w zakresie narkotyków. Opisano tu także niektóre osiągnięcia i problemy związane z trudną oceną polityki antynarkotykowej i przyjętymi przez większość państw członkowskich cyklami przedłużania tej polityki.

Niniejszy rozdział zawiera również przegląd różnych rodzajów podejścia prawnego stosowanego w Europie w celu rozróżnienia narkotyków. Obejmują one stosowanie wielu różnych przepisów, systemów klasyfikacji narkotyków oraz swobodę uznania przysługującą prokuraturze i sądownictwu. Inną formą rozróżnienia są ilości progowe, które odróżniają użytek osobisty od przestępstw związanych z handlem. W niniejszym rozdziale ujęto także nowe dane i nowe tendencje w zakresie wydatków publicznych związanych z problemem narkotykowym oraz rozwój badań naukowych związanych z narkotykami w Europie.

Zmiany w polityce międzynarodowej i unijnej

Monitorowanie deklaracji politycznej i planu działania ONZ

W 2009 r. na sesji Komisji ds. Środków Odurzających (CND) przy Organizacji Narodów Zjednoczonych państwa członkowskie ONZ przyjęły nową deklarację polityczną i plan działania w celu zaradzenia światowemu problemowi narkotykowemu (EMCDDA, 2009a). Przegłosowały także rezolucję (52/12) mającą na celu poprawę gromadzenia danych, sprawozdawczości i analizy, aby monitorować wdrożenie tych nowych dokumentów polityki antynarkotykowej.

Zważywszy na trudności napotkane w trakcie końcowego przeglądu poprzedniej dziesięcioletniej deklaracji politycznej i planów działania, w rezolucji wezwano do opracowania narzędzi i mechanizmów gromadzenia danych w celu zapewnienia wiarygodnych i porównywalnych informacji. Wysoką pozycję na liście rozważanych czynników zajmowała potrzeba zachęcenia do lepszej sprawozdawczości ze strony państw członkowskich ONZ i skupienie się na unikaniu niepotrzebnego powielania w stosunku do istniejących międzynarodowych systemów monitorowania,

Reagowanie na problem narkotykowy na mocy traktatu lizbońskiego

Traktat lizboński, który wszedł w życie w dniu 1 grudnia 2009 r., ma na celu zapewnienie Unii Europejskiej uproszczonych metod działania i zasad głosowania, a także usprawnione i nowoczesne instytucje (!). Poprawi również zdolność Unii Europejskiej do działania w kilku obszarach polityki antynarkotykowej.

Handel nielegalnymi narkotykami dotyczy przestrzeni wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości (art. 83), która przewiduje ustanowienie zasad minimum dotyczących definicji przestępstw karnych i sankcji. Traktat uwzględni ustanowienie Prokuratury Europejskiej z możliwością rozszerzenia jej kompetencji na poważne przestępstwa mające wymiar międzynarodowy (art. 86). Mogłoby to w końcu spowodować ściganie na poziomie UE określonych przestępstw związanych z handlem narkotykami.

Traktat lizboński dotyczy także zdrowia publicznego i, podobnie jak w przeszłości, upoważnia Unię Europejską do uzupełniania działań państw członkowskich „w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii, włącznie z informacją i profilaktyką”. Na mocy nowego artykułu o zdrowiu publicznym Komisja Europejska może podjąć, w ścisłym kontakcie z państwami członkowskimi, inicjatywy mające na celu określenie wytycznych i wskaźników, organizowanie wymiany najlepszych praktyk i przygotowanie elementów niezbędnych dla prowadzenia okresowego nadzoru i oceny. Umacnia to prace prowadzone w tych obszarach przez Komisję i EMCDDA.

(!) Więcej informacji – zob. traktat lizboński w portalu Europa.

w tym systemów innych agend ONZ lub organów regionalnych, takich jak EMCDDA.

Nowe narzędzie ONZ służące do gromadzenia danych połączy roczny kwestionariusz sprawozdawczy (ang. Annual Reporting Questionnaire – ARQ), czyli narzędzie monitorowania związane z konwencjami ONZ o kontroli narkotyków, z nowym zestawem pytań związanych z nowo przyjętymi deklaracją polityczną i planem działań. Nowy kwestionariusz powinien zostać przyjęty na sesji CND w 2011 r., a pierwsza runda gromadzenia danych zostanie wprowadzona niedługo później.

Strategia antynarkotykowa i plan działania UE

W trakcie pierwszego roku obowiązywania nowego planu działania UE w zakresie narkotyków (na lata 2009–2012) przeprowadzono kilka działań. W trakcie prezydencji Republiki Czeskiej i Szwecji w Unii Europejskiej kraje te wspierały wdrażanie planu działania wraz z przyjęciem konkluzji Rady, z których jedna wzywała do opracowania kluczowych wskaźników w dziedzinie rynków narkotykowych, przestępstw związanych z narkotykami i ograniczenia podaży, druga – do wymiany dobrych praktyk, wytycznych i norm jakości w zakresie powszechnej profilaktyki, a trzecia – do wzmocnienia zdolności badawczych Unii Europejskiej w zakresie nielegalnych narkotyków.

Komisja Europejska opublikowała sprawozdanie w sprawie wdrożenia decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r. ustanawiającej minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami. Komisja stwierdziła, że chociaż decyzja ramowa stanowiła pierwszy krok w stronę wspólnego podejścia do zwalczania handlu narkotykami, nie doprowadziła ona do znaczącego zbliżenia przepisów krajowych ⁽¹⁾. Komisja opublikowała również dokument roboczy, w którym opisano istniejące mechanizmy wykrywania i monitorowania tendencji pojawiających się w Unii Europejskiej oraz reagowania na nie, a także zawarto propozycje wytycznych dla przyszłej pracy ⁽²⁾. Ponadto rozpoczęto realizację nowego projektu, który ma na celu wspieranie wdrożenia ogólnounijnego systemu profilowania kryminalnego dotyczącego narkotyków syntetycznych ⁽³⁾. Dostarczając swego rodzaju „odcisków palców” narkotyków, profilowanie kryminalne może pomóc w śledzeniu producentów narkotyków i tworzeniu map kanałów dystrybucji. Inne działania Komisji, dotyczące współpracy ze społeczeństwem obywatelskim i badań

naukowych związanych z narkotykami, opisano w innych częściach niniejszego rozdziału. Pierwsza wyczerpująca ocena postępu w realizacji planu działania UE w zakresie narkotyków (na lata 2009–2012) zostanie opublikowana pod koniec 2010 r.

Spółeczeństwo obywatelskie i polityka antynarkotykowa

W marcu 2009 r. odbyło się trzecie posiedzenie Forum Społeczeństwa Obywatelskiego ds. Narkotyków przy Komisji Europejskiej. Europejska kampania w sprawie narkotyków (zob. poniżej) była jednym z dwóch głównych tematów porządku obrad. Drugim głównym zagadnieniem była przyszłość forum, przy czym dyskusja była skupiona na kwestiach praktycznych, takich jak wybór uczestników i organizacja posiedzeń. Na posiedzeniu rozważano również przyszłą rolę Forum Społeczeństwa Obywatelskiego ds. Narkotyków; czy powinno pozostać nieformalną platformą wymiany, czy stać się formalnym organem doradczym Komisji.

Innym działaniem mającym na celu angażowanie i mobilizowanie społeczeństwa obywatelskiego jest europejska kampania w sprawie narkotyków Komisji Europejskiej. W ramach tego projektu zachęca się organy, instytucje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe, przedsiębiorstwa i osoby fizyczne do zobowiązania się do określonych działań w dziedzinie narkotyków. Tym samym projekt ma na celu zapewnienie społeczeństwu obywatelskiemu platformy poszerzającej wiedzę na temat narkotyków i zagrożeń związanych z ich używaniem oraz promowanie dialogu i wymiany najlepszych praktyk. Do początku marca 2010 r. do udziału w projekcie zgłosiło się około 640 wnioskodawców.

Mobilizacja społeczeństwa obywatelskiego powinna również być jedną z kluczowych zasad następnej strategii antynarkotykowej UE ⁽⁴⁾, jak stwierdzono w programie sztokholmskim przyjętym przez Radę Europejską. Program ten ustanawia ramy działania UE w zakresie obywatelstwa, sprawiedliwości, bezpieczeństwa, azylu i imigracji w przestrzeni wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości na lata 2010–2014.

Krajowe strategie antynarkotykowe

Nowe osiągnięcia

Strategie antynarkotykowe i plany działania to obecnie podstawowe instrumenty krajowej polityki

⁽¹⁾ Komunikat prasowy w portalu Europa MEMO/09/548.

⁽²⁾ SEC(2009) 1090 wersja ostateczna.

⁽³⁾ 13405/09 CORDROGUE 63.

⁽⁴⁾ Dwie pozostałe zasady podstawowe to poprawa współpracy z państwami trzecimi oraz poprawa w zakresie badań i informacji.

antynarkotykowej w Europie. Prawie wszystkie 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA przyjęło takie dokumenty i okresowo je przedłuża. W 2009 r. 7 krajów europejskich przyjęło nowe strategie antynarkotykowe lub plany działania (zob. tabela 1), natomiast na początku 2010 r. dalsze 12 państw opracowywało projekty nowych dokumentów dotyczących krajowej polityki antynarkotykowej ⁽⁵⁾.

Wyzwania związane z przedłużaniem dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej

Kilka krajów niedawno zgłosiło opóźnienia w przedłużeniu dokumentów dotyczących krajowej polityki antynarkotykowej ⁽⁶⁾. Pięć z krajów, których strategie antynarkotykowe lub plany działania wygasły w grudniu 2008 r., w rok później nie przyjęło jeszcze nowych dokumentów (Włochy, Łotwa, Litwa, Portugalia, Rumunia). Podobnie inne państwa, w których obowiązywanie dokumentów dotyczących tej polityki kończyło się w 2009 r., nie przedłużyły ich w trakcie tego roku. W rezultacie po raz pierwszy od połowy lat 90. XX w. obserwuje się w Europie spadek liczby krajów, w których obowiązuje krajowa strategia antynarkotykowa lub plan działania.

Przedłużenie dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej to złożony proces obejmujący kilka kroków. Pierwszym jest ocena końcowa istniejącej lub niedawno zakończonej strategii lub planu działania ⁽⁷⁾.

Na etapie opracowywania nowej polityki prowadzone są również konsultacje z zainteresowanymi stronami, a czasem i ze społeczeństwem. Ponieważ strategie i plany działania ściśle związane są z rolą różnych departamentów rządowych, opracowywanie ich zazwyczaj wiąże się z przedkładaniem kolejnych projektów różnym ministerstwom. Na koniec dokumenty dotyczące polityki muszą zostać zatwierdzone przez rząd lub parlament. Najnowsze sprawozdania sugerują, że ukończenie całej procedury może zająć od sześciu miesięcy do dwóch lat, natomiast okres obowiązywania dokumentów dotyczących krajowej polityki antynarkotykowej zwykle wynosi od czterech do ośmiu lat. Oznacza to, że aby procedura przedłużenia zakończyła się w odpowiednim czasie, należy niekiedy rozpocząć ją wkrótce po upływie połowy okresu obowiązywania danego dokumentu lub najpóźniej na kilka miesięcy przed jego wygaśnięciem. Jednakże końcowa ocena nie może być przeprowadza przed zakończeniem realizacji strategii lub planu działania, a nawet później, gdy wpływ takiego dokumentu może być oceniony wraz z danymi epidemiologicznymi i innymi.

Unia Europejska i kilka krajów europejskich stanęły niedawno przed wyzwaniem przeprowadzenia oceny końcowej istniejącego dokumentu dotyczącego polityki oraz – niemal jednocześnie – opracowania projektu następnego dokumentu. Jako że sytuacja może powtórzyć się w następnych latach, poczyniono pewne sugestie dotyczące radzenia sobie z nią w inny sposób

Tabela 1: Dokumenty dotyczące polityki antynarkotykowej przyjęte w 2009 r.

Kraj	Nazwa dokumentu dotyczącego polityki	Okres	Zakres	Uwagi
Bułgaria	Krajowa strategia walki z narkotykami	2009–2013	Nielegalne narkotyki	Uzupełniony planem działania (na lata 2009–2013)
Irlandia	Krajowa strategia antynarkotykowa – okres przejściowy	2009–2016	Nielegalne narkotyki	Zostanie zastąpiony strategią w dziedzinie nadużywania substancji, która obejmie również alkohol
Hiszpania	Krajowa strategia antynarkotykowa	2009–2016	Nielegalne narkotyki, alkohol i wyroby tytoniowe	Uzupełniony planem działania (na lata 2009–2012)
Cypr	Krajowa strategia antynarkotykowa	2009–2012	Nielegalne narkotyki	
Węgry	Krajowa strategia walki z problemem narkotykowym	2010–2018	Nielegalne narkotyki	Zostanie uzupełniony planami działania
Słowacja	Krajowa strategia antynarkotykowa	2009–2018	Nielegalne narkotyki	Zostanie uzupełniony planami działania
Chorwacja	Plan działania w zakresie walki z nadużywaniem środków odurzających	2009–2012	Nielegalne narkotyki	Drugi plan działania w ramach strategii krajowej na lata 2006–2012

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

⁽⁵⁾ Republika Czeska, Estonia, Włochy, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Niderlandy, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Turcja.

⁽⁶⁾ Termin „krajowy dokument dotyczący 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.

⁽⁷⁾ Zob. „Ocena krajowych antynarkotykowych strategii i planów działania”.

w przyszłości. Jedną jest wprowadzenie roku przejściowego między dwoma kolejnymi planami lub strategiami, przeznaczonych na ocenę polityki i jej przedłużenie.

Powiązania między strategiami antynarkotykowymi i antyalkoholowymi

Spożywanie różnych substancji – używanie wielu narkotyków – jest szeroko rozpowszechnione wśród Europejczyków używających narkotyków, przy czym niemal wszystkie schematy używania wielu narkotyków obejmują alkohol (EMCDDA, 2009d). Specjaliści w zakresie profilaktyki, leczenia, ograniczania szkód i reintegracji społecznej wiedzą, że problemy związane z narkotykami i alkoholem częściowo się pokrywają, i pracują nad znalezieniem praktycznych rozwiązań, które będą rozwiązywały obie kwestie jednocześnie. Jednak na szczeblu polityki sytuacja wydaje się być bardziej skomplikowana (Muscat, 2008 r.).

Przegląd strategii antynarkotykowych i antyalkoholowych w Europie wskazuje na istnienie wielu różnych sytuacji krajowych, w tym: całkowity brak strategii krajowej; strategia dotycząca nielegalnych narkotyków, ale nie alkoholu; oddzielne strategie dla narkotyków i alkoholu; dwie wzajemnie powiązane strategie; oraz dokument dotyczący polityki obejmujący zarówno nielegalne narkotyki, jak i alkohol. Nie ma również wyraźnego przesunięcia w stronę jednego z tych modeli. Podczas gdy obecnie wiele krajów wydaje się przyjmować strategię antyalkoholową (Komisja Europejska, 2009b) oprócz swojej strategii antynarkotykowej, inne kraje poszerzyły zakres swoich dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej; przykładem może być decyzja Irlandii o włączeniu alkoholu do nowej strategii w dziedzinie nadużywania substancji.

Brak wspólnego europejskiego modelu i tendencji wskazuje na liczne zagadnienia, które rządy muszą wziąć pod uwagę w trakcie opracowywania strategii dotyczących używania substancji. Powody zachowania oddzielnych strategii to m.in. potrzeba ukierunkowania ich na określone problemy związane z alkoholem, które często mają inny rozmiar niż problemy spowodowane nielegalnymi narkotykami, lub po prostu uznanie prawnej granicy między narkotykami legalnymi a nielegalnymi. Odwrotnie, znaczenie spożywania alkoholu wśród osób używających nielegalnych narkotyków lub potrzeba przyjęcia w zakresie zdrowia publicznego podejścia skupiającego się na stylach życia i zachowaniach, a nie na poszczególnych substancjach, wymagają strategii łączonej. Te sprzeczne kwestie w niektórych krajach

prowadzą do opracowania pragmatycznych rozwiązań, takich jak łączenie odrębnych strategii antynarkotykowych i antyalkoholowych poprzez nadrzędną strategię w zakresie zdrowia publicznego lub poprzez pojedynczy krajowy organ koordynujący ds. narkotyków i alkoholu (np. w Portugalii). Przyszłe prace w tym zakresie będą obejmować ocenę właściwości różnych modeli łączenia strategii antynarkotykowych i antyalkoholowych w Europie.

Ocena krajowych antynarkotykowych strategii i planów działania

Obecnie powszechną praktyką krajów europejskich jest przeprowadzanie końcowego przeglądu lub oceny krajowej strategii antynarkotykowej lub planu działania. Zazwyczaj ma to na celu dokonanie oceny osiągniętego poziomu wdrożenia oraz zmian w ogólnej sytuacji w zakresie narkotyków w celu opracowania następczej strategii lub planu działania.

W niektórych krajach ocena logiki, adekwatności i wewnętrznej spójności dokumentów dotyczących polityki jest etapem oceny wstępnej. Analiza treści, obejmująca czasem opracowanie schematu problemów lub ram logicznych, jest stosowana do wyjaśnienia teorii leżącej u podstaw polityki, ale też do zidentyfikowania niespójności między celami, działaniami i potrzebami.

Realizacja działań przewidzianych w dokumentach dotyczących polityki jest oceniana przy pomocy innych metod. W niektórych krajach dane są rutynowo przekazywane przez instytucje odpowiedzialne za realizację. W innych usługodawcy lub organy regionalne proszeni są o wypełnienie kwestionariusza dotyczącego poziomu realizacji i, czasami, napotkanych trudności.

Większość osób odpowiedzialnych za dokonanie oceny zdaje sobie sprawę z trudności w ustaleniu wpływu strategii antynarkotykowej na problem narkotykowy. Niemniej jednak zazwyczaj zapewniany jest przegląd sytuacji narkotykowej oparty na wskaźnikach epidemiologicznych oraz innych danych dotyczących zdrowia i egzekwowania prawa, który łączony jest z próbami powiązania niektórych elementów polityki z odnotowanymi zmianami w tej sytuacji. Niestety analiza rzadko obejmuje porównanie na poziomie europejskim, co prowadzi do łączenia przez niektóre kraje spadku w używaniu konopi indyjskich z treścią swojej krajowej polityki antynarkotykowej, podczas gdy dane wskazują na szerszą tendencję międzynarodową.

Interpretacja danych jest jednym z podstawowych elementów oceny. W niektórych krajach wyłączną odpowiedzialność za nią ponosi krajowy organ koordynujący ds. narkotyków, natomiast w innych za dokonanie bilansu danych, oceny wyników i sformułowanie zaleceń na potrzeby następczej strategii lub planu działania odpowiadają zewnętrzni eksperci dokonujący oceny, specjalne komitety lub grupy ekspertów.

Wydatki publiczne i koszty społeczne

Wydatki publiczne na wszystkie aspekty związane ze zjawiskiem narkotyków w Europie oszacowano na 34 mld EUR w 2005 r. (EMCDAA, 2008d). Kwota ta obejmuje wydatki „bezpośrednio przypisane”, które są planowane przez rząd na zadania związane z narkotykami i w ten sposób określone w budżecie. Wydatki przypisane bezpośrednio są przedstawione w oficjalnej dokumentacji księgowej. Jednakże większą część wydatków publicznych związanych z narkotykami stanowią wydatki „przypisane pośrednio”, tj. nieokreślone jako takie w budżecie krajowym. Wydatki przypisane pośrednio muszą zostać oszacowane metodą modelowania kosztów.

Dane za różne lata są tylko dostępne w przypadku wydatków przypisanych bezpośrednio. W 2008 r. 22 państwa członkowskie UE zgłosiły łączne wydatki przypisane bezpośrednio na problem narkotykowy w wysokości 4,2 mld EUR. W przypadku 16 krajów, które przekazały informacje w latach 2005 i 2008, całkowita wysokość wydatków przypisanych bezpośrednio wzrosła z 2,1 mld EUR do 2,25 mld EUR. W porównaniu z produktem krajowym brutto całkowita wysokość wydatków przypisanych bezpośrednio zmniejszyła się w dziewięciu krajach, wzrosła w sześciu, a w jednym kraju pozostała na niezmiennym poziomie ⁽⁸⁾.

Wydatki publiczne związane z narkotykami mogą zostać sklasyfikowane ze względu na międzynarodową klasyfikację funkcji sektora instytucji rządowych i samorządowych (COFOG). Większość całkowitych wydatków przypisanych bezpośrednio (1,82 mld EUR) i podzielonych na kategorie przez siedem państw, które przekazały dane, związana była ze zdrowiem (60%) oraz z porządkiem i bezpieczeństwem publicznym (34%) (służby policji, sądy, więzienia). Ten brak równowagi można wyjaśnić tym, że wydatki na porządek i bezpieczeństwo publiczne na ogół są ujęte w szerszych i bardziej ogólnych programach działania przeciwko przestępczości (wydatki przypisane pośrednio) (EMCDDA, 2008d).

Koszty społeczne używania narkotyków

Określenie kosztów społecznych używania narkotyków prowadzi do ujawnienia kwot, które byłyby zaoszczędzone, gdyby używanie narkotyków zostało zniesione, oraz do ustalenia różnych składników kosztów i udziału poszczególnych sektorów społeczeństwa. Informacje te mogą pomóc w ustaleniu priorytetów finansowania. Wydatki publiczne stanowią ułamek kosztów społecznych, przybierających postać kosztów bezpośrednich wyłącznie z ogólnej perspektywy władz.

Koszty społeczne obejmują również koszty pośrednie (np. utrata produktywności wskutek schorzeń i śmiertelności) oraz koszty ponoszone przez prywatne zainteresowane strony (np. prywatną opiekę zdrowotną).

Badania kosztów społecznych są czasochłonne i kosztowne. Z tego powodu informacje o kosztach społecznych używania narkotyków w Europie są bardzo ograniczone. Najnowsze szacunki kosztów społecznych używania narkotyków sporządzono w odniesieniu do Finlandii i Zjednoczonego Królestwa (Szkocja). Bezpośrednie koszty związane z używaniem nielegalnych narkotyków i nieprawidłowym używaniem leków w Finlandii wynosiły szacunkowo od 200 do 300 mln EUR w 2007 r. W tym samym roku szacowane koszty pośrednie wyniosły od 500 do 1100 mln EUR. Największa część (blisko jedna trzecia) kosztów pośrednich związana jest z opieką społeczną, a w dalszej kolejności – egzekwowania porządku i bezpieczeństwa publicznego, na które przypada około jednej czwartej tych kosztów. Największa część kosztów pośrednich wynika z wartości utraty życia z powodu przedwczesnych zgonów.

W Szkocji najnowsze szacunki kosztów gospodarczych i społecznych nadużywania narkotyków sięgają 5,1 mld EUR w 2006 r. Połowę z tych kosztów przypisano do „szerszych kosztów społecznych”, w tym kosztów ponoszonych na rzecz ofiar przestępstw popełnionych przez osoby problemowo używające narkotyków oraz urazy emocjonalne doświadczane przez rodziny osób używających narkotyków, które zmarły wskutek używania tych substancji. Z całkowitych kosztów gospodarczych i społecznych 96% przypisano problemowemu używaniu narkotyków, a 4% – rekreacyjnemu.

Przepisy krajowe

Większość europejskich krajów bada lub wprowadza w swoich ramach prawnych rozróżnienie między narkotykami. Najnowszym przykładem jest czeski kodeks karny, w którym przestępstwa posiadania na własny użytek, związane z konopiami indyjskimi lub ich aktywnym składnikiem, THC, pociągają za sobą niższą maksymalną karę niż te, które dotyczą innych substancji. Podobną możliwość omawiano w Estonii w 2009 r., jednakże 10 z 13 ekspertów, z którymi konsultowało się Ministerstwo Sprawiedliwości, było przeciwnych różnicowaniu przestępstw w zależności od substancji, więc postanowiono nie zmieniać przepisów. W Niderlandach rząd przyjął zalecenie Komitetu Doradczego ds. Polityki Antynarkotykowej, aby ponownie rozważyć liczbę obowiązujących wykazów.

⁽⁸⁾ Zob. tabela PPP-10 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Organy ustawodawcze w Unii Europejskiej mają do dyspozycji szeroki wybór dostępnych rozróżnień i środków kontroli w zależności od zakresu, w jakim dana substancja przeznaczona jest do legalnego handlu i sprzedaży ze względu na jej właściwości handlowe, przemysłowe lub lecznicze. Pierwszy zestaw możliwości obejmuje kontrolę poza przepisami antynarkotykowymi, którą można podzielić na trzy kategorie: sprzedaż nieograniczona, sprzedaż ograniczona bez nadzoru medycznego, sprzedaż ograniczona wraz z nadzorem medycznym. W przypadku pierwszej kategorii do kontrolowania sprzedaży określonych towarów stosuje się prawo ochrony konsumentów; do towarów tych zalicza się np. substancje prawdopodobnie psychoaktywne sprzedawane w „smart shopach” lub nowe i jeszcze nieobjęte kontrolą substancje. Druga kategoria odnosi się do takich ograniczeń, jak ograniczenia wiekowe wobec kupującego, a czasem i osoby używającej, lub licencjonowanie punktów sprzedaży detalicznej. Dotyczy to kontroli alkoholu i tytoniu, ale może obejmować również sprzedaż konopi indyjskich w „coffee shops” w Niderlandach oraz sprzedaż określonych substancji lotnych, np. w Zjednoczonym Królestwie. Trzecia kategoria obejmuje przepisy regulujące sprzedaż apteczną, w tym sprzedawane bez recepty leki na kaszel i przeziębienie, a także leki na receptę. W ciągu kilku ostatnich lat Republika Czeska i Zjednoczone Królestwo wprowadziły ograniczenia sprzedaży leków na przeziębienie zawierających pseudoefedrynę, ponieważ są one kupowane w celu wytwarzania nielegalnej amfetaminy. Przepisy dotyczące leków skutecznie wykorzystano także w Austrii w celu ograniczenia sprzedaży produktów „spice” bez kryminalizacji osób używających (EMCDDA, 2009a).

Przepisy antynarkotykowe oferują drugi zestaw możliwości rozróżniania substancji. Można je przedstawić za pomocą tzw. piramidy rozróżniania (Ballotta i in., 2008). Podstawę tej piramidy stanowi system odróżniania wykorzystujący klasyfikację prawną. Kara za przestępstwo związane z narkotykami oficjalnie różni się w zależności od klasy lub szkodliwości substancji, której dotyczy, określonej w wykazach ustanowionych w przepisach lub bezpośrednio z nimi związanych. Na przykład w Bułgarii, na Cyprze, w Niderlandach, Portugalii, Rumunii i Zjednoczonym Królestwie przepisy zawierają instrukcje lub wymogi względem organów prokuratury, aby w przypadku każdego przestępstwa dokonywały rozróżnienia między rodzajami narkotyków; w Hiszpanii, na Łotwie i na Malcie kara jest zróżnicowana wyłącznie w przypadku oskarżenia o handel narkotykami. Na drugim poziomie piramidy narkotyki mogą być

Recesja gospodarcza a problemy narkotykowe

Komisja Europejska (2009a) szacuje, że obecne pogorszenie koniunktury gospodarczej jest porównywalne z recesją z lat 30. XX w. W 2009 r. produkt krajowy brutto państw członkowskich UE gwałtownie spadł o 4,0%, czyli znacznie bardziej niż podczas wcześniejszych kryzysów. Dramatycznie osłabiły się rynki pracy UE – bezrobocie wzrosło o jedną trzecią (z 6,7% w 2008 r.) i przewiduje się, że w 2010 r. osiągnie 11%. Znacznie spadło zatrudnienie: oczekuje się, że utworzenie 9,5 mln miejsc pracy w latach 2006–2008 zniwelowane zostanie utratą 8,5 mln miejsc w latach 2009–2010.

Konsekwencje recesji gospodarczej dla używania narkotyków i problemów związanych z narkotykami zostały zbadane w trakcie konferencji w 2010 r. Międzynarodowego Stowarzyszenia na rzecz Badań Polityki Antynarkotykowej (ISSDP). Jednym z ogólnych wniosków jest to, że istnieje szeroki wybór możliwych mechanizmów wpływu. Na przykład większa liczba bezrobotnych nastolatków może sprzedawać narkotyki i tym samym zwiększać dostępność i częstość używania konopi indyjskich wśród swoich rówieśników. Niektórzy młodzi dorośli również mogą używać narkotyków, aby poradzić sobie ze stresem i trudnościami gospodarczymi, chociaż spadek dochodów może prowadzić inne osoby do ograniczenia wydatków na narkotyki. Na istniejące problemy związane z narkotykami wpływ może mieć również – bezpośrednio – przejście uboższych osób używających narkotyków na bardziej efektywne i ryzykowne metody używania lub – pośrednio – ograniczenie usług wynikające z cięć w wydatkach publicznych.

Ocena pełnego wpływu obecnej recesji wymaga czasu, głównie z powodu wielu wyżej opisanych mechanizmów, a także dlatego, że jej skutki ujawnią się w miarę upływu lat. Jednakże obecnie rządy, które rozważają ograniczenie wydatków w dziedzinie narkotyków, powinny wziąć pod uwagę opłacalność istniejących środków.

klasyfikowane tak samo, ale prawo przewiduje określone odstępstwa – w postaci niższych kar – za posiadanie małych ilości konopi indyjskich na własny użytek, w przypadku braku okoliczności obciążających. Takie rozwiązanie występuje w Belgii, Republice Czeskiej, Irlandii i Luksemburgu. Na trzecim poziomie rozróżnienie dokonywane jest na podstawie wytycznych dla prokuratury lub precedensów sądowych. Na przykład w Danii dyrektwa prokuratora krajowego zaleca żądanie odmiennych grzywnien za posiadanie różnych narkotyków; podczas gdy w Niemczech trybunał konstytucyjny, podkreślając konstytucyjny zakaz nadmiernego karania, wzywa do stosowania mniej surowych środków w przypadku drobnych wykroczeń polegających na posiadaniu konopi indyjskich na własny użytek.

Szczyt piramidy rozróżniania stanowi swoboda przysługująca prokuraturze i sądownictwu w stosowaniu przepisów. W tym wypadku charakter substancji jest jednym z kryteriów branych pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o odstąpieniu od oskarżenia lub o wyznaczeniu niższego wymiaru kary. Choć dane były ograniczone, EMCDDA (2009e) stwierdziło, że wyroki mogą się różnić, nawet jeżeli narkotyki są jednakowo traktowane przez prawo. W Republice Czeskiej, gdzie prawo klasyfikuje wszystkie narkotyki jednakowo, 44% wyroków za przestępstwa związane z heroiną stanowiły wyroki pozbawienia wolności, natomiast w przypadku substancji o nazwie pervitin (metamfetamina) i konopi indyjskich odsetek ten wynosi odpowiednio 39% i 11%. W Zjednoczonym Królestwie w odniesieniu do osób objętych natychmiastowym aresztem średni wyrok za przestępstwo posiadania wynosił 5 miesięcy w przypadku kokainy, 7 miesięcy za ecstasy i 10 w przypadku heroiny. Średni wyrok za przestępstwa związane z handlem (włączając przestępstwa importu i eksportu) wynosił 29 miesięcy w przypadku ecstasy i 37 miesięcy w przypadku kokainy i heroiny. Wszystkie te substancje należą jednak do tej samej klasy. Sugeruje to, że organy sądowe rozróżniają inny stopień szkód lub powagi związany z różnymi narkotykami niż stopień sygnalizowany przez prawodawstwo.

Ilości progowe określające przestępstwa, takie jak przewidziane w przypadku posiadania na własny użytek, są dodatkowymi elementami rozróżniającymi na wszystkich poziomach piramidy. W najnowszym „Przeglądzie tematycznym” EMCDDA dotyczącym ilości progowych określono znaczące różnice w podstawach prawnych i ilościach substancji. Ilości te mogą być ustalone w ustawach bądź dekretych ministerialnych lub prezydenckich (np. Republika Czeska, Grecja, Włochy, Cypr, Litwa, Węgry, Austria) lub w wytycznych dla prokuratury (Dania, Niderlandy, Finlandia, Norwegia), w obu tych rodzajach dokumentów (Belgia, Portugalia), a nawet w wytycznych dotyczących wymierzania kary (Finlandia). Ilości progowe w przypadku podobnych przestępstw mogą różnić się w zależności od kraju, np. postępowanie karne za posiadanie żywicy konopnej na Litwie może rozpocząć przy dowolnej ilości, a w wielu niemieckich krajach związkowych – od 6 gramów. Progi te nie wskazują również na konsekwencję w zależności od narkotyków – waga prokowa w przypadku konopi indyjskich jest trzy (Cypr) do dziesięciu razy (Niderlandy) wyższa niż w przypadku heroiny. Waga prokowa kokainy może być taka sama jak dla heroiny (np. Dania) lub dziesięć razy większa (np. Łotwa).

Ogólnie wydaje się, że rozróżnianie narkotyków w państwach członkowskich UE nie jest wyłącznie kwestią formalnej klasyfikacji na mocy przepisów antynarkotykowych. Wynika także z rodzaju prawa stosowanego do kontrolowania narkotyków, wytycznych dla prokuratury i precedensów sądowych, ustalonych ilości progowych oraz nastawienia organów sądownictwa podczas wprowadzania prawa w życie.

Badania naukowe związane z narkotykami

Wzmacnianie zdolności badawczych UE

W ciągu ostatnich lat wzmocnienie zdolności badawczych w dziedzinie narkotyków było obecne w programie europejskim. W 2008 r. Komisja Europejska sfinansowała badanie pt. „Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union” [Analiza porównawcza badań na temat nielegalnych narkotyków w Unii Europejskiej] ⁽⁹⁾ i we wrześniu 2009 r. zorganizowała konferencję, aby omówić sposoby poprawy w Unii Europejskiej zdolności badawczych związanych z narkotykami. Badanie i dyskusje dostarczyły wielu ważnych spostrzeżeń na temat sposobu

Wyniki badań i bariery językowe

Większość wyników badań poddanych wzajemnej ocenie jest opublikowana w języku angielskim, co ogranicza ich dostępność w przypadku znacznej liczby europejskich badaczy, praktyków i osób odpowiedzialnych za wyznaczanie kierunków polityki. To samo dotyczy prac opublikowanych w czasopiśmie weryfikowanych przez niezależnych ekspertów i wydawanych w innych językach. W 2008 r. EMCDDA określił, że w Europie istnieje 27 takich czasopiśmie. Są one wydawane w językach: czeskim, duńskim, niemieckim, greckim, hiszpańskim, francuskim, węgierskim, polskim, portugalskim, szwedzkim i norweskim. Wiele organizacji rządowych i pozarządowych również przekazuje wyniki badań w sprawozdaniach dostępnych wyłącznie w ich językach urzędowych. Większość z tych informacji pozostaje dostępna tylko dla ograniczonej liczby osób.

Znaczenie barier językowych podkreślono w badaniu pt. „Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union” [Analiza porównawcza badań na temat nielegalnych narkotyków w Unii Europejskiej], a także omówiono podczas konferencji Komisji pt. „Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU” [Wypełnianie luk w badaniach naukowych w UE nad nielegalnymi narkotykami]. Pierwszym krokiem do pokonania tego typu barier jest opracowanie przez EMCDDA internetowego tematycznego obszaru badań, który zawiera wykaz badań krajowych wraz z linkami do opublikowanych i niepublikowanych sprawozdań.

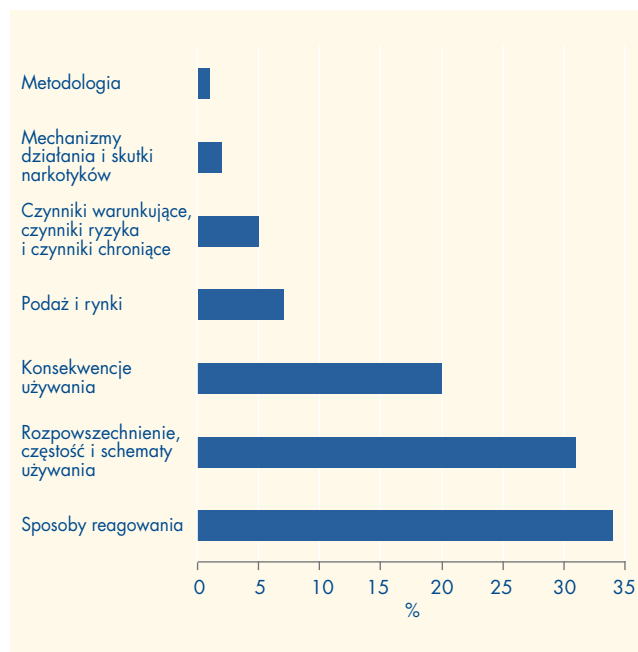
⁽⁹⁾ Dokumenty i prezentacje z konferencji, w tym pełne sprawozdanie z badania, dostępne są na stronie konferencji internetowej.

prowadzenia w Europie badań naukowych dotyczących narkotyków.

W Europie większość badań naukowych związanych z narkotykami jest prowadzona przez państwa członkowskie, które ustalają priorytety badań w zależności od swoich krajowych potrzeb. Zasadniczo dzieje się tak wobec braku spójnej strategii badań nad narkotykami posiadającej przyznane finansowanie. Za to badania naukowe związane z narkotykami są zazwyczaj włączone w programy zdrowotne, programy z zakresu nauk społecznych lub inne. Ponadto badania naukowe charakteryzują się zdecydowanym nastawieniem na epidemiologię i oceny interwencji, przy czym kwestie podaży narkotyków, jej ograniczenia i oceny polityki są obecne w nich w niewystarczającym stopniu. Ogólnie koordynacja między polityką, badaniami naukowymi i praktyką nie ma również spójnego, długoterminowego podejścia. Krajowa działalność badawcza jest uzupełniona siódmym programem ramowym Wspólnoty Europejskiej w zakresie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji (2007–2013).

Spostrzeżenie to uwzględniono w konkluzjach Rady UE dotyczących „wzmocnienia zdolności badawczych Unii Europejskiej w zakresie nielegalnych narkotyków”⁽¹⁰⁾, w których określono przyszłe priorytety: badanie przyczyny i charakteru problemów narkotykowych oraz reakcji na nie, a także badania oceniające ograniczenie podaży i popytu. Państwa członkowskie poproszono również o wzmocnienie ich zdolności badawczej i mechanizmów koordynacyjnych, a także zbadanie, z pomocą Komisji Europejskiej, możliwości oferowanych przez siódmy program ramowy w zakresie badań, np. sieci europejskiej przestrzeni badawczej (ERA-NET) i stypendia „Marie Curie”. Ponadto państwa członkowskie i społeczność naukową zachęca się do „aktywnego włączenia się w konsultacje dotyczące przyszłej europejskiej polityki badawczej oraz przyszłych celów badań naukowych związanych z narkotykami w ramach następnej strategii antynarkotykowej UE”. Rada zgodziła się również ustanowić roczną wymianę badań naukowych związanych z narkotykami w celu promowania transgranicznej współpracy badawczej. Uznała potrzebę poprawienia dostępu do odkryć naukowych dla osób odpowiedzialnych za wyznaczenie kierunków polityki i specjalistów, a także wezwała EMCDDA do dostarczania i rozpowszechniania – za pośrednictwem tematycznej strony internetowej o badaniach naukowych oraz portalu o najlepszych praktykach – informacji o badaniach związanych z narkotykami i wyników takich badań.

Wykres 1: Tematyka krajowych badań naukowych związanych z narkotykami, cytowanych w sprawozdaniach krajowych Reitox za 2009 r. (odsetek wszystkich cytowanych badań)



Uwaga: Odwołania do badań naukowych związanych z narkotykami w latach 2007–2009 przeanalizowano w 29 sprawozdaniach krajowych sieci Reitox za 2009 r. Badania sklasyfikowano na podstawie kontekstu, w którym były przytoczone.

Źródło: Sprawozdania krajowe sieci Reitox (2009).

Informacje o badaniach naukowych przekazane przez państwa członkowskie

W swoich sprawozdaniach krajowych sieci Reitox za 2009 r. kraje europejskie zgłosiły ponad 650 projektów badawczych zrealizowanych lub opublikowanych w latach 2007–2009, czyli około dwa razy więcej niż w poprzednim okresie. Ten wzrost został potwierdzony w 26 spośród 29 krajów objętych sprawozdaniem. Zjednoczone Królestwo przedstawiło największą liczbę projektów badawczych – ponad 100. W dalszej kolejności były Niemcy, Niderlandy i Finlandia – ponad 50 projektów, a następnie Republika Czeska, Irlandia i Szwecja – ponad 30.

Podobnie jak w latach poprzednich badania naukowe dotyczące reagowania na sytuację narkotykową oraz rozpowszechnienia, częstości i schematów używania narkotyków stanowiły w przybliżeniu jedną trzecią ostatnich badań, a skutków używania narkotyków dotyczyła jedna piąta badań (wykres 1). Przytoczono około 40 badań o podaży i rynkach więcej niż w roku ubiegłym. Chociaż spowodowane było to głównie koordynowanym przez EMCDDA gromadzeniem w 2009 r. szczególnych danych dotyczących rynków konopi indyjskich, fakt ten sygnalizuje także rosnące zainteresowanie badaniami nad podażą.

⁽¹⁰⁾ Dostępne badania naukowe związane z narkotykami na stronie internetowej EMCDDA.



Rozdział 2

Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie

Wprowadzenie

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

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

Profilaktyka

Profilaktykę antynarkotykową można dzielić na różne poziomy lub strategie, od skierowanych do całości społeczeństwa (profilaktyka środowiskowa) do koncentrujących się na osobach zagrożonych (profilaktyka zalecana), natomiast najlepiej byłoby, gdyby one ze sobą nie rywalizowały, ale uzupełniały się. Główne wyzwania stojące przez polityką profilaktyki to dopasowanie tych różnych poziomów do stopnia narażenia grup docelowych (Derzon, 2007) i dopilnowanie, aby interwencje były oparte na dowodach i miały wystarczający zasięg.

Strategie środowiskowe

Strategie profilaktyki środowiskowej mają na celu zmianę bezpośredniego środowiska kulturowego, społecznego, fizycznego i gospodarczego, w którym ludzie dokonują wyborów w zakresie używania narkotyków. Strategie te

zazwyczaj obejmują takie środki, jak: zakaz palenia, ustalanie cen alkoholu lub promowanie zdrowia w szkołach. Dowody wykazują, że środki profilaktyki środowiskowej na poziomie społecznym i ukierunkowane na klimat społeczny w szkołach i społecznościach skutecznie zmieniają przekonania normatywne i w konsekwencji prowadzą do ograniczenia używania substancji (Fletcher i in., 2008).

Obecnie niemal we wszystkich krajach europejskich wprowadzane są częściowe lub całkowite zakazy palenia, a reklamy tytoniu zakazane są na mocy dyrektywy UE z 2003 r. (2003/33/WE). W kilku krajach Europy trwa również debata nad propozycjami dotyczącymi ustalenia minimalnych cen alkoholu i ograniczenia jego reklamy. Starania na rzecz stworzenia pozytywnego i chronionego klimatu w szkołach, w tym wprowadzenie surowych zasad dotyczących posiadania i używania substancji, zgłosiło w 2009 r. dziesięć państw członkowskich UE. Kraje na północy Europy opracowały również koncepcję pozytywnych chronionych środowisk na poziomie społeczności, np. poprzez samorządowe plany działania dotyczące alkoholu.

Profilaktyka powszechna

Profilaktyka powszechna zajmuje się całymi populacjami, głównie na poziomie szkoły i społeczności. Ma ona na celu powstrzymanie lub opóźnienie rozpoczynania używania narkotyków oraz pojawienia się problemów związanych z narkotykami, poprzez udzielanie młodzieży informacji i rozwijanie u nich umiejętności koniecznych do uniknięcia rozpoczęcia używania substancji. Dowody pokazują, że dobrze opracowane i zorganizowane interwencje w zakresie profilaktyki powszechnej mogą być efektywne. Ostatnim przykładem jest holenderski program łączony szkoła-rodzice, które doprowadził do spadku spożywania alkoholu (Koning i in., 2009). W przypadku innych interwencji, szczególnie kampanii w środkach masowego przekazu, istnieje niewiele dowodów na ich efektywność, a w niektórych badaniach zaobserwowano efekty szkodliwe. Mimo tego większość krajów

europiejskich nadal zgłasza przeznaczanie zasobów na kampanie ostrzegawcze.

Powszechna profilaktyka szkolna zgłaszana jest we wszystkich krajach europejskich, chociaż różni się treścią i zakresem. Dwa główne rodzaje interwencji w ramach tej profilaktyki to udzielanie informacji i rozwijanie umiejętności życiowych. Zorganizowane protokoły interwencji („programy”) nadal występują stosunkowo rzadko. W Europie w coraz większym stopniu dostrzegana jest potrzeba ulepszenia powszechnej profilaktyki szkolnej. Jedenaście państw członkowskich UE zgłasza np. starania mające na celu zdefiniowanie norm profilaktyki.

Profilaktyka wybiórcza

Profilaktyka wybiórcza funkcjonuje w odniesieniu do specyficznych grup, rodzin i całych środowisk, w przypadku których, z uwagi na luźne więzi społeczne i znikome zasoby, istnieje większe prawdopodobieństwo rozpoczęcia używania narkotyków lub wejścia w uzależnienie. Ze względu na trudności we wdrożeniu eksperymentalnych projektów oceny dowody na efektywność profilaktyki wybiórczej nadal są ograniczone. Jednakże nie dotyczy to interwencji adresowanych do rodzin zagrożonych, których efektywność wykazały różne badania (Petrie i in., 2007). Ostatnie przykłady w tym obszarze obejmują dostosowanie ocenionego w Hiszpanii „programu na rzecz umocnienia rodziny”, który okazał się być skuteczną w obniżaniu wskaźników używania narkotyków, takich jak destruktywne zaburzenia behawioralne w szkole i objawy depresji. Również w Zjednoczonym Królestwie zgłoszono pozytywne wyniki, a mianowicie ograniczenie zagrożeń dla dzieci, liczby zgłoszonych przypadków antyspółecznych zachowań, problemów edukacyjnych, przestępczości nieletnich, przemocy domowej, problemów zdrowia fizycznego i psychicznego oraz niewłaściwego używania substancji wśród pierwszych 699 rodzin, które ukończyły „projekt interwencji w rodzinie”.

Kraje europejskie zgłaszają przeciętnie ograniczone stosowanie profilaktyki wybiórczej, przy czym większość interwencji ukierunkowana jest na młodych przestępców, zagrożone rodziny i grupy etniczne. Ogółem dane wykazują, że w ostatnich latach zasięg profilaktyki wybiórczej nie zwiększył się. Mogą pod tym względem istnieć pewne wyjątki, takie jak interwencje dla rodzin zagrożonych w niektórych krajach i program „FreD” czy protokół systematycznych interwencji wobec młodych przestępców, który obecnie jest wdrażany w ponad jednej trzeciej państw członkowskich UE.

Uczenie się poprzez badania nad profilaktyką

Efektywność europejskich środków zapobiegawczych nadal pozostaje słabo zbadana (!). Najwięcej uwagi poświęca się profilaktyce powszechnej i zalecanej w warunkach szkolnych. Jednocześnie trwa debata nad możliwością przenoszenia wyników badań z innych części świata, przede wszystkim ze Stanów Zjednoczonych.

Badanie EU-DAP, europejskie wielocentryczne badanie obejmujące około 7000 uczniów wieku od 12 do 14 lat z siedmiu państw członkowskich UE, stanowi wkład w rozwój badań naukowych nad profilaktyką i pokazuje, że interwencje mogą dawać podobne rezultaty w Europie i na różnych kontynentach.

Po jednym roku realizacji programu „Unplugged” (Bez prądu), który składa się z 12 sesji, zgłoszono znaczące zmniejszenie zagrożenia spożywaniem tytoniu, alkoholu i konopi indyjskich. Program „Unplugged” ma na celu korygowanie normatywnych przekonań o używaniu substancji, zapewniając również rozwijanie umiejętności życiowych i dostarczając informacji o substancjach. Po 18 miesiącach od realizacji programu w badaniach uzupełniających stwierdzono trwały korzystny efekt także w odniesieniu do upijania się i częstości używania konopi indyjskich w ciągu ostatnich 30 dni, podczas gdy krótkotrwały wpływ na codzienne palenie papierosów zanikł (Faggiano i in., 2010).

Analiza mediacji wykazała, że wyniki w zakresie używania konopi wynikały głównie ze zmiany przekonań normatywnych, pozytywnych oczekiwań odnośnie do substancji i pozytywnego nastawienia do nielegalnych narkotyków. Poprawa umiejętności w zakresie komunikacji, podejmowania decyzji i odmowy była mniej skuteczna.

Europejscy i amerykańscy badacze przeprowadzają obecnie równoległe analizy z wykorzystaniem danych z badania EU-DAP i innych danych, aby zrozumieć, jak dzieci i nastolatki reagują na profilaktykę w różnych kontekstach. Szczególnie dokładnie badany jest zróżnicowany wpływ płci, kontekstu społecznego i cech psychologicznych.

(!) Doprowadziło to do ustanowienia Europejskiego Stowarzyszenia na rzecz Badań nad Profilaktyką.

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 używać substancji, oraz ma umożliwić objęcie właśnie tych osób specjalnymi działaniami interwencyjnymi. Programy profilaktyki zalecanej są zazwyczaj poddawane ocenie i często wykazują wysoki poziom efektywności (EMCDDA, 2009c). Zasadniczo interwencje w tym obszarze

pozostają ograniczone – sześć państw zgłosiło interwencje w stosunku do dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej lub destruktywnymi zaburzeniami behawioralnymi, a dziesięć krajów zgłosiło wczesne interwencje i doradztwo w przypadku osób, które rozpoczęły używanie narkotyków. Jednym z najnowszych projektów jest holenderski „Cannabis show”, który oparty został na istniejącym programie profilaktyki w zakresie konopi indyjskich (edukacja rówieśników przez rozrywkę) i przeprowadzany jest w szkołach dla młodzieży z problemami behawioralnymi lub innymi problemami psychiatrycznymi.

Leczenie

Najczęściej stosowanymi metodami stosowanymi w leczeniu problemów narkotykowych w Europie są interwencje psychospołeczne, leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów i detoksykacja. Na względne znaczenie różnych metod leczenia w każdym z krajów wpływa kilka czynników, w tym organizacja krajowego systemu opieki zdrowotnej.

Nie istnieje żaden zbiór danych, który umożliwiłby opis pełnej populacji osób używających narkotyków obecnie leczonych w Europie. Jednakże informacje o ważnej podgrupie tej populacji są gromadzone poprzez wskaźnik zapotrzebowania na leczenie EMCDDA, który umożliwia gromadzenie danych o osobach, które rozpoczynają korzystanie ze specjalistycznych usług leczenia uzależnienia od narkotyków⁽¹¹⁾. W 2008 r. dzięki wskaźnikowi odnotowano około 440 000 osób rozpoczynających leczenie, z których 40% rozpoczęło leczenie uzależnienia od narkotyków po raz pierwszy w życiu.

Na podstawie wielu różnych źródeł, w tym wskaźnika zapotrzebowania na leczenie, ostrożnie szacuje się, że w 2007 r. w Unii Europejskiej 1 mln osób poddał się leczeniu z powodu używania nielegalnych narkotyków. Z tej liczby ponad połowa została poddana leczeniu substytucyjnemu uzależnienia od opiatów. Ponad 80% osób używających narkotyków, które korzystały z terapii, to mieszkańcy Niemiec, Hiszpanii, Francji, Włoch i Zjednoczonego Królestwa.

