



Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii

ISSN 1830-0790

# SPRAWOZDANIE ROCZNE 2005

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE





Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii

# SPRAWOZDANIE ROCZNE 2005

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

## Nota prawna

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

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

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

Oto numer bezpłatny:

**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

Dane katalogowe zamieszczono na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, 2005.

ISBN 92-9168-241-1

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2005.

Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła informacji.

*Printed in Belgium*

DRUK NA PAPIERZE BIAŁYM BEZCHLOROWYM.



Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii

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

## Spis treści

Wprowadzenie	5
Podziękowania	7
Informacje wstępne	9
Komentarz – identyfikacja tendencji związanych z narkotykami w Europie	11
Rozdział 1	
<b>Nowe osiągnięcia w zakresie polityki i przepisów prawa</b>	<b>18</b>
Rozdział 2	
<b>Szkoły, młodzież i narkotyki</b>	<b>27</b>
Rozdział 3	
<b>Konopie indyjskie</b>	<b>36</b>
Rozdział 4	
<b>Amfetaminy i pochodne środki pobudzające, LSD i inne narkotyki syntetyczne</b>	<b>45</b>
Rozdział 5	
<b>Kokaina i crack</b>	<b>56</b>
Rozdział 6	
<b>Heroina oraz stosowanie narkotyków w drodze iniekcji</b>	<b>63</b>
Rozdział 7	
<b>Przestępczość oraz zagadnienia związane z więziennictwem</b>	<b>84</b>
Bibliografia	89



## Wprowadzenie

Tegoroczne sprawozdanie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii zawiera dodatkowe elementy dostępne *on-line*, w tym nasz nowy biuletyn statystyczny, który liczy sobie już dwa lata i obecnie obejmuje ponad 200 tabel źródłowych z danymi ilościowymi na temat sytuacji narkotykowej w Europie.

EMCDDA już od dziesięciu lat współpracuje z państwami członkowskimi w celu opracowania pełnego obrazu zjawiska narkotykowego w Europie. Ilość i jakość danych obecnie dostępnych do analizy w tegorocznym sprawozdaniu odzwierciedla nie tylko techniczne osiągnięcia naukowych grup roboczych dostarczających informacje, ale również zaangażowanie decydentów z całej Europy w proces inwestowania i wspierania gromadzenia danych. Stanowi to konkretny przykład korzyści płynących ze wzajemnej współpracy na szczeblu europejskim. Państwa członkowskie różnią się nie tylko napotykanymi problemami narkotykowymi, ale również sposobami ich rozwiązywania. Pomimo tych różnic, wyłoniło się coś, co można uznać za europejskie spojrzenie na problem narkotykowy. Obecnie panuje zgoda, że działania należy oprzeć na dobrym rozpoznaniu sytuacji, wymianie doświadczeń w zakresie skutecznych działań oraz wzajemnej współpracy, jeżeli istnieje możliwość osiągnięcia wspólnych korzyści. Aspiracje te, znajdujące się w nowej strategii i planie działania UE w zakresie narkotyków, stanowią również kluczowe tematy niniejszego sprawozdania.

Nasze roczne sprawozdanie kładzie nacisk na niepokojące zjawisko wpływu zażywania narkotyków zarówno na obywateli, jak i społeczności, w których żyją. Zwracamy uwagę na pojawiające się problemy, z którymi musimy sobie radzić, takie jak wzrost zażywania narkotyków stymulujących, w szczególności kokainy lub ciągły wzrost liczby młodych Europejczyków eksperymentujących z narkotykami. Oczywiście, pozostaje

jeszcze wiele do zrobienia, aby poprawić odzew na problem zażywania narkotyków w Europie. Mimo to, w niniejszym sprawozdaniu jesteśmy w stanie wskazać kilka osiągnięć, choćby ogólne rozszerzenie usług dla osób z problemami narkotykowymi lub oznakami stabilizacji, albo nawet zanik niektórych bardziej szkodliwych aspektów tego zjawiska. Tak więc w niniejszym sprawozdaniu nie tylko podkreślono niektóre kluczowe problemy, które mamy przed sobą, lecz również wskazano kierunek, w którym musimy dążyć w celu skutecznej walki z problemem narkotykowym w Europie.