Te szacunkowe dane dotyczące leczenia uzależnienia od narkotyków w Unii Europejskiej, mimo że wymagają uściślenia, wskazują na znaczny poziom dostępu do leczenia. Należy podkreślić tu także ogromny wzrost w zakresie świadczenia takiego leczenia od połowy lat 90. XX w., kiedy to większa dostępność leczenia

uzależnienia od narkotyków stała się priorytetem polityki antynarkotykowej. W ciągu ostatnich dwóch dekad nastąpiło poszerzenie specjalistycznych usług ambulatoryjnych, a także rozwój podejścia terenowego i niskoprogowego. Kilka krajów rozszerzyło swoje leczenie substytucyjne poprzez zaangażowanie dodatkowych usługodawców, takich jak lekarze pierwszego kontaktu. W rezultacie liczba osób otrzymujących leczenie substytucyjne w Europie wzrosła od 1993 r. niemal dziesięciokrotnie⁽¹²⁾. Na zmiany w dostępie do leczenia wpłynęły również nowe grupy pacjentów, takie jak osoby używające konopi indyjskich i środków pobudzających. W ciągu ostatnich 15 lat coraz większa liczba tych osób korzystała z leczenia.

Chociaż leczenie stało się w wielu krajach bardziej dostępne, nadal istnieją przeszkody, które utrudniają osobom używającym narkotyków korzystanie z leczenia uzależnienia (czy niektórych jego metod) lub zniechęcają je do tego. Przeszkody te to m.in. regulacje, takie jak restrykcyjne kryteria przyjęcia i ramy prawne, koszty leczenia ponoszone przez pacjentów, brak przeszkolonego personelu i niskie geograficzne zagęszczenie placówek oferujących leczenie. Inne przeszkody napotymane przez osoby używające narkotyków potrzebujące leczenia to np. nieodpowiednie godziny otwarcia placówek, wymóg codziennej obecności i brak opieki nad dziećmi (np. w trakcie leczenia szpitalnego); takie czynniki kolidują z sytuacją osobistą i zawodową tych osób. Osobiste przekonania i uprzedzenia – zarówno wśród specjalistów, jak i osób używających narkotyków – co do stosowności, efektów i wyników określonych metod leczenia również mogą utrudniać dostęp do leczenia.

Wydłużony czas oczekiwania na leczenie uzależnienia od narkotyków może być jednym ze skutków przeszkód w dostępie do leczenia. Według informacji przekazanych przez ekspertów krajowych w 2008 r. ograniczona dostępność leczenia i brak zasobów, a także opóźnienia wynikające z powodów proceduralnych to główne przyczyny obecnego czasu oczekiwania na leczenie, który różni się w zależności od metody (zob. poniżej).

Leczenie pozaszpitalne

Dostępne są informacje o około 383 000 osób używających narkotyków, które w 2008 r. rozpoczęły w Europie leczenie pozaszpitalne. Większość z nich rozpoczęła terapię w specjalistycznych placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków i jedynie kilka krajów przekazało informacje o osobach rozpoczynających

⁽¹¹⁾ Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie na podstawie danych z 29 państw w odniesieniu do specjalistycznych placówek leczenia uzależnienia od narkotyków; dane obejmują ponad 60% jednostek w większości krajów (zob. tabela TDI-7 w biuletynie statystycznym za 2010 r.).

⁽¹²⁾ Zob. wykres HSR-2 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Wybrane zagadnienia EMCDDA dotyczące leczenia i opieki w przypadku starszych osób używających narkotyków

Przewiduje się, że w latach 2001–2020 liczba starszych osób używających narkotyków w Europie podwoi się, co będzie wymagać odpowiedniego i innowacyjnego podejścia do leczenia tej rosnącej grupy ludności i opieki nad nią. W wybranych zagadnieniach opublikowanych w tym roku przez EMCDDA badany jest rozwój i przyczyny tego zjawiska w ciągu ostatnich 20 lat. Przedstawiono również charakterystykę zdrowotną i społeczną starszych osób używających narkotyków, co ma na celu określenie aktualnych potrzeb tej grupy. Sprawozdanie kończy się przeglądem obecnych interwencji dotyczących starszych osób używających narkotyków oraz najlepszych praktyk w państwach członkowskich.

Te wybrane zagadnienia są dostępne w wersji drukowanej i na stronie internetowej EMCDDA wyłącznie w języku angielskim.

leczenie u lekarzy pierwszego kontaktu lub w ramach usług niskoprogowych. Ponad połowa osób rozpoczynających leczenie (53%) zgłosiła opiaty (głównie heroinę) jako swój główny narkotyk, 22% zgłosiło konopie indyjskie, a 18% – kokainę⁽¹³⁾. Najczęstszym przypadkiem kierowania na leczenie jest zgłoszenie z własnej woli (36%), a w dalszej kolejności skierowanie przez system wymiaru sprawiedliwości (20%). Pozostali pacjenci kierowani są za pośrednictwem służb socjalnych i opieki zdrowotnej lub sieci nieformalnych, w tym rodziny i przyjaciół⁽¹⁴⁾.

Pacjenci rozpoczynające leczenie pozaszpitalne to głównie młodzi mężczyźni, przy czym średnia wieku wynosi 31 lat, a liczba mężczyzn jest czterokrotnie wyższa niż liczba kobiet. Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy i pacjentki są przeciętnie trochę młodszy. Niższy średni wiek zgłoszono także w przypadku pacjentów używających konopi indyjskich (25) i stosujących substancje pobudzające inne niż kokaina (29); natomiast wyższą średnią wieku zgłoszono w odniesieniu do osób używających jako głównego narkotyku kokainy (32) i opiatów (34). Najniższą średnią wieku pacjentów używających narkotyków zgłosiła Republika Czeska (26), a najwyższą – Hiszpania (33)⁽¹⁵⁾. Stosunek liczby mężczyzn do liczby

kobiet jest najwyższy wśród osób leczonych z powodu używania konopi indyjskich (5:1) i kokainy (4,8:1), a najniższy wśród używających substancji pobudzających innych niż kokaina (2,2:1). Niezależnie od narkotyku deklarowanego jako główny najwyższe wskaźniki dotyczące płci występują w krajach południowej Europy, a najniższe – na północy⁽¹⁶⁾.

Dwie najczęściej stosowane metody w leczeniu pozaszpitalnym w Europie to interwencje psychospołeczne i leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów. W przypadku osób używających opiatów często interwencje te stosowane są łącznie. Interwencje psychospołeczne zapewniają wsparcie osobom używającym narkotyków, które podjęły próbę przezwyciężenia problemów narkotykowych. Interwencje te obejmują: doradztwo, rozwijanie motywacji, terapię poznawczo-behawioralną, zarządzanie przypadkiem, terapię grupową i rodzinną oraz zapobieganie nawrotowi uzależnienia. Są one świadczone głównie – w zależności od kraju – przez instytucje publiczne lub organizacje pozarządowe. W 2008 r. eksperci z 9 z 27 krajów, które przekazały dane, oszacowali, że w przypadku tego rodzaju leczenia nie ma czasu oczekiwania. W kolejnych 10 krajach eksperci krajowi ocenili, że średni czas oczekiwania nie przekracza jednego miesiąca. W Norwegii średni czas oczekiwania szacuje się na 10 tygodni, natomiast w Danii prawo wymaga, aby leczenie rozpoczęło się w ciągu 14 dni. Eksperci z 7 krajów nie byli w stanie przedstawić danych szacunkowych.

Leczenie substytucyjne stanowi w Europie dominującą metodę leczenia osób używających opiatów. Zazwyczaj jest ono realizowane w systemie leczenia pozaszpitalnego, jednak w niektórych krajach jest także dostępne w placówkach lecznictwa zamkniętego i, w coraz większym stopniu, zapewniane w więzieniach⁽¹⁷⁾. Leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów jest dostępne we wszystkich państwach członkowskich UE, a także w Chorwacji i Norwegii⁽¹⁸⁾. W Turcji leczenie substytucyjne nie zostało jeszcze wprowadzone, chociaż jest dopuszczalne na podstawie rozporządzenia z 2004 r. w sprawie ośrodków leczniczych. W większości krajów wyspecjalizowane publiczne placówki ambulatoryjne są głównymi dostawcami usług w zakresie leczenia substytucyjnego. Jednak lekarze pierwszego kontaktu prowadzący samodzielną praktykę, często w ramach zawartych z ośrodkami specjalistycznymi umów

⁽¹³⁾ Zob. tabela TDI-19 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁴⁾ Zob. tabela TDI-16 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁵⁾ Zob. tabele TDI-10 i TDI-103 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁶⁾ Zob. tabela TDI-21 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁷⁾ Zob. „Pomoc dla osób używających narkotyków w więzieniach”, str. 41.

⁽¹⁸⁾ Zob. tabele HSR-1 i HSR-2 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

dotyczących wspólnej opieki, odgrywają coraz większą rolę w zapewnieniu tego typu leczenia. Są oni zaangażowani w leczenie – na różnym poziomie – w 13 krajach.

Szacuje się, że w 2008 r. w Europie około 670 000 osób używających opiatów otrzymywało leczenie substytucyjne⁽¹⁹⁾. Eksperci z 10 z 26 krajów, które przekazały dane, oszacowali, że w przypadku tego rodzaju leczenia nie ma czasu oczekiwania. W 4 krajach (Republika Czeska, Dania, Włochy, Portugalia) średni czas oczekiwania szacuje się na mniej niż 1 miesiąc. W Republice Czeskiej czas oczekiwania dotyczy wyłącznie leczenia metadonem, ponieważ leczenie dużymi dawkami buprenorfiny może być przepisane przez lekarzy pierwszego kontaktu prowadzących samodzielną praktykę, chociaż wówczas pacjent pokrywa koszty leku. W innych 4 krajach (Węgry, Rumunia, Finlandia, Norwegia) szacowany czas oczekiwania wynosi od 1 do 6 miesięcy, podczas gdy w kolejnych 3 krajach (Bułgaria, Grecja, Polska) przekracza 1 rok. Spośród tych krajów Grecja zgłasza średni czas oczekiwania wynoszący 38 miesięcy, przy czym dane z 2008 r. wykazują, że 5261 osób problemowo używających opiatów jest zarejestrowanych jako oczekujący na dopuszczenie do programu leczenia substytucyjnego. Jednakże średni krajowy czas oczekiwania może maskować znaczne różnice regionalne. Na przykład w Irlandii średni czas oczekiwania na leczenie substytucyjne waha się od mniej niż 3,5 miesiąca w Dublinie do 18 miesięcy w regionie południowo-wschodnim (Urząd Kontrolera i Audytora Generalnego, 2009). Eksperci z 4 krajów nie byli w stanie przedstawić danych szacunkowych dotyczących czasu oczekiwania.

Leczenie w placówkach lecznictwa zamkniętego

Dostępne są dane o około 42 000 osób używających narkotyków, które w 2008 r. rozpoczęły leczenie uzależnienia od narkotyków w placówkach lecznictwa zamkniętego w Europie. Ponad połowa z nich zgłosiła opiaty jako główny narkotyk (57%), a z pozostałych osób większość wskazuje jako podstawowy narkotyk konopie indyjskie (13%), środki pobudzające inne niż kokaina (13%) lub kokainę (7%). Pacjenci leczeni w placówkach zamkniętych to głównie młodzi mężczyźni, których średnia wieku to 30 lat, przy czym stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 3,5:1⁽²⁰⁾.

Leczenie w placówkach stacjonarnych lub lecznictwa zamkniętego wymaga od pacjenta pozostania tam na okres od kilku tygodni do kilku miesięcy. W wielu przypadkach programy te zasadniczo skupiają się na umożliwieniu pacjentom powstrzymania się od używania narkotyków i nie zezwalają na leczenie substytucyjne.

Detoksykacja jest krótką, nadzorowaną medycznie interwencją, mającą na celu zlikwidowanie objawów głodu narkotycznego związanych z natógowym używaniem narkotyków, i jest czasami warunkiem wstępnym rozpoczęcia długoterminowej terapii szpitalnej opartej na abstynencji. Zazwyczaj detoksykacja jest interwencją opartą na lecznictwie zamkniętym, przeprowadzaną w szpitalach, specjalistycznych ośrodkach lecznictwa lub placówkach stacjonarnych wyposażonych w oddział medyczny lub psychiatryczny.

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

Dostęp do terapii psychospołecznej w placówkach zamkniętych oceniany jest jako natychmiastowy przez ekspertów krajowych z Grecji, Węgier i Turcji. Eksperci szacują, że średni czas oczekiwania nie przekracza 1 miesiąca w 12 krajach, a 25 tygodni w Norwegii. W Austrii zgłoszony czas oczekiwania wynosi do kilku miesięcy, w zależności od regionu i placówki lecznictwa. Eksperci z 10 krajów nie dostarczyli danych szacunkowych dotyczących czasu oczekiwania na ten rodzaj terapii.

Eksperci z Węgier, ze Słowenii, Słowacji, z Turcji i Belgii (Flandria) podali, że w krajach tych nie ma oczekiwania na detoksykację. W 11 krajach średni szacowany czas oczekiwania jest krótszy niż 2 tygodnie. Średni czas oczekiwania wynoszący od 2 tygodni do 1 miesiąca występuje na Cyprze, w Republice Czeskiej i Grecji, podczas gdy w Irlandii, Austrii i Norwegii wynosi szacunkowo od 1 do 3 miesięcy. Eksperci z 5 krajów nie przedstawili danych szacunkowych.

Zapewnienie jakości usług

Większość krajów europejskich podejmuje obecnie działania mające na celu zapewnienie jakości leczenia uzależnienia od narkotyków. Działania te obejmują opracowanie i wdrożenie wytycznych, przyjęcie krajowych antynarkotykowych planów działania uwzględniających kwestie jakości leczenia, wprowadzenie certyfikatów jakości i procedury akredytacji, a także badania śledzące różnice jakościowe między placówkami leczniczymi lub porównujące je.

⁽¹⁹⁾ Zob. tabela HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽²⁰⁾ Zob. tabele TDI-7, TDI-10, TDI-19 i TDI-21 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Najnowsze wydarzenia w tej dziedzinie obejmują wdrożenie wytycznych dotyczących jakości leczenia w sześciu krajach, podczas gdy Cypr, Turcja i Norwegia niedawno opublikowały takie wytyczne. Dziesięć krajów przyjęło nowe dokumenty strategiczne, w niektórych przypadkach związane z systemami akredytacji. Polska i Słowacja wprowadziły również kryteria akredytacyjne dla placówek lecznictwa, przy czym Słowacja wprowadziła system certyfikacji ISO 9001. Cztery kraje – Estonia, Łotwa, Niemcy i Rumunia – badają różnorodność jakości usług w całości swoich systemów leczenia.

Zjednoczone Królestwo ma długą tradycję oceniania systemu opieki zdrowotnej i jeden z najobszerniejszych zestawów instrumentów w zakresie monitorowania i poprawy jakości leczenia. Obecnie obejmuje on dokument na temat postępowania klinicznego w leczeniu uzależnienia od narkotyków (NTA, 2009 r.), który obejmuje rozkład odpowiedzialności i rozliczalności, poprawę jakości, politykę zarządzania ryzykiem i procedury mające na celu określenie niewystarczającej wydajności i podjęcie środków zaradczych.

W badaniu zleconym przez EMCDDA zidentyfikowano 60 krajowych wytycznych dotyczących leczenia w 17 z 22 krajów w Europie, które przekazały dane. Najczęściej uwzględniane w wytycznych metody obejmują terapię psychospołeczną (29), leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów (28) i detoksykację (22). Wydaje się, że w przypadku krajów o dużej liczbie pacjentów objętych leczeniem zastępczym uzależnienia od opiatów istnieje większe prawdopodobieństwo opracowania wytycznych dotyczących leczenia dla każdej metody.

Siedemnaście krajów zgłosiło wytyczne opracowane specjalnie w odniesieniu do leczenia osób używających opiatów. Pięć krajów posiada wytyczne dotyczące używania różnych substancji, podczas gdy Węgry i Niemcy posiadają wytyczne dotyczące zaburzeń związanych z używaniem amfetamin i konopi indyjskich. Dziesięć krajów opracowało wytyczne uwzględniające osoby długotrwale i problemowo używające narkotyków, a dziewięć – wytyczne dotyczące młodych osób używających narkotyków. Osiem krajów zajęło się także osobami używającymi narkotyków z współwystępującymi zaburzeniami.

Niemal wszystkie wytyczne są adresowane do specjalistów w zakresie leczenia (58) i usługodawców (52), a niemal połowa z nich – do osób odpowiedzialnych za planowanie działań w zakresie zdrowia (25). Portugalia jest jedynym krajem, który zgłosił wytyczne skierowane do pacjentów, podczas gdy Dania zgłosiła wytyczne dla osób odpowiedzialnych za wyznaczanie kierunków polityki. Specjaliści w zakresie

leczenia wzięli udział w opracowywaniu wytycznych w 17 krajach, a inni specjaliści uczestniczyli w pracy nad wytycznymi w czterech krajach. Także naukowcy uczestniczyli w tym procesie w dziewięciu krajach, osoby odpowiedzialne za wyznaczanie kierunków polityki – w trzech, a pacjenci – w jednym. Więcej informacji na temat krajowych wytycznych dotyczących leczenia można znaleźć w portalu najlepszych praktyk EMCDDA.

Ograniczanie szkód

Profilaktyka i ograniczanie szkód związanych z używaniem narkotyków to cel w zakresie zdrowia publicznego uwzględniony w strategii antynarkotykowych wszystkich państw członkowskich i strategii antynarkotykowej UE ⁽²¹⁾. Przeglądy dowodów naukowych dotyczących interwencji ograniczających szkodę, a także badania wykazujące łączny wpływ tych interwencji są obecnie dostępne także w odniesieniu do planowania usług (EMCDDA, 2010a). Główne działania interwencyjne w tej dziedzinie to leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów oraz programy wymiany igieł i strzykawek; działania te są ukierunkowane na zgony spowodowane przedawkowaniem i na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych. Jak wynika z otrzymanych informacji, środki te są dostępne we wszystkich krajach z wyjątkiem Turcji. Pomimo istnienia znacznych różnic w zakresie i poziomie dostępu do świadczeń (zob. rozdziały 6 i 7), w Europie panuje ogólna tendencja polegająca na rozszerzaniu i konsolidacji środków ograniczających szkodę.

Nowa monografia EMCDDA dotycząca ograniczania szkód

Monografia pt. „Ograniczanie szkód: dowody, wpływ i wyzwania” została opublikowana w 2010 r. przez EMCDDA. Monografia zawiera wszechstronny przegląd tego obszaru w 16 rozdziałach autorstwa ponad 50 ekspertów europejskich i międzynarodowych. Pierwsza część monografii przedstawia pojawienie się i rozprzestrzenianie ograniczania szkód oraz bada tę koncepcję z różnych punktów widzenia, w tym z perspektywy organizacji międzynarodowych, badaczy i osób używających narkotyków. Druga część jest poświęcona aktualnym dowodom i skutkom. Ilustruje, w jaki sposób koncepcja rozszerzała się, aby uwzględnić szeroki zakres zachowań i szkód, w tym tych związanych ze spożywaniem alkoholu i tytoniu oraz z rekreacyjnym używaniem narkotyków. Ostatnia część dotyczy wyzwań i innowacji oraz konieczności łączenia interwencji i dostosowywania ich do potrzeb indywidualnych i społecznych.

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

⁽²¹⁾ COM(2007) 199 wersja ostateczna.

Większość krajów europejskich zapewnia szeroki wybór dalszych usług w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej, w tym usług zalecanych przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), UNODC i UNAIDS (Sojusz Agend Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS) (2009), w ramach „kompleksowego pakietu” profilaktyki HIV wśród używających narkotyków dożylnie. Interwencje oferowane w trybie stałym zależą od kontekstu krajowego, ale obejmują indywidualną ocenę ryzyka i doradztwo, ukierunkowane działania informacyjne i edukację w zakresie bezpiecznego używania, rozprawianie sprzętu do iniekcji innego niż igły i strzykawki, promowanie stosowania prezerwatyw wśród osób używających narkotyków dożylnie, wykonywanie badań na obecność chorób zakaźnych i pomoc w tym zakresie, leczenie antyretrowirusowe oraz szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby. Wiele spośród tych usług zapewniają jednostki niskoprogowe. Działania ograniczające szkody ukierunkowane na zapobieganie zgonom spowodowanym przez narkotyki stanowią jednak rzadkość⁽²²⁾ mimo coraz większej wiedzy o potrzebie takich interwencji. Nowe inicjatywy w tym zakresie obejmują wczesne ostrzeżenie lub alarmowanie o substancjach powiązanych z wysokim stopniem zagrożenia⁽²³⁾. Na przykład wszystkie placówki niskoprogowe w Republice Czeskiej zostały w 2009 r. powiadomione o możliwym wejściu fentanylu na lokalny rynek narkotykowy.

Wskutek najnowszych postępów w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C większość krajów zwiększyła obecnie wysiłki w zakresie zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby typu C wśród osób używających narkotyków, w tym objętych leczeniem zastępczym, oraz wykrywania i leczenia tej choroby. Najnowsze przykłady takich działań obejmują nowy francuski krajowy plan dotyczący wirusowego zapalenia wątroby; badanie pilotażowe mające na celu opracowanie zaleceń w zakresie profilaktyki HCV w Niemczech; oraz wytyczne dotyczące leczenia wirusowego zapalenia wątroby w Republice Czeskiej, Niemczech i Zjednoczonym Królestwie. Kilka krajów, w tym Belgia, Francja, Luksemburg i Węgry, zgłosiło również badania i programy przesiewowe przeprowadzane w więzieniach.

Działania dotyczące ograniczania szkód przestano skupiać na epidemii HIV/AIDS – rozszerzono ich zakres na zdrowie i potrzeby społeczne osób problemowo używających narkotyków, a zwłaszcza społecznie wykluczonych. Uwzględnienie ograniczania szkód w reagowaniu na problem narkotyków doprowadziło także do poprawy gromadzenia danych o problemie narkotykowym. Krajowe wykazy usług i badań nad

jakością ich świadczenia (Republika Czeska, Niemcy, Irlandia, Finlandia), a także badania ankietowe pacjentów (Estonia, Litwa, Luksemburg, Węgry) zapewniają bardziej dogłębne zrozumienie świadczonych usług i potrzeb osób z nich korzystających. Pomagają również w promowaniu oceny jakości i wymiany najlepszych praktyk, ulepszaniu materiałów i technik z zakresu profilaktyki, a także opracowywaniu nowych interwencji.

Wykluczenie i reintegracja społeczna

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

Chociaż nie ma bezpośredniego stosunku przyczynowego pomiędzy bardziej problemowymi formami używania narkotyków i wykluczeniem społecznym, są one często powiązane. Dane wykazują, że w 2008 r. bezdomność dotyczyła 9% pacjentów rozpoczynających ambulatoryjne leczenie uzależnienia od narkotyków i 13% osób rozpoczynających leczenie w placówkach lecznictwa zamkniętego. Około 40% pacjentów rozpoczynających leczenie w obu tych systemach nie ukończyło edukacji na poziomie średnim, a 47% osób rozpoczynających leczenie ambulatoryjne i 71% osób rozpoczynających leczenie w placówkach zamkniętych zgłosiło, że są bezrobotne lub nieaktywne zawodowo⁽²⁴⁾. Ta sytuacja może nie ulec poprawie w obecnej sytuacji gospodarczej, ponieważ rosnące wskaźniki bezrobocia zwiększają konkurencję na rynku pracy⁽²⁵⁾.

Wszystkie kraje objęte sprawozdaniem wspomniały o dostępności programów i usług w zakresie warunków mieszkaniowych, edukacji i zatrudnienia. Są one

⁽²²⁾ Zob. tabela HSR-8 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽²³⁾ Zob. „Wybuch epidemii wąglika wśród osób używających heroiny w Zjednoczonym Królestwie i Niemczech” w rozdziale 7.

⁽²⁴⁾ Zob. tabele TDI-12, TDI-13 i TDI-15 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽²⁵⁾ Zob. „Recesja gospodarcza a problem narkotykowy” w rozdziale 1.

adresowane specjalnie do osób używających narkotyków lub ukierunkowane ogólnie na potrzeby grup społecznie wykluczonych. W Irlandii i Szwecji trwają dyskusje nad rozwiązaniem „housing first model” [po pierwsze mieszkanie] w odniesieniu do osób bezdomnych z problemami psychicznymi i problemami związanymi z używaniem substancji. Model ten jest często powiązany ze zintegrowanymi społecznościami usługami w zakresie leczenia i opieką społeczną, a także z zarządzaniem przypadkiem. Dostęp do zakwaterowania nie zależy od bycia trzeźwym i niestosowania narkotyków, jak to zazwyczaj ma miejsce w przypadku tej grupy problematycznej. Podejście polegające na zapewnieniu przede wszystkim warunków mieszkalnych wykazało pozytywne rezultaty w przypadku osób bezdomnych przy współistnieniu wielu zmiennych zdrowotnych i społecznych, w tym dotyczących używania substancji (Pleace, 2008).

Rozwój zdolności do zatrudnienia i dostęp do płatnej pracy odgrywają ważną rolę w reintegracji społecznej osób używających narkotyków. Niektóre kraje, np. Niemcy, Włochy, Austria, Portugalia i Zjednoczone Królestwo, w swoich nowych inicjatywach przyznają coraz wyższy priorytet związanym z zatrudnieniem aspektom procesu powrotu do zdrowia, również poprzez zwiększenie środków budżetowych przeznaczonych na takie działania.

Egzekwowanie prawa antynarkotykowego i naruszenia tego prawa

Egzekwowanie prawa antynarkotykowego jest ważnym składnikiem polityki antynarkotykowej na poziomie krajowym i w UE. Obejmuje wiele różnych interwencji, które są wdrażane głównie przez policję i instytucje pokrewne (np. organy celne). Dane dotyczące działań związanych z egzekwowaniem prawa antynarkotykowego są często mniej szczegółowe i dostępne niż informacje dotyczące pozostałych obszarów polityki antynarkotykowej. Jedyne znaczący wyjątek stanowią dane o przestępstwach przeciwko prawu antynarkotykowemu, które omówiono w niniejszej sekcji. Przeanalizowano tu również najnowsze środki z zakresu egzekwowania prawa, które mają na celu powstrzymanie produkcji konopi indyjskich w celach handlowych, oraz nowe osiągnięcia w dziedzinie międzynarodowej współpracy przy zwalczaniu handlu narkotykami.

Egzekwowanie prawa antynarkotykowego

W 2010 r. Europol uruchomił „plik roboczy do celów analizy” dotyczący konopi indyjskich ⁽²⁶⁾. Projekt ten

zawiera element dotyczący uprawy konopi indyjskich, który ma na celu rozszerzenie w Unii Europejskiej wymiany danych wywiadowczych na temat udziału przestępczości zorganizowanej w produkcji konopi indyjskich. W rezultacie krajowe organy ścigania co najmniej siedmiu krajów zgłosiły zaangażowanie organizacji przestępczych w uprawę konopi indyjskich w celach handlowych, z czego wynika, że najwyraźniej działalność ta może być bardzo dochodowa ⁽²⁷⁾.

Trudno jest oszacować zakres nielegalnej uprawy konopi indyjskich w Europie, ponieważ istnieje bardzo mało dostępnych danych o hodowcach i o rozmiarach upraw. Badania jakościowe i dane dotyczące konfiskat (zob. rozdział 3) sugerują, że rodzima produkcja mogła zdecydowanie wzrosnąć od lat 90. XX w., szczególnie w zachodniej Europie. Badania jakościowe wykazały, że motywy hodowców znacznie się różnią – od uprawy kilku roślin na własny użytek po uprawę kilku tysięcy roślin w celach handlowych.

W Belgii, Niemczech, Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie zgłasza się uprawę konopi indyjskich w celach handlowych, szczególnie na dużych plantacjach umieszczonych w budynkach, jako stwarzającą problemy pod względem przestępczości i naruszania bezpieczeństwa publicznego. Istnieją doniesienia, że organizacje przestępcze w Zjednoczonym Królestwie wyzyskują młodych nielegalnych imigrantów z Azji. Ponadto założenie wewnątrz budynków plantacji w celach handlowych często pociąga za sobą adaptację tych lokali, co może prowadzić do uszkodzeń mienia. Dalsze zagrożenie dla mienia i bezpieczeństwa związane jest z wysokim zużyciem energii elektrycznej koniecznej do zapewnienia sztucznego oświetlenia roślinom konopi indyjskich uprawianych wewnątrz budynków. Niebezpieczne metody omijania liczników elektrycznych – w celu uniknięcia płacenia za prąd lub powstania podejrzeń – lub źle dostosowana instalacja elektryczna są zgłaszane jako przyczyny pożarów plantacji wewnątrz budynków.

Uprawę konopi indyjskich uwzględnia się w istniejących ramach egzekwowania prawa dotyczącego narkotyków i przestępczości zorganizowanej, ale niektóre kraje europejskie niedawno opracowały specjalne strategie dotyczące tego problemu. W Belgii zwalczanie nielegalnej produkcji konopi indyjskich jest priorytetem krajowego planu bezpieczeństwa na lata 2008–2012, natomiast Niderlandy i Zjednoczone Królestwo opracowały wielopłaszczyznowe strategie mające na celu zwiększenie wykrywalności plantacji w celach handlowych

⁽²⁶⁾ Plik roboczy do celów analizy jest w gruncie rzeczy zabezpieczoną bazą danych zawierającą informacje przekazane przez uczestniczące kraje w ramach ściśle poufnych reguł. Umożliwia Europolowi wspieranie krajowych organów ścigania.

⁽²⁷⁾ Zob. „Dochody i zyski z nielegalnej uprawy konopi indyjskich” w rozdziale 3.

i likwidowanie ich. Strategie te obejmują takie środki, jak poszerzanie wiedzy wśród ogółu ludności i w niektórych określonych sektorach (np. dostawców energii elektrycznej, sklepów z narzędziami), aby zachęcić do zgłaszania policji upraw konopi indyjskich. Ponadto utworzono partnerstwa pomiędzy organami ścigania i dostawcami energii elektrycznej, sektorem mieszkalnictwa, towarzystwami ubezpieczeniowymi i innymi sektorami zainteresowanymi zwalczaniem plantacji prowadzonych w celach handlowych. Podejmowane są również kroki mające na celu poprawę efektywności policji. Na przykład w Niderlandach w lipcu 2008 r. utworzono „grupę zadaniową ds. zorganizowanej uprawy konopi indyjskich”, której celem jest koordynowanie działań policji, władz lokalnych, sądownictwa i organów skarbowych. Policja może być obecnie wyposażona w technologię wykrywania zwykle wykorzystywaną przez wojsko (w tym w kamery podczerwone do obrazowania termicznego) i przeprowadzać większe operacje w zakresie likwidowania plantacji i aresztowania podejrzanych (takie jak „Operation Mazurka” w Irlandii Północnej, której wynikiem było 101 aresztowań w 2008 r.).

Działania dotyczące uprawy konopi indyjskich odnotowano również w innych państwach europejskich. Na przykład w 2008 r. w Irlandii przeprowadzono poważną operację przeciwko „wytwórciom konopi indyjskich”, a w Niemczech Federalny Urząd Kryminalny (Bundeskriminalamt) utworzył specjalną jednostkę do zgłaszania przestępstw związanych z konopiami indyjskimi na terenie całego kraju.

Naruszenia prawa antynarkotykowego

Wstępne raporty na temat naruszeń prawa antynarkotykowego – głównie sporządzone przez policję – są jedynymi danymi dotyczącymi przestępstw związanych z narkotykami rutynowo dostępnymi w Europie ⁽²⁸⁾. Dane te dotyczą zazwyczaj przestępstw związanych z używaniem narkotyków (używanie i posiadanie na własny użytek) lub z podażą narkotyków (produkcja, handel i sprzedaż uliczna), chociaż w niektórych krajach mogą być zgłaszane także inne rodzaje przestępstw (np. dotyczące prekursorów narkotyków).

Dane dotyczące naruszeń prawa antynarkotykowego są bezpośrednim wskaźnikiem działań w zakresie egzekwowania prawa, ponieważ odnoszą się do przestępstw dokonanych za obopólną zgodą, które zazwyczaj nie są zgłaszane przez potencjalne ofiary. Często są one postrzegane jako pośrednie wskaźniki używania narkotyków i handlu nimi, chociaż obejmują tylko te działania, które zwróciły uwagę organów

Rozwój platform międzyagencyjnych w Europie

Koncepcja platform międzyagencyjnych, w których organy ścigania i wojskowe z różnych krajów dzielą się informacjami wywiadowczymi i koordynują konfiskaty narkotyków, zanim dotrą one do rynków konsumentów, pochodzi z Ameryki. Model tej formy współpracy stanowi Joint Interagency Task Force-South (JIATF-S) [Wspólna Międzyagencyjna Grupa Zadaniowa Południe], ustanowiona w Panamie w 1994 r. i mająca obecnie siedzibę w Key West (Floryda). JIATF-S jest platformą kierowaną przez organy wojskowe. Koordynuje powietrzne i morskie działania sił zbrojnych USA, wywiadu i organów ścigania w zakresie przejmowania narkotyków na południu Stanów Zjednoczonych oraz w krajach stowarzyszonych, w tym w Hiszpanii, Francji, Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie.

W Europie powstały niedawno dwie platformy międzyagencyjne, obie prowadzone przez organy ścigania, które mają na celu koordynowanie działań wymierzonych w handel narkotykami. Ośrodek Analiz i Operacji Morskich – Narkotyki (Maritime Analysis Operations Centre – Narcotics, MAOC-N) utworzony został w 2007 r. w ramach Unii Europejskiej na mocy traktatu zawartego między Irlandią, Hiszpanią, Włochami, Niderlandami, Portugalią i Zjednoczonym Królestwem. MAOC-N ma siedzibę w Lizbonie. Koordynuje przejmowanie przesyłek narkotyków transportowanych przez Atlantyk. Na początku JIATF-S zaangażowana była w projekt MAOC-N, a obecnie – wraz z Komisją Europejską, Europolem, Niemcami, Grecją, Kanadą, Marokiem, UNODC i, od niedawna, Republiką Zielonego Przylądka – ma status obserwatora. Drugą międzyagencyjną platformę, Ośrodek Koordynacji Walki z Narkotykami na Morzu Śródziemnym (Centre de Coordination de la Lutte Anti-Drogue en Méditerranée, CECLAD-M), ustanowiono w 2008 r. CeCLAD-M jest jednostką policji francuskiej gromadzącą przedstawicieli francuskich organów ścigania i marynarki wojennej, a także przedstawicieli z Grecji, Hiszpanii, Włoch, Cypru, Portugalii, Zjednoczonego Królestwa, Maroka i Senegalu. Ośrodek ma siedzibę w Tulonie; może proponować przechwycenie podejrzanych statków i samolotów na Morzu Śródziemnym.

W przyszłości podobne platformy mogą powstać we wschodniej części Morza Śródziemnego i w regionie Morza Czarnego. Komisja Europejska sfinansowała niedawno także studium wykonalności utworzenia europejskiej platformy wymiany danych wywiadowczych i budowania zdolności w Afryce Zachodniej.

ścigania. Ponadto prawdopodobnie odzwierciedlają różnice w krajowych przepisach prawa, priorytetach i zasobach. Co więcej, krajowe systemy informowania w całej Europie są różne, zwłaszcza w odniesieniu do praktyk raportowania i rejestrowania. Z tych powodów porównywanie sytuacji w różnych krajach jest utrudnione,

⁽²⁸⁾ Omówienie zależności między narkotykami i przestępczością oraz definicji przestępstw związanych z narkotykami – zob. EMCDDA (2007a).

a bardziej właściwe jest podejście polegające na porównywaniu tendencji, a nie danych liczbowych.

Indeks UE oparty na danych dostarczonych przez 21 państw członkowskich, które reprezentują 85% ludności Unii Europejskiej w wieku od 15 do 64 lat, pokazuje wzrost liczby zgłoszonych naruszeń praw antynarkotykowych między 2003 a 2008 r., który szacuje się na 35%. Jeżeli wziąć pod uwagę wszystkie kraje objęte sprawozdaniem, to dane wskazują w tym okresie tendencje zwyżkowe w 15 krajach oraz stabilizację lub ogólny spadek w 9 krajach ⁽²⁹⁾.

Przestępstwa związane z używaniem i podażą

W porównaniu do danych z poprzednich lat nie doszło do większych zmian w proporcji naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z używaniem i naruszeń związanych z podażą. W większości krajów europejskich (23) naruszenia prawa związane z używaniem i posiadaniem narkotyków na własny użytek wciąż stanowiły w 2008 r. większość naruszeń prawa antynarkotykowego, przy czym najwyższe odsetki zgłosiły Estonia, Hiszpania, Francja, Słowenia i Szwecja (od 81 do 92%). Natomiast naruszenia prawa związane z podażą dominują w Republice Czeskiej (87%) ⁽³⁰⁾.

W latach 2003–2008 r. liczba naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z używaniem wzrosła w 19 krajach podających dane, przy czym tylko Bułgaria, Niemcy, Grecja, Austria i Słowenia zgłosiły spadek w tym okresie. W sumie w latach 2003–2008 liczba naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z używaniem wzrosła w Unii Europejskiej o około 37% (wykres 2).

W latach 2003–2008 zwiększyła się liczba przestępstw związanych z podażą narkotyków, lecz w znacznie wolniejszym tempie – w Unii Europejskiej wzrost ten wynosił około 10%. W tym okresie 17 krajów zgłosiło wzrost liczby przestępstw związanych z podażą, podczas gdy osiem państw zgłosiło jej spadek ⁽³¹⁾.

Tendencje dotyczące poszczególnych narkotyków

Konopie indyjskie nadal są nielegalnym narkotykiem najczęściej związanym ze zgłaszanymi naruszeniami prawa antynarkotykowego w Europie ⁽³²⁾. W większości państw europejskich naruszenia prawa związane z konopiami indyjskimi stanowiły od 50 do 75% zgłoszonych naruszeń

prawa antynarkotykowego w 2008 r. Naruszenia prawa związane z innymi narkotykami przewyższyły liczebnie te związane z konopiami indyjskimi jedynie w trzech krajach: w Republice Czeskiej i na Łotwie w odniesieniu do metamfetaminy (57% i 33%) oraz na Litwie w odniesieniu do heroiny (26%).

W latach 2003–2008 liczba naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z konopiami indyjskimi wzrosła w 15 krajach przekazujących dane, dając w efekcie szacunkowy wzrost w wysokości 29% na poziomie Unii Europejskiej (wykres 2). Tendencje spadkowe zgłosiły Bułgaria, Republika Czeska, Niemcy, Włochy, Austria i Słowenia ⁽³³⁾.

Liczba przestępstw związanych z kokainą wzrosła w latach 2003–2008 w 17 krajach, które przekazały dane, natomiast Bułgaria, Niemcy, Włochy i Austria zgłosiły tendencje spadkowe. W Unii Europejskiej ogólna liczba naruszeń prawa związanych z kokainą zwiększyła się w tym samym czasie o około 45%, wykazując w ostatnim roku tendencję stabilną ⁽³⁴⁾.

Zgłaszana w zeszłym roku zmiana tendencji ze spadkowej na wzrostową w przypadku przestępstw związanych z heroiną jest obecnie potwierdzona: w latach 2003–2008 średnia unijna tych przestępstw wzrosła o 39%. Liczba przestępstw związanych z heroiną wzrosła w 16 krajach, które przekazały dane, podczas gdy w Bułgarii, Niemczech, we Włoszech i w Austrii w latach 2003–2008 odnotowano spadek ⁽³⁵⁾.

Liczba przestępstw związanych z amfetaminami zgłaszanych w Unii Europejskiej nadal wykazuje tendencję zwyżkową, a wzrost w latach 2003–2008 jest szacowany na 24%. Natomiast liczba przestępstw związanych z ecstazy zmniejszyła się tym samym czasie o około 35% (wykres 2).

Ochrona zdrowia i działania społeczne w więzieniach

Obecnie w Unii Europejskiej w więzieniach znajduje się ponad 600 000 osób ⁽³⁶⁾, czyli średnio około 120 więźniów na 100 000 ludności ⁽³⁷⁾. Odsetek krajowej populacji więźniów wynosi od 66 do 285 osób na 100 000 mieszkańców, przy czym większość państw członkowskich ze środkowej i wschodniej Europy podaje

⁽²⁹⁾ Zob. wykres DLO-1 i tabela DLO-1 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽³⁰⁾ Zob. tabela DLO-2 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽³¹⁾ Zob. wykres DLO-1 i tabela DLO-5 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽³²⁾ Zob. tabela DLO-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽³³⁾ Zob. tabela DLO-6 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

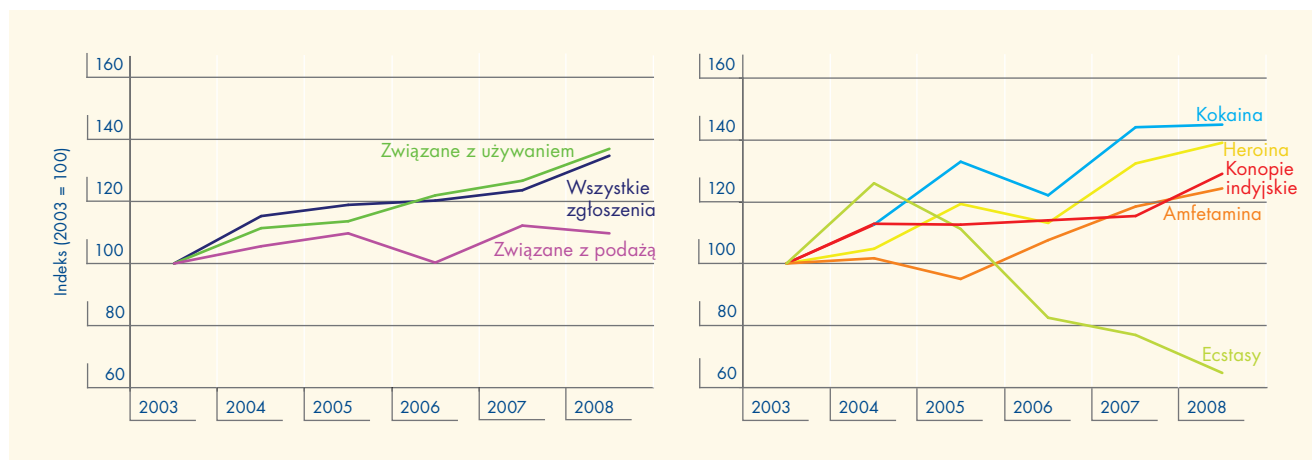
⁽³⁴⁾ Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-8 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽³⁵⁾ Zob. tabela DLO-7 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽³⁶⁾ Dane dotyczące zakładów karnych w Europie uzyskano od Rady Europy.

⁽³⁷⁾ Termin „więzień” obejmuje zarówno osoby przebywające w areszcie, jak i osoby skazane.

Wykres 2: Tendencje w zgłoszeniach przestępstw związanych z narkotykami w państwach członkowskich UE, według rodzaju przestępstwa i rodzaju narkotyku



Uwaga: Tendencje przedstawiają dostępne informacje o krajowej liczbie zgłoszeń przestępstw związanych z narkotykami (sprawy karne i pozostałe), przekazane przez wszystkie organy ścigania w państwach członkowskich UE. Wszystkie serie są indeksowane – za podstawę (100) przyjmuje się rok 2003 – i ważone według liczby ludności krajów w celu uzyskania ogólnej tendencji europejskiej. Więcej informacji – zob. wykresy DLO-1 i DLO-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

dane przekraczające średnią. Niemniej jednak zarówno wskaźniki krajowe, jak i średnia w UE pozostają znacznie niższe niż odnotowane w Federacji Rosyjskiej (609) i w Stanach Zjednoczonych (753) ⁽³⁸⁾.

W większości państw UE odsetek więźniów skazanych za naruszenia prawa narkotykowego wynosi od 10 do 30% populacji więźniów. Nie wiadomo, jaki odsetek pozostałych więźniów skazano za przestępstwa przeciwnemu, których celem było zdobycie środków na narkotyki, lub inne przestępstwa związane z narkotykami.

Używanie narkotyków w populacji więźniów

Nadal brakuje standaryzacji definicji, pytań i metodologii używanych w badaniach nad używaniem narkotyków w więzieniach (Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, 2008; Vandam, 2009), aczkolwiek istniejące badania wykazują, że używanie narkotyków nadal występuje częściej wśród więźniów niż w populacji ogólnej. Dane pochodzące z kilku badań, które przeprowadzono od 2003 r., wykazują, że wśród więźniów istnieje znaczące zróżnicowanie rozpowszechnienia używania narkotyków: np. regularne używania narkotyków w miesiącu poprzedzającym uwięzienie zgłosiło od zaledwie 3% respondentów w niektórych krajach do aż 77% w innych. Badania wykazują również, że wśród więźniów częściej mogą występować najbardziej szkodliwe formy używania narkotyków, ponieważ od 6 do 38% badanych zgłosiło używanie narkotyków dożylnie ⁽³⁹⁾.

Po uwięzieniu większość używających zmniejsza ilość używanych narkotyków lub zaprzestaje używania, głównie ze względu na problemy ze zdobyciem substancji. Zarówno specjaliści do spraw więziennictwa, jak i osoby odpowiedzialne za wyznaczanie kierunków polityki w danym obszarze przyznają jednak, że narkotyki przenikają do większości więzień pomimo wszelkich działań podejmowanych w celu ograniczenia ich podaży. W badaniach przeprowadzonych od 2003 r. szacuje się, że od 1 do 56% więźniów używa narkotyków w zakładach karnych. W krajowym badaniu przeprowadzonym w Portugalii w 2007 r. regularne używanie narkotyków w ostatnim miesiącu w więzieniu zgłosiło 12% aresztowanych ⁽⁴⁰⁾. Badanie przeprowadzone na 246 więźniach w Luksemburgu wykazało, że 31% z nich przyjmowało narkotyki dożylnie w więzieniu, podczas gdy badania w trzech innych krajach wskazują poziom dożylnego używania wynoszący 10% lub więcej ⁽⁴¹⁾. Osoby używające narkotyków dożylnie w więzieniu wydają się częściej współdzielić sprzęt do iniekcji niż osoby używające poza więzieniem. Rodzi to obawy o rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych wśród populacji więźniów.

Ochrona zdrowia więźniów w Europie

Więźniowie mają prawo do takiego samego poziomu opieki medycznej jak osoby żyjące w danej społeczności, a więzienna służba zdrowia powinna zapewnić leczenie problemów związanych z używaniem narkotyków

⁽³⁸⁾ Wskaźniki dotyczące Stanów Zjednoczonych i Rosji – źródło: „Światowy przegląd danych dotyczących więzień”.

⁽³⁹⁾ Zob. tabele DUP-2 i DUP-105 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁴⁰⁾ Zob. tabela DUP-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁴¹⁾ Zob. tabela DUP-4 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

w warunkach porównywalnych do tych oferowanych poza więzieniami (CPT, 2006; WHO, 2007). Ta ogólna zasada równorzędności obowiązuje w Unii Europejskiej na mocy zalecenia Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków ⁽⁴²⁾, zaś nowy plan działania UE w zakresie narkotyków (na lata 2009–2012) nawołuje do jej wdrożenia.

W Europie rozwija się współpraca pomiędzy więzieniami a podmiotami świadczącymi usługi w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej. Przykładem tej współpracy jest przeniesienie odpowiedzialności za zdrowie więźniów z krajowego wymiaru sprawiedliwości na administrację opieki zdrowotnej, jak ma to miejsce we Francji, Włoszech, w Szwecji, Norwegii oraz w Anglii i Walii (planowane jest to również w Szkocji); włączenie agencji opieki zdrowotnej do multidyscyplinarnych zespołów więziennych w Luksemburgu, Portugalii, Słowenii i Szwecji; oraz rosnący dostęp do wewnątrzzakładowych usług świadczonych przez agencje antynarkotykowe, które obecnie istnieją w większości krajów.

Krajowe strategie antynarkotykowe i plany działania często uwzględniają cele związane z opieką w więzieniach, takie jak poprawa równorzędności, jakości i ciągłości leczenia i opieki w więzieniu. Niektóre kraje opracowały specjalne strategie dotyczące systemu penitencjarnego. Hiszpania i Luksemburg wdrażają politykę opieki zdrowotnej w więzieniach już od ponad dziesięciu lat i udokumentowały jej efektywność. Niedawno w Belgii nominowano koordynatorów polityki antynarkotykowej w więzieniach i utworzono jednostkę centralną, w której personel i specjaliści w zakresie narkotyków współpracują, aby powiązać więźniów z leczeniem po zwolnieniu. W 2008 r. w ramach węgierskich służb więziennych powołano komitet ds. narkotyków. W ramach planu działania czeskich służb więziennych dotyczącego polityki antynarkotykowej na lata 2007–2009 wprowadzane są nowe usługi; plan ten obejmuje również elementy monitorowania i oceny. W Zjednoczonym Królestwie celem strategii antynarkotykowej Krajowych Służb Nadzoru Skazanych (National Offender Management Service) na lata 2008–2011 (NOMS, 2009) jest zapewnienie wczesnych interwencji wobec osób młodych i podejmowanie działań wobec przestępców mającymi problemy z uzależnieniem od narkotyków, aby ograniczyć szkody powodowane przez narkotyki i alkohol.

Pomoc dla osób używających narkotyków w więzieniach

Więźniowie w Europie mają dostęp do wielu usług związanych z używaniem narkotyków i powiązаныmi problemami. Obejmują one udzielanie informacji o narkotykach i zdrowiu, opiekę zdrowotną w przypadku chorób zakaźnych, leczenie uzależnienia od narkotyków, środki ograniczające szkody i przygotowanie do zwolnienia z więzienia ⁽⁴³⁾.

Organizacje międzynarodowe w ostatnich latach opracowały informacje i wytyczne dotyczące postępowania z chorobami zakaźnymi w więzieniach. UNODC, we współpracy z WHO i UNAIDS, opublikowało serię materiałów informacyjnych przeznaczonych dla administracji więziennej oraz innych osób odpowiedzialnych za podejmowanie decyzji. Materiały te wyjaśniają, jak opracować efektywne działania krajowe ukierunkowane na HIV/AIDS w warunkach więziennych (UNODC, WHO i UNAIDS, 2006). Inny dokument zawiera wytyczne dotyczące przekazywania informacji o doradztwie w zakresie chorób zakaźnych, bardziej efektywnego badania w warunkach więziennych oraz lepszego przekazywania wyników więźniom (UNODC, UNAIDS i WHO, 2010).

Obszary opieki zdrowotnej i zestaw norm obowiązujących w więzieniach wyraźnie określono w małej liczbie krajów, w tym w Republice Czeskiej, Hiszpanii, Luksemburgu i Zjednoczonym Królestwie, a w innych krajach podjęto już kroki w tym kierunku. Obecnie kilka krajów zgłasza, że oceniają dostępność i jakość opieki zdrowotnej w odniesieniu do osób używających narkotyków i przebywających w więzieniach. Na przykład w Irlandii badania wykazały konieczność dostosowania możliwości usług farmaceutycznych w więzieniach do większego dostępu do leczenia substytucyjnego (Irish Prison Service, 2009), podczas gdy we Francji nowy organ nadzorczy (szef inspektoratu więzień i innych instytucji zamkniętych) znalazł wady w więziennej opiece zdrowotnej i zidentyfikował zagrożenia zakażeniami. Niderlandy wprowadziły nową dyrektywę dotyczącą opieki nad osobami używającymi narkotyków przebywającymi w więzieniu, w której szczególną uwagę poświęcono chorobom zakaźnym związanym z narkotykami ⁽⁴⁴⁾. Jakość usług w więzieniach również poprawia się w kilku krajach dzięki inwestycjom w szkolenie. W Belgii cały personel więzienny przeszedł szkolenie na temat polityki więzień odnośnie do alkoholu i narkotyków; lekarze więzienni w Chorwacji otrzymali szkolenie w zakresie leczenia substytucyjnego. W ramach projektu kierowanego

⁽⁴²⁾ Dz.U. L 165 z 3.7.2003, s. 31.

⁽⁴³⁾ Zob. tabela HSR-7 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

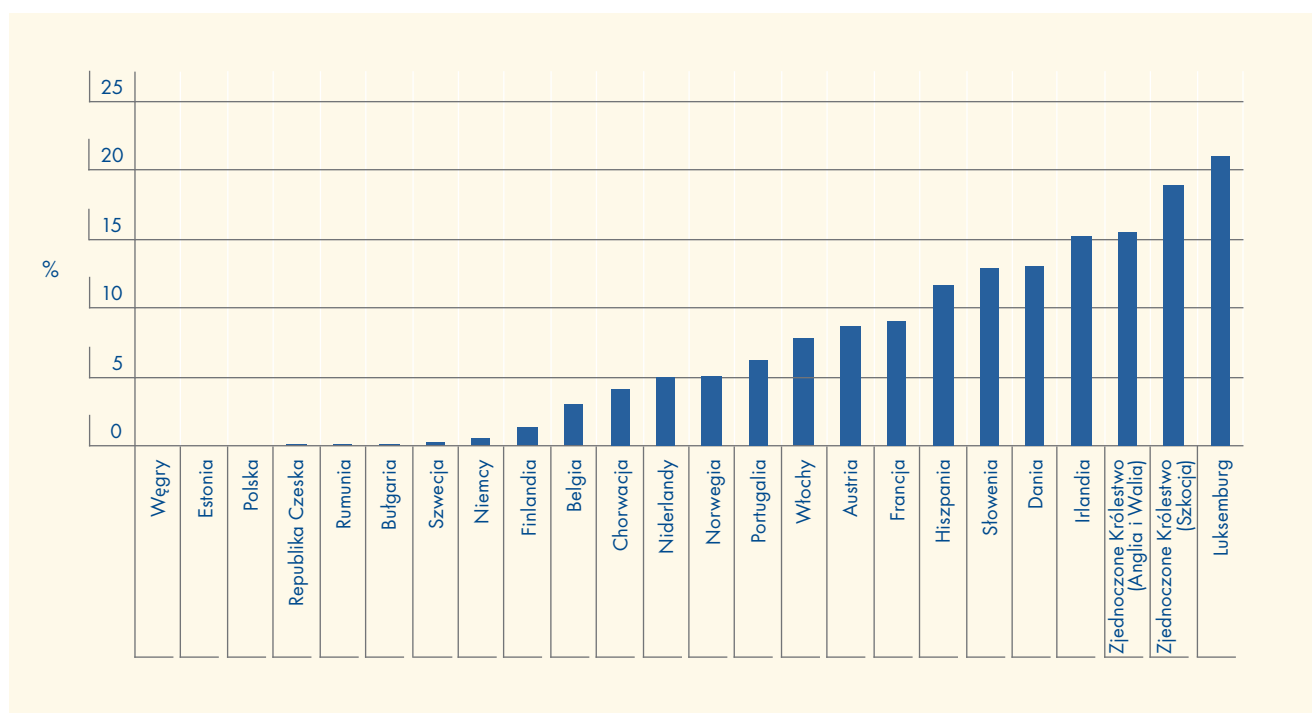
⁽⁴⁴⁾ Zob. portal najlepszych praktyk.

przez UNODC zapewniono łotewskim lekarzom więziennym, pracownikom socjalnym i psychologom szkolenie z zakresu profilaktyki HIV oraz narkotyków, a następnie osoby te prowadziły szkolenia wśród więźniów. W Finlandii nowe programy leczenia więźniów wymagają akredytacji ze strony agencji ds. sankcji karnych.

W następstwie szerszego stosowania substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów wiele krajów zgłasza wzrost liczby pacjentów otrzymujących taką terapię, którzy trafiają do zakładów karnych. Ciągłość opieki w przypadku terapii zastępczej jest szczególnie ważna ze względu na dużą liczbę zgonów wskutek przedawkowania narkotyków po zwolnieniu z więzienia (EMCDDA, 2009a),

oraz w celu ograniczenia ryzyka popełnienia przestępstwa z zamiarem zdobycia środków na używanie nielegalnych narkotyków. W 2008 r. możliwość kontynuowania leczenia substytucyjnego w więzieniach pojawiła się w Bułgarii, Estonii i Rumunii. Jednak tego typu leczenie nie jest dostępne w więzieniach w Grecji, na Cyprze, Litwie, Łotwie, Słowacji i w Turcji. W sześciu państwach członkowskich można oszacować, że ponad 10% wszystkich więźniów otrzymuje leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów, natomiast w kolejnych ośmiu krajach odpowiednie wartości wynoszą od 3 do 10% (wykres 3). W większości krajów detoksykacja nadal stanowi „standardową” terapię dla używających opiatów, którzy trafiają do zakładów karnych.

Wykres 3: Odsetek więźniów otrzymujących leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów



Uwaga: Przedstawiono dane dla wszystkich krajów, w których leczenie substytucyjne jest dostępne w więzieniach, z wyjątkiem Malty. Dane dotyczą 2008 r., z wyjątkiem Austrii i Szkocji (2007 r.) oraz Belgii i Niderlandów (2009 r.). Uwagi i źródła - zob. tabela HSR-9 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.



Rozdział 3

Konopie indyjskie

Wprowadzenie

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

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Konopie indyjskie można uprawiać w bardzo rozmaitych środowiskach, w wielu częściach świata to roślina dziko rosnąca. Szacuje się, że jest uprawiana na obszarze 172 krajów i terytoriów (UNODC, 2009). Informacje te oznaczają, że opracowywanie dokładnych danych szacunkowych na temat światowej produkcji konopi indyjskich jest trudne. UNODC (2009) szacuje globalną produkcję marihuany w 2008 r. na 13 300–66 100 ton.

Uprawa konopi indyjskich w Europie jest szeroko rozpowszechniona i wydaje się rosnać. W 2008 r. wszystkie 29 państw europejskich, które przekazały informacje, wspomniało o krajowej uprawie konopi indyjskich, jednak skala i charakter tego zjawiska wydają się być bardzo zróżnicowane. Niemniej jednak prawdopodobnie znaczna część konopi indyjskich używanych w Europie pochodzi z handlu wewnątrzregionalnego.

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

	Żywica konopna	Marihuana
Szacowana globalna produkcja (w tonach)	2 200–9 900	13 300–66 100
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	1 637	6 563
Skonfiskowana ilość (w tonach)		
UE i Norwegia	892	60
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(900)	(92)
Liczba konfiskat		
UE i Norwegia	367 400	273 800
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(368 700)	(288 600)
Średnia cena detaliczna (w EUR za gram)		
Zakres	3–10	3–16
(Zakres międzykwartyłowy) ⁽¹⁾	(6–9)	(5–9)
Średnia siła działania (zawartość THC w %)		
Zakres	3–16	1–10
(Zakres międzykwartyłowy) ⁽¹⁾	(6–10)	(5–8)

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

Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2008 r.

Źródło: Wartości globalne – UNODC (2009, 2010b), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Marihuana w Europie pochodzi także z importu – głównie z Afryki (np. z Nigerii, Republiki Zielonego Przylądka, Republiki Południowej Afryki), rzadziej z obu Ameryk, szczególnie z Karaibów, oraz z Bliskiego Wschodu (Liban) i Azji (Tajlandia). W najnowszych doniesieniach jako źródła tego narkotyku wymienia się również Albanie, Byłą Jugosłowiańską Republikę Macedonii, Czarnogórę, Mołdawię i Serbię (INCB, 2010b).

Wielkość globalnej produkcji żywicy konopnej w 2008 r. oszacowano na 2200–9900 ton (UNODC, 2009), przy czym jako głównych producentów wskazano Afganistan i Maroko. Najnowsze badania wskazują na to, że Afganistan może obecnie być największym producentem żywicy konopnej na świecie – jej produkcję w tym kraju szacuje się na 1500–3500 ton rocznie (UNODC, 2010a). Ostatnie dostępne dane szacunkowe dotyczące Maroka wskazują, że w 2005 r. produkcja żywicy konopnej wynosiła około 1000 ton (UNODC i rząd Maroka, 2007). Mimo że część żywicy konopnej produkowanej w Afganistanie jest sprzedawana w Europie, prawdopodobnie Maroko pozostaje głównym dostawcą tego narkotyku na rynek europejski. Żywica konopna z Maroka jest zwykle przemykana do Europy przez Półwysep Iberyjski i Niderlandy.

Konfiskaty

Szacuje się, że w 2008 r. na całym świecie skonfiskowano 6563 ton marihuany i 1637 ton żywicy konopnej (tabela 2), tj. około 17% więcej w stosunku do roku poprzedniego (UNODC, 2010b). Ponownie największą ilość marihuany (48%) skonfiskowano w Ameryce Północnej, podczas gdy w zachodniej i środkowej Europie

na najwyższym poziomie pozostawała ilość skonfiskowanej żywicy konopnej (57%).

Szacuje się, że w 2008 r. w Europie miało miejsce 289 000 przypadków konfiskaty marihuany, co odpowiada 92 tonom narkotyku ⁽⁴⁵⁾. W latach 2003–2008 liczba konfiskat wzrosła dwuipółkrotnie. Od 2003 r. ilość skonfiskowanej marihuany utrzymywała się na stosunkowo stałym poziomie nieco ponad 90 ton, z wyjątkiem lat 2004–2005, gdy zmalała do około 65 ton ⁽⁴⁶⁾. Około połowy wszystkich przypadków konfiskat miało miejsce w Zjednoczonym Królestwie – w ich efekcie w latach 2005–2007 przechwytywano rocznie 20 lub więcej ton tego narkotyku. W 2008 r. konfiskatę rekordowych ilości zgłosiły Turcja (31 ton) i Niemcy (9 ton).

Konfiskaty żywicy konopnej w Europie przekroczyły konfiskaty marihuany zarówno pod względem liczby przypadków, jak i ilości narkotyku ⁽⁴⁷⁾. W 2008 r. dokonano około 369 000 konfiskat żywicy konopnej, przechwytyjąc 900 ton narkotyku, czyli blisko dziesięciokrotnie więcej niż marihuany. W latach 2003–2008 liczba konfiskat żywicy konopnej stale rosła, natomiast przechwycone ilości – po początkowym spadku – wzrastają od 2006 r. W 2008 r. Hiszpania ponownie zgłosiła około połowy wszystkich przypadków konfiskat żywicy konopnej i trzy czwarte całkowitej ilości narkotyku, a rekordowe ilości żywicy konopnej skonfiskowano we Francji (71 ton), w Portugalii (61 ton) i we Włoszech (34 ton).

Od 2003 r. liczba konfiskat roślin konopi indyjskich rosła, osiągając w 2008 r. w przybliżeniu 19 000 przypadków. Skonfiskowane ilości są zgłaszane jako szacunkowa liczba roślin lub szacunkowa waga. Liczba skonfiskowanych roślin wzrosła z 1,7 mln w 2003 r. do 2,6 mln w 2007 r., a w 2008 r. spadła do 1,2 mln ⁽⁴⁸⁾. W tym okresie waga skonfiskowanych roślin wzrosła 4,5 raza, osiągając w 2008 r. 43 tony, z czego 24 tony zgłosiła Hiszpania, a 15 ton – Bułgaria.

Siła działania i cena

Siła działania produktów otrzymanych z konopi indyjskich określana jest na podstawie zawartości delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), czyli głównego składnika czynnego. Siła działania konopi indyjskich różni się znacznie w zależności od kraju i w obrębie jednego kraju, jak również w różnych produktach otrzymanych z konopi indyjskich. Informacje na temat siły działania konopi

„Insights” EMCDDA: Produkcja i rynki konopi indyjskich w Europie

Nowe „Insights” dotyczące produkcji i rynków konopi indyjskich zostaną opublikowane przez EMCDDA w 2011 r. Sprawozdanie skupi się na podaży produktów otrzymanych z konopi indyjskich w krajach europejskich i zbada rodzaj dostępnych produktów, ich pochodzenie, odpowiedni udział w rynku i inne kwestie związane z dystrybucją i strukturą rynku. Szczególna uwaga w sprawozdaniu poświęcona będzie uprawie konopi indyjskich w granicach Europy, która stała się w ostatnich latach bardziej widoczna.

⁽⁴⁵⁾ Dane dotyczące konfiskat narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabelach od SZR-1 do SZR-6 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁴⁶⁾ Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2008 r. dotyczące Zjednoczonego Królestwa.

⁽⁴⁷⁾ Ze względu na różnice w rozmiarze transportu, przebytej odległości, a także konieczności przejścia przez granice międzynarodowe w przypadku żywicy konopnej może istnieć większe ryzyko skonfiskowania niż w przypadku marihuany krajowej produkcji.

⁽⁴⁸⁾ Analiza ta nie obejmuje konfiskat 31 mln roślin konopi indyjskich zgłoszonych w 2003 r. przez Turcję oraz 20 mln roślin w 2004 r., ponieważ dane dotyczące skonfiskowanych ilości za kolejne lata są niedostępne.

indyjskich są oparte głównie na analizach sądowych losowo wybranych próbek skonfiskowanych konopi. Stopień, w jakim analizowane próbki stanowią odzwierciedlenie całego rynku, jest niejasny, więc dane na temat siły działania należy interpretować z pewną ostrożnością.

W 2008 r. zgłoszona średnia zawartość THC w próbkach żywicy konopnej wahała się od 3 do 16%. Średnia siła działania marihuany (z wyjątkiem, o ile było to możliwe, sinsemilli – postaci marihuany o największej sile działania) wynosiła od 1 do 10%. Średnią siłę działania sinsemilli podało tylko kilka krajów: w każdym przypadku była wyższa od siły działania importowanej marihuany i wynosiła od 12% w Norwegii do nieco ponad 16% w Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie. W latach 2003–2008 średnia siła działania żywicy konopnej była różna w 11 krajach, które przekazały wystarczające dane. Siła działania marihuany wzrosła w sześciu krajach objętych sprawozdaniem, a zmalała w czterech. Dane dotyczące siły działania lokalnie produkowanej marihuany w okresie kilku lat są dostępne wyłącznie w odniesieniu do Niderlandów, gdzie odnotowano spadek średniej siły działania „nederwiet” z najwyższej notowanej wielkości 20% w 2004 r. do 16% w latach 2007 i 2008 ⁽⁴⁹⁾.

W 2008 r. średnia cena detaliczna żywicy konopnej wahała się od 3 do 10 EUR za gram w 17 krajach, które przekazały informacje, przy czym 12 z nich podało ceny rzędu od 6 do 9 EUR. Średnia cena detaliczna marihuany wahała się od 3 do 16 EUR za gram w 16 krajach, które dostarczyły dane, przy czym 10 z nich podało ceny w granicach od 5 do 9 EUR. We wszystkich krajach, które podały dane za okres 2003–2008, średnia cena detaliczna żywicy konopnej spadła lub utrzymała się na stałym poziomie, z wyjątkiem Belgii i Austrii, gdzie wzrosła. W tym samym okresie dostępne dane dotyczące marihuany wskazywały na stabilne lub rosnące ceny w Europie, a tendencję spadkową zgłoszono tylko w przypadku Węgier i Turcji.

Rozpowszechnienie i schematy używania

Używanie konopi indyjskich w populacji ogólnej

Według ostrożnych szacunków około 75,5 mln Europejczyków przynajmniej jeden raz użyło konopi indyjskich (wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia), czyli średnio więcej niż co piąta osoba w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat (zestawienie danych – zob. tabela 3). Istnieją znaczne różnice między krajami – wielkości krajowe wahały się w granicach od 1,5 do 38,6%. W większości krajów dane szacunkowe wynoszą od 10 do 30%.

Dochody i zyski z nielegalnej uprawy konopi indyjskich

Dane szacunkowe opracowane przez siły policyjne wskazują, że skonfiskowane w 2008 r. rośliny konopi indyjskich mogłyby doprowadzić do sprzedaży o wartości 70 mln EUR w Belgii i 76 mln EUR w Zjednoczonym Królestwie (NPIA, 2009 r.), a w Niemczech zysk ze sprzedaży hurtowej wyniósłby od 36 do 61 mln EUR. Całkowity dochód wygenerowany przez nielegalną produkcję konopi indyjskich na cele handlowe jest jednak trudny do oszacowania, ponieważ podane wartości odnoszą się wyłącznie do przechwyconych roślin. Przy ocenie zysków należy także wziąć pod uwagę kilka innych zmiennych.

Dochód z nielegalnej produkcji konopi indyjskich na cele handlowe zależy od kilku czynników, w tym: rozmiar uprawy, liczby roślin, średniego plonu na roślinę i liczby zbiorów w roku. Duże zagęszczenie roślin i częstota zbiorów na ogół zmniejsza plon uzyskiwany z każdej rośliny. Generowany dochód zależy również od tego, czy zbiór sprzedawany jest na rynku detalicznym czy hurtowym, ponieważ na rynku detalicznym ceny są zazwyczaj wyższe.

Koszty towarzyszące nielegalnej produkcji konopi indyjskich na cele handlowe w plantacjach umieszczonych w budynkach obejmują: lokal, materiał siewny lub sadzonki, glebę lub węglę mineralną, nawozy, światło i pompy, narzędzia i wentylację oraz siłę roboczą. Energia elektryczna, jeżeli nie jest uzyskiwana nielegalnie, jest również głównym składnikiem kosztów produkcji.

Aby obliczyć dochód i zysk z nielegalnych upraw konopi indyjskich holenderskie organy ścigania opracowały normy techniczne, które regularnie aktualizują. Nowe metodologie są również opracowywane w Belgii i Zjednoczonym Królestwie.

Szacuje się, że 23 mln Europejczyków używało tego narkotyku w ostatnim roku, co stanowi średnio 6,8% wszystkich osób w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat. Szacunkowe dane dotyczące wskaźnika użycia w ostatnim miesiącu uwzględniają osoby używające tego narkotyku częściej, choć niekoniecznie codziennie czy intensywnie. Szacuje się, że około 12,5 mln Europejczyków użyło tego narkotyku w ostatnim miesiącu, co stanowi średnio około 3,7% wszystkich osób w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat.

Używanie konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych

Używanie konopi indyjskich dotyczy głównie grupy osób młodych (od 15 do 34 lat), przy czym najwyższy wskaźnik używania w ostatnim roku zgłaszany jest na ogół

⁽⁴⁹⁾ Więcej danych na temat siły działania i cen – zob. tabele PPP-1 i PPP-5 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

w przedziale wiekowym od 15 do 24 lat. Ma to miejsce we wszystkich krajach przekazujących informacje, z wyjątkiem Portugalii ⁽⁵⁰⁾.

Dane z badań sondażowych populacji wskazują na to, że przeciętnie 31,6% młodych osób dorosłych w Europie (od 15 do 34 lat) użyło konopi indyjskich przynajmniej jeden raz, podczas gdy 12,6% użyło tego narkotyku w ostatnim roku, a 6,9% – w ostatnim miesiącu. Szacuje się, że nawet wyższy odsetek Europejczyków w grupie wiekowej od 15 do 24 lat użył konopi indyjskich w ostatnim roku (16%) lub w ostatnim miesiącu (8,4%). Krajowe szacunki rozpowszechnienia konopi indyjskich różnią się znacznie pod każdym względem w zależności od kraju. Na przykład w odniesieniu do danych szacunkowych dotyczących używania konopi indyjskich w ostatnim roku w grupie młodych osób dorosłych kraje znajdujące się w górnych granicach skali zgłaszały wielkości 30-krotnie przewyższające dane z krajów o najniższym stopniu rozpowszechnienia tego narkotyku.

Używanie konopi indyjskich jest na ogół większe wśród mężczyzn niż wśród kobiet, np. wśród osób zgłaszających używanie tego narkotyku w ostatnim roku stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wahał się od 6,4:1 w Portugalii do 1,4:1 w Bułgarii ⁽⁵¹⁾.

Używanie konopi indyjskich jest szczególnie wysokie w określonych grupach młodych osób, np. częstych bywalców klubów nocnych, barów i imprez muzycznych (Hoare, 2009). Z ukierunkowanych badań ankietowych, które niedawno przeprowadzono w środowisku elektronicznej muzyki tanecznej w Republice Czeskiej, Austrii i Zjednoczonym Królestwie, wynika, że ponad 80% respondentów użyło konopi indyjskich przynajmniej jeden raz – jest to odsetek znacznie wyższy niż europejska średnia wśród młodych osób dorosłych (Measham i Moore, 2009).

Używanie konopi indyjskich wśród uczniów

Przeprowadzane co cztery lata badania ESPAD dostarczają porównywalnych danych na temat spożycia alkoholu i narkotyków w Europie wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat (Hibell i in., 2009). W 2007 r. badania te przeprowadzono w 25 państwach członkowskich UE, a także w Norwegii i Chorwacji. Ponadto w 2008 r. w Hiszpanii, we Włoszech, w Szwecji i w Zjednoczonym Królestwie przeprowadzono krajowe badania ankietowe w szkołach, a w Belgii (Flandria) – badania regionalne.

Dane z badań ESPAD z 2007 r. oraz z krajowych badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach w 2008 r. wykazują, że najwyższy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat występuje w Republice Czeskiej (45%), natomiast Estonia, Francja, Niderlandy, Słowacja i Zjednoczone Królestwo zgłosiły wskaźniki użycia na poziomie od 26 do 32%. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich w przedziale od 13 do 25% zgłosiło 15 państw. Najniższe wskaźniki (mniej niż 10%) zgłosiły: Grecja, Cypr, Rumunia, Finlandia, Szwecja i Norwegia. Różnica między płciami, jeśli chodzi o używanie konopi indyjskich, jest mniej wyraźna w przypadku uczniów niż wśród młodych osób dorosłych. Wśród uczniów używających konopi indyjskich stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet waha się od prawie 1:1 w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie do 2:1 lub więcej na Cyprze, w Grecji, Polsce i Rumunii ⁽⁵²⁾.

Porównania międzynarodowe

Europejskie liczby można porównać z danymi dotyczącymi innych części świata. Na przykład w Kanadzie (2008) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich w grupie młodych osób dorosłych wynosi 53,8%, a wskaźnik użycia tego narkotyku w ostatnim roku – 24,1%. W Stanach Zjednoczonych w badaniach SAMHSA (2008) oszacowano wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich na 49% (w grupie osób w wieku od 16 do 34 lat, przeliczone przez EMCDDA), a wskaźnik użycia tego narkotyku w ostatnim roku – na 21,5%. Natomiast w Australii (2007) wskaźniki te wynoszą 47% i 16% wśród osób w wieku od 14 do 39 lat. Wszystkie te wartości są wyższe niż średnie europejskie, tj. odpowiednio 31,6% i 12,6%.

W przypadku uczniów Republika Czeska, Hiszpania, Francja i Słowacja zgłaszają wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich na poziomie porównywalnym z wartościami odnotowanymi w Stanach Zjednoczonych i Australii ⁽⁵³⁾.

Tendencje w używaniu konopi indyjskich

W latach 1998–2008 można zauważyć trzy główne tendencje w używaniu konopi indyjskich przez osoby dorosłe w 15 krajach, które są w stanie przekazać wystarczające dane (wykres 4). Pięć krajów (Bułgaria, Grecja, Węgry, Finlandia, Szwecja) zgłosiło niski (poniżej 9%) i stosunkowo stabilny wskaźnik używania

⁽⁵⁰⁾ Zob. wykres GPS-1 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁵¹⁾ Zob. tabela GPS-4 (część iii) i (część iv) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁵²⁾ Zob. tabela EYE-20 (część ii) i (część iii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁵³⁾ Zob. wykres EYE-1 (część xii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Tabela 3: Rozpowszechnienie używania konopi indyjskich w populacji ogólnej – dane podstawowe			
Grupa wiekowa	Okres używania		
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok	Ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	75,5 mln	23 mln	12,5 mln
Średnia europejska	22,5%	6,8%	3,7%
Przedział	1,5–38,6%	0,4–15,2%	0,1–8,5%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (1,5%) Malta (3,5%) Cypr (6,6%) Bułgaria (7,3%)	Rumunia (0,4%) Malta (0,8%) Grecja (1,7%) Szwecja (1,9%)	Romania (0,1%) Malta, Szwecja (0,5%) Grecja, Poland (0,9%) Litwania, Węgry (1,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Dania (38,6%) Republika Czeska (34,2%) Włochy (32,0%) Zjednoczone Królestwo (31,1%)	Republika Czeska (15,2%) Włochy (14,3%) Hiszpania (10,1%) Francja (8,6%)	Republika Czeska (8,5%) Hiszpania (7,1%) Włochy (6,9%) Francja (4,8%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	42 mln	17 mln	9,5 mln
Średnia europejska	31,6%	12,6%	6,9%
Przedział	2,9–53,3%	0,9–28,2%	0,3–16,7%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (2,9%) Malta (4,8%) Cypr (9,9%) Grecja (10,8%)	Rumunia (0,9%) Malta (1,9%) Grecja (3,2%) Cypr (3,4%)	Rumunia (0,3%) Szwecja (1,0%) Grecja (1,5%) Polska (1,9%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (53,3%) Dania (48,0%) Francja (43,6%) Zjednoczone Królestwo (40,5%)	Republika Czeska (28,2%) Włochy (20,3%) Hiszpania (18,8%) Francja (16,7%)	Republika Czeska (16,7%) Hiszpania (13,4%) Włochy (9,9%) Francja (9,8%)
15–24 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	19,5 mln	10 mln	5,5 mln
Średnia europejska	30,9%	16,0%	8,4%
Przedział	3,7–58,6%	1,5–37,3%	0,5–22,4%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (3,7%) Malta (4,9%) Cypr (6,9%) Grecja (9,0%)	Rumunia (1,5%) Grecja, Cypr (3,6%) Szwecja (4,9%) Portugalia (6,6%)	Rumunia (0,5%) Grecja, Szwecja (1,2%) Cypr (2,0%) Polska (2,5%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (58,6%) Francja (42,0%) Dania (41,1%) Niemcy (39,0%)	Republika Czeska (37,3%) Hiszpania (24,1%) Włochy (22,3%) Francja (21,7%)	Republika Czeska (22,4%) Hiszpania (16,9%) Francja (12,7%) Włochy (11,0%)
Europejskie szacunki rozpowszechnienia są oparte na średnich ważonych z najnowszych badań krajowych, przeprowadzonych w latach 2001–2008/2009 (głównie 2004–2008), a zatem nie można przypisać ich do jednego roku. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W przypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (334 mln), od 15 do 34 lat (133 mln) i od 15 do 24 lat (63 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w biuletynie statystycznym za 2010 r. w części „Badania ankietowe populacji ogólnej”.			

konopi indyjskich w ostatnim roku w grupie młodych osób dorosłych. Sześć krajów (Dania, Niemcy, Hiszpania, Francja, Niderlandy, Zjednoczone Królestwo) podało

wyższe wskaźniki używania, ale utrzymujące się na stałym poziomie lub obniżające się w ostatnich latach. Cztery pozostałe kraje (Republika Czeska, Estonia, Włochy,

Słowacja) również zgłosiły wyższe wskaźniki używania konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych, przy czym w ostatnich latach odnotowano tam tendencję wzrostową.

Jeżeli przyrzeć się najnowszym tendencjom w używaniu konopi indyjskich w grupie młodych osób dorosłych, z 12 krajów, w których w latach 2003–2008 powtarzano badania ankietowe, większość zgłosiła sytuację stabilną (Dania, Niemcy, Hiszpania, Węgry, Szwecja, Finlandia, Zjednoczone Królestwo). Pięć krajów odnotowało wzrost wskaźnika używania konopi indyjskich w tym okresie – o co najmniej dwa punkty procentowe w przypadku Bułgarii, Estonii i Słowacji oraz o około osiem punktów procentowych w Republice Czeskiej i we Włoszech.

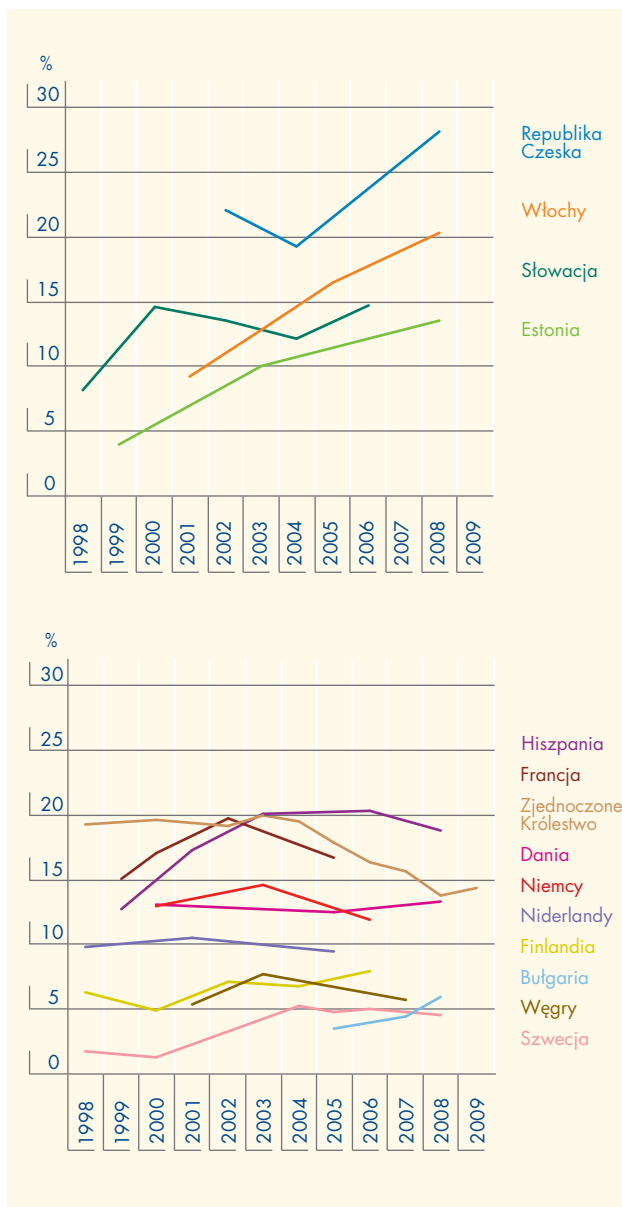
W całej Europie można zauważyć podobne wzory w tendencjach czasowych w zakresie używania konopi indyjskich wśród uczniów w latach 1995–2007 (EMCDDA, 2009a). Siedem państw, głównie z północnej i południowej Europy (Grecja, Cypr, Malta, Rumunia, Finlandia, Szwecja, Norwegia) zgłosiło ogólnie stabilny i niski wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich dla całego tego okresu. W 2007 r. spadek lub stabilizację odnotowała większość państw zachodnioeuropejskich, a także Chorwacja i Słowenia, w których do 2003 r. wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich był wysoki lub szybko rosnący. Spośród tych jedenastu państw dziewięć zgłosiło spadek, a dwa – sytuację stabilną. W większości państw środkowej i wschodniej Europy sytuacja jest inna – obserwowana tam w latach 1995–2003 tendencja wzrostowa wydaje się wyrównywać. W tym regionie sześć państw zgłosiło stabilną sytuację w latach 2003–2007, a dwa – wzrost wskaźników.

Trzy kraje, w których w 2008 r. przeprowadzono badania ankietowe w szkołach (Belgia (Flandria), Szwecja i Zjednoczone Królestwo), zgłosiły wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich na poziomie stabilnym lub niższym niż w 2007 r., natomiast Hiszpania zgłosiła spadek o ponad trzy punkty procentowe. Dane z badań ankietowych w szkołach w Stanach Zjednoczonych i Australii także wskazują na tendencję spadkową, którą po raz pierwszy odnotowano w Australii w 1999 r. ⁽⁵⁴⁾.

Schematy używania konopi indyjskich

Dostępne dane wskazują na występowanie różnorodnych schematów używania konopi indyjskich – od używania eksperymentalnego po uzależnienie. Wiele osób używa tego narkotyku tylko raz czy dwa, inne używają go

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



Uwaga: Więcej informacji – zob. wykres GPS-4 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox (2009), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

sporadycznie lub przez ograniczony czas. Spośród osób w wieku od 15 do 64 lat, które przynajmniej jednokrotnie użyły konopi indyjskich, 30% zrobiło to w ostatnim roku ⁽⁵⁵⁾. Wśród osób, które używały tego narkotyku w ostatnim roku, średnio połowa uczyniła to w ostatnim miesiącu.

Dane z próby 13 państw europejskich, w których mieszka 77% dorosłej ludności Unii Europejskiej i Norwegii,

⁽⁵⁴⁾ Zob. wykres EYE-1 (część xii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁵⁵⁾ Zob. wykres GPS-2 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

wskazują na to, że wśród około 12,5 mln Europejczyków, którzy użyli konopi indyjskich w ostatnim miesiącu, około 40% mogła używać tego narkotyku w ciągu 1–3 dni tego miesiąca, około jednej trzeciej – w ciągu 4–19 dni, a jedna czwarta – w ciągu 20 lub więcej dni. Na podstawie tych danych można oszacować, że ponad 1% dorosłych Europejczyków, czyli około 4 mln osób, używa konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie. Większość tych osób używających konopi indyjskich – około 3 mln – jest w wieku od 15 do 34 lat, stanowiąc w przybliżeniu od 2 do 2,5% Europejczyków w tej grupie wiekowej⁽⁵⁶⁾. Codzienne lub prawie codzienne używanie konopi indyjskich może występować około czterokrotnie częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

Dziesięć państw europejskich, które przekazały dane na potrzeby badań ESPAD wśród uczniów w wieku od 5 do 16 lat, zgłosiło stosunkowo wysoki odsetek (od 5 do 12%) uczniów płci męskiej, którzy używali konopi indyjskich co najmniej 40 razy. Odsetek ten jest co najmniej dwukrotnie wyższy niż w przypadku uczennic. Większość z tych krajów podała również, że od 5 do 9% respondentów rozpoczęło używanie konopi indyjskich w wieku 13 lat lub młodszym. Grupa ta budzi niepokój, ponieważ wczesne rozpoczęcie używania tego narkotyku wiąże się z rozwojem intensywnych i problemowych form używania narkotyków w dalszym życiu.

Coraz częściej uzależnienie uznaje się za potencjalne następstwo regularnego używania konopi indyjskich, nawet wśród młodszych osób⁽⁵⁷⁾. Jednakże dotkliwość i konsekwencje uzależnienia od konopi indyjskich mogą wydawać się mniej poważne niż skutki powszechnie kojarzone z niektórymi innymi substancjami psychoaktywnymi (np. heroiną lub kokainą). Rozwój uzależnienia od konopi indyjskich może również być wolniejszy niż w przypadku niektórych innych narkotyków (Wagner i Anthony, 2002). Prawdopodobnie połowa osób uzależnionych od konopi indyjskich, które zaprzęstały używanie tego narkotyku, była w stanie to osiągnąć bez leczenia (Cunningham, 2000). Niemniej jednak niektóre osoby używające konopi indyjskich, zwłaszcza intensywnie, mogą doświadczać powiązanych z tym problemów, przy czym osoby te niekoniecznie spełniają kliniczne kryteria uzależnienia⁽⁵⁸⁾.

Używanie konopi indyjskich wiązało się z przynależnością do grup szczególnie narażonych lub znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej, takich jak osoby przedwcześnie porzucające szkołę, „wagarowicze”, dzieci

Czynniki ryzyka związane z rozpoczęciem używania konopi indyjskich i uzależnieniem od tego narkotyku

Badacze próbowali ustalić, dlaczego niektóre osoby używające konopi indyjskich uzależniają się, a inne nie. Jeden z ich wniosków jest taki, że czynniki związane z rozpoczęciem używania konopi indyjskich często są odmienne od tych, które prowadzą do problemowego używania i uzależnienia od tego narkotyku. Niektóre czynniki zewnętrzne (używanie narkotyków przez rówieśników lub dostępność konopi indyjskich) i czynniki związane z daną osobą (np. pozytywne nastawienie do używania narkotyków w przyszłości) są szczególnie powiązane z rozpoczęciem używania konopi indyjskich (Von Sydow i in., 2002). Niektóre inne czynniki są powiązane, z różnym nasileniem, zarówno z rozpoczęciem używania konopi indyjskich, jak i z uzależnieniem od tego narkotyku. Obejmują one czynniki genetyczne (Agrawal i Lynskey, 2006), indywidualne czynniki, takie jak płeć męska, zaburzenia zdrowia psychicznego oraz używanie innych substancji (alkohol, tytoń itp.). Z rozpoczęciem używania konopi indyjskich wiążą się także czynniki rodzinne, np. słabe relacje z matką i dorastanie bez obojga rodziców, podczas gdy rozwód rodziców lub separacja i śmierć rodziców przed osiągnięciem 15. roku życia powiązane są z uzależnieniem od konopi indyjskich (Coffey i in., 2003; Swift i in., 2008; Von Sydow, 2002).

Czynniki szczególnie związane z rozwojem uzależnienia obejmują intensywne lub ryzykowne schematy używania konopi indyjskich, stałe używanie lub wczesne rozpoczęcie używania. Osoby, które doświadczyły pozytywnego wpływu (np. szczęście, śmiech) na wczesnym etapie używania konopi indyjskich (w wieku od 14 do 16 lat), były bardziej zagrożone uzależnieniem od tego narkotyku w późniejszym okresie życia. Z postępowaniem uzależnienia wiążą się również różne czynniki psychologiczne i powiązane ze zdrowiem psychicznym (w tym niska samoocena, niska samokontrola i małe umiejętności radzenia sobie) oraz czynniki społeczno-gospodarcze (w tym niski status społeczno-gospodarczy i zła sytuacja finansowa) (Coffey i in., 2003; Fergusson i in., 2003; Swift i in., 2008; Von Sydow, 2002).

w instytucjach opiekuńczych, młodzi przestępcy i młodzież mieszkająca w ubogich dzielnicach (EMCDDA, 2008c). Można je także wiązać z używaniem innych substancji, np. młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat), które zgłosiły częste lub intensywne spożywanie alkoholu w ostatnim roku, przypuszczalnie dwa do sześciu razy częściej zgłaszały używanie konopi indyjskich niż populacja ogólna. Mimo że większość osób używających konopi indyjskich nie używa innych nielegalnych

⁽⁵⁶⁾ Przedstawione średnie europejskie to przybliżone dane szacunkowe oparte na średniej ważonej (dla populacji) w odniesieniu do krajów posiadających te informacje. W przypadku krajów, które nimi nie dysponują, przyjmuje się średni wynik. Uzyskane liczby to 1,2% w przypadku wszystkich dorosłych (od 15 do 64 lat) i 2,3% w przypadku młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat). Zob. tabela GPS-10 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁵⁷⁾ Zob. „Czynniki ryzyka związane z rozpoczęciem używania konopi indyjskich i uzależnieniem od tego narkotyku”.

⁽⁵⁸⁾ Zob. „Negatywne skutki zdrowotne używania konopi indyjskich”.

narkotyków, prawdopodobieństwo tego jest w ich przypadku wyższe niż w populacji ogólnej. Nastolatki używające konopi indyjskich także dwa-trzy razy częściej zgłaszają palenie tytoniu niż ogół uczniów w wieku od 15 do 16 lat.

Niektóre osoby używające tego narkotyku uczestniczą w bardziej ryzykownych schematach używania, np. używając konopi indyjskich o bardzo wysokiej zawartości THC lub w dużych ilościach oraz stosując fajkę wodną („bong”) zamiast „jointa”. Osoby te zazwyczaj zgłaszają więcej problemów zdrowotnych, w tym uzależnienie (Chabrol i in., 2003; Swift i in., 1998).

Leczenie

Zapotrzebowanie na leczenie

W 2008 r. konopie indyjskie stanowiły główny powód rozpoczynania leczenia w około 21% wszystkich przypadków (ok. 85 000 pacjentów) zgłoszonych przez 27 krajów, co daje temu narkotykowi drugą po heroinie pozycję wśród najczęściej zgłaszanych narkotyków. Osoby używające konopi indyjskich jako głównego narkotyku stanowią mniej niż 5% uczestników leczenia w Bułgarii, Estonii, na Litwie, w Luksemburgu i Słowenii, a ponad 30% w Danii, Niemczech, we Francji, na Węgrzech i w Niderlandach, przy czym większość pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich podejmuje leczenie pozaszpitalne ⁽⁵⁹⁾.

Różnice te można wyjaśnić rozpowszechnieniem używania konopi indyjskich i innych narkotyków, zapotrzebowaniem na leczenie uzależnienia od narkotyków, dostępem do takiego leczenia oraz organizacją lub praktykami w zakresie kierowania na nie. W jednym z dwóch krajów o najwyższym odsetku pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich (Francja) ośrodki doradztwa kierują swoją działalność do młodych osób używających narkotyków, a w drugim (Węgry) osoby naruszające prawo narkotykowe w zakresie konopi indyjskich mają możliwość podjęcia leczenia uzależnienia od narkotyków jako alternatywy dla kary. W obu tych krajach system wymiaru sprawiedliwości odgrywa znaczącą rolę w kierowaniu na leczenie, jednak państwa członkowskie zgłaszają na ogół, że w Europie większość osób używających konopi indyjskich rozpoczyna leczenie z własnej inicjatywy. Niektóre osoby mogą także rozpocząć leczenie uzależnienia od narkotyków z powodu innych schorzeń, takich jak problemy zdrowia

psychicznego, jeśli nie mogą znaleźć odpowiedniego leczenia gdzie indziej (Zachrisson i in., 2006).

Wielu pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich zgłasza spożywanie alkoholu lub używanie innych narkotyków. Z danych zebranych w 14 krajach wynika, że 65% tych osób używa innej substancji, przede wszystkim alkohol lub kokainę, a część zgłasza używanie zarówno alkoholu, jak i kokainy (EMCDDA, 2009d). Konopie indyjskie jako drugi spośród używanych narkotyków zgłosiło około 24% wszystkich pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu narkotyków ⁽⁶⁰⁾.

Tendencje w zakresie nowych zgłoszeń na leczenie z powodu narkotyków

W 18 państwach, dla których dostępne są dane, liczba osób, które jako główny narkotyk używają konopi indyjskich, wśród osób po raz pierwszy rozpoczynających leczenie wzrosła w latach 2003–2007 z około 23 000 do 35 000, a w 2008 r. nieco zmalała – do około 33 000. Trzydzieści krajów zgłosiło spadek liczby nowych pacjentów leczonych z powodu używania konopi indyjskich, począwszy od 2005 i 2006 r. ⁽⁶¹⁾. Może to odzwierciedlać najnowsze tendencje spadkowe w używaniu konopi indyjskich, ale także może być związane z maksymalnym wykorzystaniem potencjału leczenia lub korzystaniem z innych usług (np. podstawowej opieki zdrowotnej i opieki w zakresie zdrowia psychicznego).

Profile pacjentów

Pacjenci rozpoczynający leczenie pozaszpitalne z powodu używania konopi indyjskich jako głównego narkotyku to głównie młodzi mężczyźni, których średnia wieku to 25 lat, przy czym stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 5:1. Wśród osób podejmujących leczenie pozaszpitalne po raz pierwszy używanie konopi indyjskich jako narkotyku głównego zgłasza 69% osób w wieku od 15 do 19 lat oraz 83% osób poniżej 15. roku życia ⁽⁶²⁾.

Ogólnie rzecz biorąc, 22% osób zgłaszających konopie indyjskie jako narkotyk główny i rozpoczynających leczenie pozaszpitalne używa tego narkotyku sporadycznie (lub nie używało go na miesiąc przed podjęciem leczenia); osoby te prawdopodobnie są często kierowane na leczenie przez system wymiaru sprawiedliwości. Kolejne 11% osób używa konopi indyjskich raz w tygodniu lub rzadziej; około 17% – od 2 do 6 razy w tygodniu, a 50% to osoby używające

⁽⁵⁹⁾ Zob. wykres TDI-2 (część ii) oraz tabele TDI-5 (część ii) i TDI-24 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁶⁰⁾ Zob. tabela TDI-22 (część i) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁶¹⁾ Zob. wykres TDI-1 i tabela TDI-3 (część iv) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁶²⁾ Zob. tabele TDI-10 (część iii) i (część iv) oraz TDI-21 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

tego narkotyku codziennie, czyli najbardziej problematyczna grupa. Obserwuje się znaczne różnice w zależności od kraju: na Węgrzech, w Rumunii i Chorwacji ponad połowa pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich to osoby używające tego narkotyku sporadycznie, natomiast w Belgii, Bułgarii, Danii, Irlandii, Hiszpanii, Francji, na Malcie i w Niderlandach ponad 50% pacjentów stanowią osoby przyjmujące ten narkotyk codziennie ⁽⁶³⁾.

Negatywne skutki zdrowotne używania konopi indyjskich

Kilka najnowszych przeglądów skupiło się na negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z używaniem konopi indyjskich (EMCDDA, 2008a; Hall i Degenhardt, 2009). Obejmują one ostre skutki, takie jak: lęki, panika i objawy psychotyczne, które często zgłaszane są przez osoby używające tego narkotyku po raz pierwszy. W nielicznych krajach, które monitorują takie przypadki, skutki te są powodem znaczącej liczby powiązanych z narkotykami zgłoszeń na ostry dyżur. Używanie konopi indyjskich wydaje się również dwu-trzykrotnie zwiększać ryzyko udziału w wypadkach komunikacyjnych (EMCDDA, 2008b).

Używanie konopi indyjskich może również wywoływać efekty długoterminowe, które mogą być bezpośrednio związane ze schematem używania (częstość i ilość). Efekty te obejmują uzależnienie od konopi indyjskich, ale też chroniczne zapalenie oskrzeli i inne choroby układu oddechowego. Używanie narkotyków w czasie ciąży może zmniejszać masę urodzeniową noworodka, ale wydaje się nie powodować wad okołoporodowych. Nadal niepewny jest związek używania konopi indyjskich z depresją i samobójstwem.

Wpływ konopi indyjskich na sprawność kognitywną i jego odwracalność pozostają niejasne. Regularne używanie konopi w okresie dorastania może negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne młodych osób dorosłych, przy czym istnieją dowody na rosnące wraz z częstością używania ryzyko objawów psychotycznych i zaburzeń psychicznych (Hall i Degenhardt, 2009; Moore i in., 2007).

Podczas gdy indywidualne ryzyko związane z używaniem konopi indyjskich wydaje się być mniejsze niż w przypadku heroiny czy kokainy, to istnieją jednak problemy zdrowotne, a ze względu na wysokie rozpowszechnienie używania konopi indyjskich wpływ tego narkotyku na zdrowie publiczne może być znaczny. Szczególną uwagę należy poświęcić używaniu konopi indyjskich przez nastolatków i osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym. Częste lub długotrwałe używanie konopi indyjskich, używanie w trakcie prowadzenia pojazdów mechanicznych lub w czasie wykonywania innej potencjalnie niebezpiecznej czynności są innymi zagadnieniami, które należy wziąć pod rozwagę.

Dostęp do leczenia

W Europie leczenie uzależnienia od konopi indyjskich obejmuje wiele różnych środków, w tym leczenie z wykorzystaniem internetu, poradnictwo, systemowe psychospołeczne działania interwencyjne oraz leczenie w ośrodkach stacjonarnych/zamkniętych. W tej dziedzinie profilaktyka wybiórcza, ograniczanie szkód i działania interwencyjne w zakresie leczenia często się pokrywają (zob. rozdział 2).

We Francji istnieje sieć ośrodków poradnictwa dla młodzieży, tzw. poradni ds. konopi indyjskich, które oferują usługi różniące się czasem trwania i podejściem zależnie od poziomu używania narkotyków. W ramach badania przeprowadzonego w 2007 r. w 226 z 274 ośrodków poradnictwa stwierdzono, że 47% pacjentów leczonych ambulatoryjnie to osoby, które używały konopi indyjskich sporadycznie, niewykazujące objawów uzależnienia od tego narkotyku ani nadużywania go; około 30% z nich nie otrzymywało dalszego poradnictwa (Obradovic, 2009). Natomiast wśród tych 53% osób, u których przy przyjęciu zdiagnozowano uzależnienie lub nadużywanie narkotyków, blisko 80% zaoferowano dalsze poradnictwo, a większość pozostałych skierowano do ośrodków leczenia. Połowa osób uczestniczących w drugiej sesji poradnictwa zgłosiła ograniczenie używania konopi indyjskich. Spadek używania częściej występował w przypadku osób, które zgłosiły się same lub na polecenie pracowników służby zdrowia, natomiast osoby skierowane na terapię przez system wymiaru sprawiedliwości częściej rezygnowały z niej po kilku spotkaniach.

Na Węgrzech system wymiaru sprawiedliwości stosuje rozwiązanie alternatywne dla postępowania karnego wobec kwalifikujących się przestępców naruszających prawo antynarkotykowe i kieruje ich do „placówek poradnictwa zapobiegawczego”, a w poważniejszych przypadkach – do specjalistycznych placówek leczenia. Osoby skierowane przez system wymiaru sprawiedliwości – około 85% wszystkich pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich – muszą uczestniczyć w sesjach terapii psychospołecznej lub w zakresie leczenia uzależnień od narkotyków przynajmniej raz na dwa tygodnie przez sześć miesięcy, aby uzyskać świadectwo wypisania. W przeciwnym wypadku może zostać przeciwko nim wniesione oskarżenie.

W Niemczech, Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie jest oferowane leczenie uzależnienia od konopi indyjskich z wykorzystaniem internetu, co ma na celu ułatwienie dostępu do leczenia w przypadku osób, które nie chcą korzystać z pomocy w ramach specjalistycznego systemu leczenia uzależnień od narkotyków. Internetowe

⁽⁶³⁾ Zob. tabele TDI-18 (część ii) i TDI-111 (część viii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

interwencje lecznicze obejmują program samopomocy bez kontaktu z psychologiem lub zorganizowany program z zaplanowanymi kontaktami (zob. EMCDDA, 2009b). W Niderlandach obecnie trwają prace nad znakiem jakości i wytycznymi w tej dziedzinie.

Niderlandy zgłosiły również ocenę nowatorskich rodzinnych interwencji motywacyjnych ukierunkowanych na osoby używające konopi indyjskich, u których wystąpiły pierwsze objawy schizofrenii. Celem tych interwencji jest ograniczenie używania konopi indyjskich, większe stosowanie się danej osoby do zalecanej kuracji lekami oraz poprawa relacji między rodzicami i dziećmi w tej grupie. Wstępne wyniki – po trzech miesiącach – wskazują na znaczny spadek używania konopi indyjskich w porównaniu ze zwykłymi działaniami psychologiczno-edukacyjnymi, natomiast inne zmienne wynikowe nie różniły się.

Najnowsze badania naukowe nad leczeniem osób używających konopi indyjskich

Mimo wzrostu liczby zgłoszeń na leczenie stosunkowo nieliczne badania naukowe dotyczyły oceny skuteczności interwencji ukierunkowanych na osoby używające konopi indyjskich (Levin i Kleber, 2008). Prowadzono badania nad interwencjami farmakoterapeutycznymi i psychospołecznymi, jednak ich wyniki nie są rozstrzygające.

Niedawno opublikowane badania losowo wybranych grup kontrolnych, w których oceniano skuteczność rozmów motywacyjnych w porównaniu z udzielaniem informacji o narkotykach i poradnictwem, nie wykazały żadnej znaczącej różnicy w poziomie używania konopi indyjskich (McCambridge i in., 2008). W badaniach tych wykazano także, że efekt praktyka może mieć wpływ na liczbę przypadków zaprzestania używania konopi indyjskich, ograniczając w ten sposób możliwość przekazywania interwencji. Europejskie badania naukowe w tej dziedzinie mają na celu ocenę skuteczności wielowymiarowej terapii rodzinnej (INCANT), rozwijania motywacji, terapii poznawczo-behawioralnej i rozwiązywania problemów psychospołecznych (CANDIS) oraz leczenia z wykorzystaniem internetu.