Z zadowoleniem przyjmujemy fakt, że w tym roku znowu zanotowaliśmy wzrost przepływu danych z nowych państw członkowskich Unii Europejskiej. Oprócz gromadzenia danych na temat sytuacji w rozszerzonej Europie, zamieszczamy również dostępne dane z Bułgarii, Rumunii i Turcji, jak również niektóre analizy istotnych międzynarodowych kierunków rozwoju. Globalny charakter problemu narkotykowego oznacza, że musimy usytuować naszą europejską analizę w szerszym kontekście. Handel i zażywanie narkotyków są nierozdzielnie powiązane z obawami, które obecnie budzą nasz największy niepokój. Zażywanie narkotyków wpływa na globalne zdrowie i rozwój, przestępczość i bezpieczeństwo osobiste oraz bezpieczeństwo międzynarodowe. Nasze sprawozdanie w dużym stopniu koncentruje się na europejskim obrazie, ale nie możemy ignorować faktu, że zajmujemy się problemem o wymiarze globalnym.

**Marcel Reimen**  
Przewodniczący, Zarząd EMCDDA

**Wolfgang Götz**  
Dyrektor, EMCDDA





## Podziękowania

EMCDDA dziękuje za pomoc w opracowaniu niniejszego sprawozdania:

- szefom krajowych punktów kontaktowych europejskiej sieci informacji o narkotykach i narkomanii Reitox oraz ich pracownikom,
- służbom, które zajmowały się gromadzeniem wstępnych danych do niniejszego sprawozdania we wszystkich państwach członkowskich,
- członkom Zarządu i Komitetu Naukowego EMCDDA oraz uczestnikom technicznych grup roboczych sieci EMCDDA/Reitox,
- Parlamentowi Europejskiemu, Radzie Unii Europejskiej – w szczególności jej Horyzontalnej Grupie Roboczej ds. Narkotyków – oraz Komisji Europejskiej,
- Szwedzkiej Radzie ds. Informacji o Alkoholu i innych Używkach (CAN), Grupie Pompidou Rady Europy, Europejskiemu Biuru ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości, Światowej Organizacji Zdrowia, Europolowi, Interpolowi oraz Europejskiemu Centrum Monitorowania Epidemiologicznego AIDS,
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej oraz Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich,
- Prepress Projects Ltd.

### Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox

Reitox jest europejską siecią informacji o narkotykach i narkomanii. Sieć tworzą krajowe punkty kontaktowe w państwach członkowskich UE, Norwegii, krajach kandydujących i Komisji Europejskiej. Punkty kontaktowe są organami krajowymi dostarczającymi informacji o narkotykach do EMCDDA i w tym zakresie podlegają swoim władzom krajowym.

Informacje kontaktowe o krajowych punktach kontaktowych znajdują się na stronie:  
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



## Informacje wstępne

Niniejsze sprawozdanie roczne powstało w oparciu o informacje udostępnione EMCDDA przez państwa członkowskie UE, kraje kandydujące oraz Norwegię (biorącą udział w pracach EMCDDA od 2001 r.) w postaci sprawozdania krajowego. Przedstawione tutaj dane statystyczne dotyczą roku 2003 (lub ostatniego roku, dla którego dostępne są dane). Informacje graficzne i tabele zawarte w niniejszym sprawozdaniu mogą odnosić się jedynie do określonej grupy państw UE. Wybór dokonywany jest spośród państw, z których dostępne są informacje za dany okres.

Elektroniczna wersja sprawozdania rocznego dostępna jest w 22 językach i znajduje się pod adresem <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Biuletyn Statystyczny 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) zawiera całkowity zestaw tabel źródłowych, na których oparta jest analiza statystyczna. Biuletyn przedstawia również dalsze dane dotyczące zastosowanej metodologii oraz ponad 100 dodatkowych wykresów statystycznych.

Profile danych o krajach (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) przedstawiają najważniejsze, graficzne podsumowanie kluczowych aspektów sytuacji narkotykowej każdego państwa.

Niniejszemu sprawozdaniu towarzyszą trzy obszerne analizy następujących kwestii:

- naruszanie porządku publicznego związane z narkotykami; trendy w polityce i działaniach zapobiegawczych;
- alternatywy wobec więzienia; działania w UE dotyczące popełniających przestępstwa osób problemowo zażywających narkotyki; oraz
- buprenorfina; praktyki leczenia, nadużywania i przepisywania.