Niedawno opublikowano dwa badania nad farmakoterapią uzależnienia od konopi indyjskich, ale w żadnym z nich nie odnotowano znaczących wyników. W Niderlandach przeprowadzono badania losowo

Korzystanie z osiągnięć nauki w praktyce leczenia osób uzależnionych od narkotyków

W leczeniu osób uzależnionych od narkotyków często powoli wprowadzano naukowo przebadane metody do praktyki klinicznej. Ograniczona dostępność substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów w kilku europejskich krajach i rzadkie stosowanie systemu gratyfikacji i kar w leczeniu uzależnienia od kokainy są przykładami luk pomiędzy nauką a praktyką. Powody przytaczane jako wyjaśnienie tej sytuacji obejmują: przywiązanie do określonych metod leczenia, braki w szkoleniu lub finansowaniu, nieskuteczne rozpowszechnianie wiedzy, brak gotowości organizacyjnej i wsparcia dla nowych praktyk (Miller i in., 2006).

Aby pokonać te przeszkody, niedawno zorganizowano w Niemczech konferencję mającą na celu zbadanie przenoszenia do praktyki klinicznej doświadczalnych projektów o potwierdzonej skuteczności w zakresie leczenia uzależnienia od konopi indyjskich (Kipke i in., 2009). Do analizowanych projektów należały „CANDIS”, „Quit the shit” i „FreD” – wszystkie opisano we wcześniejszych publikacjach EMCDDA. Na konferencji ustalono, że cechy programu, które ułatwiają jego przeniesienie do praktyki klinicznej, obejmują: zgodność z istniejącą ofertą w zakresie leczenia; jasne, zorganizowane protokoły; seminaria dla specjalistów i platformy wymiany doświadczeń. Głównymi zidentyfikowanymi przeszkodami były problemy w zarządzaniu współpracą, np. z partnerami zewnętrznymi (takimi jak policja) oraz braki w finansowaniu poza etapem doświadczalnym.

Kwestie dotyczące możliwości przenoszenia rozwiązań powinny być uwzględnione na etapie wstępnego planowania interwencji doświadczalnych. Szersze przyjęcie interwencji o silnych lub długotrwałych dowodach doświadczalnych wymaga zaangażowania wszystkich zainteresowanych stron.

wybranych grup kontrolnych, w których porównywano działanie inhibitora wychwyty serotoniny (olanzapina) i antagonisty dopaminy (rysperydon) na pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi (van Nimwegen i in., 2008). W badaniach wstępnych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych porównywano wpływ leków przeciwdepresyjnych (nefazodon), inhibitora wychwyty dopaminy (bupropion o przedłużonym uwalnianiu) i placebo na używanie narkotyków i objawy głodu narkotycznego wśród osób używających konopi indyjskich (Carpenter i in., 2009).



Rozdział 4

Amfetaminy, ecstasy i substancje halucynogenne

Wprowadzenie

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

Amfetamina i metamfetamina pobudzają ośrodkowy układ nerwowy. Z tych dwóch narkotyków amfetamina jest zdecydowanie bardziej dostępnym narkotykiem w Europie, podczas gdy znaczne spożycie metamfetaminy do niedawna wydawało się być ograniczone do Republiki Czeskiej i Słowacji. Obecnie niektóre kraje na północy

Europy zgłaszają większą obecność tego narkotyku na swoich rynkach amfetamin.

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. używanie ecstasy było praktycznie w Europie nieznane, natomiast szybko wzrosło w latach 90. Popularność tego narkotyku jest historycznie związana ze sceną muzyki dance, a używanie narkotyków syntetycznych jest kojarzone przeważnie ze szczególnymi grupami subkulturowymi czy środowiskami społecznymi oraz – w coraz większym stopniu – ze sporadycznym spożywaniem dużej ilości alkoholu.

Najbardziej znanym w Europie syntetycznym narkotykiem halucynogennym jest dietyloamid kwasu lizergowego (LSD).

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

	Amfetamina	Metamfetamina	Ecstasy	LSD
Szacowana globalna produkcja (w tonach) ⁽¹⁾	197-624 ⁽²⁾		57-136	b.d.
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	23,0	17,9	2,3	0,1
Skonfiskowana ilość UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	8,3 tony (8,4 tony)	300 kilogramów (300 kilogramów)	Tabletki 12,7 mln (13,7 mln)	Jednostki 141 100 (141 800)
Liczba konfiskat UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Średnia cena detaliczna (w EUR) Zakres (zakres międzykwartylowy) ⁽³⁾	Gram 6-36 (9-19)	Gram 12-126	Tabletka 2-19 (4-9)	Dawka 4-30 (7-12)
Zakres średniej czystości lub zawartości MDMA	3-34%	22-80%	17-95 mg	b.d.

⁽¹⁾ Wartości dotyczące produkcji są oparte na szacowanych danych dotyczących spożycia i konfiskaty.

⁽²⁾ Dostępne są tylko zagregowane szacunki globalnej produkcji amfetaminy i metamfetaminy.

⁽³⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych cen średnich.

Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2008 r.; b.d. - brak danych.

Źródło: Wartości globalne - UNODC (2010b), dane europejskie - krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Jego spożycie jest niewielkie i – w dłuższym okresie – raczej stabilne. Wydaje się, że w ostatnich latach wzrosło zainteresowanie młodzieży substancjami halucynogennymi występującymi w naturze, np. w grzybach halucynogennych.

Podaż i dostępność

Syntetyczne prekursorzy narkotyków

Działania mające na celu egzekwowanie prawa koncentrują się na środkach chemicznych koniecznych do produkcji nielegalnych narkotyków. Jest to obszar, w którym szczególnie cenna jest współpraca międzynarodowa. Projekt Pryzmat jest inicjatywą międzynarodową mającą na celu przeciwdziałanie zmianie zastosowania środków chemicznych będących prekursorami i wykorzystywania ich do 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 są zgłaszane do Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (INCB, 2010a).

Jak wynika z danych INCD, w skali światowej w 2008 r. miał miejsce spadek skonfiskowanych ilości dwóch kluczowych prekursorów metamfetaminy, czyli efedryny – 12,6 tony (dla porównania – w 2007 r. skonfiskowano 22,7 tony, a w 2006 r. – 10,3 tony) i pseudoefedryny – 5,1 tony (w 2007 r. – 25 ton, a w 2006 r. – 0,7 tony). W państwach członkowskich UE (głównie w Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie) skonfiskowano 0,3 tony efedryny, czyli około dwa razy mniej niż w poprzednim roku, i ponad 0,5 tony pseudoefedryny – prawie w całości we Francji.

Nastąpił natomiast gwałtowny wzrost globalnych konfiskat 1-fenylo-2-propanonu (P2P, BMK) – z 834 litrów w 2007 r. do 5620 litrów w 2008 r. Substancję tę można stosować do nielegalnego wytwarzania zarówno amfetaminy, jak i metamfetaminy. W Unii Europejskiej skonfiskowano 2757 litrów P2P, natomiast w 2007 r. – 773 litry.

W 2008 r. nie zgłoszono żadnych konfiskat 3,4-metylenodioksyfenylo-2-propanonu (3,4-MDP2P, PMK), stosowanego do wytwarzania MDMA. Dla porównania – w 2007 i 2006 r. skonfiskowane globalne ilości wynosiły odpowiednio 2297 i 8816 litrów. Globalne konfiskaty safloru, który może zastępować

3,4-MDP2P w syntezie MDMA, zmalały ze szczytowego poziomu 45 986 litrów w 2007 r. do 1904 litrów. Większość konfiskat safloru w 2008 r. miała miejsce w Unii Europejskiej.

Amfetamina

Globalna produkcja amfetaminy nadal koncentruje się w Europie, gdzie znajdowało się ponad 80% wszystkich laboratoriów amfetaminy odnotowanych w 2008 r. (UNODC, 2010b). W 2008 r. globalne konfiskaty amfetaminy zasadniczo pozostały na stabilnym poziomie i wyniosły około 23 tony (zob. tabela 4), z czego ponad jedną trzecią przechwycono w zachodniej i środkowej Europie. Taka sytuacja odzwierciedla rolę Europy jako głównego producenta i konsumenta tego narkotyku (UNODC, 2010b).

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

Szacuje się, że w 2008 r. w Europie dokonano 37 500 konfiskat, które doprowadziły do przechwycenia w sumie 8,3 tony amfetaminy w proszku⁽⁶⁴⁾. Przez ostatnich pięć lat liczba konfiskat amfetaminy utrzymywała się na stałym poziomie, chociaż była wyższa niż w 2003 r.; w latach 2003–2008 odnotowano też wzrost skonfiskowanych ilości⁽⁶⁵⁾.

Czystość amfetaminy w próbkach przechwyconych w 2008 r. w Europie była bardzo zróżnicowana, więc

Produkcja amfetaminy w Europie

W 2009 r. EMCDDA i Europol zapoczątkowały serię wspólnych publikacji dotyczących podaży nielegalnych narkotyków w Europie. Po sprawozdaniach dotyczących metamfetaminy i kokainy trzecie sprawozdanie z tej serii, opublikowane w 2010 r., zawiera wyczerpujące omówienie kwestii z zakresu produkcji amfetaminy i handlu nią, a także analizę reakcji na poziomie europejskim i międzynarodowym. Sprawozdania dotyczące podaży innych narkotyków w Europie, w tym ekstazy i heroiny, zostaną dodane do serii w nadchodzących latach.

Sprawozdanie jest dostępne w wersji drukowanej i na stronie internetowej EMCDDA wyłącznie w języku angielskim.

⁽⁶⁴⁾ Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2008 r. dotyczące Zjednoczonego Królestwa.

⁽⁶⁵⁾ Dane dotyczące konfiskat narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabelach od SZR-11 do SZR-18 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

należy ostrożnie formułować wszelkie uwagi dotyczące wartości średnich. Niemniej jednak średnia czystość próbek wahała się od mniej niż 10% w przypadku Danii, Austrii, Portugalii, Słowenii, Zjednoczonego Królestwa, Chorwacji i Turcji do ponad 25% na lotwie, w Niemczech, Polsce i Norwegii. W minionych pięciu latach czystość amfetaminy była stabilna lub spadała w przeważającej części tych 17 krajów, w odniesieniu do których są dostępne dane umożliwiające analizę tendencji (⁶⁶).

W 2008 r. w ponad połowie z 17 państw, które przekazały informacje, średnia cena detaliczna amfetaminy wynosiła od 9 do 20 EUR za gram. Cena detaliczna amfetaminy spadła lub pozostała na stabilnym poziomie we wszystkich 13 krajach, które w latach 2003–2008 przekazały dane, z wyjątkiem Hiszpanii, gdzie po wzroście odnotowanym w poprzednich latach w 2008 r. spadła do rekordowo niskiego poziomu (⁶⁷).

Metamfetamina

Liczba zgłoszonych laboratoriów produkujących metamfetaminę wzrosła w 2008 r. w skali światowej o 29%. Największy wzrost odnotowano w Ameryce Północnej, ale również we wschodniej i południowo-wschodniej Azji wzrosła liczba zgłoszeń dotyczących tajnych laboratoriów. Ponadto w Ameryce Łacińskiej i Oceanii zgłoszono nasilenie działalności związanej z produkcją metamfetaminy. W 2008 r. skonfiskowano 17,9 tony metamfetaminy, podtrzymując tendencję stabilną obserwowaną od 2004 r. Większość narkotyku skonfiskowano we wschodniej i południowo-wschodniej Azji (głównie w Chinach), a w dalszej kolejności w Ameryce Północnej (UNODC, 2010b).

W Europie nielegalna produkcja metamfetaminy ogranicza się w dużej mierze do Republiki Czeskiej, gdzie w 2008 r. wykryto ponad 458 miejsc produkcji tego narkotyku (wykres 5). Jest to jak dotąd najwyższa liczba „kuchennych laboratoriów” produkujących metamfetaminę, jaką zgłosiła Republika Czeska. W 2008 r. wzrosła również liczba konfiskat chemikaliów będących prekursorami. Odnotowano również produkcję tego narkotyku na Litwie, w Polsce i na Słowacji.

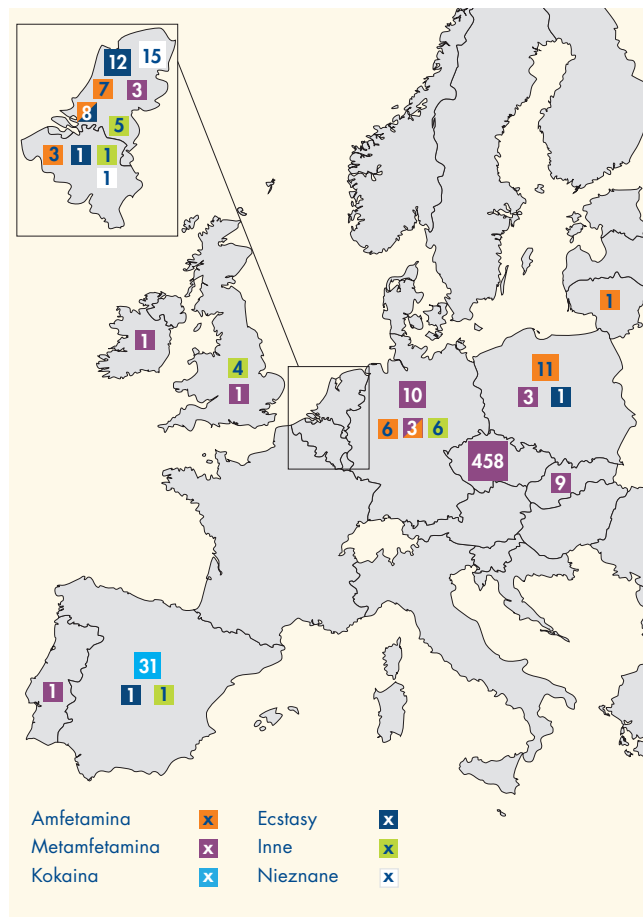
W 2008 r. w Europie zgłoszono blisko 4700 przypadków konfiskat metamfetaminy, w wyniku których przechwycono łącznie około 300 kg narkotyku. W latach 2003–2008 liczba konfiskat metamfetaminy stale rosła. W tym samym okresie skonfiskowane ilości osiągnęły rekordowo wysoki

poziom w 2007 r., a w 2008 r. odnotowano nieznaczny spadek, głównie ze względu na spadek ilości przechwyconej w Norwegii – kraju europejskim, w którym konfiskuje się największe ilości tego narkotyku.

Ecstasy

Globalną produkcję ecstasy w 2008 r. szacuje się na 57–136 ton (UNODC, 2010b). Wygląda na to, że produkcja tego narkotyku w dalszym ciągu ulegała

Wykres 5: Obiekty związane z nielegalnymi narkotykami zlikwidowane w Unii Europejskiej według zgłoszeń przekazanych Europolowi



Uwaga: Na podstawie danych przekazanych Europolowi przez 11 państw członkowskich UE. Rodzaj narkotyku jest oznaczony kolorem, przy czym jest wskazana liczba obiektów zgłoszonych w danym kraju. Obiekty zajmujące się kombinacją amfetaminy i metamfetaminy lub amfetaminy i ecstasy oznaczono symbolami dwukolorowymi. Obiekty związane z innymi narkotykami syntetycznymi lub kombinacjami sklasyfikowano jako „Inne”. Wskazano również obiekty, w przypadku których substancje są nieznane. Zgłoszone obiekty obejmowały miejsca produkcji, wytwarzania tabletek i magazynowania, przy czym podział ten nie jest tu zaznaczony. Wszystkie zgłoszone obiekty związane z kokainą zajmowały się przekształcaniem lub wórną ekstrakcją narkotyku.

Źródło: Europol.

(⁶⁶) Dane dotyczące czystości narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabeli PPP-8 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

(⁶⁷) Dane dotyczące cen narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabeli PPP-4 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

rozproszeniu geograficznemu – wytwarzanie odbywa się bliżej rynków konsumenta we wschodniej i południowo-wschodniej Azji, w Ameryce Północnej i Oceanii. Mimo to zachodnia i środkowa Europa pozostaje głównym miejscem produkcji ecstasy, przy czym wytwarzanie tego narkotyku koncentruje się w Niderlandach i Belgii.

W 2008 r. skonfiskowane ilości ecstasy w skali światowej spadły do bardzo niskiego poziomu (2,3 tony) (UNODC, 2010b). W zachodniej i środkowej Europie zgłoszona skonfiskowana ilość tego narkotyku zmalała z 1,5 tony w 2007 r. do 0,3 tony w 2008 r.

W 2008 r. w Europie zgłoszono ponad 19 100 przypadków konfiskat, skutkujących przechwyceniem około 13,7 mln tabletek ecstasy. Są to jednak wstępne szacunki, ponieważ dane za 2008 r. były niedostępne w odniesieniu do Niderlandów i Zjednoczonego Królestwa, które to kraje w 2007 r. zgłosiły konfiskaty łącznie 18,4 mln tabletek.

Po okresie stabilizacji w latach 2003–2006 liczba przypadków konfiskat ecstasy zgłoszonych w Europie nieznacznie malała, natomiast w przypadku łącznych skonfiskowanych ilości spadek odnotowano w latach 2003–2008 ⁽⁶⁸⁾.

W Europie większość tabletek ecstasy zbadanych w 2008 r. zawierała MDMA lub inne substancje zbliżone do ecstasy (MDEA, MDA) jako jedyną substancję psychoaktywną, przy czym 19 krajów poinformowało, że dotyczyło to ponad 60% wszystkich tabletek poddanych analizie. Niższy odsetek tabletek ecstasy zawierających MDMA lub jego analogi obecnie odnotowuje 7 krajów (Hiszpania, Cypr, Łotwa, Luksemburg, Słowenia, Zjednoczone Królestwo, Chorwacja). Niektóre państwa zgłosiły, że w znacznej części przeanalizowanych tabletek ecstasy wykryto mCPP – narkotyk, który nie podlega kontroli w ramach międzynarodowych konwencji antynarkotykowych (zob. rozdział 8).

W 11 państwach, które przekazały dane, typowa zawartość MDMA w tabletkach ecstasy badanych w 2008 r. wynosiła od 5 do 72 mg. Ponadto w niektórych krajach (Belgia, Bułgaria, Niemcy, Estonia, Łotwa, Niderlandy, Słowacja i Norwegia) odnotowano bardzo silne tabletki ecstasy, zawierające ponad 130 mg MDMA. W odniesieniu do zawartości MDMA w tabletkach ecstasy nie ma wyraźnych tendencji.

Ecstasy jest obecnie znacznie tańsza niż w latach 90. XX w., gdy po raz pierwszy stała się ogólnie dostępna. Chociaż istnieją doniesienia o tabletkach sprzedawanych za mniej niż 2 EUR, większość krajów podaje średnie ceny

detaliczne w granicach od 4 do 10 EUR za tabletkę. Dane dotyczące lat 2003–2008 wskazują na to, że w Europie cena detaliczna ecstasy – z uwzględnieniem inflacji – nadal spada.

Substancje halucynogenne

W Europie używanie i handlowanie LSD jest nadal uznawane za zjawisko marginalne. W latach 2003–2008 wzrosła liczba przypadków konfiskat LSD, natomiast skonfiskowane ilości – po szczytowym poziomie w 2005 r., który był skutkiem rekordowych konfiskat w Zjednoczonym Królestwie – utrzymywały się w tym okresie na znacznie niższym poziomie ⁽⁶⁹⁾. Od 2003 r. cena detaliczna LSD (z uwzględnieniem inflacji) w 8 krajach pozostała stabilna lub nieznacznie spadła, a w Belgii i Szwecji wzrosła. W 2008 r. średnia cena wynosiła od 5 do 12 EUR za jednostkę w większości z 13 krajów, które przekazały informacje.

Rozpowszechnienie i schematy używania

Niektóre państwa członkowskie UE (Republika Czeska, Estonia i Zjednoczone Królestwo) odnotowują stosunkowo wysoki poziom używania amfetamin lub ecstasy w populacji ogólnej. W nielicznych krajach używanie, często dożyłne, amfetaminy lub metamfetaminy dotyczy znacznej części ogólnej liczby osób problemowo używających narkotyków i osób poszukujących pomocy z powodu problemów narkotykowych. W przeciwieństwie do tych grup nałogowo używających narkotyków związek między używaniem narkotyków syntetycznych – w szczególności ecstasy – a nocnymi klubami i imprezami tanecznymi ma charakter bardziej podstawowy. Skutkiem tego jest znacznie wyższy poziom odnotowywanego używania narkotyków przez ludzi młodych, a także nadzwyczaj wysoki poziom używania stwierdzony w niektórych miejscach lub w szczególnych podgrupach. Poziom spożycia narkotyków halucynogennych, takich jak dwuetyloamid kwasu lizergowego (LSD) i grzyby halucynogenne, jest na ogół niski i w ubiegłych latach pozostawał w znacznej mierze stabilny.

Amfetaminy

Dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia narkotyków wskazują na to, że około 12 mln Europejczyków spróbowało amfetamin i że około 2 mln używało tych narkotyków w ostatnim roku (zestawienie danych – zob. tabela 5).

⁽⁶⁸⁾ Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2008 r. dotyczące Niderlandów i Zjednoczonego Królestwa.

⁽⁶⁹⁾ Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2008 r. dotyczące Zjednoczonego Królestwa.

Wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia amfetamin różni się znacznie w zależności od kraju – od 0,1 do 15,4%, przy czym europejska średnia ważona wynosi 5,2%. Wskaźnik używania w ostatnim roku w tej grupie wiekowej waha się od 0,1 do 3,2%, a większość krajów podała wskaźniki rozpowszechnienia rzędu od 0,5 do 2%. Ocenia się, że około 1,5 mln (1,2%) młodych Europejczyków używało amfetamin w ostatnim roku.

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

Pięć krajów, w których w 2008 r. przeprowadzono badania ankietowe w szkołach (Belgia (Flandria), Hiszpania, Włochy, Szwecja i Zjednoczone Królestwo), zgłosiło wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia amfetamin na poziomie 3% lub niższym⁽⁷⁰⁾.

Problemowe używanie amfetaminy

W stosunku do używania amfetamin można stosować wskaźnik EMCDDA dotyczący problemowego używania narkotyków (PDU), w przypadku gdy określa on tym mianem wstrzykiwanie bądź długotrwałe lub regularne używanie tej substancji. Finlandia przedstawiła najnowsze krajowe dane szacunkowe na temat liczby osób problemowo używających amfetaminy – w 2005 r. liczba ta wynosiła od 12 000 do 22 000, czyli około czterokrotnie więcej niż szacowana liczba osób problemowo przyjmujących opiaty w tym kraju.

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

Grupa wiekowa	Okres używania	
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	12 mln	2 mln
Średnia europejska	3,7%	0,6%
Przedział	0,0–12,3%	0,0–1,7%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,0%) Grecja (0,1%) Malta (0,4%) Cypr (0,8%)	Rumunia, Malta, Grecja (0,0%) Francja (0,1%) Portugalia (0,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (12,3%) Dania (6,3%) Szwecja (5,0%) Republika Czeska (4,3%)	Republika Czeska (1,7%) Zjednoczone Królestwo, Dania (1,2%) Norwegia, Estonia (1,1%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	7 mln	1,5 mln
Średnia europejska	5,2%	1,2%
Zakres	0,1–15,4%	0,1–3,2%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Grecja (0,2%) Malta (0,7%) Cypr (0,8%)	Rumunia, Grecja (0,1%) Francja (0,2%) Cypr (0,3%) Portugalia (0,4%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (15,4%) Dania (10,5%) Republika Czeska (7,8%) Łotwa (6,1%)	Republika Czeska (3,2%) Dania (3,1%) Estonia (2,5%) Zjednoczone Królestwo (2,3%)

Europejskie szacunki rozpowszechnienia są oparte na średnich ważonych z najnowszych badań krajowych, przeprowadzonych w latach 2001–2008/2009 (głównie 2004–2008), a zatem nie można przypisać ich do jednego roku. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W przypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (334 mln) i od 15 do 34 lat (133 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w biuletynie statystycznym za 2010 r. w części „Badania ankietowe populacji ogólnej.”

⁽⁷⁰⁾ Zob. tabela EYE-11 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Odsetek osób używających narkotyków, które zgłosiły rozpoczęcie leczenia z powodu amfetaminy jako głównego narkotyku, jest stosunkowo niewielki (mniej niż 5%) w większości państw europejskich (18 z 27 krajów, które przekazały dane), lecz stanowi spory odsetek odnotowanych przypadków rozpoczęcia leczenia w Szwecji (32%), Finlandii (20%) i na Łotwie (15%). Pięć innych państw (Belgia, Dania, Niemcy, Węgry i Niderlandy) zgłosiło odsetek przypadków rozpoczęcia leczenia pacjentów deklarujących amfetaminę jako główny narkotyk na poziomie od 6 do 10%. W pozostałych państwach odsetek ten jest niższy niż 5%. Inni leczeni pacjenci również podają amfetaminę jako swój drugi narkotyk ⁽⁷¹⁾.

Osoby używające amfetaminy, które podejmują leczenie, mają przeciętnie około 30 lat, przy czym osoby poddawane leczeniu szpitalnemu są młodsze (28 lat). W przypadku osób leczonych z powodu używania amfetaminy stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet (2:1) jest niższy niż w przypadku innych nielegalnych narkotyków. Republika Czeska, Estonia, Łotwa, Litwa, Szwecja i Finlandia zgłaszają wśród pacjentów leczonych z powodu używania amfetaminy jako narkotyku głównego stosunkowo wysoki odsetek osób używających narkotyków dożylnie – od 57 do 82% ⁽⁷²⁾.

W większości krajów tendencje w rozpoczynaniu leczenia w latach 2003–2008 przez osoby używające amfetaminy utrzymywały się na dość stabilnym poziomie ⁽⁷³⁾.

Wybrane zagadnienia: Problemowe używania amfetaminy i metamfetaminy, powiązane konsekwencje i reakcje

Amfetaminy, a szczególnie metamfetamina, są zgłaszane jako główna przyczyna problemów w niektórych częściach świata. W Europie jedynie kilka krajów zgłosiło znaczące szkody spowodowane tymi narkotykami i dużą liczbę osób problemowo używających amfetaminy i metamfetaminę. Nowe wybrane zagadnienia EMCDDA skupiają się na dotychczasowych i najnowszych wydarzeniach w tych krajach. Sprawozdanie obejmuje epidemiologię głównie nałogowego lub intensywnego używania amfetaminy i metamfetaminy oraz jego implikacje zdrowotne i społeczne. Zawiera także opis rozwiązań społecznych, prawnych i w zakresie zdrowia, które opracowano w reakcji na problemy związane z tymi narkotykami.

Wybrane zagadnienia są dostępne w wersji drukowanej i na stronie internetowej EMCDDA wyłącznie w języku angielskim.

Problemowe używanie metamfetaminy

W przeciwieństwo do innych części świata, w których używanie metamfetaminy w ostatnich latach wzrosło, poziom jej spożycia w Europie wydaje się ograniczony. W przeszłości największe spożycie tego narkotyku w Europie występowało w Republice Czeskiej i na Słowacji. W 2008 r. liczba osób problemowo używających metamfetaminy w Republice Czeskiej wyniosła według szacunków od 20 700 do 21 800 (od 2,8 do 2,9 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat), tj. około dwa razy więcej niż wynosi szacowana liczba osób problemowo używających opiatów. Na Słowacji liczbę tych osób szacuje się w przedziale od 5800 do 15 700 (od 1,5 do 4,0 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat), czyli o około 20% mniej niż szacowana liczba osób problemowo używających opiatów. Ostatnio metamfetamina pojawiła się na rynkach narkotykowych w innych krajach, zwłaszcza na północy Europy (Norwegia, Szwecja, Łotwa i, w mniejszym stopniu, Finlandia), gdzie wydaje się częściowo zastępować amfetaminę, ponieważ jest praktycznie niemożliwa do odróżnienia od niej przez osoby używające. W Europie osoby problemowo używające metamfetaminy zazwyczaj wciągają ją przez nos lub wstrzykują. Palenie tego narkotyku jest zgłaszane rzadko, również w odróżnieniu od innych części świata.

Metamfetamina jest wskazywana jako główny narkotyk przez duży odsetek pacjentów rozpoczynających leczenie w Republice Czeskiej (59%) i na Słowacji (29%). Wstrzykiwanie jest główną metodą przyjmowania narkotyku zgłaszaną w Republice Czeskiej przez 80% leczonych osób używające amfetaminy, a na Słowacji – przez 36% ⁽⁷⁴⁾. Często zgłaszane jest również używanie innych substancji, głównie heroiny, konopi indyjskich i alkoholu. Oba te państwa podają także, że powszechne jest używanie metamfetaminy jako drugiej substancji, szczególnie wśród osób podających się leczeniu substytucyjnemu.

Osoby używające metamfetaminy, które podejmują leczenie w Republice Czeskiej i na Słowacji, są stosunkowo młode – średnia wieku wynosi od 25 do 26 lat. Republika Czeska zgłasza, że rośnie liczba kobiet rozpoczynających leczenie z powodu używania metamfetaminy jako głównego narkotyku, szczególnie w młodszych grupach wiekowych. W latach 2003–2008 w obu krajach wzrosła liczba osób podejmujących leczenie po raz pierwszy z powodów związanych z używaniem metamfetaminy ⁽⁷⁵⁾.

⁽⁷¹⁾ Zob. tabele TDI-5 (część ii) i TDI-22 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁷²⁾ Zob. tabele TDI-5 (część iv) i TDI-37 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁷³⁾ Pełna analiza – zob. „Wybrane zagadnienia” na temat problemowego używania amfetaminy i metamfetaminy z 2010 r.

⁽⁷⁴⁾ Zob. tabela TDI-5 (część ii) i (część iv) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁷⁵⁾ Zob. tabela TDI-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Ecstasy

Używanie ecstasy rozpowszechnione głównie jest wśród młodszych osób dorosłych, przy czym we wszystkich krajach z wyjątkiem Szwecji i Finlandii mężczyźni zgłaszają dużo wyższe wskaźniki używania niż kobiety. Z około 2,5 mln (0,8%) dorosłych Europejczyków, którzy w ostatnim roku używali ecstasy, w zasadzie wszyscy należą do grupy wiekowej od 13 do 34 lat (zestawienie danych – zob. tabela 6). Nawet wyższe wskaźniki używania ecstasy występują w grupie wiekowej od 15 do 24 lat – wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia w tej grupie wynosi od niespełna 1% w Grecji i Rumunii do 20,8% w Republice Czeskiej. W dalszej kolejności plasują się Słowacja i Zjednoczone Królestwo (po 9,9%) oraz Łotwa (9,4%), jednak większość krajów podaje dane szacunkowe na poziomie od 2,1 do 6,8% ⁽⁷⁶⁾.

W większości krajów używanie ecstasy w ostatnim roku przez tę grupę wiekową szacuje się w przedziale od 1,0 do 3,7%, chociaż istnieje znaczna różnica między najniższą krajową wartością szacunkową na poziomie 0,3% i najwyższą, wynoszącą 11,3%.

W większości z państw UE, w których w 2007 r. przeprowadzono badania ankietowe, wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia ecstasy wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat wynosił od 1 do 5%. Tylko cztery kraje podały wyższą wartość tego wskaźnika: Bułgaria, Estonia, Słowacja (wszystkie po 6%) i Łotwa (7%). Pięć krajów, w których w 2008 r. przeprowadzono badania ankietowe w szkołach (Belgia (Flandria), Hiszpania, Włochy, Szwecja i Zjednoczone Królestwo), zgłosiło wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia ecstasy na poziomie 4% lub niższym ⁽⁷⁷⁾.

Bardzo niewiele osób używających narkotyków stara się o leczenie z powodu problemów związanych z ecstasy. W 2008 r. w 21 z 27 krajów, które przekazały dane, mniej niż 1% osób rozpoczynających leczenie zgłosiło ecstasy jako główny narkotyk. W pozostałych państwach odsetek ten wynosił od 1 do 3%. Osoby leczone z powodu używania ecstasy znajdują się wśród najmłodszych grup rozpoczynających leczenie, ponieważ średni wiek w ich wypadku wynosi 24 lata. Na każdą kobietę rozpoczynającą leczenie przypada od 2 do 3 mężczyzn. Osoby leczone z powodu używania ecstasy często informują o jednoczesnym używaniu innych substancji, w tym alkoholu, kokainy oraz – w mniejszym stopniu – konopi indyjskich i amfetamin ⁽⁷⁸⁾.

LSD i grzyby halucynogenne

Wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia LSD wynosi od 0,0 do 6,1%, przy czym wyjątek stanowią Republika Czeska, gdzie przeprowadzone w 2008 r. badania ankietowe dotyczące narkotyków wskazuje na wyższą wartość tego wskaźnika (10,3%). W odniesieniu do używania w ostatnim roku wskaźniki są dużo niższe ⁽⁷⁹⁾.

W kilku krajach podających porównywalne dane używanie LSD jest zwykle niższe niż używanie grzybów halucynogennych. Wśród młodych osób dorosłych wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia grzybów halucynogennych waha się od 0,3 do 14,1%, a dane szacunkowe dotyczące używania w ostatnim roku mieszczą się w przedziale od 0,2 do 5,9%.

W grupie uczniów w wieku od 15 do 16 lat szacowany wskaźnik rozpowszechnienia spożycia grzybów halucynogennych jest wyższy niż wskaźnik używania LSD i innych substancji halucynogennych w 10 z 26 państw podających dane na temat tych narkotyków. Większość krajów zgłasza szacowany wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia grzybów halucynogennych na poziomie od 1 do 4%, przy czym wyższe wskaźniki podały Słowacja (5%) i Republika Czeska (7%) ⁽⁸⁰⁾.

Tendencje w używaniu amfetamin i ecstasy

Większość najnowszych danych potwierdza informacje na temat tendencji do stabilizowania się używania amfetamin i ecstasy w Europie, które odnotowano w poprzednich sprawozdaniach. Po okresie powszechnego wzrostu w latach 90. XX w. badania ankietowe populacji wskazują obecnie na ogólną stabilizację popularności obu narkotyków, chociaż w kilku krajach ostatnio obserwuje się jej wzrost. Krajowe tendencje w badaniach ankietowych populacji ogólnej mogą jednak nie odzwierciedlać tendencji w używaniu środków pobudzających na poziomie lokalnym lub wśród różnych podgrupach. Ukierunkowane badania ankietowe w nocnych lokalach rozrywkowych wskazują na to, że rozpowszechnienie i schematy używania narkotyków pobudzających wraz z alkoholem nadal pozostają na wysokim poziomie, przy czym pewne badania wykazują, że schematy używania narkotyków wśród osób uczęszczających do klubów w coraz większym stopniu odbiegają od schematów panujących w populacji ogólnej (Measham i Moore, 2009). Natomiast obserwacje

⁽⁷⁶⁾ Zob. tabela GPS-7 (część iv) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁷⁷⁾ Zob. tabela EYE-11 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁷⁸⁾ Zob. tabele TDI-5 oraz TDI-37 (część i), (część ii) i (część iii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁷⁹⁾ Zob. tabela GPS-1 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁸⁰⁾ Dane z badań ESPAD dla wszystkich państw oprócz Hiszpanii. Zob. wykres EYE-2 (część v) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Tabela 6: Rozpowszechnienie używania ecstasy w populacji ogólnej – dane podstawowe		
Grupa wiekowa	Okres używania	
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	11 mln	2,5 mln
Średnia europejska	3,3%	0,8%
Przedział	0,3–9,6%	0,1–3,7%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,3%) Grecja (0,4%) Malta (0,7%) Polska (1,2%)	Rumunia, Szwecja (0,1%) Malta, Grecja (0,2%) Polska (0,3%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (9,6%) Zjednoczone Królestwo (8,6%) Irlandia (5,4%) Łotwa (4,7%)	Republika Czeska (3,7%) Zjednoczone Królestwo (1,8%) Słowacja (1,6%) Łotwa (1,5%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	8 mln	2,5 mln
Średnia europejska	5,8%	1,7%
Zakres	0,6–18,4%	0,2–7,7%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia, Grecja (0,6%) Malta (1,4%) Polska (2,1%) Cypr (2,4%)	Rumunia, Szwecja (0,2%) Grecja (0,4%) Polska (0,7%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (18,4%) Zjednoczone Królestwo (13,8%) Irlandia (9,0%) Łotwa (8,5%)	Republika Czeska (7,7%) Zjednoczone Królestwo (3,9%) Słowacja, Łotwa, Niemcy (2,7%)
Europejskie szacunki rozpowszechnienia są oparte na średnich ważonych z najnowszych badań krajowych, przeprowadzonych w latach 2001–2008/2009 (głównie 2004–2008), a zatem nie można przypisać ich do jednego roku. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W przypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazy liczebności populacji: od 15 do 64 lat (334 mln) i od 15 do 34 lat (133 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w biuletynie statystycznym za 2010 r. w części „Badania ankietowe populacji ogólnej”.		

przeprowadzane w Niemczech ostatnio wskazują na to, że w tym kraju maleje używanie narkotyków w środowisku klubowym.

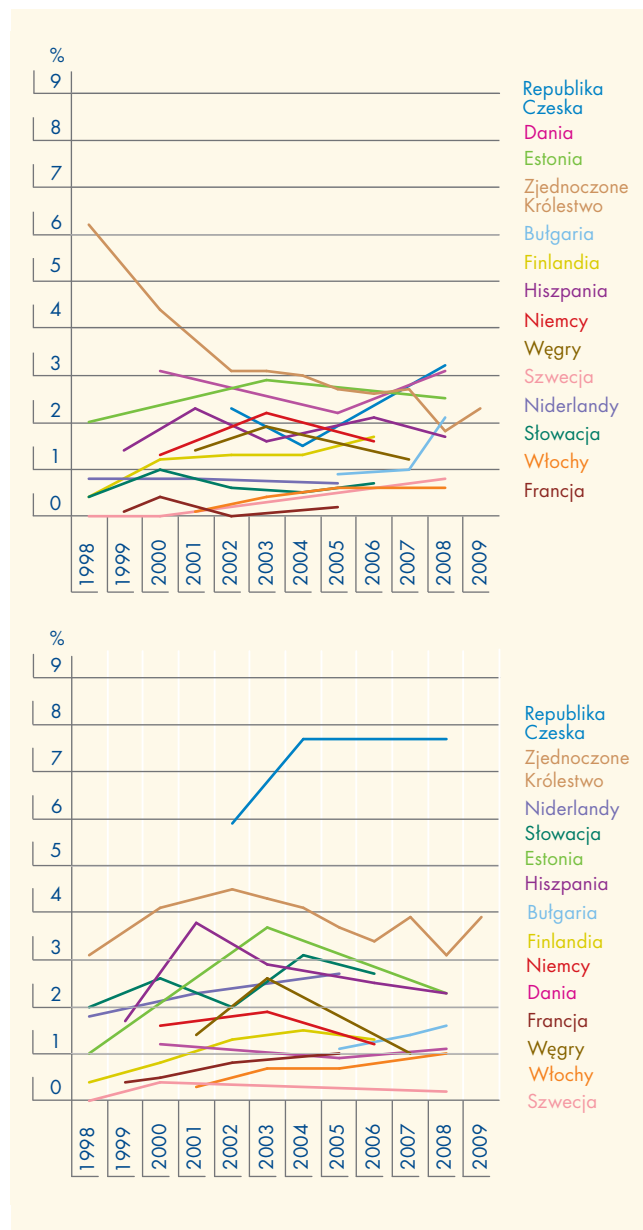
W Zjednoczonym Królestwie używanie amfetamin w ostatnim roku w grupie młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) spadło z 6,2% w 1998 r. do 2,3% w latach 2008–2009. W Danii wzrosło z 0,5% w 1994 r. do 3,1% w 2000 r., a następnie ustabilizowało się ⁽⁸¹⁾. W innych krajach informujących o wielokrotnych badaniach w analogicznym okresie (Niemcy, Grecja, Hiszpania, Francja, Niemcy, Słowacja, Finlandia) przeważnie występują tendencje stabilne (wykres 6). W latach 2003–2008 z 11 krajów dysponujących wystarczającymi danymi na temat używania amfetamin w ostatnim roku w grupie wiekowej od 15 do 34 lat jedynie 2 kraje informują o zmianie przekraczającej 1 punkt procentowy (Bułgaria – z 0,9% w 2005 r.

do 2,1% w 2008 r.; oraz Republika Czeska – z 1,5% w 2004 r. do 3,2% w 2008 r.).

W krajach zgłaszających wskaźniki używania ecstasy wyższe od średnich używanie tego narkotyku wśród osób w wieku od 15 do 34 lat na początku XXI w. zwykle osiągało poziom szczytowy w granicach od 3 do 5% (Estonia, Hiszpania, Słowacja, Zjednoczone Królestwo; zob. wykres 6). Pod tym względem wyjątek stanowi Republika Czeska, gdzie szacuje się, że w ostatnim roku ecstasy używało 7,7% osób z grupy wiekowej od 15 do 34 lat, przy czym w latach 2003–2008 panowała tendencja zwykła. W tym okresie większość pozostałych państw informowała o tendencji stabilnej, z wyjątkiem Estonii i Węgier, gdzie w przypadku młodych osób dorosłych wskaźnik używania ecstasy w ostatnim roku wzrósł na początku XXI w., a następnie malał.

⁽⁸¹⁾ W Danii informacje za 1994 r. odnoszą się do „twardych narkotyków”, za które uważa się głównie amfetaminy.

Wykres 6: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia amfetamin (górze) i ecstasy (dół) w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat)



Uwaga: Przedstawiono dane tylko dla państw, w których w latach 1998–2009 co najmniej trzykrotnie przeprowadzono badania ankietowe. Więcej informacji – zob. wykresy GPS-8 i GPS-21 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

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

W ośmiu państwach (Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Włochy, Austria, Portugalia, Zjednoczone Królestwo) najnowsze badania ankietowe wykazują, że wśród młodych osób dorosłych wskaźnik używania kokainy w ostatnim roku obecnie przewyższa wskaźniki używania amfetamin i ecstasy.

Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach w 2007 r. (ESPAD) i 2008 r. wskazują na ogół na małą

zmianę sytuacji w zakresie eksperymentowania z amfetaminami i ecstasy przez uczniów w wieku od 15 do 16 lat. Wziąwszy pod uwagę różnicę co najmniej dwóch punktów procentowych pomiędzy 2003 a 2007 r., wskaźnik jednokrotnego użycia amfetamin wzrósł w dziewięciu krajach. Analogicznie – wskaźnik użycia ecstasy wzrósł w siedmiu krajach. Spadek wskaźnika jednokrotnego użycia amfetamin zaobserwowano jedynie w Estonii i we Włoszech, natomiast w Republice Czeskiej, Portugalii i Chorwacji odnotowano spadek w używaniu ecstasy. Pozostałe kraje zgłaszają stabilne tendencje.

Amfetaminy i ecstasy w obiektach rozrywkowych – używanie i interwencje

Dane dotyczące rozpowszechnienia używania środków pobudzających, pochodzące z badań przeprowadzonych w 2008 r. w nocnych lokalach rozrywkowych, przekazało dziewięć państw. Dane szacunkowe wskazują na znaczne zróżnicowanie występujące między poszczególnymi krajami i środowiskami – wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia wynosi od 10 do 85% dla ecstasy, a w przypadku amfetamin – od 5 do 69%. W trzech z tych badań odnotowano również wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia grzybów halucynogennych – wynosi on od 34 do 54%. Różnice w rozpowszechnieniu i schematach używania narkotyków, jakie zgłosili klienci klubów z różnymi rodzajami elektronicznej muzyki dance, wystąpiły w sześciu krajach (Niemcy, Francja, Węgry, Niderlandy, Rumunia, Zjednoczone Królestwo), przy czym używanie ecstasy wydaje się być stale i coraz ściślej kojarzone z niektórymi określonymi gatunkami muzyki. Używanie ecstasy było również bardziej rozpowszechnione niż używanie amfetamin w środowiskach zbadanych w trzech krajach, które przekazały dane (Republika Czeska, Niderlandy, Zjednoczone Królestwo), np. w Amsterdamie 9% bywalców klubów zgłosiło użycie ecstasy wieczorem w dniu badania, a w Manchesterze 42% takich osób poinformowało, że użyło lub planowało użyć ecstasy wieczorem w dniu badania. Analogiczne wartości dla amfetamin wynosiły 3,6% (Amsterdam) i 8% (Manchester).

Tylko 13 krajów europejskich ostatnio zgłosiło interwencje dotyczące nocnych lokali rozrywkowych. Główne zgłoszone działania polegały na rozpowszechnianiu informacji i materiałów mających na celu ograniczenie szkód, ale nieliczne strategie informacyjne ukierunkowane były na przekonania normatywne leżące u podłoża młodzieżowej kultury rozrywkowej. Siedem państw (Belgia, Dania, Niemcy, Hiszpania, Luksemburg, Niderlandy, Zjednoczone Królestwo) zgłosiło podjęcie

środowiskowe, obejmujące – osobno lub w połączeniu – np. bezpieczne uczęszczanie do klubów, bezpieczny transport, programy w zakresie sprzedaży i porządku publicznego, miejsca relaksu, badania na obecność alkoholu oraz interwencje kryzysowe. Obecnie o współpracy między stronami zaangażowanymi w życie nocne – władzami samorządowymi, policją i właścicielami restauracji lub klubów – informują również Hiszpania i Włochy.

Szkody związane z używaniem alkoholu w nocnych lokalach rozrywkowych są w coraz większym stopniu dostrzegane w Europie. Strategie środowiskowe dotyczące alkoholu zgłosiły Dania, Luksemburg, Szwecja i Zjednoczone Królestwo, a także niektóre regiony Hiszpanii. Różne działania interwencyjne wprowadzone w tych krajach obejmują: odpowiedzialne podawanie alkoholu, szkolenie personelu, obłożenie napojów gazowanych o niskiej zawartości alkoholu wyższą stawką podatku, ustanowienie minimalnego wieku zezwalającego na kupno napojów alkoholowych na 16 lat oraz politykę „zero tolerancji” wobec młodych kierowców.

Ponieważ w nocnych lokalach rozrywkowych spożywanie alkoholu i używanie innych narkotyków są ściśle powiązane, przepisy dotyczące spożywania alkoholu mogłyby również mieć na celu ograniczenie używania środków pobudzających. Niedawno przeprowadzone brytyjskie badania przestępczości wykazały, że częstość odwiedzania klubów nocnych jest silnie związana z używaniem wielu narkotyków⁽⁸²⁾. Przeanalizowane przez EMCDDA dane z badań ankietowych populacji ogólnej w dziewięciu państwach europejskich pokazują, że wśród osób spożywających alkohol często lub w dużych ilościach wskaźniki używania amfetamin lub ekstazy są dużo wyższe niż przeciętnie (EMCDDA, 2009d). Analiza danych z badań ankietowych ESPAD przeprowadzonych w szkołach w 22 krajach wskazuje na to, że 85,5% uczniów w wieku od 15 do 16 lat, którzy w ostatnim miesiącu używali ekstazy, spożyło także pięć lub więcej napojów alkoholowych przy jednej okazji (EMCDDA, 2009d). Jak podają Niderlandy, ludzie mogą używać narkotyków pobudzających, takich jak kokaina i amfetaminy, aby otrzeźwić się po nadmiernym spożywaniu alkoholu.

Leczenie

Osoby używające amfetaminy na ogół poddawane są leczeniu w placówkach pozaszpitalnych, które – w krajach, w których używanie amfetamin od dawna stanowi znaczny problem – mogą specjalizować się

w leczeniu tego rodzaju problemu narkotykowego. Leczenie większości osób problemowo używających amfetaminy może być prowadzone w placówkach lecznictwa zamkniętego bądź w klinikach lub szpitalach psychiatrycznych. Sytuacja taka ma miejsce w szczególności gdy uzależnienie od amfetamin komplikują współwystępujące zaburzenia psychiczne. W Europie leki (przeciwdepresyjne, uspokajające lub antypsychotyczne) podawane są w ramach leczenia wczesnych objawów abstynencyjnych na początku detoksykacji, która jest zwykle prowadzona na specjalistycznych zamkniętych oddziałach psychiatrycznych. W Republice Czeskiej osoby używające metamfetaminy skierowane do placówek detoksykacji często przybywają tam w stanie ostrej psychozy toksycznej, której zwykle towarzyszy agresja wobec samego siebie oraz otoczenia. Tacy pacjenci często muszą być fizycznie krępowani, porozumiewanie się z nimi jest trudne, a ponadto zazwyczaj odrzucają wszelką opiekę. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi leczeni są atypowymi lekami antypsychotycznymi w zamkniętych oddziałach psychiatrycznych. Republika Czeska zgłasza także, iż ze względu na młody wiek pacjentów i częste występowanie problemów rodzinnych powszechna jest praca z osobami używającymi metamfetaminy w kontekście terapii rodzinnej.

Niektóre państwa wymieniają brak farmakologicznego substytutu w leczeniu uzależnienia od amfetamin jako problem w zatrzymaniu na leczeniu osób używających amfetaminy. Chociaż dekstroamfetamina jest dostępna w leczeniu zastępczym osób wysoce problemowo używających amfetaminy w Anglii i Walii, ze względu na brak udowodnionej skuteczności zastępcze przepisywanie dekstroamfetaminy nie jest zalecane w krajowych wytycznych dotyczących postępowania klinicznego w przypadku uzależnień od narkotyków (NTA, 2007).

Skuteczność leczenia

Nałogowe używanie metamfetaminy może prowadzić do upośledzenia kognitywnego, które z kolei może ograniczyć zdolność pacjenta do odnoszenia korzyści z terapii psychologicznych, kognitywnych i behawioralnych. Fakt ten może pomóc w wyjaśnieniu znaczących działań badawczych, które są podejmowane w celu opracowania interwencji farmakologicznych. W niektórych przypadkach badane leki mają na celu umożliwienie pacjentom brania udziału w interwencji psychologicznej.

Ostatnio opublikowano pewną liczbę badań klinicznych nad lekami stosowanymi w leczeniu uzależnienia od

⁽⁸²⁾ Definiowane jako używanie dwóch lub więcej nielegalnych narkotyków w tym samym okresie, np. w ostatnim roku.

Interwencje oparte na dowodach

Spożywanie alkoholu i używanie narkotyków w obiektach rozrywkowych mogą powodować wiele różnych problemów zdrowotnych i społecznych na skutek przemocy, przypadkowych i ryzykownych zachowań seksualnych, wypadków komunikacyjnych, upijania się przez nieletnich i naruszania porządku publicznego. Najnowszy przegląd skuteczności interwencji w tym środowisku wykazał, że najpowszechniej wdrożone interwencje nie były oparte na dowodach (Cafatel i in., 2009). Obejmują one udzielanie informacji w celu ograniczania szkód, promowanie umiaru, odpowiedzialne podawanie alkoholu, szkolenie „bramkarzy” i programy skupione na osobach niepijących wyznaczonych na kierowców. W niektórych przypadkach brak efektywności może być związany z niedostatecznym wdrożeniem interwencji.

Dowodzono, że łączenie szkolenia klientów i personelu, obowiązkowa współpraca pomiędzy organami a przemysłem rozrywkowym, a także działania w zakresie egzekwowania prawa (udzielanie licencji, sprawdzanie wieku) były najlepszymi strategiami ograniczającymi szkody, problemowe schematy spożywania alkoholu i dostęp młodzieży do alkoholu. Niestety wyniki dotyczące używania nielegalnych narkotyków były rzadko poddawane ocenie.

Inne środki na poziomie społecznym, które skutecznie ograniczają używania substancji w nocnych lokalach rozrywkowych, obejmują opodatkowanie alkoholu, ograniczone godziny sprzedaży, ograniczenie zagęszczenia punktów sprzedaży, punkty kontrolowania kierowców pod kątem spożycia alkoholu, obniżenie dopuszczalnego poziomu alkoholu we krwi, wprowadzenie minimalnego wieku legalnego zakupu i zawieszanie licencji.

amfetamin bądź badania takie są prowadzone. Spośród dziewięciu opublikowanych badań sześć przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych, dwa w Szwecji i jedno w Australii. Do badanych substancji należały inhibitory wychwytu zwrotnego dopaminy – metylofenidat i bupropion, które mają na celu wspieranie abstynencji u pacjentów uzależnionych od metamfetaminy; arypiprazol – środek antypsychotyczny; ondansetron – środek przeciwłękowy; amineptyna – lek psychotropowy; mirtazapina – lek antyhistaminowy; modafinil – środek neuroochronny; oraz naltrekson – agonista receptora opioidowego. Spośród wszystkich badań jedynie naltrekson wiązał się ze znaczącymi korzyściami w leczeniu pod względem ograniczenia używania (udowodnionego próbkami moczu lub według własnej oceny pacjenta) i wskaźników ciągłej abstynencji. W Stanach Zjednoczonych badano również, czy CDP-cholina, który może usprawniać procesy umysłowe u osób uzależnionych od metamfetaminy, poprawia efektywność innych terapii farmakologicznych.

Ponadto badania grup kontrolnych wykazały, że leczenie ambulatoryjne nadzorowane przez sąd ds. narkotyków dawało lepsze wyniki niż leczenie bez nadzoru. W badaniu klinicznym stwierdzono, że wprowadzenie systemu gratyfikacji i kar prowadziło do osiągnięcia lepszych rezultatów niż samo leczenie. Niedawno w rozprawie pisemnej opisano także możliwą szczepionkę zawierającą monoklonalne przeciwciała przeciwnarkotykowe do stosowania w profilaktyce przedawkowania i nawrotu uzależnienia.



Rozdział 5

Kokaina i crack

Wprowadzenie

W ostatniej dekadzie używanie kokainy i konfiskaty tego narkotyku nasiliły się i obecnie kokaina jest drugim, po konopiach indyjskich, najczęściej używanym nielegalnym narkotykiem w Europie. Poziomy używania różnią się w zależności od kraju, przy czym używanie kokainy ma miejsce głównie w krajach na zachodzie i południu Europy. Osoby używające kokainy znacznie się różnią zarówno pod względem schematów używania, jak i społeczno-demograficznym. Istnieją osoby używające kokainy sporadycznie, osoby zintegrowane społecznie, które regularnie używają tego narkotyku, oraz osoby bardziej zmarginalizowane, często uzależnione, w tym osoby używające opiatów w przeszłości lub obecnie. Ta różnorodność komplikuje ocenę wskaźników używania tego narkotyku, następstw zdrowotnych i społecznych oraz koniecznych działań.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

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

UNODC (2010b) oszacowało, że w 2009 r. ogólna uprawa 158 000 hektarów krzewu kokainowego przekładała się na potencjalną produkcję od 842 do 1 111 ton czystej kokainy, w porównaniu z szacowanymi 865 tonami w 2008 r. (UNODC, 2010b). Całkowity obszar upraw w 2009 r. szacowany jest na 158 000 hektarów, czyli zmalał z 167 600 hektarów w 2008 r.; spadek o 5% w znacznej mierze przypisuje się ograniczeniu obszaru uprawy krzewu kokainowego w Kolumbii, który nie został zrównoważony jego zwiększeniem w Peru i Boliwii.

Przetwarzanie liści krzewu kokainowego na chlorowodorek kokainy odbywa się w głównie w Kolumbii, Peru i Boliwii, chociaż może także występować w innych krajach. Znaczenie Kolumbii w produkcji kokainy potwierdzają informacje na temat zlikwidowanych laboratoriów oraz konfiskat nadmanganianu potasu – odczynnika chemicznego stosowanego w produkcji chlorowodoru kokainy. W 2008 r. w Kolumbii zlikwidowano 3200 laboratoriów (INCB, 2010b) i skonfiskowano ogółem 42 tony nadmanganianu potasu (90% globalnej skonfiskowanej ilości) (INCB, 2010a).

Z dostępnych informacji wynika, że kokaina w dalszym ciągu sprowadzana jest do Europy różnymi szlakami

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

	Kokaina	Crack ⁽¹⁾
Szacowana globalna produkcja (w tonach)	842-1 111	b.d.
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	711 ⁽²⁾	b.d.
Skonfiskowana ilość (w tonach)		
UE i Norwegia	67	0,06
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(67)	(0,06)
Liczba konfiskat		
UE i Norwegia	95 700	10 100
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(96 300)	(10 100)
Średnia cena detaliczna (w EUR za gram)		
Zakres	37-107	45-82
(Zakres międzykwartyłowy) ⁽³⁾	(50-70)	
Zakres średniej czystości (w %)	13-62	20-89

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

⁽²⁾ UNODC szacuje, że wartość ta odpowiada 412 tonom czystej kokainy.

⁽³⁾ Zakres dla centralnych 50% zgłoszonych cen średnich.

Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2008 r., z wyjątkiem szacowanej globalnej produkcji (2009 r.); b.d. – brak danych.

Źródło: Wartości globalne – UNODC (2010b), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

morskimi i powietrznymi. Przed dotarciem do Europy kokaina jest przewożona przez takie kraje, jak: Argentyna, Brazylia, Ekwador, Wenezuela i Meksyk. Przetładunek kokainy zmierzającej do Europy często odbywa się również na wyspach karaibskich. W ostatnich latach wykryto jeszcze inne szlaki, prowadzące przez Afrykę Zachodnią (EMCDDA i Europol, 2010). Pomimo zgłoszonego w 2008 r. „znacznego spadku” konfiskat kokainy transportowanej przez Afrykę Zachodnią (UNODC, 2009) prawdopodobnie znaczące ilości narkotyku są nadal przewożone przez ten region (EMCDDA i Europol, 2010).

Półwysep Iberyjski, szczególnie Hiszpania, oraz region Niderlandów wydają się stanowić punkty, w których przemycana kokaina dostaje się do Europy. Francja, Włochy i Zjednoczone Królestwo są często wymieniane jako ważne europejskie kraje tranzytowe lub docelowe. Najnowsze sprawozdania wskazują również, że handel kokainą może rozszerzać się w kierunku wschodnim (EMCDDA i Europol, 2010; INCB, 2010b). Łączne dane liczbowe dotyczące dziesięciu krajów środkowej i wschodniej Europy wykazują wzrost liczby konfiskat kokainy z 469 przypadków w 2003 r. do 1212 w 2008 r., ale nadal stanowią one zaledwie około 1% konfiskat europejskich ogółem.

Konfiskaty

Po marihuanie i żywicy konopnej najczęściej sprzedawanym narkotykiem na świecie jest kokaina. W 2008 r. globalne konfiskaty kokainy utrzymywały się w większości na stabilnym poziomie około 711 ton (tabela 7) (UNODC, 2010b). Największą przechwyconą ilość, stanowiącą 60% wielkości światowej, ponownie zgłosiła Ameryka Południowa (CND, 2009), a następnie kolejno Ameryka Północna – 28% oraz zachodnia i środkowa Europa – 11% (UNODC, 2009).

W ciągu ostatnich 20 lat liczba przypadków konfiskaty kokainy w Europie stale wzrasta, zwłaszcza od 2004 r. W 2008 r. liczba konfiskat kokainy wzrosła do 96 000, chociaż ogólna ilość przechwyconego narkotyku spadła ze 121 ton w 2006 r. i 76 ton w 2007 r. do 67 ton. Spadek ogólnej ilości przechwyconej kokainy wynika w dużej mierze z notowanego od 2006 r., spadku ilości przechwytywanych w Hiszpanii i Portugalii⁽⁸³⁾. Można to wyjaśnić zmianą szlaków przemytu lub praktyk, ewentualnie zmianą priorytetów w zakresie egzekwowania prawa. W 2008 r. Hiszpania była nadal krajem zgłaszającym zarówno największą ilość przechwyconej kokainy, jak i największą liczbę przypadków konfiskaty

Laboratoria „wtórnej ekstrakcji” kokainy w Europie

Tajne laboratoria utworzone przez handlarzy narkotykami w celu przetwarzania kokainy w Europie spełniają inne funkcje niż laboratoria w Ameryce Południowej, gdzie zasadę lub chlorowoderek kokainy uzyskuje się z liści koki lub pasty kokainowej. Większość laboratoriów odkrytych przez europejskie organy ścigania wydawała się uzyskiwać kokainę z materiałów, z którymi była łączona przed eksportem.

Chlorowoderek kokainy i – rzadziej – zasadę kokainy znajdowano w bardzo różnych materiałach „nośnikowych”, takich jak wosk pszczeli, nawóz, odzież, ziola i płyny. Proces tączenia może być bardzo zróżnicowany – od prostego namoczenia odzieży w roztworze kokainy i wody po tączenie narkotyku z plastikiem. W tym ostatnim przypadku ekstrakcja kokainy wymaga odwrotnego procesu chemicznego. Po odzysku narkotyku może być rozcieńczony różnymi środkami fałszującymi i sprasowany w kostki kokainy z wytłoczonym logo oznaczającym w kraju producenta kokainę o wysokiej czystości.

Europol otrzymał doniesienia o odkryciu w 2008 r. około 30 różnej wielkości laboratoriów „wtórnej ekstrakcji” kokainy, przy czym wszystkie te obiekty znajdowały się w Hiszpanii. W miejscowości Roosendaal w holenderskiej Brabancji zlikwidowano średniej wielkości laboratorium odzyskujące kokainę z sypkiego kakao i napojów alkoholowych. Rok wcześniej w tej samej prowincji holenderskie władze zlikwidowały dwa laboratoria „wtórnej ekstrakcji”, konfiskując 8 ton plastiku (polipropylenu) zawierającego kokainę. Odzyskana w laboratoriach dokumentacja wykazuje, że w ciągu tego roku z Kolumbii importowano ponad 50 ton plastiku.

tego narkotyku w Europie – około połowę ogólnej liczby. Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2008 r. dotyczące Niderlandów, które w 2007 r. zgłosiły drugą co do wielkości ilość przechwyconej kokainy.

Czystość i cena

Średnia czystość badanych próbek kokainy wahała się od 25 do 55% dla większości krajów objętych sprawozdaniem w 2008 r., jednak niższe wartości zgłoszono w Danii (jedynie handel detaliczny, 23%) i w niektórych częściach Zjednoczonego Królestwa (Szkocja, 13%), a wyższe w Belgii (59%), Francji (60%) i Rumunii (62%)⁽⁸⁴⁾. Dwadzieścia jeden krajów przekazało dane wystarczające do analizy tendencji w czystości kokainy w latach 2003–2008 r., przy czym 17 krajów zgłosiło spadek, 3 – stabilną sytuację (Niemcy, Grecja, Francja), a w Portugalii odnotowano wzrost czystości.

⁽⁸³⁾ Zob. tabele SZR-9 i SZR-10 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁸⁴⁾ Dane dotyczące czystości i ceny – zob. tabele PPP-3 i PPP-7 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

W 2008 r. w ponad połowie z 18 państw, które przekazały informacje, średnia cena detaliczna kokainy wynosiła od 50 do 70 EUR za gram. Niższe ceny zgłoszono w Polsce i Portugalii, a wyższe w Republice Czeskiej, we Włoszech, na Łotwie i w Szwecji. Wszystkie kraje (z jednym wyjątkiem), posiadające wystarczające dane do przeprowadzenia porównania zgłosiły spadek detalicznej ceny kokainy w latach 2003–2008. Jedynie Polska zgłosiła w tym okresie wzrost ceny, jednak w 2008 r. też odnotowała spadek.

Rozpowszechnienie i schematy używania

Używanie kokainy w populacji ogólnej

Kokaina nadal jest drugim – po konopiach indyjskich – najczęściej używanym nielegalnym narkotykiem w Europie, chociaż poziom jej spożycia różni się znacznie w zależności od kraju. Szacuje się, że przynajmniej raz w życiu użyło kokainy około 14 mln Europejczyków, czyli średnio 4,1% dorosłych w wieku od 15 do 64 lat (zestawienie danych – zob. tabela 8). Wielkości krajowe wahają się od 0,1 do 9,4%, przy czym 12 z 24 krajów, w tym większość państw środkowej i wschodniej Europy, podaje niski wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia (od 0,5 do 2%).

Szacuje się, że około 4 mln Europejczyków (średnio 1,3%) użyło tego narkotyku w ostatnim roku, chociaż i tutaj występują znaczne różnice w zależności od kraju. Najnowsze krajowe badania ankietowe wykazują, że wskaźnik używania w ostatnim roku szacowany jest w przedziale od 0,0 do 3,1%. Szacuje się, że w Europie wskaźnik używania kokainy w ostatnim miesiącu odnosi się do około 0,5% osób dorosłych, tj. około 2 mln.

Kilka krajów zgłosiło wskaźniki używania kokainy wyższe niż średnia europejska (Dania, Hiszpania, Irlandia, Włochy, Zjednoczone Królestwo). We wszystkich tych krajach z wyjątkiem jednego kokaina jest najczęściej używanym nielegalnym narkotykiem pobudzającym. Tym wyjątkiem jest Dania, która zgłasza podobne wskaźniki używania kokainy i amfetamin.

Używanie kokainy wśród młodych osób dorosłych

Ocenia się, że w Europie około 8 mln młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat), czyli średnio 5,9%, użyło kokainy przynajmniej raz w życiu. Wielkości krajowe wahają się od 0,1 do 14,9%. Szacuje się, że europejski wskaźnik używania kokainy w ostatnim roku w tej grupie

wiekowej wynosi średnio 2,3% (ok. 3 mln), natomiast w odniesieniu do używania w ostatnim miesiącu jest to 0,9% (1,5 mln).

Używanie kokainy jest wysokie zwłaszcza w grupie młodych mężczyzn (od 15 do 34 lat), przy czym wskaźnik używania kokainy w ostatnim roku wynosi od 4 do 8,4% w Danii, Hiszpanii, Irlandii, we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie⁽⁸⁵⁾. W 12 krajach, które przekazały dane, w grupie młodych osób dorosłych stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet w odniesieniu do wskaźnika używania kokainy w ostatnim roku wynosi co najmniej 2:1⁽⁸⁶⁾.

Przekrojowe i ukierunkowane badania ankietowe populacji wykazały, że używanie kokainy jest związane z określonymi stylami życia i warunkami. Na przykład z analizy danych uzyskanych w ramach brytyjskich badań przestępczości w latach 2008–2009 wynika, że 14,2% osób w wieku od 16 do 24 lat, które w ostatnim miesiącu co najmniej cztery razy odwiedziły klub nocny, deklaruje używanie kokainy w ostatnim roku, natomiast w przypadku osób, które nie były w takich lokalach, wskaźnik ten wynosi 4% (Hoare, 2009). Ukierunkowane badania ankietowe, które niedawno przeprowadzono w środowisku elektronicznej muzyki tanecznej w Republice Czeskiej, Niemczech, Austrii i Zjednoczonym Królestwie, wskazują na bardzo wysoki wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy, wynoszący od 17,6 do 86%. Używanie kokainy może także wiązać się bezpośrednio z następującymi środowiskami: w badaniu ankietowym przeprowadzonym w 2008 r. wśród bywalców klubów w Amsterdamie 4,6% spośród 646 respondentów zgłosiło użycie kokainy w trakcie wieczoru, w którym przeprowadzano badanie, podczas gdy badanie przeprowadzone na miejscu wśród 323 bywalców klubów w Zjednoczonym Królestwie wykazało, że 22% z nich użyło lub planowało użyć kokainy tego wieczoru.

Dane z badań ankietowych populacji ogólnej także wykazują, że wskaźnik okazjonalnego spożywania dużych ilości alkoholu⁽⁸⁷⁾ jest znacznie wyższy wśród osób używających kokainy niż w populacji ogólnej (EMCDDA, 2009d). Również Niemcy zgłaszają, że ludzie mogą używać kokainy, aby otrzeźwić się po nadmiernym spożyciu alkoholu.

Używanie kokainy wśród uczniów

Wśród młodzieży szkolnej szacunkowe wskaźniki używania kokainy są znacznie niższe niż wskaźniki

⁽⁸⁵⁾ Zob. wykres GPS-13 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁸⁶⁾ Zob. tabela GPS-5 (część iii) i (część iv) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁸⁷⁾ Definiowane jako spożywanie sześciu lub więcej kieliszków napojów alkoholowych przy jednej okazji co najmniej raz w tygodniu przez ostatnie 12 miesięcy.

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

Grupa wiekowa	Okres używania		
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok	Ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	14 mln	4 mln	2 mln
Średnia europejska	4,1%	1,3%	0,5%
Przedział	0,1–9,4%	0,0–3,1%	0,0–1,5%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Malta (0,4%) Litwa (0,5%) Grecja (0,7%)	Rumunia (0,0%) Grecja (0,1%) Węgry, Polska, Litwa (0,2%) Malta (0,3%)	Rumunia, Grecja (0,0%) Malta, Szwecja, Polska, Litwa, Estonia, Finlandia (0,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (9,4%) Hiszpania (8,3%) Włochy (7,0%) Irlandia (5,3%)	Hiszpania (3,1%) Zjednoczone Królestwo (3,0%) Włochy (2,1%) Irlandia (1,7%)	Zjednoczone Królestwo (1,5%) Hiszpania (1,1%) Włochy (0,7%) Austria (0,6%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	8 mln	3 mln	1,5 mln
Średnia europejska	5,9%	2,3%	0,9%
Przedział	0,1–14,9%	0,1–6,2%	0,0–2,9%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Litwa (0,7%) Malta (0,9%) Grecja (1,0%)	Rumunia (0,1%) Grecja (0,2%) Polska, Litwa (0,3%) Węgry (0,4%)	Rumunia (0,0%) Grecja, Polska, Litwa (0,1%) Węgry, Estonia (0,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (14,9%) Hiszpania (11,8%) Dania (9,5%) Irlandia (8,2%)	Zjednoczone Królestwo (6,2%) Hiszpania (5,5%) Dania (3,4%) Irlandia (3,1%)	Zjednoczone Królestwo (2,9%) Hiszpania (1,9%) Włochy (1,1%) Irlandia (1,0%)

Europejskie szacunki rozpowszechnienia są oparte na średnich ważonych z najnowszych badań krajowych, przeprowadzonych w latach 2001–2008/2009 (głównie 2004–2008), a zatem nie można przypisać ich do jednego roku. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W przypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (334 mln) i od 15 do 34 lat (133 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w biuletynie statystycznym za 2010 r. w części „Badania ankietowe populacji ogólnej”.

dotyczące używania konopi indyjskich. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat, którzy uczestniczyli w badaniach ESPAD w 2007 r., wynosił od 1 do 2% w połowie z 28 państw objętych sprawozdaniem. Większość pozostałych krajów podała wskaźnik używania na poziomie od 3 do 4%, natomiast Francja i Zjednoczone Królestwo zgłosiły odpowiednio 5% i 6%. W przypadku dostępności danych dotyczących starszych uczniów szkół (w wieku od 17 do 18 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy jest na ogół wyższy, a w Hiszpanii wynosi aż 8% ⁽⁸⁸⁾.

Porównania międzynarodowe

Ogólnie rzecz biorąc, wskaźnik używania kokainy w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych jest niższy w Unii Europejskiej (2,3%), niż wśród ich rówieśników w Australii (3,4% osób w wieku od 14 do 39 lat), Kanadzie (4,0%) i USA (4,5% osób w wieku od

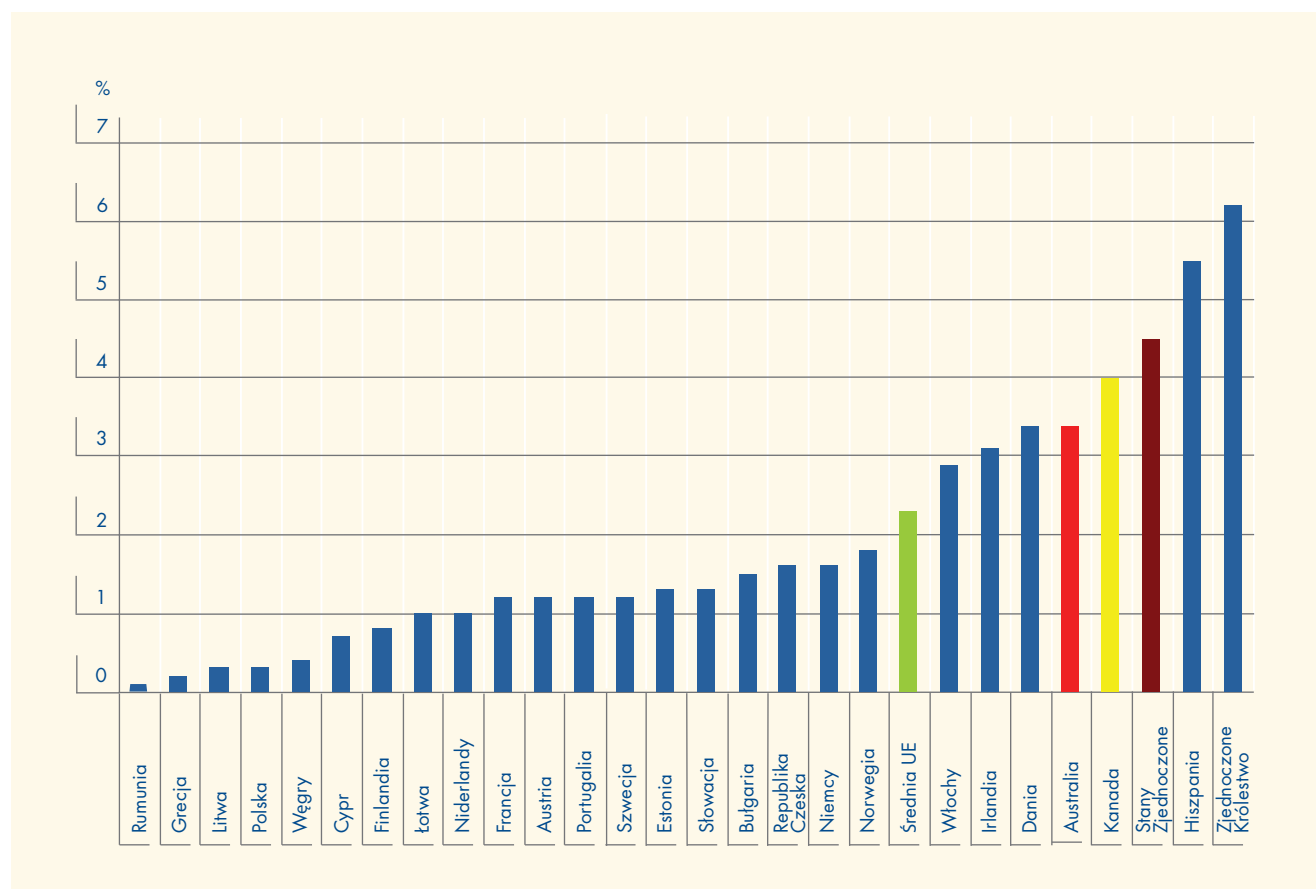
16 do 34 lat). Jednakże Dania zgłasza takie same wartości jak Australia, a Hiszpania i Zjednoczone Królestwo zgłaszają wartości wyższe niż Kanada i USA (wykres 7).

Tendencje w używaniu kokainy

Tendencje w używaniu kokainy w Europie rysują się według odmiennych schematów. W dwóch państwach o najwyższym wskaźniku używania kokainy (Hiszpania, Zjednoczone Królestwo) pod koniec lat 90. XX w. używanie tego narkotyku gwałtownie wzrosło, a następnie wykształciła się tendencja stabilniejsza, chociaż w dalszym ciągu na ogół zwyżkowa. W trzech kolejnych krajach (Dania, Irlandia, Włochy) wzrost wskaźnika używania był mniej widoczny i nastąpił nieco później. Niemniej jednak wskaźniki używania w tych krajach są wysokie w porównaniu ze średnią europejską. Wśród pozostałych krajów, które w latach 1998–2008/2009 powtarzały badania ankietowe, wskaźnik używania

⁽⁸⁸⁾ Zob. tabele od EYE-3 do EYE-10 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Wykres 7: Rozpowszechnienie spożycia kokainy w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) w Europie, Australii, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych



Uwaga: Dane pochodzą z ostatnich badań ankietowych w każdym państwie. Europejski średni wskaźnik rozpowszechnienia został obliczony na podstawie średnich krajowych wskaźników rozpowszechnienia ważonych krajową populacją w wieku od 15 do 34 lat (2006 r., dane Eurostat). Dane dotyczące Stanów Zjednoczonych i Australii przeliczono z przedziałów wiekowych odpowiednio od 16 do 34 lat i od 14 do 39 lat, wykorzystując pierwotne wyniki badań. Więcej informacji – zob. wykres GPS-20 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox. SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (Urząd Nauk Stosowanych). National survey on drug use and health, 2008 (Krajowe badanie ankietowe dotyczące używania narkotyków i stanu zdrowia z 2008 r.). Kanada: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (Kanadyjskie badanie monitorujące dotyczące spożycia alkoholu i używania narkotyków). Australian Institute of Health and Welfare (Australijski Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej), 2008 r. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings (Krajowa strategia antynarkotykowa – badania gospodarstw domowych w 2007 r.: szczegółowe ustalenia). Drug statistics series nr 22., nr katalogowy PHE 107. Canberra: AIHW.

kokainy w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) okazuje się być bardziej stabilny, pozostając poniżej poziomu 2% w tym okresie (wykres 8).

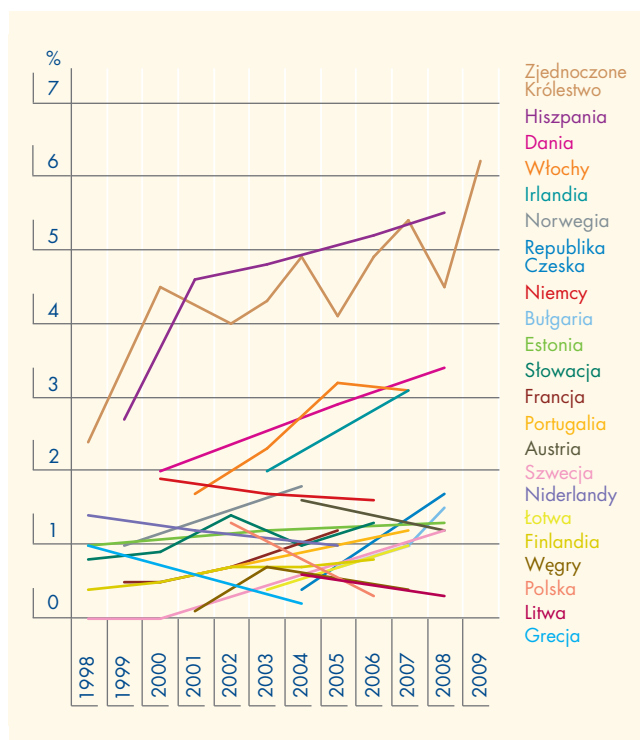
Jeżeli przyrzeć się nowszym tendencjom, wśród 15 krajów, w których w latach 2003–2008 powtarzano badania ankietowe, wskaźniki używania w ostatnim roku wśród młodych dorosłych (od 15 do 34 lat) wzrosły co najmniej dwukrotnie, ale w trzech krajach (Bułgaria, Republika Czeska, Łotwa) pozostały na poziomie poniżej 2%. Wskaźnik wzrósł o około 50% w dwóch krajach (Irlandia, Zjednoczone Królestwo), a pozostał stabilny lub spadł w ośmiu krajach (Niemcy, Estonia, Litwa, Węgry, Austria, Polska, Słowacja, Finlandia).

Z badań ESPAD przeprowadzonych w szkołach w 2007 r. wynika, że we Francji, na Cyprze, Malcie, w Słowenii i na Słowacji wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy przez uczniów w wieku od 15 do 16 lat wzrósł od 2003 r. o co najmniej dwa punkty procentowe. Hiszpańskie badania ankietowe przeprowadzone w szkołach wykazały w 2007 r. spadek o dwa punkty procentowe w stosunku do 2004 r. Pięć krajów, w których w 2008 r. przeprowadzono badania ankietowe w szkołach, nie zgłosiło zmian przekraczających 1%.

Schematy używania kokainy

W niektórych krajach europejskich znaczna liczba osób używa kokainy eksperymentalnie tylko raz lub dwa

Wykres 8: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia kokainy w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat)



Uwaga: Więcej informacji – zob. wykres GPS-14 (część i) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

(Van der Poel i in., 2009). Wśród używających kokainy bardziej regularnie lub intensywnie można wyróżnić dwie grupy. Pierwszą grupę stanowią używający „zintegrowani społecznie”, którzy wykazują tendencję do używania kokainy w weekendy, na imprezach lub przy innych specjalnych okazjach, czasem w większych ilościach („ciężki”) lub często. Wiele zintegrowanych społecznie osób używających kokainy zgłasza samodzielnie kontrolowanie używania tego narkotyku, ustalając zasady dotyczące np. używanej ilości, częstości lub kontekstu używania narkotyku (Decorte, 2000). Niektórzy z tych używających mogą doświadczać problemów zdrowotnych związanych z używaniem kokainy lub rozwinąć nałogowe schematy używania, które wymagają leczenia. Jednakże badania wskazują, że znaczny odsetek osób mających problemy związane z kokainą może wyzdrowieć bez sformalizowanych form leczenia (Cunningham, 2000).

Druga grupa obejmuje bardziej „zmarginalizowane” lub „społecznie wykluczone” osoby używające, w tym osoby używające opiatów w przeszłości lub obecnie, które mogą używać cracku lub wstrzykiwać kokainę. W tej grupie znajdują się również osoby intensywnie używające kokainy i cracku, należący do grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej, np. osoby świadczące usługi seksualne lub imigranci (Prinzleve i in., 2004).

Konsekwencje zdrowotne używania kokainy

Konsekwencje zdrowotne używania kokainy są prawdopodobnie niedoszacowane. Częściowo wynika to z nieokreślonego lub przewlekłego charakteru patologii spowodowanych zazwyczaj długotrwałym używaniem kokainy, jak również z trudności w ustaleniu związków przyczynowych pomiędzy schorzeniem a używaniem tego narkotyku⁽⁸⁹⁾. Regularne używanie kokainy, w tym wciąganie jej przez nos, może wiązać się z problemami o charakterze sercowo-naczyniowym, neurologicznym i psychicznym. Większe jest również ryzyko wypadków i przenoszenia się chorób zakaźnych wskutek uprawiania seksu bez zabezpieczenia (Brugal i in., 2009). Badania przeprowadzone w USA wykazały również, że około 5% osób używających kokainy może uzależnić się w pierwszym roku przyjmowania tego narkotyku, chociaż w dłuższym okresie uzależnienie rozwinęło się u nie więcej niż około 20% osób (Wagner i Anthony, 2002).

Badania przeprowadzone w krajach o wysokim wskaźniku używania tego narkotyku sugerują, że znaczny odsetek problemów kardiologicznych u młodych osób może być związany z używaniem kokainy (Qureshi i in., 2001). W krajach tych używanie kokainy wydaje się być również związane ze znacznym odsetkiem zgłoszeń na ostry dyżur powiązanych z narkotykami; np. w Niderlandach odsetek ten wynosi 32%, a w Hiszpanii i USA takie przypadki stanowią większość. Ostatnie badania przeprowadzone w Hiszpanii wśród 720 osób w wieku od 18 do 20 lat, które regularnie używają kokainy, a które nie używały regularnie heroiny, wykazały, że 27% doświadczyło ostrego zatrucia kokainą w ciągu ostatniego roku. Spośród nich 35% miało objawy psychozy (halucynacje lub delirium), a ponad 50% ból w klatce piersiowej (Santos i in., w druku).

Wstrzykiwanie kokainy i używanie cracku wiążą się z największymi zagrożeniami dla zdrowia, w tym problemami sercowo-naczyniowymi i psychicznymi. Problemy te nasilają się na ogół na skutek marginalizacji społecznej oraz dodatkowych określonych problemów, takich jak zagrożenia związane z dożylnym przyjmowaniem narkotyków, w tym przenoszenie się chorób zakaźnych i przedawkowanie (EMCDDA, 2007c).

Zasadniczo istnieją oznaki znaczącego i prawdopodobnie rosnącego obciążenia dla systemów opieki zdrowotnej w Europie, które wiąże się z używaniem kokainy, a nie zostało jeszcze w pełni zidentyfikowane i dostrzeżone. Niepokój wywołało ostatnio również powiązanie używania kokainy z brutalnymi przestępstwami w przemyśle nocnej rozrywki (Measham i Moore, 2009).

⁽⁸⁹⁾ Zob. „Zgony spowodowane przez kokainę” w rozdziale 7.

Lewamisol jako rozcieńczalnik kokainy

Rozcieńczalniki, czyli „wypełniacze”, to substancje celowo dodawane do narkotyków, w szczególności w formie proszku, w celu zwiększenia wartości sprzedaży i korzyści gospodarczej. Odróżnia się je od przypadkowych zanieczyszczeń, które stanowią niewielkie ilości niepożądanych substancji pochodzących z syntetycznych procesów chemicznych (King, 2009).

Ze względu na swoją wysoką wartość kokaina może być rozcieńczana kilkukrotnie przy pomocy jednej lub więcej substancji. Mogą to być rozcieńczalniki obojętne (np. cukry lub skrobia), które zwiększają objętość narkotyku. Aktywne farmakologicznie rozcieńczalniki mogą być użyte również w celu wzmocnienia lub naśladowania działania narkotyku bądź do poprawy jego wyglądu. Kategorie te obejmuje środki przeciwbólowe (np. paracetamol), środki stosowane w znieczuleniu miejscowym (np. lidokaina), leki antyhistaminowe (np. hydroksyzyna), diltiazem i atropinę (Meijers, 2007).

Stosowanie lewamisolu (l-tetramisolu) jako rozcieńczalnika kokainy było zgłaszane w Stanach Zjednoczonych i Europie od 2004 r. Lewamisol jest stosowany jako środek przeciw pasożytniczy w weterynarii, a wcześniej stosowany był w medycynie człowieka jako środek immunostymulujący. Stosowany przez dłuższy czas i w wysokich dawkach może powodować szkodliwe zmiany, z których najbardziej niepokojąca jest agranulocytoza ⁽¹⁾.

Lewamisol nie jest regularnie znajdowany w skonfiskowanej kokainie i jest rzadko określany ilościowo. Jednakże dostępne informacje wskazują na wzrost zarówno odsetka próbek kokainy rozcieńczonej lewamisolem, jak i stężenia lewamisolu w tym narkotyku. Doprowadziło to do wydania ostrzeżenia przez europejski system wczesnego ostrzegania (zob. rozdział 8) i do rozpoczęcia gromadzenia dodatkowych danych. Służba zdrowia w Stanach Zjednoczonych ostrzegła, że w 2009 r. ponad 70% analizowanej skonfiskowanej kokainy zawierało lewamisol ⁽²⁾ i że do końca tamtego roku zgłoszono w tym kraju 20 potwierdzonych lub prawdopodobnych przypadków agranulocytozy (przy dwóch przypadkach śmiertelnych). Mimo to liczba przypadków w stosunku do liczby osób używających kokainy wydaje się być bardzo niska.

⁽¹⁾ Agranulocytoza jest schorzeniem hematologicznym, które prowadzi do szybko rozwijających się infekcji zagrażających życiu.

⁽²⁾ Notatka informacyjna SAMHSA.

Problemowe używanie kokainy i zapotrzebowanie na leczenie

Osoby regularnie używające kokainy, czyli ci, którzy używają jej przez dłuższy okres, i ci, którzy wstrzykują tę substancję, są określani przez EMCDDA jako używający kokainy problemowo. Szacowana wielkość tej populacji

stanowi przybliżoną liczbę osób potencjalnie potrzebujących leczenia. Liczba zintegrowanych społecznie osób problemowo używających kokainy jest jednak w tych ocenach niedoszacowana, a mogą oni również potrzebować leczenia. Krajowe dane szacunkowe na temat osób problemowo używających kokainy są dostępne tylko w wypadku Włoch, natomiast szacunki regionalne i dotyczące cracku są dostępne w odniesieniu do Zjednoczonego Królestwa (Anglia). W 2008 r. we Włoszech szacowana liczba osób problemowo używających kokainy wynosiła około 172 000 (od 4,2 do 4,6 przypadku na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat) ⁽⁹⁰⁾. Dane o tendencjach dotyczących problemowo używania kokainy oraz inne źródła danych wskazują na stopniowy wzrost używania kokainy we Włoszech.

Używanie cracku bardzo rzadko występuje wśród społecznie zintegrowanych osób używających kokainy i ograniczone jest głównie do grup zmarginalizowanych i znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby świadczące usługi seksualne, osoby problemowo używające opiatów, a także, czasami, określone mniejszości etniczne (np. we Francji, w Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie). Zjawisko to obserwuje się głównie w niektórych europejskich miastach (Prinzleve i in., 2004; Connolly i in., 2008). Większość zgłoszeń na leczenie z powodu używania cracku oraz większość konfiskat tego narkotyku w Europie zgłosiło Zjednoczone Królestwo. Używanie cracku jest uważane za poważny element problemu narkotykowego w Londynie. Dane szacunkowe dotyczące problemowego używania cracku/kokainy w Anglii od 2006/2007 r. wynoszą od 1,4 do 17 przypadków na 1000 mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat, podczas gdy średnia krajowa wynosi od 5,2 do 5,6 przypadku na 1000 mieszkańców ⁽⁹¹⁾. Szacuje się, że ponad dwie trzecie osób problemowo używających crack to również osoby problemowo używające opiatów.

W krajach o najwyższych wskaźnikach używania tego narkotyku proszek kokainowy lub crack często są używane przez osoby używające opiatów, odbywające leczenie substytucyjne (głównie w Hiszpanii, we Włoszech, w Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie). Pacjenci otrzymujący leczenie substytucyjne deklarują również jednoczesne używanie kokainy i spożywanie alkoholu.

Zapotrzebowanie na leczenie

Kokaina, przeważnie w postaci proszku kokainowego, była w 2008 r. główną przyczyną rozpoczęcia leczenia z powodu narkotyków w Europie zgłaszaną przez około 17% wszystkich pacjentów poddawanych leczeniu,

⁽⁹⁰⁾ Zob. tabela PDU-102 (część i) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁹¹⁾ Zob. tabela PDU-103 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

co odpowiada około 70 000 przypadków w 27 krajach europejskich. Wśród tych, którzy rozpoczynają leczenie po raz pierwszy, odsetek osób używających kokainy jako główny narkotyk był wyższy (24%).

Między poszczególnymi państwami istnieją znaczne różnice w odniesieniu do odsetka i liczby pacjentów leczonych z powodu używania kokainy jako głównego narkotyku. Najwyższe odsetki zgłaszają Hiszpania (46%), Niemcy (33%) i Włochy (28%). W Belgii, Irlandii, na Cyprze, w Luksemburgu i Zjednoczonym Królestwie osoby leczone z powodu używania kokainy stanowią od 11 do 15% wszystkich pacjentów leczonych w związku z narkotykami. W innych państwach europejskich kokaina stanowi przyczynę leczenia poniżej 10% osób używających narkotyków, przy czym w ośmiu państwach odsetek ten wynosi mniej niż 1% ⁽⁹²⁾.

Liczba osób rozpoczynających leczenie uzależnienia od narkotyków i podających kokainę jako główny narkotyk przez kilka lat rosła w Europie, chociaż silny wpływ na tę tendencję ma kilka krajów (Hiszpania, Włochy, Niemcy, Zjednoczone Królestwo). Na podstawie danych z 17 krajów, które przekazały informacje, można stwierdzić, że liczba pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu używania kokainy wzrosła z około 37 000 w 2003 r. do 52 000 w 2008 r., a odsetek tych osób wzrósł z 17 do 19% wszystkich pacjentów. Wśród pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy liczba osób używających kokainy wzrosła z około 18 000 do 28 000, a ich odsetek wzrósł z 22% do 27% (na podstawie danych z 18 krajów). Wśród krajów o najwyższej liczbie pacjentów leczonych z powodu używania kokainy tendencją stabilną lub spadkową od 2005 r. pod względem liczby i odsetka nowych pacjentów podających kokainę jako swój główny narkotyk zgłaszają Hiszpania, Włochy, Niemcy, natomiast Zjednoczone Królestwo zgłasza wzrost ⁽⁹³⁾.

Profil leczonych pacjentów

Prawie wszyscy pacjenci leczeni z powodu używania kokainy zgłaszani są przez placówki leczenia ambulatoryjnego, chociaż niektóre osoby mogą leczyć się w klinikach prywatnych, które nie są praktycznie uwzględnione w obecnych systemach monitorowania.

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

na 1 kobietę), a także jedna z najwyższych średnich wieku (około 32 lat) w grupie wszystkich pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków. Sytuacja taka ma miejsce w szczególności w niektórych państwach o dużej liczbie pacjentów deklarujących kokainę jako narkotyk główny, zwłaszcza we Włoszech, gdzie stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 6:1, a średnia wieku to 34 lata. Osoby używające kokainy jako głównego narkotyku zgłaszają pierwsze użycie tego narkotyku w starszym wieku (22,3 lat, 87% przed ukończeniem 30. roku życia) niż osoby używające inne narkotyki. Średni okres pomiędzy pierwszym użyciem kokainy a rozpoczęciem pierwszego leczenia wynosi około dziewięciu lat.

Większość pacjentów używa kokainy, wciągając ją przez nos (63%) lub paląc (31%), a zaledwie 3% zgłasza przyjmowanie tego narkotyku dożylnie ⁽⁹⁴⁾. Niemal połowa z nich używała kokainy jeden do sześciu razy w tygodniu w miesiącu poprzedzającym rozpoczęcie leczenia, 26% używało tego narkotyku codziennie, a 25% nie używało go w tym okresie ⁽⁹⁵⁾. Przeprowadzona w 2006 r. analiza danych z 14 krajów na temat leczenia wykazała, że około 63% pacjentów leczonych z powodu kokainy używa więcej niż jednego narkotyku, w tym 42% - alkoholu, 28% - konopi indyjskich, a 16% - heroiny. Kokaina jest również wspomniana jako drugi narkotyk przez 32% pacjentów leczonych ambulatoryjnie, szczególnie wśród osób używających heroiny jako głównego narkotyku (EMCDDA, 2009d).

W 2008 r. około 10 000 pacjentów rozpoczęło leczenie pozaszpitalne z powodu używania cracku jako głównego narkotyku, co stanowi 16% wszystkich pacjentów leczonych z powodu kokainy i 3% wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie pozaszpitalne. Największą liczbę pacjentów leczonych z powodu cracku (około 7500) podaje Zjednoczone Królestwo. Osoby te stanowią 42% tamtejszych pacjentów leczonych z powodu kokainy i 5,6% wszystkich pacjentów leczonych z powodu narkotyków. Również Niemcy zgłosiły, że pacjenci leczeni z powodu cracku stanowią znaczący odsetek wszystkich osób, które rozpoczęły leczenie w 2008 r. ⁽⁹⁶⁾.

Ogółem wśród osób poddawanych leczeniu wyodrębniono dwie główne grupy osób używających kokainy: zintegrowane społecznie osoby używające

⁽⁹²⁾ Zob. wykres TDI-2 i tabele TDI-5 (część i), (część ii) oraz TDI-24 w biuletynie statystycznym za 2010 r.; dane dla Hiszpanii dotyczą 2007 r.

⁽⁹³⁾ Zob. wykresy TDI-1 i TDI-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁹⁴⁾ Zob. tabela TDI-17 (część iv) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁹⁵⁾ Zob. tabela TDI-18 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽⁹⁶⁾ Od 2008 r. pacjentów leczonych z powodu używania kokainy, którzy deklarują „palenie” jako sposób przyjmowania, uznaje się w Niemczech za osoby używające cracku. Spowodowało to znaczny wzrost w stosunku do danych liczbowych zgłaszanych w latach poprzednich. Niedoszacowanie liczby osób używających cracku może również występować w innych krajach.

proszku kokainowego oraz bardziej zmarginalizowaną grupę pacjentów, którzy używają kokainy, a często cracku, w połączeniu z opiatami. Pierwsza grupa zwykle deklaruje wciąganie narkotyku przez nos i czasami używanie go razem z innymi substancjami, takimi jak alkohol lub konopie indyjskie, ale nie z opiatami. Niektóre osoby z tej grupy kierowane są na leczenie przez system wymiaru sprawiedliwości. Druga grupa często zgłasza dożylne przyjmowanie narkotyków, używa zarówno kokainy, jak i opiatów, a czasami pali crack. Grupa ta charakteryzuje się złym stanem zdrowia i warunków społecznych. W tej grupie, obejmującej również osoby używające heroiny, które ponownie podejmują leczenie z powodu używania kokainy, określenie głównego narkotyku może być trudne (NTA, 2010) ⁽⁹⁷⁾.

Leczenie i ograniczanie szkód

Dostęp do leczenia

W Europie leczenie uzależnienia od kokainy i cracku dostępne jest przede wszystkim w wyspecjalizowanych placówkach leczenia ambulatoryjnego. Z uwagi na brak dostępnej obecnie efektywnej terapii farmakologicznej pacjentom uzależnionym od kokainy zapewnia się terapię psychospołeczną, taką jak doradztwo i terapia kognitywno-behawioralna. Niektóre kraje posiadają wytyczne dotyczące leczenia problemów związanych z kokainą (np. Niemcy, Zjednoczone Królestwo). Wytyczne w Zjednoczonym Królestwie zalecają, w zależności od potrzeb pacjenta, od 3 do 20 sesji terapeutycznych skierowanych na przeanalizowanie mieszanych uczuć co do zmiany, rozwinięcie dostrzegania i kontrolowanie związanych z używaniem kokainy sygnałów i popędów, ograniczenie szkód związanych z używaniem kokainy i zapobieganie zawrotom uzależnienia (NTA, 2006).

Farmakoterapia jest zasadniczo stosowana w Europie w celu zapewnienia ulgi poprzez eliminowanie objawów uzależnienia od kokainy, szczególnie stanów lękowych. Badanie jakościowe oceniające aktualne praktyki w leczeniu uzależnienia od kokainy we Francji wykazały, że w celu ograniczenia objawów głodu narkotycznego lub w celach zastępczych przepisywano określone leki, takie jak: metylofenidat, modafinil lub topiramet, pomimo ograniczonych dowodów potwierdzających ich skuteczność (Escots i Suderie, 2009).

Europejskie publiczne placówki leczące uzależnienie od narkotyków są nastawione przede wszystkim na osoby używające opiatów, a zintegrowane społecznie osoby używające kokainy mogą niechętnie poddawać się tam

leczeniu z powodu dostrzeganej stygmatyzacji. Z tego względu Dania, Irlandia, Włochy i Austria opracowały określone programy dla tych osób. Wspólną ich cechą jest dostęp do leczenia poza zwykłymi godzinami pracy placówek, aby dostosować leczenie do obowiązków zawodowych i zapewnić dyskrecję.

Ostatnio przeprowadzono dwa badania nad efektywnością terapii psychospołecznej stosowanej w przypadku osób używających proszku kokainowego (NTA, 2010) i cracku (Marsden i in., 2009) w brytyjskich placówkach lecznictwa. W obu badaniach porównywano zmiany w używaniu narkotyków przed sześciomiesięcznym leczeniem i po nim (lub wcześniej, w przypadku zwolnienia z terapii). Pierwsze badanie wykazało, że 61% osób używających proszku kokainowego (1864 osoby z 3075) przestało używać narkotyku, a kolejne 11% znacznie ograniczyło jego używanie. W drugim badaniu stwierdzono, że 52% osób używających cracku (3941 z 7636) pozostawało abstynentami po sześciu miesiącach leczenia. Do mniej pozytywnych wyników należy fakt, że leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów było mniej efektywne w przypadku osób używających heroiny i cracku niż w przypadku osób używających wyłącznie heroiny. Te wyniki potwierdzają szkodliwe skutki jednoczesnego używania kokainy lub cracku na wyniki leczenia substytucyjnego i podkreślają konieczność opracowania nowych strategii ukierunkowanych na leczenie uzależnienia jednocześnie od heroiny i kokainy lub cracku.

Szczepionka antykokainowa

Szczepionkę antykokainową po raz pierwszy badano na początku lat 90. XX w. w badaniach na zwierzętach. 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.

Pierwsze badanie losowo wybranej grupy kontrolnej przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych. Objęło ono 115 osób poddawanych substytucyjnemu leczeniu uzależnienia od opiatów. Badanie wykazało, że osoby, które otrzymały szczepionkę i uzyskały odpowiedni poziom przeciwciał, pozostawały abstynentami. Jednakże z dziesięciu zaszczepionych osób używających opiatów zaledwie cztery (38%) osiągnęły poziom przeciwciał, który zapewnił dwumiesięczną blokadę kokainy (Martell i in., 2009). Podobne wyniki odnotowano w trakcie późniejszych badań, którym poddano dziesięciu mężczyzn, którzy używali kokainy poprzez palenie, byli uzależnieni od tego narkotyku i nie zabiegali o leczenie uzależnienia.

⁽⁹⁷⁾ Zob. tabele TDI-10, TDI-11 (część iii), TDI-21 i TDI-103 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Najnowsze badania nad leczeniem uzależnienia od kokainy

Pod kątem leczenia uzależnienia od kokainy oceniono ponad 50 leków. Żaden z nich nie okazał się jednoznacznie skuteczny i ani Europejska Agencja Leków, ani Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków nie zatwierdziły żadnego leku służącego leczeniu uzależnienia od kokainy (Kleber i in., 2007). Jednakże obecnie zarejestrowanych jest ponad 100 prowadzonych badań losowo wybranych grup kontrolnych mających na celu ocenę działania nowych substancji, czasami w połączeniu z interwencjami psychologicznymi.

Zastosowanie disulfiramu, substancji zaburzającej metabolizm alkoholu, wiązało się z ograniczeniem używania kokainy wśród pacjentów cierpiących również na alkoholizm. Ograniczenie używania narkotyku przypisano zmniejszeniu braku zahamowań i ograniczenia osądu, które to czynniki wiążą się ze spożywaniem alkoholu. Ostatnie badania wykazały także bezpośredni wpływ disulfiramu na metabolizm kokainy. Jednakże, biorąc pod uwagę ograniczoną jakość dowodów, sugerowano, aby klinicyści zważyli możliwe korzyści w kontekście potencjalnie szkodliwego działania disulfiramu (Pani i in., 2010).

W ramach 15 badań obejmujących 1066 pacjentów oceniono zastosowanie kilku leków przeciwpadaczkowych (Minozzi i in., 2009). Leki nie okazały się znacząco lepsze niż placebo w utrzymywaniu pacjentów na leczeniu, ani w ograniczeniu liczby i rodzajów skutków ubocznych ograniczenia używania kokainy. W siedmiu badaniach obejmujących 293 pacjentów oceniono leki antypsychotyczne (Amato i in., 2009). Zasadniczo badania miały zbyt mały zasięg, aby potwierdzić możliwe efekty, ale dostępne rezultaty nie przemawiają za zastosowaniem tych leków w terapii uzależnienia od kokainy.

Wśród pacjentów poddawanych substytucyjnemu leczeniu uzależnienia od opiatów wykryto, że zastosowanie bupropionu, dekstroamfetaminy i modafinilu wiąże się z wyższym poziomem przedłużonej abstynencji od używania kokainy niż osiągnano przy zastosowaniu placebo (Castells i in., 2010).

Wśród interwencji niefarmakologicznych niektóre interwencje psychospołeczne dają pozytywne rezultaty w zakresie ograniczenia liczby osób porzucających leczenie, ograniczenia używania kokainy i poprawienia frekwencji, w szczególności gdy są realizowane wraz z systemem gratyfikacji i kar opartym na kuponach (Knapp i in., 2007). Trwają także inne badania nad efektami interwencji opartych na zachętach, w niektórych przypadkach w połączeniu z terapią behawioralną

i interwencjami farmakologicznymi. Wykazano także, że leczenie za pomocą akupunktury małżowiny usznej nie daje znaczących rezultatów (Gates i in., 2006).

Ograniczanie szkód

Działania interwencyjne w zakresie ograniczania szkód skierowane do osób problemowo używających cracku i kokainy stanowią nową dziedzinę działań w wielu państwach członkowskich. Jedną z przyczyn ograniczonej realizacji działań interwencyjnych w tym zakresie, szczególnie w przypadku osób używających cracku, może być brak wiedzy najważniejszych pracowników na temat tego narkotyku, grup docelowych oraz ich potrzeb. Ostatni przegląd interwencji ograniczających szkody ukierunkowanych na osoby używające substancji pobudzających wykazał, że więcej uwagi poświęcono określonym szkodom związanym z kokainą niż opracowaniu interwencji mającym na celu ich ograniczenie (Grund i in., 2010).

Państwa członkowskie zwykle zapewniają osobom przyjmującym kokainę dożylnie te same usługi i świadczenia co osobom używającym opiatów, w tym: zalecenia odnośnie do bezpieczniejszego używania, szkolenie w zakresie bezpiecznego wykonywania iniekcji oraz programy wymiany igieł i strzykawek. Wstrzykiwanie kokainy może jednak wiązać się z większym ryzykiem wspólnego korzystania z przyborów i częstymi iniekcjami, które mogą prowadzić do zapadnięcia się żył i wstrzykiwania narkotyku w bardziej ryzykowne części ciała (np. nogi, ręce, stopy i pachwiny). Z tego względu zalecenia dotyczące bezpieczniejszego używania powinny być dostosowane do tych szczególnych zagrożeń i powinno się unikać polityki wymiany strzykawek w systemie sztuka za sztukę. Ze względu na potencjalnie wysoką częstość iniekcji podaż sterylnego sprzętu dla osób używających dożylnie nie powinna być ograniczana (ban Beek i in., 2001). Niektóre jednostki niskoprogowe (w Hiszpanii i we Francji) zapewniają również czyste fajki do palenia cracku.

Działania interwencyjne ograniczające szkody, których obiektem są osoby używające proszku kokainowego w obiektach rozrywkowych, koncentrują się głównie na poszerzaniu wiedzy. Programy te oferują młodym ludziom porady i informacje na temat ogólnych zagrożeń związanych z przyjmowaniem alkoholu i narkotyków, zwykle z uwzględnieniem również materiałów dotyczących zagrożeń wiążących się z używaniem kokainy. Oprócz działań poszerzających wiedzę praktycznie nie istnieją inne możliwości ograniczania szkód w tej grupie docelowej, która stanowi znaczącą większość osób używających kokainy w Europie.



Rozdział 6

Używanie opiatów i dożylnie używanie narkotyków

Wprowadzenie

Używanie heroiny, szczególnie dożylnie, od lat 70. XX w. jest ściśle związane z problemami zdrowotnymi i społecznymi w Europie. Obecnie narkotyk ten wciąż stanowi przyczynę największej zachorowalności i śmiertelności w powiązaniu z używaniem narkotyków w Unii Europejskiej. Od końca lat 90. XX w. i na początku obecnego wieku odnotowano spadek używania heroiny i występowania powiązanych problemów. Nowsze dane wykazują jednak, że w niektórych krajach tendencja ta mogła ulec zmianie. Ponadto informacje na temat używania opiatów syntetycznych, np. fentanylu, oraz wstrzykiwania narkotyków pobudzających, takich jak kokaina lub amfetaminy, odzwierciedlają złożony charakter problemu używania narkotyków w Europie.

Podaż i dostępność

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

Produkcja i handel

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

głównie ze względu na zmniejszenie produkcji w Afganistanie, która zmalała z 8200 ton do około 6900 ton w 2009 r. Według najnowszych danych szacunkowych wielkość globalnej potencjalnej produkcji heroiny wynosi 657 ton, co stanowi spadek z szacowanego poziomu około 750 ton w 2007 i 2008 r. (UNODC, 2010b).

Heroina przybywa do Europy głównie dwoma szlakami handlowymi. Historycznie istotnym szlakiem bałkańskim dociera heroina produkowana w Afganistanie, sprowadzana przez Pakistan, Iran i Turcję, a następnie przez inne kraje tranzytu lub docelowe (Albania, Węgry, Bułgaria, Republika Czeska, republiki byłej Jugosławii, Rumunia, Słowacja, Austria, Włochy). Heroina przybywa

Tabela 9: Produkcja, konfiskaty, cena i czystość heroiny

Produkcja i konfiskaty	Heroina
Szacowana globalna produkcja (w tonach)	657
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	
Heroina	75
Morfina	17
Skonfiskowana ilość (w tonach)	
UE i Norwegia	8
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(24)
Liczba konfiskat	
UE i Norwegia	54 400
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(56 600)
Cena i czystość w Europie ⁽¹⁾	Brązowa heroina
Średnia cena detaliczna (w EUR za gram)	
Zakres	25–133
(Zakres międzykwartylowy) ⁽²⁾	(33–80)
Średnia czystość (w %)	
Zakres	7–43

⁽¹⁾ Ponieważ mało krajów przekazało informacje na temat ceny detalicznej i czystości białej heroiny, dane te nie są przedstawione w tabeli. Można je sprawdzić w tabelach PPP-2 i PPP-6 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽²⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych średnich cen lub czystości. Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2008 r., z wyjątkiem szacowanej globalnej produkcji (2009 r.).

Źródło: Wartości globalne – UNODC (2010b), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

do Europy także „szlakiem jedwabnym”, przez środkową Azję i Rosję, a następnie przez Białoruś, Polskę i Ukrainę, do m.in. krajów skandynawskich przez Litwę (INCB, 2010b). W Unii Europejskiej Niderlandy i – w mniejszym stopniu – Belgia odgrywają ważną rolę jako wtórne węzły dystrybucyjne.

Konfiskaty

Zgłoszone na całym świecie ilości skonfiskowanego opium w latach 2007 i 2008 wyraźnie wzrosły, z 510 do 657 ton (tabela 9). Ponad 80% tej ilości skonfiskowano w Iranie, a około 7% w Afganistanie. Globalne zgłoszone konfiskaty heroiny wzrosły w 2008 r. do 75 ton, podczas gdy globalne konfiskaty morfiny zmalały do 17 ton (UNODC, 2010b).

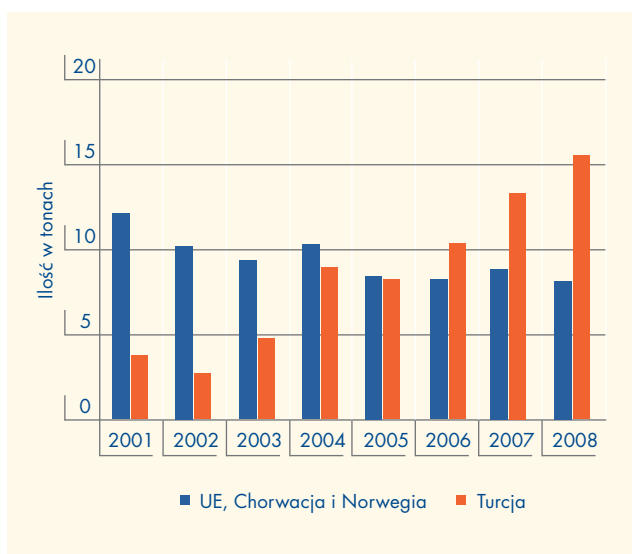
Ocenia się, że 56 600 przypadków konfiskat w Europie doprowadziło w 2008 r. do przechwycenia 23,6 ton heroiny. Zjednoczone Królestwo ponownie zgłosiło największą liczbę przypadków konfiskat, podczas gdy Turcja po raz kolejny podała największą ilość skonfiskowanego narkotyku, czyli 15,5 tony odzyskane w 2008 r. ⁽⁹⁸⁾. Dane za lata 2003–2008 z 26 państw, które przekazały informacje, wskazują na to, że od 2003 r. liczba konfiskat stale rosta. Ogólna tendencja w zakresie ilości heroiny przechwyconej w Turcji różni się od tendencji zaobserwowanej w Unii Europejskiej (wykres 9). Podczas gdy Turcja zgłosiła trzykrotny wzrost ilości heroiny skonfiskowanej w latach 2003–2008, ilość skonfiskowana w Unii Europejskiej wykazywała w tym okresie ograniczony spadek, głównie wskutek zgłoszonego spadku skonfiskowanych ilości we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie – dwóch krajach konfiskujących największe ilości tego narkotyku w Unii Europejskiej ⁽⁹⁹⁾.

Światowe konfiskaty bezwodnika octowego (stosowanego w produkcji heroiny) wzrosły z 57 300 litrów w 2007 r. do 199 300 litrów w 2008 r., z czego większość przejęto w Słowenii (86 100 litrów) i na Węgrzech (63 600 litrów). INCB zachęca Komisję Europejską i państwa członkowskie UE do zapobiegania odpływowi bezwodnika octowego z rynku wewnętrznego (INCB, 2010a).

Czystość i cena

W 2008 r. średnia czystość badanej brązowej heroiny wynosiła od 15 do 30% w większości krajów objętych sprawozdaniem; niższą czystość zgłoszono we Francji (11%), Austrii (wyłącznie handel detaliczny, 11%) i Turcji (wyłącznie handel detaliczny, 7%), a wyższą w Bułgarii (31%), Portugalii (32%), Rumunii (43%) i Norwegii (31%).

Wykres 9: Szacunkowe ilości heroiny skonfiskowanej w Unii Europejskiej, Chorwacji, Norwegii i Turcji



Uwaga: Całkowita ilość skonfiskowanej heroiny jest oparta na danych uzyskanych od wszystkich krajów przekazujących informacje EMCDDA (27 państw członkowskich UE, Chorwacja, Turcja i Norwegia). Brakujące dane ekstrapolowano na podstawie danych z lat kolejnych lub poprzednich.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

W latach 2003–2008 czystość brązowej heroiny wzrosła w ośmiu krajach, podczas gdy w czterech innych pozostała stabilna lub spadła. Średnia czystość białej heroiny była na ogół wyższa (od 30 do 50%) w nielicznych krajach europejskich, które przekazały takie dane ⁽¹⁰⁰⁾.

W państwach skandynawskich cena detaliczna brązowej heroiny w dalszym ciągu była wyższa niż w pozostałych krajach europejskich, przy czym Szwecja podała średnią cenę 133 EUR za gram, a Dania – 107 EUR. W ośmiu innych państwach objętych raportem cena detaliczna brązowej heroiny wahała się od 25 do 80 EUR za gram. W latach 2003–2008 cena detaliczna brązowej heroiny wzrosła w pięciu z dziewięciu krajów europejskich podających dane na temat tendencji czasowych, a w czterech spadła. W kilku państwach podających dane dotyczące ceny białej heroiny w 2008 r. wahała się ona od 24 do 213 EUR za gram.

Ocena liczby osób problemowo używających opiatów

Dane w tej części tekstu oparto na wskaźniku problemowego używania narkotyków (ang. problem drug use – PDU), stosowanym przez EMCDDA, który obejmuje głównie dożylne używanie narkotyków oraz

⁽⁹⁸⁾ Zob. tabele SZR-7 i SZR-8 w biuletynie statystycznym za 2010 r. Należy pamiętać, że w razie braku danych za 2007 r. do oszacowania wartości łącznych dla Europy wykorzystano odpowiednie dane za 2006 r.

⁽⁹⁹⁾ Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2008 r. dotyczące Zjednoczonego Królestwa.

⁽¹⁰⁰⁾ Dane dotyczące czystości i ceny – zob. tabele PPP-2 and PPP-6 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

przyjmowanie opiatów, choć w kilku krajach istotny element stanowią osoby używające amfetaminy lub kokainy. Z uwagi na stosunkowo niewielkie rozpowszechnienie i „konspiracyjny” charakter problemowego używania tego narkotyku, w celu uzyskania szacunkowych wskaźników używania na podstawie dostępnych źródeł konieczne jest dokonanie statystycznych ekstrapolacji (przede wszystkim na podstawie danych dotyczących leczenia uzależnienia od tej substancji oraz danych organów ścigania). Większość krajów może przedstawić określone dane szacunkowe dotyczące „osób problemowo używających opiatów”, ale należy zauważyć, że są to często osoby używające wiele narkotyków, a dane dotyczące rozpowszechnienia często są znacznie wyższe w obszarach miejskich i w grupach wykluczonych społecznie.

Dane szacunkowe na temat wskaźnika problemowego używania opiatów w państwach europejskich w latach 2003–2008 wahają się z grubsza od 1 do 8 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat (wykres 10); ogólny wskaźnik problemowego używania narkotyków szacowany jest na od 2 do 10 przypadków na 1000 osób. Kraje zgłaszające najwięcej dobrze udokumentowanych danych szacunkowych dotyczących problemowego używania opiatów to Irlandia, Malta, Włochy i Luksemburg, natomiast najmniej przypadków zgłaszają Republika Czeska, Cypr, Łotwa, Polska i Finlandia (zarówno Republika Czeska, jak i Finlandia posiadają wysokie szacunkowe wskaźniki problemowego używania amfetamin). Jedynie Turcja zgłosiła mniej niż 1 przypadek na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat.

Średni wskaźnik problemowego używania opiatów w Unii Europejskiej i Norwegii szacuje się na od 3,6 do 4,4 przypadku na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat. Odpowiada to około 1,35 mln (od 1,2 do 1,5 mln) osób problemowo używających opiatów w Unii Europejskiej i Norwegii w 2008 r. ⁽¹⁰¹⁾. Dane te uwzględniają osoby objęte leczeniem zastępczym, ale liczba więźniów, szczególnie w przypadku dłuższych wyroków, może być tu niedoszacowana.

Leczone osoby używające opiatów

Opiaty są nadal wymieniane jako główny narkotyk przez większość (53%) osób, które rozpoczęły specjalistyczne leczenie substytucyjne w 2008 r. w Europie, przy czym

heroina zgłaszana była przez 48% wszystkich pacjentów ⁽¹⁰²⁾. Jednakże w całej Europie istnieją znaczne różnice w odsetku osób używających narkotyków i rozpoczynających leczenie z powodu związanych z nimi problemów. Osoby używające opiatów stanowią ponad 90% osób rozpoczynających leczenie w Bułgarii, Estonii i Słowenii, od 50 do 90% w piętnastu krajach i od 10 do 49% w kolejnych dziewięciu ⁽¹⁰³⁾. Ponadto około 200 000 osób rozpoczynających leczenie w 2008 r. deklarowało opiaty jako główny narkotyk, a kolejne 47 000 osób używających innych narkotyków wymieniło opiaty jako drugi narkotyk ⁽¹⁰⁴⁾.

Wiele osób używających opiatów uczestniczy w programach opieki długoterminowej, w szczególności w leczeniu zastępczym. Znajduje to odzwierciedlenie w wyższym niż w latach poprzednich odsetku osób używających opiatów jako główny narkotyk wśród osób już leczonych. Ostatnia analiza danych przekazanych przez dziewięć krajów wykazała, że osoby używające opiatów jako główny narkotyk stanowią 61% wszystkich zgłoszonych pacjentów objętych leczeniem, jednocześnie stanowią one zaledwie 38% rozpoczynających leczenie po raz pierwszy ⁽¹⁰⁵⁾.

Tendencje w problemowym używaniu opiatów

Monitorowanie tendencji czasowych utrudnia między innymi ograniczona liczba wielokrotnych szacunków dotyczących częstości występowania i wskaźników problemowego używania opiatów, a także statystyczna niepewność co do szacunków indywidualnych. Jednakże dane z ośmiu krajów, w których w latach 2003–2008 dokonywano wielokrotnych ocen wskaźników używania, sugerują stosunkowo stabilną sytuację. Nowe dane szacunkowe, wskazujące poziom niższy niż ten w 2003 r., nie potwierdziły pozornego wzrostu, który do 2005 r. obserwowano w Austrii. Irlandia zgłosiła wzrost w okresie 2001–2006, który był mniej wyraźny w Dublinie (21%) niż poza stolicą (164%) ⁽¹⁰⁶⁾.

W przypadku gdy wystarczające i aktualne szacunki dotyczące częstości występowania i wskaźników problemowego używania opiatów nie są dostępne, analiza tendencji w czasie wciąż jest możliwa przy wykorzystaniu danych z innych wskaźników, głównie pośrednich, takich jak dane na temat zapotrzebowania na leczenie. Na podstawie próby z 19 państw

⁽¹⁰¹⁾ Na podstawie nowych danych szacunki te dostosowano, obniżając z 1,4 do 1,35 mln. Ze względu na duże przedziały ufności oraz oparcie szacunków na danych z różnych lat nie można jednoznacznie stwierdzić, że nowe szacunki wskazują na spadek wskaźnika problemowego używania opiatów w Europie.

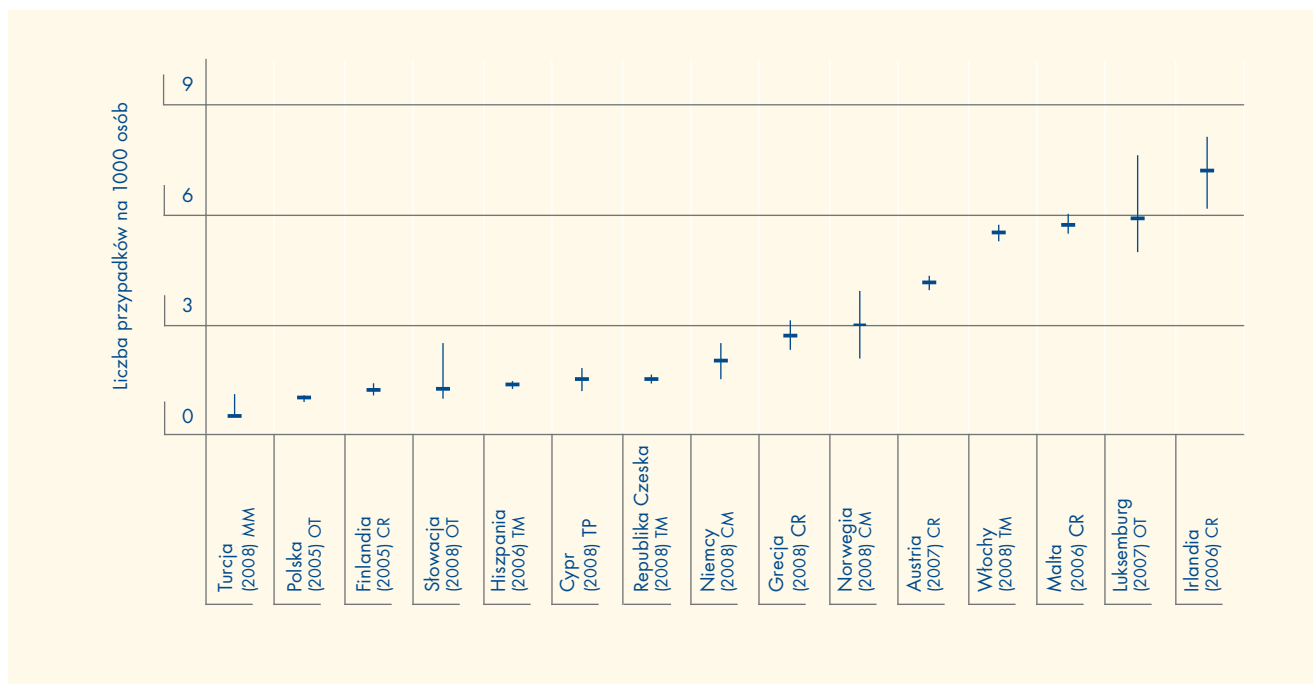
⁽¹⁰²⁾ Zob. wykres TDI-2 (część ii) oraz tabele TDI-5 i TDI-113 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁰³⁾ Zob. tabela TDI-5 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁰⁴⁾ Zob. tabela TDI-22 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁰⁵⁾ Zob. tabela TDI-38 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁰⁶⁾ Pełne informacje o badaniach, w tym przedziały ufności – zob. tabele PDU-6 (część ii) i PDU-102 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Wykres 10: Dane szacunkowe dotyczące rocznego rozpowszechnienia problemowego używania opiatów (wśród osób w wieku od 15 do 64 lat)

Uwaga: Znak poziomy oznacza estymację punktową, a znak pionowy oznacza przedział niepewności: przedział ufności 95% lub przedział oparty na analizie wrażliwości. Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na różne metody szacowania i źródła danych, dlatego przy porównaniach wskazana jest ostrożność. Niestandardowe przedziały wiekowe zastosowano w badaniach w Finlandii (od 15 do 54 lat), na Malcie (od 12 do 64 lat) i w Polsce (wszystkie przedziały wiekowe). Wszystkie te trzy poziomy dostosowano do populacji w wieku od 15 do 64 lat. W przypadku Niemiec przedział przedstawia najniższą i najwyższą granicę wszystkich istniejących szacunków, a estymacja punktowa – średnią arytmetyczną średnich wartości. Akronimy zastosowanych metod oszacowania: CR, capture-recapture (losowanie typu pojmanie – uwolnienie); TM, treatment multiplier (współczynnik leczenia); MM, mortality multiplier (współczynnik śmiertelności); CM, combined methods (metody łączone); TP, truncated Poisson (rozkład ucięty Poissona); OT, other methods (pozostałe metody). Więcej informacji – zob. wykres PDU-1 (część ii) i tabela PDU-102 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

stwierdzono, że w latach 2003–2008 wzrosła ogólna liczba rozpoczynających leczenie osób używających heroiny jako główny narkotyk oraz liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy⁽¹⁰⁷⁾. Jeżeli wziąć pod uwagę nowszy okres, to w latach 2007–2008 liczba osób rozpoczynających leczenie z powodu używania heroiny jako głównego narkotyku wzrosła w 11 krajach. W przypadku osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy ogólna tendencja wzrostowa wyrównała się w 2008 r., chociaż 6 krajów nadal zgłasza wartości rosnące⁽¹⁰⁸⁾.

Dane na temat zgonów spowodowanych przez narkotyki w 2008 r., które to zgony wiążą się przede wszystkim z używaniem opiatów, w żaden sposób nie wskazują na powrót do tendencji spadkowej, obserwowanej do 2003 r. (zob. rozdział 7). Ponad połowa krajów objętych sprawozdaniem odnotowała w latach 2007–2008 wzrost liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki⁽¹⁰⁹⁾. Również liczba konfiskat heroiny w Europie wzrosła

od 2003 r., chociaż ilości narkotyku skonfiskowane w Unii Europejskiej zmalały. Zgłaszana w zeszłym roku zmiana tendencji ze spadkowej na wzrostową w przypadku przestępstw związanych z heroiną jest obecnie potwierdzona – w latach 2003–2008 wzrost odnotowano w większości krajów europejskich, które przekazały wystarczające dane.

Informacje z francuskiego systemu TREND, który opiera się zarówno na danych jakościowych, jak i ilościowych, wskazują na używanie heroiny i leków opiatowych przez nowe grupy, w tym osoby społecznie zintegrowane i bywalców imprez techno. Inne badania jakościowe (Eisenbach-Stangl i in., 2009) również potwierdzają istnienie niewielkiego odsetka osób używających heroiny w wybranych próbach osób zintegrowanych społecznie. Mogą one obejmować osoby używające tego narkotyku eksperymentalnie oraz osoby, które są w stanie kontrolować używanie narkotyków (Shewan i Dalgarno, 2005; Warburton i in., 2005).

⁽¹⁰⁷⁾ Zob. wykresy TDI-1 i TDI-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁰⁸⁾ Niektóre różnice w danym przedziale czasowym mogą wynikać ze zmian zasięgu danych i dostępności leczenia, a na ogólne tendencje mogą silnie wpływać Włochy i Zjednoczone Królestwo, u których stwierdzono najwięcej nowych pacjentów leczących uzależnienie od heroiny. Zob. tabele TDI-3 i TDI-5 w Biuletynach statystycznych za lata 2009 i 2010.

⁽¹⁰⁹⁾ Zob. tabela DRD-2 (część i) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Dostępne dane sugerują, że tendencja spadkowa w zakresie wskaźników dotyczących opiatów, którą obserwowano do 2003 r., wyrównała się. Jest to może najwyraźniej widoczne od 2003 r. na podstawie danych dotyczących konfiskat i zgonów spowodowanych przez narkotyki oraz po 2004 r. – na podstawie nowych zgłoszeń na leczenie z powodu używania heroiny. Opisanie zmiany występowały równoległe ze wzrostem produkcji opium w Afganistanie do 2007 r., co budzi obawy, że może istnieć związek między tymi wydarzeniami z uwagi na większą dostępność heroiny na rynku europejskim.

Dożylne używanie narkotyków

Osoby używające narkotyków dożylnie są w najwyższym stopniu narażone na problemy zdrowotne wywołane

Problemowe używanie opiatów i używanie narkotyków dożylnie w krajach sąsiadujących z Unią Europejską

Wśród krajów sąsiadujących z Unią Europejską największą liczbę osób używających opiatów ma Rosja – szacunkowo od 1,5 do 6 mln (UNODC, 2005). W niedawnych badaniach opartych na metodzie współczynnika leczenia – jednej z metod zalecanych przez EMCDDA – oszacowano liczbę osób problemowo używających opiatów na 1,68 mln, czyli 16 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat (UNODC, 2009). Rosyjski Federalny Urząd Kontroli Narkotyków szacuje, że rocznie z powodu przedawkowania umiera 10 000 osób używających heroiny (INCB, 2010b). Druga największa grupa osób używających opiatów w sąsiedztwie granic Unii Europejskiej prawdopodobnie znajduje się na Ukrainie – szacunkowo od 323 000 do 423 000. Stanowi to od 10 do 13 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat (UNODC, 2009). Zauważalny wzrost używania opiatów zgłosiły UNODC w 2008 r. Albania, Białoruś i Mołdawia.

Szacuje się, że w 2007 r. w Rosji mogło być 1 825 000 osób używających opiatów dożylnie (17,8 przypadku na 1000 mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat), a na Ukrainie – 375 000 (11,6 przypadku na 1000 mieszkańców), przy czym w obu krajach blisko 40% tych osób było zarażonych wirusem HIV (Mathers i in., 2008). Wskaźnik nowo zgłoszonych zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków dożylnie jest również znacznie wyższy w Rosji (79 przypadków na 1 mln w 2006 r.) i na Ukrainie (153 przypadków na 1 mln w 2006 r.) niż w innych krajach i regionach świata, takich jak: Australia, Kanada, Unia Europejska i USA (Wiessing i in., 2009).

ich przyjmowaniem, takie jak zakażenia przenoszone przez krew (np. HIV/AIDS, wirusowe zapalenie wątroby) lub przedawkowanie narkotyków. W większości krajów europejskich używanie dożylne jest najczęściej związane z używaniem opiatów, chociaż w kilku krajach wiąże się z używaniem amfetamin. Zaledwie 14 krajów było w stanie przedstawić najnowsze dane szacunkowe na temat wskaźników dożylnego używania narkotyków⁽¹¹⁰⁾, pomimo znaczenia, jakie te dane mają dla zdrowia publicznego. Zwiększenie zakresu dostępnych informacji na temat tej szczególnej populacji jest nadal 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 mniej niż 1 do 5 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat w większości krajów, przy czym wyjątkowo wysoki poziom – 15 przypadków na 1000 – zgłoszono w przypadku Estonii. Po wyłączeniu tego ostatniego kraju jako nietypowego średnia ważona wynosi około 2,6 przypadku na 1000 osób w wieku od 15 do 64⁽¹¹¹⁾, co po ekstrapolowaniu na liczbę mieszkańców Unii Europejskiej stanowi od trzech czwartych miliona do jednego miliona osób aktywnie używających narkotyków dożylnie. Liczba osób, które w przeszłości używały narkotyków dożylnie, prawdopodobnie jest większa (Sweeting i in., 2008), ale w przypadku większości krajów UE nie jest znana.

Osoby używające opiatów i rozpoczynające leczenie często zgłaszają używanie dożylne jako zwykły sposób przyjmowania narkotyków. Ma to miejsce w przypadku ponad połowy pacjentów uzależnionych od opiatów w 16 krajach, od 25 do 50% osób w 6 krajach i poniżej 25% osób w kolejnych 5 krajach. Najniższy odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie w grupie osób używających opiatów i rozpoczynających leczenie zgłosiły Niderlandy (5%) i Hiszpania (19%), a najwyższy – Litwa (99%), Rumunia (95%), Estonia (91%) i Słowacja (86%)⁽¹¹²⁾.

Wyciąganie wniosków co do tendencji czasowych w rozpowszechnieniu dożylnego przyjmowania narkotyków jest utrudnione z powodu braku danych i szerokich przedziałów ufności dla danych szacunkowych. Dostępne dane wskazują jednak na stabilną sytuację w Republice Czeskiej, Grecji, na Cyprze i w Norwegii⁽¹¹³⁾. Statystycznie istotny spadek w latach 2004–2006 odnotowano jedynie w Zjednoczonym Królestwie. Wśród osób używających heroiny i rozpoczynających leczenie

⁽¹¹⁰⁾ Zob. wykres PDU-2 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹¹¹⁾ Średnia ważona wynosi 0,26% przy przedziale niepewności (średnie ważone dolnych i górnych poziomów ocen krajowych) od 0,23 do 0,3%, co daje wartość szacunkową wynoszącą 886 606 (od 788 778 do 1 040 852) dla 2008 r. Tę wartość szacunkową należy traktować z rozwagą, ponieważ jest oparta na dostępnych danych pochodzących z zaledwie 12 z 27 państw członkowskich UE oraz Norwegii.

⁽¹¹²⁾ Zob. tabela TDI-5 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹¹³⁾ Zob. tabela PDU-6 (część iii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

odsetek przyjmujących ten narkotyk dożylnie w ostatnich latach spadał, przy czym statystycznie istotny spadek w latach 2002–2007 zgłosiło 13 krajów. Wzrost w tym okresie odnotowały jedynie 3 kraje (Bułgaria, Litwa, Słowacja) ⁽¹¹⁴⁾. Odsetek osób używających narkotyków dożylnie również jest ogólnie nieznacznie niższy wśród osób używających opiatów, które rozpoczynają leczenie po raz pierwszy (38%), niż w grupie wszystkich osób używających opiatów i rozpoczynających leczenie (42%). Sytuacja taka ma miejsce w 20 z 23 krajów, które przekazały dane. Bardziej szczegółową analizę rozpowszechnienia używania narkotyków dożylnie i tendencji w tym zakresie przedstawiono w innej części niniejszego sprawozdania (EMCDDA, 2010c).

Leczenie problemowego używania opiatów

Zgromadzone przez EMCDDA dane o wskaźniku zapotrzebowania na leczenie mogą zostać wykorzystane do opisanie cech znacznych podgrup osób rozpoczynających leczenie z powodu używania narkotyków, a szczególnie tych osób, które w ciągu danego roku rozpoczęły specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków.

W przypadku osób używających opiatów jako główny narkotyk średni wiek pacjentów rozpoczynających leczenie pozaszpitalne wynosi 34 lata, przy czym kobiety i osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy są na ogół młodsze ⁽¹¹⁵⁾. Niemal wszystkie kraje od 2003 r. odnotowują wzrost średniej wieku pacjentów uzależnionych od opiatów. Ogólnie w grupie pacjentów leczonych pozaszpitalnie z powodu uzależnienia od opiatów stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 3,5:1, przy czym odsetek kobiet jest wyższy w krajach północnych (np. Szwecja, Finlandia), a niższy w krajach południowych (np. Grecja, Hiszpania, Włochy) ⁽¹¹⁶⁾.

Osoby używające opiatów i rozpoczynające leczenie charakteryzują się wyższym wskaźnikiem bezrobocia i niższym poziomem wykształcenia, a także większą częstością występowania zaburzeń psychicznych niż pacjenci zgłaszający inny narkotyk jako główny ⁽¹¹⁷⁾. Prawie wszystkie osoby używające opiatów i rozpoczynające leczenie deklarują pierwsze przyjęcie narkotyków przed 30. rokiem życia, a około połowa – przed 20. rokiem życia. Odnotowano, że między użyciem opiatów po raz pierwszy a pierwszym kontaktem z placówką leczniczą upływa średnio około 10 lat ⁽¹¹⁸⁾.

Używanie opiatów w sposób inny niż dożylnie

Po stabilizacji lub spadku dożylnego używania opiatów w niektórych krajach europejskich więcej uwagi poświęcono innym metodom używania, takim jak wdychanie substancji jako podgrzanej pary (wdychanie, palenie) lub w formie proszku (wciąganie przez nos, wążanie), lub połykanie. Kilka krajów podało szacunkowe dane dotyczące liczby osób używających opiatów w sposób inny niż dożylnie, przy czym jedynie Norwegia dostarczyła najnowsze dane. Szacuje się, że w 2008 r. palenie było wyłącznym sposobem używania w przypadku 1450 osób używających heroiny, czyli około 15% szacowanej liczby wszystkich osób używających heroiny w Norwegii. Dane dotyczące osób rozpoczynających korzystanie ze specjalistycznych usług leczenia uzależnień potwierdzają, że w niektórych krajach w populacji używającej opiatów istnieją spore grupy osób palących lub wciągających ten narkotyk przez nos. Na przykład w Belgii, Irlandii, Hiszpanii, Niemczech i w Zjednoczonym Królestwie od połowy do trzech czwartych osób używających opiatów jako główny narkotyk i rozpoczynających leczenie ambulatoryjne zgłosiło palenie jako główną metodę używania. Również wciąganie przez nos zgłoszono jako najczęstszy sposób przyjmowania narkotyku w przypadku około jednej trzeciej pacjentów uzależnionych od opiatów w Austrii oraz około połowy w Grecji i Francji ⁽¹⁾.

Wybór sposobu używania zależy od kilku czynników, takich jak: jego efektywność, nacisk ze strony otoczenia, obawy o skutki dla zdrowia (Bravo i in., 2003) oraz od rodzaju używanego opiatu. Na przykład powszechnie dostępna brązowa heroina (w jej podstawowej postaci chemicznej), która pochodzi głównie z Afganistanu, jest głównie palona i wdychana. Biała heroina (w postaci soli), która zazwyczaj pochodzi z południowo-wschodniej Azji, może być łatwo wciągana przez nos w formie proszku, może także być rozpuszczona w zimnej wodzie bez dodatków i używana dożylnie, ale palenie lub wdychanie jest bardzo nieefektywną metodą jej używania. Leki stosowane w leczeniu zastępczym uzależnienia od opiatów są powszechnie rozprowadzane w formie płynnej zamiast tabletek lub mogą mieć dodane substancje ograniczające lub zmieniające działanie narkotyku po wstrzyknięciu.

⁽¹⁾ Zob. tabela TDI-17 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Dostęp do leczenia i zakres leczenia

W przypadku osób używających opiatów leczenie odbywa się na ogół w placówkach pozaszpitalnych, a wśród nich mogą być ośrodki specjalistyczne, lekarze pierwszego kontaktu i jednostki niskoprogramowe (zob. rozdział 2). W kilku krajach ważny element systemu

⁽¹¹⁴⁾ Zob. tabela PDU-104 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹¹⁵⁾ Zob. tabele TDI-10, TDI-32 i TDI-103 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹¹⁶⁾ Zob. tabele TDI-5 i TDI-21 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹¹⁷⁾ Zob. także rozdział 2.

⁽¹¹⁸⁾ Zob. tabele TDI-11, TDI-33, TDI-107 i TDI-109 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

leczenia uzależnienia od narkotyków stanowią ośrodki lecznictwa zamkniętego, w szczególności w Bułgarii, Grecji, na Łotwie, w Polsce, Rumunii, Finlandii i Szwecji (¹¹⁹). Dostępny w Europie zakres opcji leczenia uzależnienia od opiatów jest szeroki i w coraz większym stopniu zróżnicowany, chociaż występują różnice geograficzne pod względem dostępności i zakresu leczenia. We wszystkich państwach członkowskich UE, w Chorwacji i Norwegii jest dostępne leczenie niefarmakologiczne oraz leczenie substytucyjne z powodu używania opiatów. W Turcji kwestia stosowania leczenia substytucyjnego jest obecnie przedmiotem badań.

Leczenie niefarmakologiczne to metoda terapeutyczna, która na ogół wymaga powstrzymywania się od używania wszystkich substancji, w tym leków zastępczych. Pacjenci uczestniczą w codziennych działaniach oraz otrzymują intensywną pomoc psychologiczną. Chociaż leczenie niefarmakologiczne może odbywać się zarówno w placówkach pozaszpitalnych, jak i szpitalnych, najczęstszymi zgłaszanymi przez państwa członkowskie rodzajami tego leczenia są programy stacjonarne z zastosowaniem zasad społeczności terapeutycznej lub modelu Minnesota. Francja i Republika Czeska obecnie przeprowadzają ocenę wyników swoich wspólnot terapeutycznych; rezultaty oczekiwane są w 2010 r. Na mocy francuskiego planu działania dostępność tych metod leczenia ma zostać w przyszłości rozszerzona. Wspólnoty terapeutyczne są najszersze stosowanym rodzajem leczenia uzależnienia od narkotyków w Polsce. Jednakże z powodów gospodarczych i ze względu na zmienne profile pacjentów zgłaszany okres trwania programów terapeutycznych jest stopniowo skracany. Chorwacja i Portugalia niedawno opracowały wytyczne dla wspólnot terapeutycznych.

Leczenie substytucyjne, zintegrowane na ogół z opieką psychospołeczną, jest zwykle świadczone w specjalistycznych placówkach pozaszpitalnych. W 13 państwach zgłoszono, że jest ono również zapewniane przez lekarzy pierwszego kontaktu prowadzących samodzielną praktykę, zwykle w ramach ustaleń dotyczących wspólnej opieki dokonanych ze specjalistycznymi ośrodkami lecznictwa. Lekarze pierwszego kontaktu mogą osiągnąć lepsze rezultaty niż ośrodki specjalistyczne pod względem kontynuowania leczenia, wskaźników abstynencji i jednoczesnego używania innych narkotyków. Stwierdzono to w ramach 12-miesięcznego badania naturalistycznego, które objęło 2694 pacjentów poddawanych leczeniu substytucyjnemu w Niemczech (Wittchen i in., 2008). Inne badania

wykazały, że wprowadzenie leczenia substytucyjnego do podstawowych jednostek opieki zdrowotnej jest nie tylko wykonalne, ale może być też opłacalne (Gossop i in., 2003; Hutchinson i in., 2000).

Całkowita liczba osób używających opiatów, które korzystają z leczenia substytucyjnego w Unii Europejskiej, Chorwacji i Norwegii, nadal rośnie, przy czym szacunkowa liczba tych osób wynosiła w 2008 r. 670 000, co oznacza wzrost w porównaniu z 650 000 osób w 2007 r. (¹²⁰) i około pół miliona pacjentów w 2003 r. Odnotowano pewien wzrost liczby pacjentów w kilku krajach środkowej i wschodniej Europy, ale w krajach, które wstąpiły do Unii Europejskiej po 2004 r., liczba pacjentów poddawanych leczeniu substytucyjnemu uzależnienia od opiatów nadal wynosi zaledwie około 2% całkowitej liczby tych pacjentów w Unii Europejskiej (¹²¹).

Porównanie liczby pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne w Unii Europejskiej z szacowaną liczbą osób problemowo używających opiatów sugeruje, że zakres leczenia wynosi około 50%. Jednakże zakres znacznie różni się w zależności od kraju – 7 z 14 krajów, dla których są dostępne dane szacunkowe dotyczące liczby osób problemowo używających opiatów, zgłosiło zakres poniżej 40%, a 4 z tych krajów zgłosiło zakres poniżej 10% (zob. wykres 11). Niemniej jednak można oszacować, że w Unii Europejskiej dwie z trzech osób problemowo używających opiatów mieszka w krajach, w których zakres leczenia substytucyjnego jest wysoki (¹²²).

W Europie większość pacjentów objętych leczeniem zastępczym otrzymuje metadon (od 70 do 75%), ale maleje liczba krajów, w których jest to jedyna dostępna substancja. Leczenia dużymi dawkami buprenorfiny obecnie dostępne jest we wszystkich państwach członkowskich z wyjątkiem czterech (Bułgaria, Hiszpania, Węgry, Polska) i jest stosowane w od 20 do 25% przypadków leczenia substytucyjnego w Europie, a w ponad 50% przypadków w Republice Czeskiej, we Francji, na Cyprze, na Łotwie, w Szwecji i Chorwacji. We Francji, gdzie zawsze przeważało stosowanie buprenorfiny, metadon jest obecnie przepisywany coraz większemu odsetkowi pacjentów objętych leczeniem zastępczym. W 14 państwach wprowadzono środek stanowiący połączenie buprenorfiny i naloksonu, który Europejska Agencja Leków zatwierdziła w 2006 r. Inne możliwości, które stanowią niewielki odsetek wszystkich przypadków leczenia substytucyjnego, obejmują stosowanie morfiny o powolnym uwalnianiu (w Bułgarii, Austrii i Słowenii), kodeiny (w Niemczech, na Cyprze

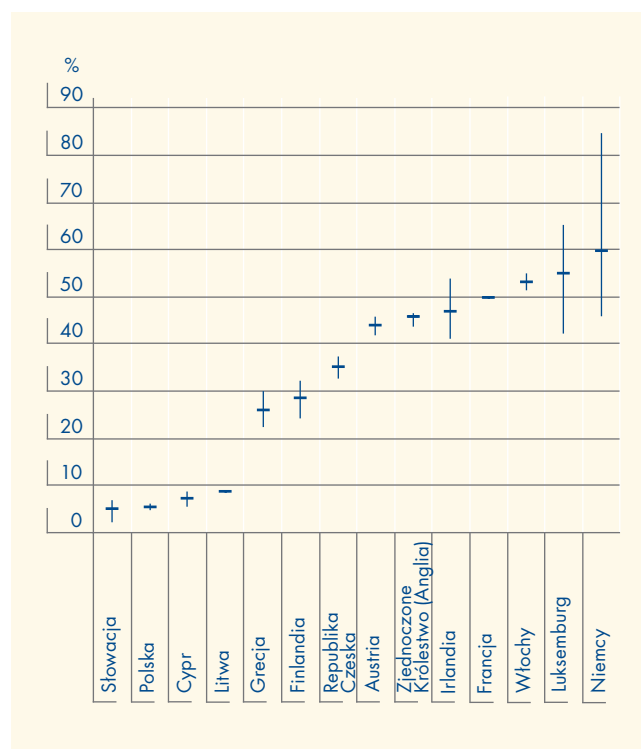
(¹¹⁹) Zob. tabela TDI-24 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

(¹²⁰) Zob. tabela HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

(¹²¹) Zob. wykres HSR-2 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

(¹²²) Szacunki te należy przyjmować z pewną rezerwą, ponieważ nadal brakuje precyzji w zestawach danych.

Wykres 11: Szacunkowy odsetek osób problemowo używających opiatów poddających się leczeniu substytucyjnemu



Uwaga: Więcej informacji – zob. wykres HSR-1 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

i w Austrii) oraz diacetylmorfiny (heroiny). Przepisywanie morfiny obecnie stało się uznaną opcją leczenia w Danii, Niemczech i Niderlandach; istnieje także w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie, a projekty pilotażowe w tym zakresie przygotowywane są w Belgii i Luksemburgu.

Dostęp do leczenia

Przepisy dotyczące świadczenia i stosowania substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów są kluczem do jego dostępności. Ramy prawne mogą zezwalać wszystkim lekarzom pierwszego kontaktu (Belgia, Republika Czeska, Dania, Niemcy, Włochy, Cypr, Niderlandy, Portugalia, Zjednoczone Królestwo, Chorwacja) lub tym, którzy zostali odpowiednio przeszkoleni lub akredytowani (Niemcy, Irlandia, Luksemburg, Austria, Słowenia, Norwegia), na przepisywanie jednej substancji zastępczej lub kilku takich substancji. W innych krajach (Bułgaria, Estonia, Grecja, Hiszpania, Litwa, Węgry, Polska, Rumunia, Słowacja, Finlandia, Szwecja) wyłącznie specjalistyczne ośrodki lecznictwa mogą zapewniać leczenie substytucyjne.

W większości krajów europejskich leki zastępcze mogą być wydawane przez lekarzy pierwszego kontaktu, apteki lub mobilne jednostki terenowe. W Bułgarii,

Estonii, Grecji, na Litwie, w Polsce i na Słowacji sytuacja jest jednak odmienna – wyłącznie specjalistyczne placówki lecznictwa mogą wydawać leki. Duże dawki buprenorfiny mogą być wydawane przez wszystkich lekarzy pierwszego kontaktu w Republice Czeskiej lub dowolną aptekę na Łotwie. W Rumunii, na Węgrzech i w Finlandii wyłącznie apteki są upoważnione do wydawania mieszanki buprenorfiny i naloksonu. Na Węgrzech i w Rumunii zgłoszono, że ze względu na fakt, iż lek ten jest drogi i dopiero od niedawna dostępny, w krajach tych otrzymuje go tylko niewielka liczba pacjentów.

Niedawno zebrano informacje o ponoszonych przez pacjenta kosztach leków stosowanych w leczeniu zastępczym uzależnienia od opiatów. Spośród 26 krajów, które przekazały dane, 17 wskazuje, że lek (w większości przypadków metadon) jest bezpłatny, chyba że leczenie jest zapewniane przez podmioty prywatne. W Belgii i Luksemburgu pacjenci muszą opłacić część kosztów leku wyłącznie wtedy, gdy zostanie one przepisany przez lekarza pierwszego kontaktu. W Republice Czeskiej, na Łotwie, w Portugalii, na Węgrzech i w Finlandii leczenie metadonem jest bezpłatne, ale buprenorfina i mieszanka buprenorfiny i naloksonu muszą być częściowo lub w całości opłacone przez pacjenta. Na przykład na Łotwie miesięczny koszt leczenia w przypadku dziennej dawki 8 mg buprenorfiny wynosi około 250 EUR. Metadon jest zasadniczo tańszy niż inne leki zastępcze o podobnej efektywności, np. buprenorfina (WHO, 2009), co częściowo wyjaśnia, dlaczego wiele krajowych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego zapewnia pełny zwrot kosztów za metadon, dając mu pierwszeństwo przed innymi lekami zastępczymi. Wersje generyczne buprenorfiny, które są tańsze, stosowane do terapii dużymi dawkami tego leku, są dostępne we Francji od 2006 r. i są w tym kraju przepisywane około 30 000 pacjentów (30% wszystkich pacjentów leczonych buprenorfiną).

Informacje o kosztach, zapewnieniu leczenia substytucyjnego i wydawaniu leków zastępczych wykazują regionalne różnice występujące w Europie. Kraje na północy i wschodzie Europy często stosują bardziej ukierunkowany i bardziej wysokoprogowy model dostępu, podczas gdy wiele krajów na zachodzie Europy wdraża wielostronne i niskoprogowe modele dostępu. Różnice te mogą odzwierciedlać różne modele opieki – w niektórych krajach priorytet stanowi abstynencja i podejście psychospołeczne, a w innych pierwszeństwo przyznaje się stabilizacji i kontynuowaniu leczenia przez pacjenta oraz podejściu ograniczającemu szkodę.

„Insight” EMCDDA na temat leczenia wspomaganego heroinę

Leczenie wspomagane heroinę jest obecnie zapewniane około 1500 osobom nałogowo i problemowo używającym opiatów w pięciu państwach członkowskich UE. Większość z tych państw, jak również Szwajcaria i Kanada, przeprowadziła badania doświadczalne, aby ocenić rezultaty tego typu leczenia. W 2011 r. EMCDDA, przy wsparciu zespołu międzynarodowych badaczy i klinicystów, opublikuje badania dotyczące tego rodzaju leczenia, dokonując przeglądu zgromadzonych w ostatnich latach dowodów naukowych. W publikacji zawarty będzie również przegląd opracowywania, świadczenia i praktyki klinicznej leczenia wspomaganego heroinę, a także opis niektórych wyzwań związanych z wprowadzeniem tego rozwiązania. Przedstawione zostaną również minimalne normy jakości.

Skuteczność i jakość leczenia

Leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów w połączeniu z interwencjami psychospołecznymi uznano za najskuteczniejszą metodę leczenia osób używających opiatów. W porównaniu z detoksykacją lub całkowitym brakiem leczenia, leczenie przy użyciu metadonu lub wysokich dawek buprenorfiny daje znacznie lepsze wyniki pod względem ograniczenia używania narkotyków, działalności przestępczej, zachowań ryzykownych

oraz zakażeń HIV, przedawkowań i ogólnego poziomu śmiertelności, a także wiąże się z większym odsetkiem pacjentów kontynuujących leczenie (WHO, 2009).

Całkowite odstawienie opiatów, powodujące głód narkotyczny, zazwyczaj daje niskie wyniki na dłuższą metę (Mattick i in., 2009), ale może pomóc pacjentom, jeżeli świadomie wybiorą poddanie się leczeniu tego rodzaju. W systemach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego detoksykacja jest dokonywana poprzez podawanie coraz mniejszych dawek metadonu lub buprenorfiny (jako leczenie preferowane) lub antagonistów alfa-2. Techniki przyspieszonego odwyku, w których stosowane są środki będące antagonistami opiatów w połączeniu z silnymi środkami uspokajającymi, nie są zalecane ze względu na bezpieczeństwo (Gowing i in., 2010). Po ustąpieniu głodu opiatowego pacjentom, którzy posiadają motywację do powstrzymania się od używania opiatów, należy doradzić rozważenie leczenia z wykorzystaniem naltreksonu w celu zapobiegania nawrotowi uzależnienia.

Połączenie buprenorfiny i naloksonu (sprzedawane pod nazwą Suboxone) opracowano w celu zapobiegania dożylnemu używaniu buprenorfiny. Niemniej jednak jej skuteczność w zapobieganiu dożylnemu używaniu buprenorfiny jak dotąd nie jest oczywista (Bruce i in., 2009, Simojoki i in., 2008).



Rozdział 7

Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami

Wprowadzenie

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

Używanie opiatów i dożylnie używanie narkotyków to dwie formy przyjmowania narkotyków ściśle związane z takimi właśnie szkodami, zwłaszcza z przedawkowaniami i przenoszeniem chorób zakaźnych. Liczba przedawkowań ze skutkiem śmiertelnym zgłoszonych w Unii Europejskiej w ciągu ostatnich 20 lat stanowi ekwiwalent jednego zgonu wskutek przedawkowania na godzinę. Badania pokazują również, że w ciągu ostatnich 20 lat duża liczba osób używających narkotyków zmarła z innych przyczyn, takich jak AIDS i samobójstwo.

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

Choroby zakaźne związane z narkotykami

Choroby zakaźne, takie jak zakażenie HIV i zapalenie wątroby typu B i C, należą do najpoważniejszych skutków zdrowotnych używania narkotyków. Nawet w krajach, w których rozpowszechnienie HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie jest niskie, na stan zdrowia osób używających narkotyków mogą mieć

niewspółmierny wpływ inne choroby zakaźne, w tym zapalenie wątroby typu A, B, C i D, choroby przenoszone drogą płciową, gruźlica, tężec, zatrucie jadem kiełbasianym, węglik, i zakażenie ludzkim wirusem T-limfotropowym. EMCDDA systematycznie monitoruje rozpowszechnienie HIV oraz zapalenia wątroby typu B i C wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie ⁽¹²³⁾.

HIV i AIDS

Do końca 2008 r. odsetek zgłoszonych nowych przypadków zdiagnozowanego zakażenia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie pozostał niski w większości krajów Unii Europejskiej, a w kontekście globalnym sytuacja w UE przedstawia się korzystnie (ECDC i WHO-Europa, 2009; Wiessing i in., 2009). Przynajmniej częściowo może to być wynikiem większej dostępności środków w zakresie profilaktyki, leczenia i ograniczania szkód, w tym leczenia substytucyjnego oraz programów wymiany igieł i strzykawek (Wiessing i in., 2009). Inne czynniki, takie jak spadek dożylnego przyjmowania narkotyków, o którym informują niektóre kraje, również mogły odegrać istotną rolę. Niemniej jednak dane wskazują, że w 2008 r. w niektórych częściach UE wskaźniki przenoszenia wirusa HIV w wyniku dożylnego przyjmowania narkotyków nadal prawdopodobnie utrzymywały się na stosunkowo wysokim poziomie, co podkreśla potrzebę rozszerzenia zakresu i podniesienia skuteczności lokalnych praktyk profilaktycznych.

Tendencje w zakażeniach wirusem HIV

Dane za 2008 r. dotyczące nowych zdiagnozowanych przypadków związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków wskazują, że w Unii Europejskiej wskaźniki zakażeń – po osiągnięciu szczytowego poziomu w latach 2001–2002, co było wynikiem epidemii w Estonii, na Łotwie oraz Litwie – zasadniczo nadal spadają ⁽¹²⁴⁾. W 2008 r. ogólny wskaźnik nowo zgłoszonych zakażeń

⁽¹²³⁾ Więcej informacji na temat metod i definicji – zob. biuletyn statystyczny za 2010 r.

⁽¹²⁴⁾ Procedury zgłaszania zakażeń HIV zmieniły się w ostatnich latach i obecnie dane są dostępne raczej według roku diagnozy niż roku zgłoszenia (EDCD i Biuro WHO dla Europy, 2009). W niektórych krajach powoduje to niższe wartości liczbowe, które prawdopodobnie dokładniej odzwierciedlają rzeczywistą liczbę przypadków (np. w Portugalii). Jednakże w niektórych sytuacjach opóźnienia w zgłaszaniu mogą również powodować niedoszacowanie liczby przypadków.

Zob. tabela INF-104 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie w 23 państwach członkowskich UE, dla których dostępne są dane krajowe, wynosił 2,6 przypadku na 1 mln mieszkańców, czyli nastąpił spadek z poziomu 3,7 przypadku na 1 mln mieszkańców w 2007 r. ⁽¹²⁵⁾. Z czterech krajów zgłaszających najwyższe wskaźniki nowo zdiagnozowanych zakażeń (Estonia, Łotwa, Litwa, Portugalia) wszystkie nadal zgłaszały tendencję spadkową, przy czym w Estonii i na Łotwie spadek był znaczny (wykres 12). W Estonii nastąpił spadek z 86 przypadków na 1 mln mieszkańców w 2007 r. do 27 przypadków na 1 mln w 2008 r., a na Litwie – z 62 przypadków na 1 mln w 2007 r. do 44 przypadków na 1 mln w 2008 r.

Ogólnie rzecz biorąc, między 2003 a 2008 r. nie zaobserwowano wyraźnego wzrostu liczby nowo zdiagnozowanych zakażeń wirusem HIV wśród osób używających narkotyków dożylnie, a zgłoszone wskaźniki pozostają niskie. Jednakże w Bułgarii wskaźnik dla osób używających narkotyków dożylnie wzrósł z 0 przypadków na 1 mln mieszkańców w 2003 r. do 6,8 przypadków na 1 mln w 2008 r., podczas gdy w Szwecji zaobserwowana w 2007 r. wartość szczytowa na poziomie 6,7 przypadków wskazuje na nadal obecne ryzyko wybuchu epidemii HIV wśród osób używających narkotyków dożylnie.

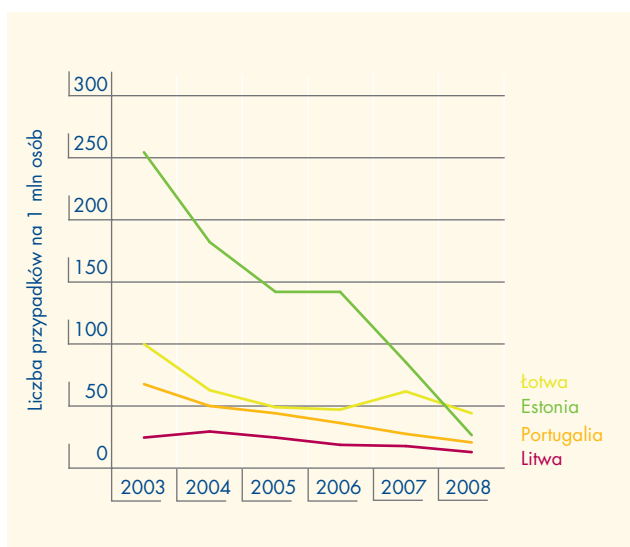
Dane dotyczące tendencji, pochodzące z monitorowania rozpowszechnienia HIV w próbach osób przyjmujących narkotyki dożylnie, stanowią ważne uzupełnienie danych dotyczących zgłaszania przypadków zakażeń HIV. Dane dotyczące rozpowszechnienia w latach 2003–2008 są dostępne w odniesieniu do 24 krajów ⁽¹²⁶⁾. W 16 krajach rozpowszechnienie HIV pozostawało na niezmiennym poziomie. W siedmiu krajach (Bułgaria, Hiszpania, Francja, Włochy, Polska, Portugalia, Norwegia) rozpowszechnienie HIV wykazywało spadek. W sześciu z nich oparto się na próbach krajowych, podczas gdy we Francji oparto się na danych pochodzących z pięciu miast. Regionalny wzrost odnotowały jedynie trzy kraje: Bułgaria (Sofia); Włochy (w 2 z 21 regionów) i Litwa (Wilno). Jednakże zgłaszane nowo zdiagnozowane przypadki zakażenia HIV wśród osób przyjmujących dożylnie narkotyki wykazują w tych trzech krajach tendencję spadkową.

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.

Pomimo tendencji wskazującej na szybki spadek wskaźniki zgłoszonych w 2008 r. nowo zdiagnozowanych zakażeń HIV związanych z dożylnym używaniem narkotyków pozostają nadal wysokie na Łotwie (44 przypadki na 1 mln mieszkańców), w Estonii (27), Portugalii (20,7) i na Litwie (12,5), sugerując, że nadal w tych krajach dochodzi do przenoszenia wirusa między osobami używającymi narkotyków dożylnie.

Dalsze oznaki przenoszenia się HIV w ostatnich latach wynikają z doniesień dotyczących poziomu rozpowszechnienia wyższego niż 5% wśród młodych osób przyjmujących narkotyki dożylnie (próby liczące 50 lub więcej osób poniżej 25. roku życia przyjmujących narkotyki dożylnie) w kilku krajach: Estonia (dwa regiony, 2005), Francja (pięć miast, 2006), Łotwa (jedno miasto, 2007), Litwa (jedno miasto, 2006) oraz Polska (jedno miasto, 2005) ⁽¹²⁷⁾. Chociaż ze względu na małe rozmiary prób konieczna jest ostrożność, dane wykazują w latach 2003–2008 statystycznie istotny wzrost rozpowszechnienia HIV wśród młodych osób używających narkotyków dożylnie w Belgii (Flandria) i Bułgarii, natomiast w Szwecji i Hiszpanii odnotowano spadek. Dane o rozpowszechnieniu HIV wśród osób od niedawna używających narkotyków dożylnie (krócej niż dwa lata) również potwierdza prawdopodobny spadek w tej grupie w Szwecji ⁽¹²⁸⁾.

Wykres 12: Tendencje w nowo zgłoszonych zakażeniach HIV wśród osób używających narkotyków dożylnie w czterech państwach członkowskich UE zgłaszających wysoką liczbę zakażeń



Uwaga: Dane zgłoszone do końca października 2009 r.
Źródło: ECDC i Biuro Regionalne WHO dla Europy.

⁽¹²⁵⁾ Dane krajowe nie są dostępne w odniesieniu do Danii, Hiszpanii, Włoch i Austrii.

⁽¹²⁶⁾ Zob. tabela INF-108 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹²⁷⁾ Zob. tabela INF-109 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹²⁸⁾ Zob. tabela INF-110 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Liczba zachorowań na AIDS i dostęp do terapii HAART

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

Estonia jest krajem o najwyższej zachorowalności na AIDS związanej z dożylnym przyjmowaniem narkotyków, mając w 2008 r., jak się ocenia, 30,6 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców wobec 33,5 nowych przypadków w 2007 r. Stosunkowo wysoki poziom zachorowalności na AIDS zgłoszono również na Łotwie, Litwie, w Portugalii i Hiszpanii: odpowiednio 25,5, 10,7, 10,2 i 8,9 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców. Wśród tych czterech krajów odnotowano tendencję spadkową w Hiszpanii i Portugalii, lecz nie na Łotwie i Litwie ⁽¹²⁹⁾.

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, w szczególności zakażenia wywołane wirusem typu C (HCV), jest bardzo rozpowszechnione w całej Europie u osób przyjmujących narkotyki dożylnie. W latach 2007–2008 poziom przeciwciał HCV w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki dożylnie wahał się od około 12 do 85%, przy czym 8 spośród 12 krajów zgłasza poziom przekraczający 40% ⁽¹³⁰⁾. Trzy kraje (Republika Czeska, Węgry, Finlandia) zgłaszają rozpowszechnienie na poziomie poniżej 25% w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki dożylnie; chociaż wskaźniki zakażenia na tym poziomie nadal stanowią znaczny problem dla zdrowia publicznego.

W poszczególnych krajach poziom rozpowszechnienia HCV mogą się znacznie różnić, odzwierciedlając zarówno różnice regionalne, jak i cechy charakterystyczne właściwe dla populacji próby. Na przykład we Włoszech szacunkowe dane regionalne wahają się od około 31 do 87% (wykres 13).

Niedawne badania (2007–2008) pokazują duże zróżnicowanie poziomu rozpowszechnienia wśród osób

Wybuch epidemii węglików wśród osób używających heroiny w Zjednoczonym Królestwie i Niemczech

Węglik jest ostrą chorobą zakaźną wywołaną przez bakterię *Bacillus anthracis*. Najczęściej występuje u zwierząt dzikich i domowych oraz endemicznie w kilku krajach głównie rolniczych, ale w Europie choroba ta jest bardzo rzadka.

W grudniu 2009 r. Zjednoczone Królestwo ogłosiło alarm z powodu epidemii węglików w Szkocji wśród osób używających narkotyków dożylnie. Do 31 maja 2010 r. w Szkocji potwierdzono 42 przypadki, z czego 13 skończyły się zgonem, przy czym dalsze trzy przypadki (dwa śmiertelne) potwierdzono w Anglii, a dwa (jeden śmiertelny) – w Niemczech. Wykryty w Niemczech i Anglii szczep węglików nie różnił się od znalezionego w Szkocji, co stanowczo wskazuje na wspólne źródło infekcji. Ponadto ponieważ wszystkie zgłoszone przypadki miały miejsce wśród osób używających heroiny, prawdopodobnie źródłem jest skażona partia heroiny. W próbkach heroiny analizowanych w Szkocji do końca maja 2010 r. nie znaleziono jednak dowodów na występowanie laseczek węglików.

Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i EMCDDA przeprowadziły wspólną ocenę ryzyka w odniesieniu do tej epidemii. Rozpowszechniono także regularne aktualizacje informacji, co doprowadziło do kolejnych zgłoszeń grup zgonów wśród osób używających narkotyków w innych krajach. Okazało się jednak, że nie były one związane z zakażeniem węglikami.

używających narkotyków dożylnie w wieku poniżej 25 lat oraz przyjmujących narkotyki dożylnie krócej niż przez dwa lata, co wskazuje na różne poziomy współczynników występowania HCV w tej populacji na obszarze całej Europy ⁽¹³¹⁾. Niemniej jednak badania te także wskazują, że wiele osób zaraża się wirusem w początkowym okresie przyjmowania narkotyków. Sugeruje to, że odpowiedni czas na rozpoczęcie skutecznego zapobiegania zakażeniu HCV jest dość krótki.

Rozpowszechnienie przeciwciał wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) również jest bardzo zróżnicowane, prawdopodobnie częściowo z powodu różnic w zasięgu szczepień, chociaż pewną rolę mogą odgrywać inne czynniki. Najbardziej kompletne dane dotyczące HBV uzyskuje się dzięki przeciwciałom przeciwko antygenowi rdzeniowemu wirusowego zapalenia wątroby typu B (anty-HBc), które wykazują historię zakażenia. W latach 2007–2008 cztery z dziewięciu krajów dostarczających dane na temat tego wirusa wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie zgłosiło poziom rozpowszechnienia przeciwciał anty-HBc powyżej 40% ⁽¹³²⁾.

⁽¹²⁹⁾ Zob. wykres INF-1 i tabela INF-104 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹³⁰⁾ Zob. tabela INF-111 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹³¹⁾ Zob. wykres INF-6 (część ii) i (część iii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹³²⁾ Zob. tabela INF-115 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Spadek rozpowszechnienia HCV obserwuje się w dziewięciu krajach, a wzrost w trzech kolejnych, podczas gdy dalsze cztery kraje posiadają zestawy danych wykazujące oba rodzaje tendencji – w niektórych przypadkach należy jednak zachować ostrożność ze względu na ograniczoną wielkość próby⁽¹³³⁾. Badania dotyczące młodych osób używających narkotyków dożylnie (w wieku poniżej 25 lat) wskazują w większości na stabilne rozpowszechnienie i pewne tendencje spadkowe, chociaż w jednym regionie w Grecji (Attyka) zgłoszono wzrost. Potwierdzają to dane dotyczące osób od niedawna używających narkotyków dożylnie (krócej niż dwa lata) w odniesieniu do Grecji, zarówno w Attyce, jak i na poziomie krajowym. Dane dotyczące osób od niedawna używających narkotyków dożylnie pokazują również wzrost w Słowenii, chociaż rozmiary prób są małe, a spadek w Portugalii (na poziomie krajowym) i Szwecji (Sztokholm).

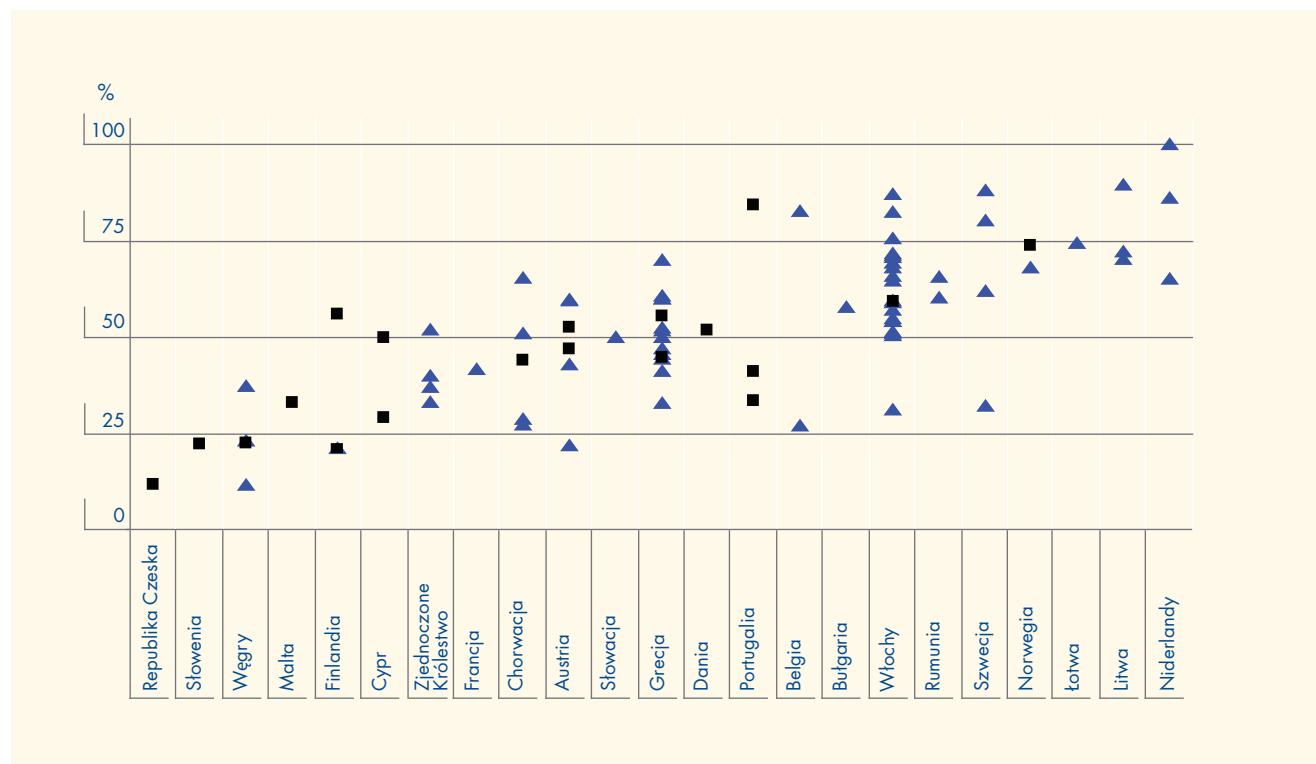
Tendencje w odnotowanych przypadkach wirusowego zapalenia wątroby typu B i C przedstawiają zróżnicowany obraz, ale istnieje problem z jego interpretacją, jako że jakość danych jest niska. Jednakże odsetek osób

używających narkotyków dożylnie wśród wszystkich odnotowanych przypadków, w których czynniki ryzyka są znane, może dawać wgląd w epidemiologię tych zakażeń (Wiessing i in., 2008). W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B odsetek osób używających narkotyków dożylnie spadł pomiędzy 2003 i 2008 r. w 8 z 17 krajów. Wśród odnotowanych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C pomiędzy 2003 i 2008 r. w 6 krajach spadł odsetek osób używających narkotyków dożylnie, natomiast w 3 innych krajach wzrósł (Republika Czeska, Malta, Zjednoczone Królestwo)⁽¹³⁴⁾.

Profilaktyka chorób zakaźnych oraz reagowanie na nie

Profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków stanowi ważny cel zdrowia publicznego w Unii Europejskiej, a także składnik większości polityk antynarkotykowych państw członkowskich. Kraje reagują na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych wśród używających narkotyków poprzez kombinację różnych

Wykres 13: Występowanie przeciwciał HCV wśród osób używających narkotyków dożylnie



Uwaga: Dane za lata 2007 i 2008. Czarny kwadrat oznacza próbki ogólnokrajowe; niebieski trójkąt oznacza próbki subkrajowe (lokalne lub regionalne). Różnice między poszczególnymi krajami należy interpretować ostrożnie z uwagi na różnice w warunkach i metodach badań. Krajowe strategie dotyczące pobierania próbek nie są jednakowe. O kolejności krajów decyduje liczba przypadków (narastająco) uzyskana na podstawie średnich danych krajowych, a w razie ich braku – na podstawie danych subkrajowych. Więcej informacji – zob. wykres INF-6 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

⁽¹³³⁾ Zob. tabela INF-111 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹³⁴⁾ Zob. tabele INF-105 i INF-106 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

podejść, w tym: leczenie uzależnienia od narkotyków, w szczególności leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów; zapewnienie sterylnej sprzątu i akcesoriów do iniekcji; zapewnienie informacji poprzez działania oparte na społeczności, edukację, wykonywanie badań i interwencje behawioralne, często wdrażane za pośrednictwem jednostek terenowych lub niskoprogowych⁽¹³⁵⁾. Środki te, wraz z terapią antyretrowirusową oraz z diagnozowaniem i leczeniem gruźlicy, promowane były przez agencje ONZ jako kluczowe interwencje mające na celu zapobieganie i leczenie HIV oraz opiekę nad osobami używającymi narkotyków dożylnie (WHO, UNODC i UNAIDS, 2009).

Od połowy lat 90. XX w. znacznie poprawiła się w Europie dostępność leczenia uzależnienia od narkotyków i działań ograniczających szkody. Zarówno leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów, jak i programy wymiany igieł i strzykawek istnieją obecnie we wszystkich krajach z wyjątkiem Turcji. Chociaż zapewnienie tych interwencji pozostaje w niektórych krajach ograniczone, szacuje się, że co druga osoba problemowo używająca opiatów w Europie może skorzystać z substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów (zob. rozdział 6). W najnowszym przeglądzie (Kimber i in., 2010) stwierdzono, że obecnie istnieją wystarczające dowody na to, że ten rodzaj leczenia wpływa na ograniczenie przenoszenia się HIV i samodzielnie zgłoszonych zachowań ryzykownych związanych z używaniem dożylnym; jednak dowody na zmniejszenie poziomu przenoszenia się wirusowego zapalenia wątroby typu C są bardziej ograniczone. Przeprowadzone w Amsterdamie badanie kohortowe wykazało, że „pełny udział” w programach wymiany igieł i strzykawek, a także w leczeniu zastępczym uzależnienia od opiatów wiązało się ze znacznym spadkiem występowania HIV i HCV wśród osób używających narkotyków dożylnie (Van den Berg i in., 2007), podczas gdy ostatnie badanie kohortowe przeprowadzone w Zjednoczonym Królestwie łączyło leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów ze statystycznie istotnym obniżeniem współczynników występowania HCV (Craine i in., 2009).

Interwencje

Dostęp do sterylnej sprzątu do iniekcji jest najczęściej zgłaszanym priorytetem. Dane dotyczące rozprowadzania strzykawek za pośrednictwem wyspecjalizowanych programów wymiany igieł i strzykawek w latach

2007–2008 są dostępne dla wszystkich krajów z wyjątkiem czterech⁽¹³⁶⁾. Wykazują one, że za pośrednictwem tych programów rozprowadza się około 40 mln strzykawek rocznie. Jest to średnio 80 strzykawek na szacunkową osobę używającą narkotyków dożylnie w kraju, który przekazał dane dotyczące strzykawek.

Średnią liczbę strzykawek rozprowadzanych rocznie na jedną osobę używającą narkotyków dożylnie można obliczyć w przypadku 13 krajów europejskich (wykres 14). W 7 z tych krajów średnia liczba strzykawek wydanych za pośrednictwem specjalistycznych programów wynosi mniej niż 100 na osobę używającą narkotyków dożylnie; 5 krajów wydaje od 140 do 175 strzykawek, a Norwegia zgłosiła rozprowadzanie przeszło 320 strzykawek na jedną osobę używającą narkotyków dożylnie⁽¹³⁷⁾. W zakresie profilaktyki HIV agendy ONZ uznają dystrybucję na poziomie 100 strzykawek na jedną osobę używającą narkotyków dożylnie za niską, a 200 strzykawek na osobę – za wysoką (WHO, UNODC i UNAIDS, 2009).

W ramach ostatnich badań nad opłacalnością programów wymiany igieł i strzykawek w Australii, gdzie co roku rozdaje się 30 mln strzykawek, oszacowano, że od wprowadzenia tych programów w 2000 r. zapobiegły one ponad 32 000 przypadków zakażenia HIV i prawie 100 000 przypadków zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2009).

Pochodzące z 14 krajów nowe dane dotyczące 2008 r. wykazały poprawę w zakresie dostarczania strzykawek osobom używającym narkotyków w Belgii (Flandria), Republice Czeskiej, Estonii, na Węgrzech, w Zjednoczonym Królestwie (Irlandia Północna) i Chorwacji, potwierdzając tym samym wcześniejsze tendencje. Wzrost zgłoszono również w Portugalii i na Litwie, gdzie wartości te wcześniej spadały. Spadek w porównaniu do 2007 r. zgłoszono w Grecji, Rumunii i na Słowacji, a także w Luksemburgu i Polsce, gdzie tendencję spadkową zaobserwowano już w poprzednim roku. Na Cyprze osoby używające narkotyków nie korzystały z programu.

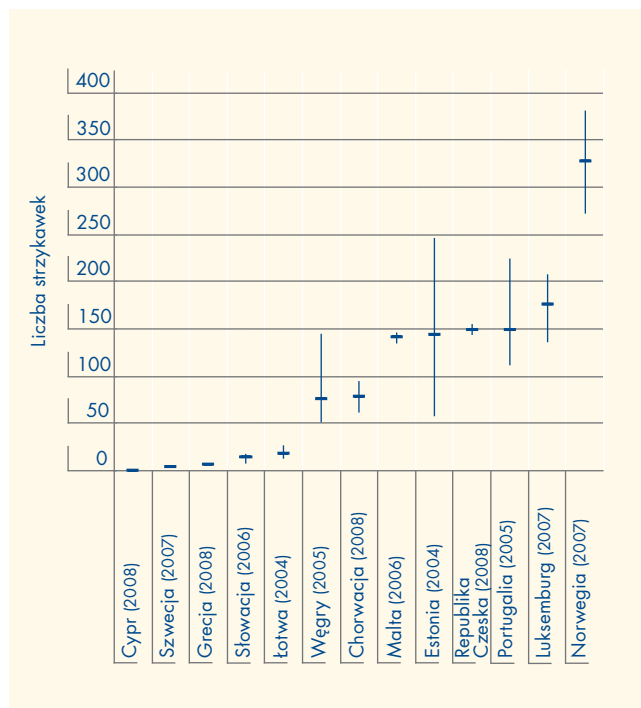
W Europie w ramach programów wymiany igieł i strzykawek w coraz większym stopniu oferuje się także różne przedmioty związane z iniekcjami (np. pojemniki do mieszania), co ma na celu zapobieganie dzieleniu się nimi. Aby zachęcić do zaprzestania dożylnego używania narkotyków, zapewniane jest także wyposażenie, które

⁽¹³⁵⁾ Więcej informacji o priorytetach krajowych i poziomach zapewnienia usług – zob. tabela HSR-6 w biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹³⁶⁾ Zob. tabela HSR-6 w biuletynie statystycznym za 2009 r. i tabela HSR-5 w biuletynie statystycznym za 2010 r. Dane dotyczące liczby strzykawek w latach 2007–2008 były niedostępne w odniesieniu do Danii, Niemiec, Włoch i Zjednoczonego Królestwa.

⁽¹³⁷⁾ Wartości te nie uwzględniają sprzedaży aptecznej, która w wielu krajach może stanowić ważne źródło sterylnych strzykawek dla osób używających narkotyków.

Wykres 14: Strzykawki rozprowadzone w ramach specjalistycznych programów, szacunkowo na 1 osobę używającą narkotyków dożylnie



Uwaga: Na podstawie szacunkowych danych dotyczących dożylnego używania narkotyków we wskazanych latach i najnowszych dostępnych danych dotyczących liczby strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów wymiany igieł i strzykawek (2006-2008). Pełne uwagi i źródła – zob. wykres HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

można zastosować do używania narkotyków innego niż dożylnie, np. rurki lub folia aluminiowa. Inny przykład takiego działania zgłosiła Republika Czeska, gdzie jednostki niskoprogowe rozpoczęły wydawanie osobom używającym dożylnie metamfetaminy twardych kapsulek z żelatyny, które mogą zostać wypełnione narkotykiem i połknięte.

Kraje europejskie zgłaszają najnowsze osiągnięcia w zakresie diagnozowania, profilaktyki i leczenia przewlekłego zapalenia wątroby. Obejmują one przyjęcie określonych programów lub planów działania (np. Dania, Francja, Zjednoczone Królestwo – Anglia, Szkocja i Irlandia Północna). Istniejące interwencje obejmują określone materiały informacyjne; skierowane do młodych osób używających narkotyków dożylnie szkolenia w zakresie bezpiecznego wykonywania iniekcji, prowadzone przez zespoły terenowe (np. Rumunia) lub w ramach szkolenia rówieśników (np. w więzieniach w Hiszpanii i Luksemburgu); a także łatwo dostępne i darmowe doradztwo i badanie. Zjednoczone Królestwo zgłosiło także zastosowanie systemu gratyfikacji i kar,

aby zachęcić do badania. Inne zgłoszone działania mają na celu utrzymanie niskich poziomów dożylnego używania poprzez zatrzymywanie na leczeniu uzależnienia od narkotyków; uwzględnienie usług związanych z wirusowym zapaleniem wątroby w placówkach, które służą osobom używającym narkotyków; oraz dokonywanie przeglądu wytycznych w zakresie leczenia HCV, aby poprawić dostęp do tego typu leczenia (np. w Republice Czeskiej). Kilka krajów wprowadziło także inicjatywy dotyczące poszerzania wiedzy i świadomości o przewlekłym wirusowym zapaleniu wątroby wśród pracowników służby zdrowia i opieki społecznej (Austria) oraz społeczeństwa (np. Niemcy, Irlandia, Niderlandy).

Zgony związane z narkotykami i wskaźniki śmiertelności

Używanie narkotyków to jedna z głównych przyczyn problemów zdrowotnych i zgonów wśród ludzi młodych w Europie i może stanowić znaczący odsetek wszystkich zgonów wśród dorosłych. Badania wykazały, że od 10 do 23% przypadków zgonów w grupie wiekowej od 15 do 49 lat można przypisać używaniu opiatów (Bargagli i in., 2006; Bloor i in., 2008).

Śmiertelność związana z używaniem narkotyków obejmuje zgony spowodowane pośrednio lub bezpośrednio przez używanie narkotyków. Do zgonów tych zalicza się zgony wskutek przedawkowania narkotyków (zgony spowodowane narkotykami), HIV/AIDS, wypadków komunikacyjnych, szczególnie w połączeniu z alkoholem, przemocy, samobójstwa i przewlekłych problemów zdrowotnych wywołanych regularnym używaniem narkotyków (np. problemy związane z układem sercowo-naczyniowym wśród osób używających kokainy) ⁽¹³⁸⁾.

Zgony spowodowane przez narkotyki

W latach 1995–2007 w państwach członkowskich UE, Chorwacji, Norwegii i Turcji co roku odnotowywano od 6400 do 8500 zgonów spowodowanych przez narkotyki. W 2007 r. prawie połowa zgłoszonych zgonów spowodowanych przez narkotyki miała miejsce w Zjednoczonym Królestwie i Niemczech.

W poszczególnych krajach wskaźniki śmiertelności w wyniku zgonów wskutek przedawkowania narkotyków są bardzo zróżnicowane i wahają się od 2 do nieco poniżej 85 przypadków śmiertelnych na 1 mln mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat (średnia wartość wynosi 21 zgonów na 1 mln mieszkańców). W 14 z 28 krajów europejskich odnotowano wskaźniki powyżej 20 zgonów na 1 mln mieszkańców, natomiast w 6 krajach – ponad 40 zgonów na 1 mln mieszkańców. Wśród

⁽¹³⁸⁾ Zob. „Śmiertelność związana z narkotykami: pojęcie złożone” w Sprawozdaniu rocznym 2008.

Europejczyków w wieku od 15 do 39 lat zgony spowodowane przedawkowaniem narkotyków stanowiły 4% wszystkich zgonów⁽¹³⁹⁾. Obszary o największym rozpowszechnieniu problemowego używania narkotyków mogą być dotknięte tym problemem w nieproporcjonalnym stopniu. Na przykład w 2008 r. liczba zgonów spowodowanych przez narkotyki w Szkocji wyniosła 112,5 na 1 mln mieszkańców, co stanowi odsetek znacznie przekraczający wskaźnik dla Zjednoczonego Królestwa jako całości (38,7 na 1 mln).

Na zgłoszoną liczbę zgonów powodowanych przez narkotyki mogą mieć wpływ wskaźniki i schematy używania narkotyków (dożylnie, używanie więcej niż jednego narkotyku), wiek i współwystępujące choroby osób używających narkotyków oraz dostępność leczenia, służb medycznych i ratunkowych, a także jakość gromadzenia danych i sprawozdawczości. Poprawa wiarygodności europejskich danych umożliwiła sporządzenie lepszej charakterystyki tendencji i obecnie większość krajów przyjęła definicję przypadku zgodną z definicją EMCDDA⁽¹⁴⁰⁾. Niemniej jednak jakiegokolwiek bezpośrednie porównania wymagają zachowania ostrożności ze względu na istniejące między krajami różnice w jakości praktyk w zakresie ustalania przypadków i sprawozdawczości.

Zgony związane z opiatami

Heroina

Opiaty, głównie heroina lub jej metabolity, występują w większości przypadków zgonów spowodowanych przez narkotyki w Europie. W 20 krajach, które przekazały dane, zgony spowodowane przez opiaty stanowiły ponad trzy czwarte wszystkich przypadków w 2008 r. (od 77 do 100%), przy czym 11 krajów zgłosiło odsetek wynoszący ponad 85%⁽¹⁴¹⁾. Substancje wykrywane oprócz heroiny obejmują alkohol, benzodiazepiny lub inne opiaty oraz, w niektórych krajach, kokainę. To wskazuje, że znaczny odsetek wszystkich zgonów spowodowanych przez narkotyki może występować w kontekście używania wielu narkotyków.

Najwyższy wskaźnik zgonów spowodowanych przedawkowaniem w Europie przypada na mężczyzn (81%). W większości krajów średnia wieku osób umierających waha się w okolicach trzydziestu paru lat i w wielu przypadkach rośnie. Świadczy to o możliwym ustabilizowaniu się lub spadku liczby młodych osób

używających heroiny i starzejącej się grupie osób problemowo używających opiatów. W Europie w sumie 13% zgłoszonych zgonów z powodu przedawkowania miało miejsce wśród osób w wieku poniżej 25 lat, a chociaż w Austrii, Rumunii i na Malcie (mała liczba) zgłaszano odsetek wynoszący 40% lub więcej. Może to wskazywać na młodszą w tych krajach populację osób używających heroiny lub przyjmujących narkotyki dożylnie⁽¹⁴²⁾.

Z przypadkami przedawkowania heroiny ze skutkiem śmiertelnym i nieskutkującymi zgonem wiąże się kilka czynników. Obejmują one iniekcje i jednoczesne używanie innych substancji, w szczególności alkoholu, beznodiazepin oraz niektórych środków przeciwdepresyjnych. Z przedawkowaniem związane są również cięgi używania narkotyków, współistnienie zaburzeń psychicznych, bezdomność, gorszy stan zdrowia psychicznego (np. depresja), nieobjęcie leczeniem uzależnienia od narkotyków, wcześniejsze przypadki przedawkowania oraz samotność w czasie przedawkowania (Rome i in., 2008). Jak wykazały pewne badania obserwacyjne, czas bezpośrednio po zwolnieniu z więzienia lub po przerwaniu terapii jest okresem szczególnego ryzyka przedawkowania (WHO, 2010).

Inne opiaty

Jak wykazują norweskie badanie obejmujące 3800 osób i kontynuowane przez okres do siedmiu lat, leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów znacząco zmniejsza zagrożenie przedawkowaniem ze skutkiem śmiertelnym. Badania te wykazały także spadek śmiertelności w trakcie leczenia w porównaniu z okresem przed leczeniem. Spadek ryzyka była znaczący zarówno w odniesieniu do zgonów wskutek przedawkowania (względne zagrożenie 0,2), jak i śmiertelności wskutek wszystkich przyczyn (względne zagrożenie 0,5) (Clausen i in., 2008).

Co roku zgłaszane są także zgony związane z obecnością leków stosowanych w leczeniu zastępczym uzależnienia od opiatów. Odzwierciedla to dużą liczbę osób używających narkotyków i objętych tego rodzaju leczeniem, ale nie oznacza, że substancje te stanowiły przyczynę zgonu. Zgony spowodowane przedawkowaniem wśród pacjentów objętych leczeniem zastępczym mogą wynikać z mieszania narkotyków, ponieważ niektórzy pacjenci nadal używają opiatów nabywanych „na ulicy”, spożywają duże ilości alkoholu oraz używają przepisanych substancji psychoaktywnych. Jednakże większość zgonów spowodowanych

⁽¹³⁹⁾ Zob. wykres DRD-7 (część i) oraz tabele DRD-5 (część ii) i DRD-107 (część i) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁴⁰⁾ Szczegółowe informacje na temat metodyki – zob. biuletyn statystyczny za 2010 r.

⁽¹⁴¹⁾ Ponieważ większość zgłaszanych EMCDDA zgonów spowodowanych narkotykami to przedawkowanie opiatów (głównie heroiny), przedstawiono tu ogólną charakterystykę zgłaszanych zgonów, aby opisać i przeanalizować zgony związane z używaniem heroiny. Zob. wykres DRD-1 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁴²⁾ Zob. wykresy DRD-2 i DRD-3 oraz tabela DRD-1 (część i) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Przedawkowanie opiatów niezakończone zgonem

Badania wykazują, że większość osób używających opiatów (zwykle od 50 do 60%) przeżyła przedawkowanie oraz że w przypadku od 8 do 12% z nich przedawkowanie przydarzyło się w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, przy czym niektórym osobom przedawkowanie zdarzyło się więcej niż jeden raz. Szacuje się, że na każdy zgon spowodowany przez narkotyki przypada od 20 do 25 przedawkowań niezakończonych zgonem. Liczby przedawkowań niezakończonych zgonem, do których co roku dochodzi w Europie, nie da się precyzyjnie oszacować, ponieważ monitorowanie takich przypadków jest bardzo ograniczone, a definicje mogą różnić się w zależności od kraju. Niemniej jednak dostępne informacje wskazują na to, że w Europie co roku może dochodzić do 120 000–175 000 przedawkowań, które nie kończą się zgonem.

Przeżycie przedawkowania znacznie zwiększa ryzyko zgonu wskutek późniejszego przedawkowania (Stoové i in., 2009). Ponadto przedawkowania niezakończone zgonem mogą spowodować wiele różnych schorzeń, w tym upośledzenie pracy płuc, zapalenie płuc i uszkodzenie mięśni. Przedawkowanie może także doprowadzić do uszkodzeń neurologicznych, a liczba doświadczonych przedawkowań jest ważnym wskaźnikiem obniżenia sprawności kognitywnej. Na ogół wystąpienie przedawkowania jest bardziej prawdopodobne wśród starszych, bardziej doświadczonych i uzależnionych użytkowników (Warner-Smith i in., 2001).

Wczesne rozpoznanie przedawkowania opiatów i interwencja służb ratowniczych mogą mieć zasadnicze znaczenie w zapobieganiu skutkom śmiertelnym. Kontakt ze służbami ratowniczymi, a także udzielanie pomocy w zakresie ostrego zatrucia, stanowi możliwość przekazania informacji o zapobieganiu przedawkowaniu i skierowania po poradę i na leczenie.

Monitorowanie przedawkowań nieskutkujących śmiercią może umożliwić krzyżowe sprawdzenie informacji o zgonach związanych z narkotykami. Na przykład w Republice Czeskiej liczba przypadków hospitalizacji z powodu przedawkowania opiatów niezakończonego zgonem spadła w latach 2001–2008, odzwierciedlając spadek liczby zgonów spowodowanych opiatami. Jednocześnie wzrosła liczba przedawkowań nieskutkujących śmiercią i zgonów związanych z używaniem metamfetaminy.

substancjami stosowanymi w leczeniu zastępczym (często w połączeniu z innymi substancjami) ma miejsce wśród osób, które nie są objęte leczeniem zastępczym (Heinemann i in., 2000).

Wydaje się, że zgony w wyniku zatrucia buprenorfiną występują rzadko, mimo rosnącego stosowania tej substancji w leczeniu zastępczym w Europie (zob. rozdział 6).

Jednakże w Finlandii buprenorfina pozostaje opiatem najczęściej wykrywanym w trakcie sekcji zwłok, ale zazwyczaj w połączeniu z innymi substancjami, takimi jak alkohol, amfetamina, konopie indyjskie i leki, bądź została użyta dożylnie.

W Estonii większość zgonów spowodowanych narkotykami zgłoszonych w latach 2007 i 2008 była związana z użyciem 3-metylofentanyle. W Finlandii zgłaszano takie opiaty, jak: oksykodon, tramadol czy fentanyl, chociaż ich rola w zgonie nie została określona.

Zgony związane z innymi narkotykami

Zgony spowodowane ostrym zatruciem kokainą wydają się być względnie rzadkie⁽¹⁴³⁾. Ponieważ jednak zgony spowodowane przedawkowaniem kokainy są trudniejsze do ustalenia i wykrycia, niż ma to miejsce w przypadku opiatów, ich liczba może być niedoszacowana.

W 2008 r. w 15 krajach zgłoszono około 1000 zgonów powiązanych z użyciem kokainy. Istnieją sygnały o wykryciu kokainy w rosnącej liczbie zgonów spowodowanych narkotykami, które zgłoszono w krajach europejskich, ale ze względu na brak porównywalności dostępnych danych nie jest możliwe określenie tendencji na poziomie europejskim. W ostatnich latach w dwóch krajach o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia używania kokainy w populacji ogólnej odnotowano znaczny wzrost liczby zgonów związanych z kokainą. W Hiszpanii w latach 2002–2007 znacznie wzrosła liczba zgonów, w których obecna była kokaina przy jednoczesnym braku opiatów. W Zjednoczonym Królestwie liczba aktów zgonu wspominających o kokainie podwoiła się w okresie od 2003 (161) do 2008 r. (325).

Nadal rzadko są zgłaszane przypadki zgonów, w których stwierdzono ecstasy, a w wielu z tych przypadków nie stwierdzono, aby to ten narkotyk był bezpośrednią przyczyną śmierci⁽¹⁴⁴⁾. W wybranych zagadnieniach EMCDDA z 2010 r. dotyczących problemowego używania amfetaminy i metamfetaminy dokonano przeglądu danych na temat zgonów związanych z tymi dwiema substancjami.

Tendencje w zakresie zgonów spowodowanych przez narkotyki

W latach 80. i na początku lat 90. XX w. nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki, równoległe ze wzrostem używania heroiny i dożylnego przyjmowania narkotyków, a następnie liczba ta utrzymywała się na wysokim poziomie⁽¹⁴⁵⁾.

⁽¹⁴³⁾ Zob. „Zgony spowodowane kokainą”.

⁽¹⁴⁴⁾ Dane dotyczące zgonów związanych z narkotykami innymi niż heroina – zob. tabela DRD-108 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁴⁵⁾ Zob. wykresy DRD-8 i DRD-11 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Zgony spowodowane przez kokainę

Zgony spowodowane przez kokainę stanowią bardziej złożone zjawisko niż przedawkowania opiatów, które mają względnie wyraźny obraz kliniczny. Dlatego też wiele zgonów spowodowanych przez kokainę może nie zwrócić uwagi policji lub biegłych medycyny sądowej z powodu objawów i profilu społecznego ofiar.

Używanie kokainy może spowodować zgon poprzez różne mechanizmy. Zdarzają się przedawkowania farmakologiczne czystej kokainy, ale zazwyczaj zgon jest związany z użyciem bardzo dużej dawki narkotyku. Większość zgonów związanych z używaniem kokainy spowodowanych było incydentami o charakterze sercowo-naczyniowym lub mózgowo-naczyniowym (Sporer, 1999). Schorzenia te nie są zależne od wielkości dawki i mogą również wystąpić wśród osób używających kokainy sporadycznie lub przy niskich dawkach, szczególnie w przypadku osób z wcześniejszymi schorzeniami układu krążenia lub mózgowo-naczyniowego. Jednakże większość zgonów związanych z używaniem kokainy zdarza się wśród osób problemowo używających tego narkotyku, wskutek patologii wywołanych nałogowym używaniem narkotyku (miażdżycopodobna choroba naczyń wieńcowych, przerost komory serca i inne problemy) (Darke i in., 2006). Mogą być nasilone używaniem alkoholu (Kolodgie i in., 1999) oraz paleniem tytoniu. W przypadku nieznanego odsetka zgonów związanych z kokainą nie można ustalić związku z używaniem tego narkotyku ze względu na brak specyficzności klinicznej i ze względu na fakt, że zgon może nastąpić dni lub tygodnie po wystąpieniu dolegliwości o ostrym przebiegu. Patologie wywołane regularnym używaniem kokainy mogą także być powodem późniejszego zawału serca wywołanego innymi czynnikami, podobnie jak palenie tytoniu.

Ocena realnego rozmiaru problemów zdrowotnych i liczby zgonów związanych z kokainą stanowi szczególnie wyzwanie, które będzie wymagało innych metod niż te stosowane do w przypadku zgonów spowodowanych przedawkowaniem opiatów.

W latach 2000–2003 większość państw członkowskich UE zgłosiła spadek (23%), a następnie wzrost (11%) liczby zgonów w latach 2003–2007. Dostępne wstępne dane dla 2008 r. wskazują ogólną wartość co najmniej równą tej z poprzedniego roku, przy czym wzrost zgłosiło 11 z 18 krajów, w których porównanie było możliwe. Zjednoczone Królestwo i Niemcy, w których odnotowano większość zgłoszonych przypadków w Europie, w latach 2003–2006 stwierdziły wzrost postępujący rok do roku. Inne kraje (np. Francja, Finlandia, Norwegia) również zgłosiły wzrost.

Przyczyny utrzymywania się liczby zgłoszonych zgonów związanych z narkotykami są trudne do wyjaśnienia,

szczególnie w kontekście wskaźników spadku dożylnego używania narkotyków oraz rosnącej liczby osób używających opiatów, które kontaktują się z placówkami leczniczymi i służbami działającymi na rzecz ograniczania szkód. Możliwe wyjaśnienia, które wymagają dalszych badań, obejmują: większe występowanie używania więcej niż jednego narkotyku (EMCDDA, 2009d) lub zachowań wysokiego ryzyka; rosnącą liczbę osób powracających do używania opiatów i opuszczających więzienia lub terapię; rosnącą grupę starzejących się osób używających narkotyków, która może obejmować także bardziej zagrożoną grupę osób używających narkotyków nałogowo. Na przykład kilka krajów (np. Niemcy, Hiszpania, Zjednoczone Królestwo) zgłasza rosnący odsetek przypadków osób w wieku powyżej 35 lat, co odzwierciedla tendencję zwykłą w średniej wieku w zgonach spowodowanych przez narkotyki (wykres 15).

Ogólny poziom śmiertelności związanej z używaniem narkotyków

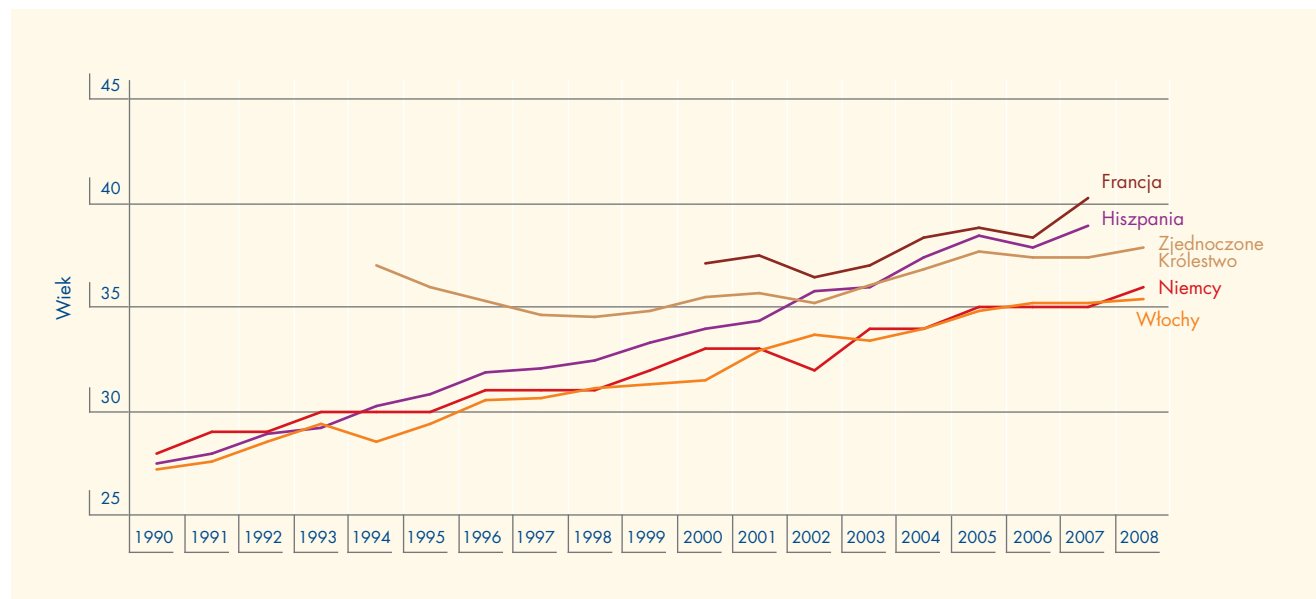
Ogólny poziom śmiertelności związanej z używaniem narkotyków obejmuje zgony spowodowane narkotykami i te, które pośrednio spowodowało używanie narkotyków, np. będące skutkiem chorób zakaźnych, chorób układu sercowo-naczyniowego i wypadków. Liczba zgonów spowodowanych pośrednio przez używanie narkotyków jest trudna do określenia, ale ich wpływ na zdrowie publiczne może być znaczny. Zgony związane z narkotykami występują głównie w przypadku osób problemowo używających narkotyków, chociaż niektóre (np. wypadki komunikacyjne) występują też wśród osób używających narkotyków sporadycznie.

Szacunkowy ogólny poziom śmiertelności związanej z narkotykami można obliczyć na różne sposoby, np. łącząc informacje z badań kohortowych nad śmiertelnością z szacunkowymi wskaźnikami używania narkotyków. Inną metodą jest użycie istniejących statystyk śmiertelności ogólnej i oszacowanie odsetka zgonów związanych z używaniem narkotyków.

Badania kohortowe śmiertelności

Badania kohortowe śmiertelności zajmują się przez cały czas tą samą grupą osób problemowo używających narkotyków i, poprzez powiązanie z rejestrami zgonów, próbują zidentyfikować przyczyny wszystkich zgonów występujących w obrębie danej grupy. Ten rodzaj badania pozwala ustalić ogólne i szczegółowe wskaźniki śmiertelności dla kohorty, a także oszacować nadmierną śmiertelność grupy w porównaniu do populacji ogólnej⁽¹⁴⁶⁾.

⁽¹⁴⁶⁾ Informacje o badaniach kohortowych śmiertelności – zob. najważniejsze wskaźniki na stronie internetowej EMCDDA.

Wykres 15: Tendencje dotyczące średniej wieku ofiar zgonów spowodowanych przez narkotyki w niektórych krajach europejskich

Uwaga: Więcej informacji – zob. wykres DRD-3 w biuletynie statystycznym za 2010 r. Dane dotyczące Zjednoczonego Królestwa są oparte na definicji strategii antynarkotykowej.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

W zależności od doboru próby (np. w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków) i kryteriów wpisania (np. osoby używające narkotyków dożylnie) większość badań kohortowych wykazuje wskaźniki śmiertelności na poziomie od 1 do 2% rocznie wśród osób problemowo używających narkotyków. Te wskaźniki śmiertelności są mniej więcej od 10 do 20 razy wyższe niż w przypadku tej samej grupy wiekowej w populacji ogólnej. Względne znaczenie różnych przyczyn śmierci jest zróżnicowane w czasie i w zależności od kraju. Na ogół jednak główną przyczyną zgonu wśród osób problemowo używających narkotyków jest przedawkowanie narkotyku, które powoduje do 50–60% zgonów wśród osób używających narkotyków dożylnie w krajach o niskim poziomie rozpowszechnienia HIV/AIDS. Oprócz HIV/AIDS i innych chorób często zgłaszanymi przyczynami śmierci są samobójstwo i nadużywanie alkoholu, co wykazały ostatnie badania przeprowadzone w Sztokholmie. Stwierdzono w nich, że 17% zgonów w kohorcie złożonej przede wszystkim z osób używających opiatów nastąpiło w wyniku samobójstwa, a 15% – w wyniku wypadku. Alkohol odnotowano w 30% zgonów (Stenbacka i in., 2010).

Zgony pośrednio związane z używaniem narkotyków

Łącząc istniejące dane pochodzące z Eurostatu i monitorowania HIV/AIDS, EMCDDA szacuje, że w 2007 r. około 2100 osób w Unii Europejskiej zmarło

z powodu HIV/AIDS związanego z używaniem narkotyków⁽¹⁴⁷⁾, przy czym do 90% tych zgonów doszło w Hiszpanii, we Francji, Włoszech i w Portugalii. W następstwie wprowadzenia wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej w 1996 r. śmiertelność wywołana HIV/AIDS znacznie spadła w większości państw członkowskich UE, ale od 2003 r. nadal rosła w Estonii i na Łotwie. Najwyższe wskaźniki śmiertelności wywołanej HIV/AIDS wśród osób używających narkotyków zgłoszono w Portugalii, a następnie w Estonii, Hiszpanii, na Łotwie i we Włoszech; w większości innych krajów te wskaźniki są niskie⁽¹⁴⁸⁾.

Pozostałe choroby, które także stanowią przyczynę pewnej liczby zgonów wśród osób używających narkotyków, obejmują schorzenia przewlekłe, takie jak choroby wątroby wywołane głównie zakażeniem wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV) i często pogarszane wskutek nadużywania alkoholu oraz zakażeniem także HIV. Zgony spowodowane innymi chorobami zakaźnymi są rzadsze. Niezakaźne przyczyny śmierci obejmują przede wszystkim nowotwory i problemy związane z układem sercowo-naczyniowym⁽¹⁴⁹⁾.

Do pozostałych przyczyn zgonów osób używających narkotyków przykładają się znacznie mniej uwagi, mimo oznak, że mają one znaczny wpływ na śmiertelność. W niedawnym badaniu WHO (Degenhardt i in., 2009) oszacowano, że w Europie samobójstwa i urazy mogą być przyczyną około jednej trzeciej zgonów przypisywanych

⁽¹⁴⁷⁾ Zob. tabela DRD-5 (część iii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁴⁸⁾ Zob. wykres DRD-7 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2010 r.

⁽¹⁴⁹⁾ W szczególności odnosi się to do kokainy; zob. „Konsekwencje zdrowotne używania kokainy” w rozdziale 5.

problemowemu używaniu narkotyków, co może wskazywać na kilka tysięcy zgonów rocznie.

W odniesieniu do samobójstw z literatury (Darke i Ross, 2002) wynika, że wskaźnik samobójstw jest 14-krotnie wyższy wśród osób używających heroiny niż w populacji ogólnej.

Informacje dotyczące liczby zgonów związanych z prowadzeniem pojazdów pod wpływem narkotyków nadal są skąpe. Niektóre badania wskazują na rosnące zagrożenie wypadkami związanymi z używaniem nielegalnych narkotyków, jak również na fakt, że łączone używanie narkotyków i alkoholu powoduje dodatkowe upośledzenie (EMCDDA, 2008b).

Ograniczanie liczby zgonów związanych z narkotykami

Piętnaście krajów europejskich zgłosiło, że ich krajowa strategia antynarkotykowa zawiera część dotyczącą ograniczania liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki, że taka polityka istnieje na poziomie regionalnym lub że posiadają określony plan działania w zakresie zapobiegania zgonom związanym z narkotykami. Austria zgłosiła opracowywanie dokumentu strategicznego.

Interwencje

Leczenie znacząco zmniejsza zagrożenie śmiercią w przypadku osób używających narkotyków (Davoli i in., 2007), chociaż ryzyko związane z tolerancją narkotyku rośnie w czasie rozpoczynania lub kończenia leczenia. Jak wynika z badań, ryzyko zgonu spowodowanego przez narkotyki znacznie wzrasta w przypadku powrotu do nałogu po okresie leczenia lub po zwolnieniu z więzienia. Fakt ten doprowadził do opublikowania przez Biuro Regionalne WHO dla Europy zaleceń w dotyczących profilaktyki przedawkowania w więzieniach i poprawy ciągłości opieki po zwolnieniu z więzienia (WHO, 2010).

Niedawno Dania i Norwegia w swoich wytycznych dotyczących leczenia substytucyjnego przyznały pierwszeństwo stosowaniu buprenorfiny z powodu jej profilu bezpieczeństwa farmakologicznego. W celu obniżenia liczby zgonów spowodowanych narkotykami Hiszpania niedawno zatwierdziła stosowanie leku stanowiącego mieszkankę buprenorfiny i naloksonu w przypadku pacjentów objętych programami leczenia substytucyjnego prowadzonymi przez krajowy system opieki zdrowotnej.

Oprócz poprawiania dostępu do leczenia badane były inne działania interwencyjne mające na celu ograniczenie

ryzyka przedawkowania wśród osób używających narkotyków. Interwencje te ukierunkowane są na czynniki osobiste, sytuacyjne i związane z używaniem narkotyków. W niedawnej analizie dowodów (Rome i in., 2008) zalecano poszerzenie wiedzy wśród lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie niebezpieczeństw związanych z przepisywaniem wielu leków, w szczególności środków przeciwdepresyjnych. W Luksemburgu wprowadzono środki kontroli przepisywania wielu narkotyków w odniesieniu do pacjentów objętych leczeniem zastępczym, a tym samym mające na celu ograniczenie liczby nagłych wypadków związanych z używaniem benzodiazepin.

Rozprowadzanie materiałów informacyjnych jest w Europie interwencją powszechnie stosowaną w celu ograniczenia liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki⁽¹⁵⁰⁾. Wiele krajów zgłosiło działania edukacyjne w zakresie zapobiegania przedawkowaniu, wykrywania przedawkowania i reagowania na nie, które to działania są skierowane do osób używających narkotyków oraz ich sąsiadów, przyjaciół i rodzin, a także do usługodawców, którzy współpracują z osobami używającymi narkotyków. Często jednak te działania interwencyjne są prowadzone sporadycznie i w ograniczonym zakresie.

W związku z ogromną liczbą przypadków przedawkowywania fentanylu estońscy eksperci obecnie wzywają do wprowadzenia w kraju programów zapobiegania przedawkowaniu. Belgia, Republika Czeska, Estonia i Niderlandy zgłosiły działanie systemów wczesnego ostrzegania, które za pośrednictwem jednostek niskoprogowych, schronisk i placówki leczenia gromadzą i rozpowszechniają informacje o nowych narkotykach lub niebezpiecznych połączeniach substancji. W Niderlandach w 2009 r. przetestowano system monitorowania ostrych zaburzeń zdrowotnych związanych z narkotykami i jest on obecnie rozbudowywany.

Szkolenie w zakresie postępowania przy przedawkowaniu połączone z wydzieleniem dawki naloksonu – który odwraca działanie opiatów – do stosowania w domu jest przykładem podejścia, które może w wielu przypadkach ratować życie. Ta interwencja jest adresowana do osób używających narkotyków oraz ich rodzin, osób, które mogą być obecne w momencie przedawkowania; ma ona na celu umożliwienie im podjęcia skutecznych działań podczas oczekiwania na przybycie służb ratunkowych. Badania wykazują, że osoby poddane szkoleniu wykazują się lepszą wiedzą o oznakach przedawkowania i mają większe zaufanie do używania naloksonu. W 2009 r. w Anglii rozpoczęto realizację projektu, w ramach którego 950 członkom rodzin osób używających narkotyków przekazano paczki

⁽¹⁵⁰⁾ Zob. tabela HSR-8 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

ze strzykawką zawierającą nalokson. Paczki zawierające jednorazowy zastrzyk naloksonu rozdano także – w ramach trwających badań – osobom używającym narkotyków, które opuściły więzienia w Anglii, Szkocji i Walii. Strzykawki z gotową porcją leku są dostępne we Włoszech za pośrednictwem placówek antynarkotykowych, są także stosowane w Portugalii w ramach badań i zostały wprowadzone w Bułgarii. W Kopenhadze w ramach projektu opracowanego przez osoby używające narkotyków rozpoczęto dostarczanie sprayu do nosa, który zawiera nalokson.

Nadzorowane pomieszczenia służące używaniu narkotyków umożliwiają szybką interwencję przy pierwszych oznakach przedawkowania. Dane operacyjne wykazują, że przypadki przedawkowania narkotyków, do których doszło w takich placówkach, kończą się udaną interwencją. Nie zgłoszono żadnego przypadku przedawkowania skutkującego zgonem. Zapewnienie natychmiastowej pomocy ogranicza także skutki przedawkowanie niepowodującego zgonu, w tym nieodwracalne uszkodzenie mózgu i innych niezbędnych organów wskutek niedotlenienia (Hedrich i in., 2010).



Rozdział 8

Nowe narkotyki i tendencje

Wprowadzenie

Nowe substancje psychoaktywne i nowe schematy używania, chociaż zazwyczaj na początku pojawiają się wśród ograniczonych grup społecznych lub w niewielu miejscach, mogą mieć ważne implikacje dla zdrowia publicznego i polityki antynarkotykowej. Szybkie udzielenie osobom odpowiedzialnym za wyznaczanie kierunków polityki, specjalistom i ogółowi społeczeństwa obiektywnych informacji o nowych zagrożeniach stanowi wyzwanie metodologiczne i praktyczne. Ze względu na coraz bardziej dynamiczny i szybko rozwijający się charakter europejskiego problemu narkotykowego informacje takie stają się coraz ważniejsze. System wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej został opracowany jako mechanizm szybkiego reagowania na pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych na scenie narkotykowej.

W ostatnich latach pojawiła się duża liczba nowych, nieobjętych kontrolą związków syntetycznych. Substancje te są sprzedawane w internecie jako „legalne dopalacze” i mają na celu omijanie kontroli narkotyków. Stanowią one wyzwanie dla obecnego podejścia do monitorowania i kontroli nowych substancji psychoaktywnych. Przegląd dokonany w niniejszym rozdziale pokazuje, że w ciągu ostatnich dwóch lat doszło do pojawienia się nowych, nadających się do palenia produktów ziołowych nasyconych syntetycznymi kannabinoidami, jak również do wzrostu popularności różnych syntetycznych katynonów.

Działania dotyczące nowych narkotyków

W 2009 r. za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania oficjalnie zgłoszono w Unii Europejskiej 24 nowe syntetyczne substancje psychoaktywne. Jest to największa zgłoszona w jednym roku liczba. Wzrost ten wynika głównie z dokonanej w zeszłym roku identyfikacji dziewięciu nowych syntetycznych kannabinoidów. W 2009 r. zgłoszono również nowe substancje należące do grup chemicznych, z których zazwyczaj wywodzą się nowe narkotyki psychoaktywne: pięć fenetylamin, dwie tryptaminy oraz cztery syntetyczne katynony. Nie

zgłoszono żadnych nowych piperazyn ani roślin psychoaktywnych.

Od utworzenia systemu wczesnego ostrzegania w 1997 r. do EMCDDA i Europolu zgłoszono ponad 110 substancji. W ciągu ostatnich pięciu lat pojawiły się nowe grupy substancji. Obejmują one różne piperazyny, syntetyczne katynony i syntetyczne kannabinoidy. Jednakże w ciągu dwóch ostatnich lat sprawozdawczych nie zidentyfikowano żadnych nowych piperazyn. Zaledwie sześć zgłoszonych substancji stanowiły rośliny lub substancje pochodzenia roślinnego i w przyszłości syntetyczne substancje psychoaktywne prawdopodobnie nadal będą najczęściej zgłaszanymi nowymi substancjami.

W 2009 r. zgłoszono trzy substancje o właściwościach leczniczych. Należy do nich pregabalina – lek na receptę sprzedawany pod nazwą Lyrica i stosowany w leczeniu

Monitorowanie nowych substancji psychoaktywnych w Europie

Decyzja Rady w sprawie nowych substancji psychoaktywnych ⁽¹⁾ ustanawia europejski mechanizm szybkiej wymiany informacji na temat nowych substancji psychoaktywnych, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego i dla społeczeństwa (EMCDDA, 2007b). EMCDDA i Europol, które ściśle współpracują ze swoimi sieciami partnerów krajowych, mają odgrywać główną rolę we wdrażaniu tego systemu wczesnego ostrzegania. Po wykryciu nowej substancji psychoaktywnej na rynku europejskim państwa członkowskie zapewniają przesłanie informacji o produkcji i używaniu tej substancji oraz handlu nią do EMCDDA i Europolu poprzez krajowe punkty sieci Reitox i jednostki krajowe Europolu. Decyzja Rady przewiduje też ramy dla oceny zagrożeń związanych z nowymi substancjami (zob. EMCDDA, 2010b). Informacje o substancjach o ustalonej i uznanej wartości leczniczej mogą być również wymieniane za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania, ale substancje te nie mogą być objęte oceną ryzyka na mocy decyzji Rady.

⁽¹⁾ 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).

bólu neuropatycznego, epilepsji i uogólnionych zaburzeń lękowych. Najnowszy przegląd danych z nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii wskazuje na to, że w Finlandii, Szwecji i Norwegii istnieją obawy związane z niewłaściwym przyjmowaniem tego leku. Informacje pochodzące z systemu wczesnego ostrzegania wykazują również, że pregabalina mogła być związana ze zgonami używających jej osób w Finlandii, Szwecji i Zjednoczonym Królestwie, gdzie wykazano jej obecność w trakcie sądowych analiz toksykologicznych. Doniesienia osób używających pregabaliny wskazują, że ma ona działanie podobne do alkoholu, GHB (kwasu gamma-hydroksymasłowego), ecstasy i benzodiazepin. Zgłoszono również łagodzenie objawów heroinowego (opiatowego) głodu narkotycznego.

System wczesnego ostrzegania monitoruje także nieobjęte kontrolą produkty psychoaktywne – „legalne dopalacze” – sprzedawane za pośrednictwem internetu lub „smart shopów”, reklamowane przy pomocy agresywnych i wyrafinowanych strategii marketingowych i w niektórych przypadkach celowo nieprawidłowo oznakowane, o deklarowanych składnikach różniących się od rzeczywistego składu. Rynek „legalnych dopalaczy” charakteryzuje się szybkością, z jaką dostawcy omijają kontrolę narkotyków, oferując nowe alternatywy.

Mefedron

W ciągu ostatnich kilku lat syntetyczne katynony były coraz częściej zgłaszane poprzez system wczesnego ostrzegania. Obecnie monitorowanych jest 15 tych substancji, w tym mefedron, metylon, metedron i MDPV⁽¹⁵¹⁾. Te „autorskie” składniki są pochodnymi katynonu, który jest jednym ze związków obecnych w czuwalicze jadalnej (khat, qat, *Catha edulis*) i wykazuje strukturalne podobieństwo do amfetaminy⁽¹⁵²⁾.

Mefedron jest pochodną metylokattynonu – narkotyku obecnego w wykazach konwencji ONZ z 1971 r. Po raz pierwszy pojawił się w Europie w 2007 r. i wydaje się, że zyskał popularność wśród młodych osób używających narkotyków, wywołując określony popyt na tę substancję. Sytuacja ta wydaje się dotyczyć szczególnie Zjednoczonego Królestwa, gdzie mefedron zwrócił uwagę mediów. Sprawozdania innych państw członkowskich wskazują na to, że jest on używany także w innych częściach Europy.

Konfiskaty znaczących ilości mefedronu zostały zgłoszone w 2009 r. przez Niemcy, Niderlandy, Szwecję i Zjednoczone Królestwo. W Szwecji wyniki badań

toksykologicznych potwierdziły rolę użycia mefedronu w przypadku zgonu, a w Zjednoczonym Królestwie pewną liczbę zgonów objęto dochodzeniem z powodu możliwego udziału tego narkotyku. Środki kontroli dotyczące mefedronu ostatnio wprowadziły Dania, Estonia, Irlandia, Niemcy, Rumunia, Szwecja, Zjednoczone Królestwo, Chorwacja i Norwegia.

Mefedron jest łatwo dostępny w internecie, gdzie może być sprzedawany jako legalna alternatywa dla kokainy lub ecstasy. Substancja ta jest reklamowana rozmaicie – jako „chemikalia do badań”, „sole kąpielowe”, „do badań botanicznych”, „pożywka dla roślin” lub „nawóz roślinny”, często wraz z uwagą, iż substancja „nie jest przeznaczona do spożycia przez człowieka”, co ma na celu ominięcie potencjalnych mechanizmów kontroli. Często lista składników nie wskazuje na obecność substancji psychoaktywnych. Przeprowadzone w marcu 2010 r. poszukiwania sklepów internetowych sprzedających mefedron w Anglii pokazały, że substancja ta jest sprzedawana za pośrednictwem co najmniej 77 stron internetowych. Większość z nich sprzedawała wyłącznie mefedron i miała siedzibę w Zjednoczonym Królestwie. Po zaklasyfikowaniu w kwietniu 2010 r. przez Zjednoczone Królestwo mefedronu i innych syntetycznych katynonów do narkotyków podlegających kontroli większość stron internetowych o mefedronie przestała istnieć.

W internetowych badaniach ankietowych przeprowadzonych pod koniec 2009 r. we współpracy

Wspólne sprawozdanie EMCDDA i Europolu dotyczące mefedronu

W styczniu 2010 r. EMCDDA i Europol zakończyły ocenę dostępnych informacji o mefedronie, opartą na kryteriach określonych w wytycznych dotyczących działania systemu wczesnego ostrzegania (EMCDDA, 2007b). Obejmują one ilość skonfiskowanego materiału; dowody udziału przestępczości zorganizowanej; dowody istnienia handlu międzynarodowego; właściwości toksykofarmakologiczne substancji psychoaktywnej; dowody możliwości przyszłego (szybkiego) rozprzestrzenienia; dowody przypadków poważnego zatrucia lub zgonów.

EMCDDA i Europol zgodzili się, że dostępne informacje o mefedronie spełniają kryteria dotyczące opracowania wspólnego sprawozdania. Wspólne sprawozdanie EMCDDA i Europolu zostało przedstawione Radzie Unii Europejskiej, Komisji Europejskiej i Europejskiej Agencji Leków. Podjęto decyzję o rozpoczęciu formalnej procedury oceny ryzyka w odniesieniu do tej substancji.

⁽¹⁵¹⁾ Mefedron (4-metylometkatynon); metylon (3,4-metylenodioksymetylokattynon); metedron (4-metoksymetkatynon); i MDPV (3,4-metylenodioksypropylwaleron).

⁽¹⁵²⁾ Charakterystyki narkotyków dotyczące khatu i syntetycznych pochodnych katynonu dostępne są na stronie internetowej EMCDDA.

z brytyjskim magazynem o muzyce tanecznej „Mixmag” zebrano dane o używaniu 29 substancji, w tym kilku „legalnych dopalaczy”⁽¹⁵³⁾. Mefedron zgłoszono jako czwarty najczęściej używany narkotyk (po konopiach indyjskich, ecstazy i kokainie) i najczęściej używany „legalny dopalacz” wśród 2295 respondentów. Około jednej trzeciej (33,6%) respondentów zgłosiło używanie tej substancji w ciągu ostatniego miesiąca, 37,3% – w ostatnim roku, a 41,7% – przynajmniej jednokrotne użycie. Dane dla metylonu wyniosły odpowiednio 7,5%, 10% i 10,8%. Niewielka różnica między wskaźnikiem używania w ostatnim miesiącu a wskaźnikiem przynajmniej jednokrotnego użycia wskazuje na nowe i szybko rozprzestrzeniające się zjawisko. Ze względu na metodologiczne ograniczenia internetowych badań ankietowych wyników tych nie można jednak uważać za reprezentatywne dla szerszej populacji bywalców klubów, lecz badania takie mogą zapewnić szybki dostęp do określonych grup ludności (Verset i in., 2010).

Monitorowanie internetowych sklepów z narkotykami

Od 2006 r. system wczesnego ostrzegania co roku monitoruje wprowadzanie do obrotu nowych substancji psychoaktywnych w internecie. Zmiany stosowanych metod poprawiły jakość i zakres badań, ale dane dla różnych lat nie są bezpośrednio porównywalne.

W 2010 r. zidentyfikowano 170 internetowych sklepów z narkotykami, z których 30 oferowało zarówno „legalne dopalacze”, jak i grzyby halucynogenne, zazwyczaj z szerokim wyborem produktów należących do obu grup: 34 oferowały wyłącznie grzyby halucynogenne, a 106 sprzedawało „legalne dopalacze”, ale nie grzyby halucynogenne⁽¹⁵⁴⁾.

Wydaje się, że liczba sprzedawców grzybów halucynogennych wzrosła od 2006 r., kiedy to zidentyfikowano 39 sklepów sprzedających te produkty (EMCDDA, 2006). W 2010 r. zidentyfikowano 64 sklepy internetowe sprzedające grzyby halucynogenne, przy czym w większości sprzedawano raczej zestawy do ich uprawy, zarodniki i muchomory czerwone (*Amanita muscaria*) niż grzyby zawierające psylocybinę.

Według internetowego badania ankietowego z 2009 r., które skupiało się wyłącznie na „legalnych dopalaczach”, najwięcej sklepów internetowych miało siedzibę w Zjednoczonym Królestwie, a następnie w kolejności były Niemcy i Niderlandy. Inny obraz sytuacji pokazało badanie wrywkowe z 2010 r., które miało szerszy zakres – siedzibę w Niderlandach miało 38 sklepów internetowych, a w Zjednoczonym Królestwie

Badanie wrywkowe internetowych sklepów z narkotykami: metody

Przeprowadzone w 2010 r. badanie ankietowe odbyło się między 25 stycznia a 5 lutego. Było ono ukierunkowane na sklepy internetowe z narkotykami (detaliczne i hurtowe), dostępne dla każdego europejskiego użytkownika internetu zainteresowanego zakupem „legalnych dopalaczy” (w tym „spice”), GHB/GBL lub grzybów halucynogennych. Nie uwzględniono sklepów internetowych, które nie zapewniają wysyłki do co najmniej jednego państwa członkowskiego UE.

Wyszukiwane ciągi znaków najpierw sprawdzono w języku angielskim, aby określić te, które prowadzą do uzyskania największego odsetka odpowiednich trafień. Następnie wyszukiwanie przeprowadzono w 15 językach używanych jako język ojczysty przez 84% ludności Unii Europejskiej⁽¹⁾. Użyto trzech różnych wyszukiwarek: Metacrawler, Google i wyszukiwarki „krajowej”, w zależności od kraju i języka.

Próbkowanie polegało na badaniu pierwszych 100 linków i prowadzono je, dopóki 20 kolejnych linków nie okazało się nieistotnych. O każdej ze zidentyfikowanych stron gromadzono następujące informacje: sprzedawane produkty, opisy produktów, ceny, dostępność zapasów, kraje objęte dostawą, skład, ostrzeżenia dotyczące zdrowia i opinie użytkowników.

(1) Języki: angielski, czeski, duński, francuski, grecki, hiszpański, niderlandzki, maltański, niemiecki, polski, portugalski, słowacki, szwedzki, węgierski i włoski.

i Niemczech – po 20 sklepów. Do krajów, w których siedziby ma co najmniej 5 sklepów internetowych, należą Polska, Francja i Węgry, podczas gdy mniejsza liczba ma siedziby w Republice Czeskiej, Hiszpanii, Portugalii, na Słowacji, we Włoszech i w Szwecji. Trzydzieści osiem sklepów internetowych miało siedzibę w Stanach Zjednoczonych, a lokalizacji 15 nie można było ustalić. W przeciwieństwie do sklepów internetowych posiadających siedzibę w Zjednoczonym Królestwie wiele sklepów holenderskich jest związanych ze sklepami specjalistycznymi. Ogółem 73% sklepów internetowych używa języka angielskiego, a 42% nie używa żadnego innego języka.

Zjawisko „spice”

„Spice” jest sprzedawany w internecie i w specjalistycznych sklepach jako mieszanka do palenia. W 2008 r. chemicy sądowi odkryli, że nie jest to nieszkodliwy produkt ziołowy, za który jest podawany. Stwierdzono, że prawdziwe psychoaktywne składniki „spice” to dodatki syntetyczne; substancje, takie jak

(153) Wiadomość indywidualna od Adama Winstocka, King’s College London.

(154) Zob. „Badanie wrywkowe internetowych sklepów z narkotykami: metody”.

agonista receptora kannabinoidowego (¹⁵⁵) JWH-018, który naśladuje działanie tetrahydrokannabinolu (THC) w konopiach indyjskich.

W 2009 r. tak zwane zjawisko „spice” nadal przykuwało znaczną uwagę. W ciągu roku nazwy i marki opakowań produktów typu „spice” stawały się coraz bardziej zróżnicowane. W odpowiedzi na nowe środki kontroli zmianom ulegały także składniki psychoaktywne dodawane do tych produktów (EMCDDA, 2009f). W 2009 r. za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono dziewięć nowych kannabinoidów syntetycznych (¹⁵⁶).

Zróżnicowanie i liczba syntetycznych kannabinoidów lub innych substancji, które mogą być dodane do produktów ziołowych, stanowi wyzwanie pod względem ich identyfikacji, monitorowania i oceny zagrożenia. Niemal niczego nie wiadomo o farmakologii, toksykologii i profilach bezpieczeństwa tych składników w przypadku ludzi. Rodzaj i ilość dodanych syntetycznych kannabinoidów również mogą znacznie się różnić, a niektóre z tych składników mogą być wysoce aktywne nawet w bardzo niewielkich dawkach. W rezultacie nie można wykluczyć przypadkowego przedawkowania niosącego ze sobą ryzyko poważnych komplikacji psychicznych lub innych.

Żaden z syntetycznych kannabinoidów nie podlega kontroli w ramach konwencji ONZ, nie istnieją także informacje o zatwierdzeniu któregośkolwiek z nich jako produktu leczniczego w Unii Europejskiej. W chwili sporządzania niniejszego sprawozdania kilka państw członkowskich zakazało „spice”, produktów w rodzaju „spice” i powiązanych związków lub w inny sposób objęło je kontrolą (¹⁵⁷). Rzekome składniki roślinne produktów „spice” nie są objęte międzynarodową kontrolą, ale niektóre państwa członkowskie (Łotwa, Polska, Rumunia) umieściły przynajmniej jeden z nich w swoich wykazach substancji kontrolowanych. Poza Unią Europejską „mieszanki ziołowe spice” kontrolą objęta Szwajcaria na mocy swoich przepisów dotyczących żywności.

W internetowym badaniu ankietowym z 2010 r. liczba sklepów internetowych oferujących „spice” gwałtownie spadła w porównaniu z rokiem poprzednim. Pomimo szerszego zasięgu badanie z 2010 r. pozwoliło zidentyfikować jedynie 21 sklepów oferujących produkty w rodzaju „spice”, natomiast w 2009 r. stwierdzono 55 takich sklepów. W tym roku w Zjednoczonym Królestwie

siedzibę miały 2 sklepy internetowe oferujące „spice”, co oznacza spadek z 23 sklepów w roku ubiegłym. W najnowszym badaniu wyrywkowym 15 sklepów deklarowało dostępność „spice”, przy czym 8 z nich ujawniało swoją lokalizację: 3 znajdowały się w Stanach Zjednoczonych i po jednym w Hiszpanii, Polsce, Portugalii, Rumunii i Zjednoczonym Królestwie. Pozostałe 6 sklepów internetowych oferujących produkty w rodzaju „spice” zgłosiło wyczerpanie zapasów i możliwe, że używały tej nazwy do przyciągnięcia klientów.

W przeciwieństwie do nielegalnych narkotyków nie zgłoszono dużych konfiskat produktów typu „spice” i brak jest doniesień o przestępczości związanej z tym zjawiskiem. W połączeniu z ograniczoną wiedzą o chemii i działaniu nowych składników tworzy to „szarą strefę” wokół monitorowania takich produktów.

Rozpowszechnienie używania „legalnych dopalaczy”

Termin „legalne dopalacze” obejmuje szeroki zakres produktów, od mieszanek ziołowych po syntetyczne lub „autorskie” narkotyki i „tabletki imprezowe”, które są używane na różne sposoby (palone, wciągane przez nos, połykane). Ponadto produkty te mogą być sprzedawane jako odświeżacze powietrza, kadzidła ziołowe lub sole kąpielowe, chociaż mają inne zastosowanie. Ta różnorodność powoduje problemy w gromadzeniu i interpretacji danych dotyczących rozpowszechnienia „legalnych dopalaczy”.

Kilka niedawnych badań ankietowych zawiera dane o rozpowszechnieniu używania „legalnych dopalaczy”. Polskie badanie z 2008 r. przeprowadzone wśród 18-letnich uczniów wykazało, że 3,5% przynajmniej raz użyło „legalnych dopalaczy”, przy czym odsetek ten jest porównywalny ze wskaźnikiem używania grzybów halucynogennych (3,6%). Używanie „legalnych dopalaczy” w ciągu ostatnich 12 miesięcy zgłosiło 2,6% uczniów (¹⁵⁸).

Badanie ankietowe przeprowadzone we Frankfurcie wśród 1463 uczniów w wieku od 15 do 18 lat w szkołach o profilu ogólnym i zawodowym wykazało, że około 6% respondentów zgłosiło przynajmniej jednokrotne użycie „spice”, a 3% deklarowało użycie tej substancji w ciągu ostatnich 30 dni. Na wartości te wpływ mogła mieć uwaga mediów poświęcona „spice” w czasie badania, ponieważ zaledwie 1% respondentów zgłosiło przyjmowanie „spice” więcej niż pięć razy. Prawie dwie trzecie osób deklarujących przynajmniej jednokrotne

(¹⁵⁵) Antagonista to substancja chemiczna, która wiąże się z określonym receptorem komórki i wywołuje jej działanie. Antagonista często naśladuje działanie substancji endogennych lub naturalnie występujących.

(¹⁵⁶) Zob. charakterystyka narkotyków „Kannabinoidy syntetyczne i 'spice'” na stronie internetowej EMCDDA.

(¹⁵⁷) Dania, Niemcy, Estonia, Irlandia, Francja, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Austria, Polska, Rumunia, Szwecja, Zjednoczone Królestwo.

(¹⁵⁸) Badanie CBOS z 2008 r., próba 1400 nastolatków z ostatnich lat szkół ponadgimnazjalnych; 15% respondentów zgłosiło używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

użycie „spice” zgłosiły również używanie konopi indyjskich w ostatnim miesiącu.

Ostatnie internetowe badanie ankietowe magazynu „Mixmag”, który adresowany jest do bywalców klubów w Zjednoczonym Królestwie, ujawniło, że 56,6% respondentów zgłosiło stosowanie „legalnych dopalaczy”. Obejmują one produkty ziołowe „spice” i „magic”, tabletki imprezowe BZP i inne tabletki imprezowe, przy czym wskaźniki używania w ostatnim miesiącu wyniosły odpowiednio 2,0%, 4,6% i 5,3%. Respondenci zgłaszali otrzymanie tych narkotyków od przyjaciół (95%) lub zakupienie ich poprzez strony internetowe (92%), w sklepach (78%), na stoiskach festiwalowych (67%) lub od handlarzy (51%).

Obserwacje innych substancji

Piperazyny: BZP i mCPP

Zbieranie i interpretowanie danych dotyczących konfiskaty piperazyn staje się coraz bardziej skomplikowane. Jest to spowodowane różnorodnością mieszanek substancji, które można znaleźć w proszkach i tabletkach⁽¹⁵⁹⁾, ale również faktem, że piperazyny są także mieszane z innymi narkotykami, takimi jak amfetamina i MDMA. Ponadto laboratoria kryminalistyczne nie zawsze posiadają zasoby umożliwiające identyfikację wszystkich składników mieszanek, w szczególności tych, które nie są objęte kontrolą.

Wskutek decyzji Rady z 2008 r. o objęciu BZP środkami kontroli na obszarze całej Unii Europejskiej⁽¹⁶⁰⁾ dostępność tej substancji wydaje się spadać, jednakże niektóre państwa członkowskie nadal zgłaszają duże konfiskaty BZP.

W 2009 r. mCPP nadal wydawała się być najszerzej dostępnym „nowym narkotykiem syntetycznym”⁽¹⁶¹⁾ na europejskim rynku ekstazy, przy czym występowała osobno lub w połączeniu z MDMA. Informacje pochodzące z systemu wczesnego ostrzegania, w tym doniesienia osób używających w Niderlandach oraz konfiskaty przeprowadzone w Danii i Zjednoczonym Królestwie, wskazują na to, że odsetek tabletek ekstazy zawierających mCPP (lub w ogóle piperazyny) wyraźnie wzrósł w pierwszej połowie 2009 r., prawdopodobnie przewyższając odsetek tabletek ekstazy zawierających MDMA. Holenderski system monitorowania informacji

o narkotykach również zgłosił, że liczba próbek przedłożonych do analizy przez osoby używające podwoiła się w porównaniu do lat poprzednich, prawdopodobnie z powodu rosnącego zaniepokojenia niepożądanymi skutkami piperazyn. Odsetek tabletek ekstazy zawierających te substancje mógł spaść w drugiej połowie 2009 r., chociaż w Zjednoczonym Królestwie mogło to być częściowo zrównoważone większą dostępnością pochodnych katynonu.

Zmiany te odzwierciedlają rosnącą złożoność rynku ekstazy, co można wyjaśnić wahaniami w dostępności do prekursora używanego przy produkcji MDMA, PMK.

GHB/GBL i ketamina

GHB (kwas gamma-hydroksymastłowy) podlega międzynarodowej kontroli od 2001 r., natomiast ketamina, która jest produktem leczniczym, może być objęta kontrolą w państwach członkowskich na mocy ich ustawodawstwa dotyczącego narkotyków lub leków. Używanie gamma-butyrolaktanu (GBL), który po połknięciu szybko przekształca się w GHB, również ostatnio budzi obawy w Europie. GBL jest uważany na poziomie UE za „prekursora narkotyków nieobjętego wykazami” i jest ujęty w dobrowolnym systemie monitorowania prekursorów narkotyków. Niektóre kraje (Włochy, Łotwa, Austria, Szwecja, Zjednoczone Królestwo, Norwegia) kontrolują go na mocy krajowych przepisów antynarkotykowych.

Rozpowszechnienie używania GHB i ketaminy w populacji ogólnej jest niskie, ale może być znacznie wyższe w określonych grupach, okolicznościach i obszarach geograficznych. Internetowe badanie ankietowe magazynu „Mixmag” adresowane do bywalców klubów w Zjednoczonym Królestwie wykazało, że wskaźnik używania w ostatnim miesiącu wyniósł 1,7% dla GHB i 1,6% dla GBL, ale 32,4% w przypadku ketaminy. Badania ankietowe przeprowadzone w latach 2003 i 2008 wśród osób odwiedzających kluby w Amsterdamie (646 respondentów) wskazuje na niewielki wzrost wskaźnika używania GHB w ostatnim miesiącu – z 4,2 do 4,7%. W Republice Czeskiej badanie ankietowe przeprowadzone w 2008 r. wśród 363 osób odwiedzających kluby wykazało, że wskaźniki używania w ostatnim miesiącu wynosiły 0,3% w przypadku GHB i 0,6% dla ketaminy. W Londynie badanie ankietowe przeprowadzone wśród 173 bywalców klubów, którzy

⁽¹⁵⁹⁾ Na przykład: BZP (1-benzylpiperazyna); CPP (chlorofenylo-piperazyna); TFMP (1-(3-trifluorometylofenilo)piperazyna) i DBZP (1,4-dibenzylpiperazyna). CPP ma trzy izomery pozycyjne, które są często trudne do rozróżnienia; mCPP (1-(3-chlorofenylo)piperazyna) jest najbardziej rozpowszechnionym z nich.

⁽¹⁶⁰⁾ Decyzja Rady 2008/206/WSiSW z dnia 3 marca 2008 r. dotycząca uznania 1-benzylpiperazyny (BZP) za nową substancję psychoaktywną, którą należy objąć środkami kontroli i sankcjami karnymi (Dz.U. L 63 z 7.3.2008).

⁽¹⁶¹⁾ mCPP nie jest objęta kontrolą międzynarodową, ale w ciągu ostatnich kilku lat wiele państw europejskich wprowadziło środki kontroli dotyczące tej substancji (Belgia, Cypr, Dania, Niemcy, Grecja, Węgry, Łotwa, Litwa, Malta, Rumunia, Słowacja, Chorwacja, Turcja, Norwegia).

potrzebowali pomocy medycznej w pokoju lekarskim klubu, wykazało, że dwie trzecie tych osób potrzebowało pomocy z powodu użycia GHB/GBL (Wood i in., 2009). Regularnie przeprowadzane we Frankfurcie badania ankietowe uczniów w wieku od 15 do 16 lat pokazały, że wskaźnik używania GHB wzrósł z 1% w 2002 r. do 5% w 2008 r.

Internetowe badania wyrywkowe przeprowadzone przez EMCDDA w 2010 r. wykazały, że w UE nie stwierdzono żadnego sklepu internetowego oferującego GHB, ale cztery sklepy internetowe miały w ofercie GBL. Wygląda jednak na to, że żaden z nich nie reklamował GBL jako narkotyku lub dawał do zrozumienia, że substancja ta może być używana z powodu jej właściwości psychoaktywnych.



Bibliografia ⁽¹⁶²⁾

- Agrawal, A. i Lynskey, M.T. (2006), „The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence”, *Addiction* 101, str. 801–812.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P.P. i Davoli, M. (2007), „Antipsychotic medications for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. i Hughes, B. (2008), „Cannabis control in Europe” w: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografia EMCDDA 8, tom 1, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg, str. 97–117.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. i in. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, str. 198–202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. i McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users’ deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study”. *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M.J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. i Silva, T. (2003) „Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic”, *Addiction* 98, str. 749–760.
- Bruce, R.D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. i Altice, F.L. (2009), „Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market”, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, str. 68–72.
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. i in. (2009), „Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain”, *European Addiction Research* 15, str. 171–178.
- Calafat, A., Juan, M. i Duch, M.A. (2009), „Preventive interventions in nightlife: a review”, *Adicciones* 21, str. 387–414.
- Carpenter, K.M., McDowell, D., Brooks, D.J., Cheng, W.Y. i Levin, F.R. (2009), „A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence”, *American Journal of Addiction* 18, str. 53–64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. i Capellà, D. (2010), „Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 2.
- Chabrol, H., Roura, C. i Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence”, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, str. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. i Waal, H. (2008), „Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study”, *Drug and Alcohol Dependence* 94, str. 151–157.
- CND (Komisja ds. Środków Odurzających) (2009), „World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat”, Komisja ds. Środków Odurzających, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Wiedeń.
- Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., Li, N. i Patton, G. (2003), „Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study”, *British Journal of Psychiatry* 182, str. 330–336.
- Comptroller and Auditor General (2009), „Drug addiction treatment and rehabilitation”, Comptroller and Auditor General Special Report (publikacja dostępna on-line).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. i in. (2008), „Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy”, *HRB Research Series 6*, Health Research Board, Dublin (publikacja dostępna on-line).
- Costa Storti, C. i De Grauwe, P. (2010), „Modelling disorganized crime: the cannabis market”, *Bulletin of Narcotic Drugs* (w przygotowaniu do opublikowania).
- CPT (Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu) (2006), „The CPT standards – ‘Substantive’ sections of the CPTs General Reports”, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (publikacja dostępna on-line).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J.V. i in. (2009), „Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size”, *Epidemiology and Infection* 137, str. 1255–1265.
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 211–213.

⁽¹⁶²⁾ Linki do źródeł internetowych można znaleźć w sprawozdaniu rocznym w wersji PDF, dostępnej na stronie internetowej EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

- Darke, S. i Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, str. 1383–1394.
- Darke, S., Kaye, S. i Dufflou, J. (2006), „Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes”, *Addiction* 101, str. 1771–1777.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. i in. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study”, *Addiction* 102, str. 1954–1959.
- Decorte, T. (2000), „The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities”, University Press, Belgia.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. i Linskey, M. (2009), „Illicit drug use”, w: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Tom 1, Majid Ezzati i in. (redaktorzy), Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa (publikacja dostępna on-line).
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming”, *Journal of Primary Prevention* 28, str. 421–447.
- Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów (2008), „Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners”, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, Bruksela (publikacja dostępna on-line).
- ECDC i Biuro Regionalne WHO dla Europy (2009), „HIV/AIDS surveillance in Europe 2008”, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Sztokholm.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. i Thom, B. (redaktorzy) (2009), „Two worlds of drug consumption in late modern societies”, Ashgate, Farnham (Zjednoczone Królestwo).
- EMCDDA (2006), „Hallucinogenic mushrooms”, EMCDDA Thematic paper, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (publikacja dostępna on-line).
- EMCDDA (2007a), „Drugs and crime: a complex relationship”, *Drugs in focus*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2007b), „Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines”, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2007c), „Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue”, *EMCDDA Selected issue*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2008a), „A cannabis reader: global issues and local experiences”, *EMCDDA Monograph*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2008b), „Drug use, impaired driving and traffic accidents”, *EMCDDA Insights*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2008c), „Drugs and vulnerable groups of young people”, *EMCDDA Selected issue*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2008d), „Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe”, *EMCDDA Selected issue*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2009a), „Sprawozdanie roczne 2008: stan problemu narkotykowego w Europie”, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2009b), „Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States”, *EMCDDA Insights*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2009c), „Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents”, *EMCDDA Thematic paper*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (publikacja dostępna on-line).
- EMCDDA (2009d), „Polydrug use: patterns and responses”, *EMCDDA Selected issue*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2009e), „Drug offences, sentences and other outcomes”, *EMCDDA Selected issue*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2009f), „Understanding the ‘Spice’ phenomenon”, *EMCDDA Thematic paper*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (publikacja dostępna on-line).
- EMCDDA (2010a), „Harm reduction: evidence and impacts”, *EMCDDA Monograph*, Rhodes, T. i Hedrich, D. (redaktorzy), Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2010b), „Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines”, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2010c), „Trends in injecting drug use in Europe”, *EMCDDA Selected issue*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA i Europol (2010), „Cocaine: a European Union perspective in the global context”, *EMCDDA-Europol joint publications*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- Escots, S. i Suderie, G. (2009), „Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?”, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paryż.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. i in. (2010), „The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial”, *Drug and Alcohol Dependence* 108, str. 56–64.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. i Madden, P.A.F. (2003), „Early reactions to cannabis predict later dependence”, *Archives of General Psychiatry* 60, str. 1033–1039.

- Fletcher, A., Bonell, C. i Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies”, *Journal of Adolescent Health* 42, str. 209–220.
- Gates, S., Smith, L.A. i Foxcroft, D. (2006), „Auricular acupuncture for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 1.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. i Marsden, J. (2003), „Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, str. 313–321.
- Gowing, L., Ali, R. i White, J.M. (2010), „Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 1.
- Grund, J.P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. i in. (2010), „The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction”, w: *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografia EMCDDA, Rhodes, T. i Hedrich, D. (redaktorzy), Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg, str. 191–232.
- Hall, W. i Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use”, *Lancet* 374, str. 1383–1391.
- Hedrich, D., Kerr, T. i Dubois-Arber, F. (2010), „Drug consumption facilities in Europe and beyond”, w: *Harm reduction: evidence and impacts*, Monografia EMCDDA, Rhodes, T. i Hedrich, D. (redaktorzy), Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg, str. 305–331.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoldt, A. i Puschel, K. (2000), „Methadone-related fatalities in Hamburg 1990–1999: implications for quality standards in maintenance treatment?”, *Forensic Science International* 113, str. 449–455.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. i in. (2009), „The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries”, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Sztokholm.
- Hoare, J. (2009), „Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey”, *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S.J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. i in. (2000), „One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme”, *Addiction* 95, str. 1055–1068.
- INCB (Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających) (2010a), „Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances”, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Nowy Jork (publikacja dostępna on-line).
- INCB (2010b), „Report of the International Narcotics Control Board for 2009”, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Nowy Jork (publikacja dostępna on-line).
- Irish Prison Service (2009), „Irish Prison Service annual report 2008” (publikacja dostępna on-line).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. i in. (2010), „Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness”, w: *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. i Hedrich, D. (redaktorzy), Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg, str. 115–163.
- King, L.A. (2009), „Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control”, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. i Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), „Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis”, *Sucht* 55, str. 365–368.
- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F. Jr., George, T.P., Greenfield, S.F. i in. (2007), „American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders”, wyd. 2, *American Journal of Psychiatry* 164 (dodatek 4), str. 5–123.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrel, M. i Lima, M.S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews* wyd. 3.
- Kolodgie, F.D. i in. (1999), „Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers”, *Experimental and Molecular Pathology* 66, str. 109–122.
- Komisja Europejska (2009a), „Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses”, *European Economy* 7/2009, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- Komisja Europejska (2009b), „First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy” (publikacja dostępna on-line).
- Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M. i in. (2009), „Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously”, *Addiction* 104, str. 1669–1678.
- Levin, F.R. i Kleber, H.D. (2008), „Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review”, *American Journal of Addiction* 17, str. 161–164.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. i in. (2009), „Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study”, *Lancet* 374, str. 1262–1270.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. i in. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial”, *Archives of General Psychiatry* 66, str. 1116–1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. i in. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who

- inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage", *Lancet* 375, str. 1014–1028.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. i in. (2008), „Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review”, *Lancet* 372, str. 1733–1745.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. i Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 3.
- McCambridge, J., Slym, R.L. i Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users”, *Addiction* 103, str. 1819–1820.
- Measham, F. i Moore, K. (2009), „Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy”, *Criminology and Criminal Justice* 9, str. 437–464.
- Meijers, R. (2007), „Toxicity of cocaine adulterants”, Trimbos Instituut, Utrecht.
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. i Brigham, G.S. (2006), „Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, str. 25–39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. i in. (2008), „Anticonvulsants for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 2.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. i in. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review” *Lancet* 370, str. 319–328.
- Muscat, R. (red.) (2008), „From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances”, Council of Europe Publishing, Strasburg.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), „Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia”, Sydney (publikacja dostępna on-line).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), „National Offender Management Service drug strategy 2008–2011”, Ministry of Justice, Londyn.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), „Digest”, marzec (publikacja dostępna on-line).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), „Models of care for adult drug misusers: update” (publikacja dostępna on-line).
- NTA (2007), „Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management” (publikacja dostępna on-line).
- NTA (2009), „Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners”, NTA, Londyn (publikacja dostępna on-line).
- NTA (2010), „Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem” (publikacja dostępna on-line).
- Obradovic, I. (2009), „Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004–2007) – Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge”, OFDT, Saint-Denis.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. i Davoli, M. (2010), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 1.
- 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.
- Pleace, N. (2008), „Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review”, Scottish Government Social Research (publikacja dostępna on-line).
- 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., Guterman, L.R. i Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey”, *Circulation* 103, str. 502–506.
- Rome, A., Shaw, A. i Boyle, K. (2008), „Reducing drug users’ risk of overdose”, Scottish Government Social Research, Edynburg.
- Rose, M.E. i Grant, J.E. (2008), „Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions”, *Annals of Clinical Psychiatry* 20, str. 145–155.
- SAMHSA (2008), „National survey on drug use and health”, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M.T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. i in. (w druku), „Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine”, *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. i Dalgarno, P. (2005), „Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)”, *British Journal of Health Psychology* 10, str. 33–48.
- Simojoki, K., Vormaa, H. i Alho, H. (2008), „A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)”, *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (publikacja dostępna on-line).

- Sporer, K.A. (1999), „Acute heroin overdose”, *Annals of Internal Medicine* 130, str. 585–590.
- Sprawozdania krajowe sieci Reitox (2009), dostępne na stronie internetowej EMCDDA.
- Stenbacka, M., Leifman, A. i Romelsjö, A. (2010), „Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up”, *Drug and Alcohol Review* 29, str. 21–27.
- Stoové, M.A., Dietze, P.M. i Jolley, D. (2009), „Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data”, *Drug and Alcohol Review* 28, str. 347–352.
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. i Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population”, *Statistical Methods in Medical Research* 18, str. 381–395.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L. i Patton, G.C. (2008), „Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood”, *Addiction* 103, str. 1361–1370.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. i Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area”, *Addiction* 93, str. 1149–1160.
- UNODC (2005), „Illicit drug trends in the Russian Federation”, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.
- UNODC (2009), „World drug report 2009”, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.
- UNODC (2010a), „Afghanistan cannabis survey 2009”, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń (publikacja dostępna on-line).
- UNODC (2010b), „World drug report 2010”, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.
- UNODC i rząd Maroka (2007), „Morocco cannabis survey 2005”, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.
- UNODC, UNAIDS i WHO (2010), „HIV testing and counselling in prisons and other closed settings, dokument techniczny”, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.
- UNODC, WHO i UNAIDS (2006), „HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response”, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.
- Van Beek, I., Dwyer, R. i Malcolm, A. (2001), „Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!”, *Drug and Alcohol Review* 20, str. 333–342.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R.A. 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.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. i in. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands”, *International Journal of Drug Policy* 20, str. 143–151.
- Van Nimwegen, L.J., de Haan, L., van Beveren, N.J., van der Helm, M., van den Brink, W. i Linszen, D. (2008), „Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial”, *Canadian Journal of Psychiatry* 53, str. 400–405.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature”, w: *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. i in. (redaktorzy), Maklu, Antwerpia.
- Verster, J.C., Kuerten, Y., Olivier, B. i van Laar, M.W. (2010), „The ACID-survey: methodology and design of an on-line survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety”, *Open Addiction Journal* 3, str. 24–31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. i Wittchen, H.U. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults”, *Drug and Alcohol Dependence* 68, str. 49–64.
- Wagner, F.A. i Anthony, J.C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol”, *Neuropsychopharmacology* 26, str. 479–488.
- Warburton, H., Turnbull, P.J. i Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. i Hall, W. (2001), „Heroin overdose: causes and consequences”, *Addiction* 96, str. 1113–1125.
- WHO (2007), „Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health”, Biuro Regionalne WHO dla Europy, Kopenhaga (publikacja dostępna on-line).
- WHO (2009), „Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence”, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.
- WHO (2010), „Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period”, Światowa Organizacja Zdrowia, Kopenhaga.
- WHO, UNODC i UNAIDS (2009), „Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users”, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. i Cowan, S.A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability”, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (publikacja dostępna on-line).

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klemková, D., Hedrich, D., Nardone, A. i Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users”, *American Journal of Public Health* 99, str. 1049–1052.

Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. i in. (2008), „Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients”, *Drug and Alcohol Dependence* 95, str. 245–257.

Wood, D.M., Nicolauo, M. i Dargan, P.I. (2009), „Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment”, *Substance Use & Misuse* 44, str. 1495–1502.

Zachrisson, H.D., Rödje, K. i Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”, *BMC Public Health* 6:34 (publikacja dostępna on-line).

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Sprawozdanie roczne 2010: stan problemu narkotykowego w Europie

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej

2010 – 114 str. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-440-3

doi:10.2810/35818

Jak otrzymać publikacje UE

Publikacje bezpłatne:

- w EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)
- w przedstawicielstwach i delegaturach Unii Europejskiej (dane kontaktowe można uzyskać pod adresem <http://ec.europa.eu> lub wysyłając faks pod numer +352 2929-42758)

Publikacje płatne:

- w EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

Płatne subskrypcje (np. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej*, zbiory orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej):

- u dystrybutorów Urzędu Publikacji Unii Europejskiej (http://publications.europa.eu/others/agents/index_pl.htm)

Informacje o EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) jest jedną ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej. Centrum, ustanowione w 1993 r. i mające siedzibę w Lizbonie, jest głównym źródłem obszernych informacji na temat narkotyków i narkomanii w Europie.

EMCDDA gromadzi, analizuje i rozpowszechnia rzeczowe, obiektywne, wiarygodne i porównywalne informacje na temat narkotyków i narkomanii. Dostarcza odbiorcom oparty na dowodach obraz zjawiska narkomanii na poziomie europejskim.

Publikacje wydawane przez Centrum są cennym źródłem informacji dla szerokiego grona odbiorców, w tym decydentów oraz ich doradców, specjalistów i badaczy pracujących w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz, ogólniej, mediów i masowego odbiorcy.

Sprawozdanie roczne to przegląd zjawiska narkomanii w państwach członkowskich UE przeprowadzony przez EMCDDA i stanowi publikację źródłową dla osób poszukujących najnowszych informacji na temat zjawiska narkomanii w Europie.



Urząd Publikacji