Wybrane tematy dostępne są w wersji drukowanej i na stronach internetowych (<http://issues05.emcdda.eu.int>) jedynie w języku angielskim.

Krajowe sprawozdania punktów kontaktowych Reitox przedstawiają szczegółowy opis i analizę problemu narkotykowego w każdym państwie, i dostępne są na witrynie internetowej EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



## Komentarz – identyfikacja tendencji związanych z narkotykami w Europie

### Złożony obraz sytuacji w Europie

Niniejszy rozdział zajmuje się omówieniem głównych zmian i tendencji zjawiska narkomanii w Europie. Było to możliwe dzięki połączeniu w jedną całość informacji pochodzących z różnych źródeł i uwzględnieniu zarówno mocnych, jak i słabych stron dostępnych obecnie podstaw naukowych. Tegoroczny komentarz zawiera ocenę wpływu udostępnionych nowych danych z 2005 roku na zrozumienie średnio- i długookresowych tendencji zjawiska narkomanii w Europie.

### Zażywanie wielu rodzajów narkotyków komplikuje zarówno naszą wiedzę o problemach związanych z zażywaniem narkotyków, jak i możliwości ich rozwiązania

Przyjęte w niniejszym raporcie podejście analityczne skupia się w głównej mierze na każdej z ważniejszych zażywanych substancji. Podejście skoncentrowane na poszczególnych substancjach jest z założenia łatwym do zrozumienia i ma tę dodatkową zaletę, że większość wskaźników dotyczących zażywania narkotyków oparta jest na miarach behawioralnych związanych z poszczególnymi substancjami. Wadą tego rodzaju podejścia jest fakt, iż nie odzwierciedla ono problemu zażywania wielu narkotyków jednocześnie, co stanowi obecnie jeden z najważniejszych czynników wpływających na sytuację w Europie. Analiza wpływu zażywania narkotyków na zdrowie publiczne powinna uwzględniać złożoność w zakresie związanej z zażywaniem narkotyków konsumpcji substancji psychoaktywnych, obejmujących także alkohol i tytoń. W Europie, na przykład, pochodne konopi indyjskich palone są często z tytoniem, co ma wpływ na szkody związane z tego rodzaju zachowaniami, jak i na działania mające na celu zapobieganie narkomanii. Analizy toksykologiczne przypadków zgonów związanych z zażyciem narkotyków często wykazują obecność wielu substancji; wiadomo także, że równoległe spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko związane z zażywaniem zarówno heroiny, jak i kokainy. Ponadto koncentrowanie się na tendencjach występujących w zakresie jednej substancji może dawać mylący obraz sytuacji, jeżeli nie zostanie wzięty pod uwagę wzajemny związek pomiędzy różnymi rodzajami narkotyków. W niniejszym raporcie, na przykład, zaprezentowano dane o wzroście dostępności opiatów, stanowiącym ważny czynnik w analizie tendencji dotyczących zażywania heroiny. Podobnie przydatne może być uwzględnienie możliwego pokrywania się tendencji w zażywaniu różnych narkotyków o właściwościach pobudzających i włączenie do analizy zakresu, w jakim obserwowane zmiany mogą wynikać z różnic w schematach konsumpcji.

Podsumowując, większość osób zgłaszających się do ośrodków leczenia w Europie z powodu problemów narkotykowych ma za sobą kontakt z wieloma substancjami. Potrzebne jest opracowanie lepszych metod sprawozdawczych dla tego ważnego aspektu związanego z zażywaniem narkotyków oraz zrozumienie, w jaki sposób jednoczesne zażywanie wielu narkotyków wpłynie na skuteczność podejmowanych interwencji.

### Młodzi ludzie a zażywanie narkotyków – wzrost spożycia konopi indyjskich, pojawienie się różnych schematów

Zjawisko zażywania narkotyków w Europie dotyczy głównie młodych ludzi, a w szczególności młodych mężczyzn. Dane pochodzące z badań prowadzonych na ogóle populacji i w szkołach dają wartościowy wgląd w sposób ewolucji schematów zażywania narkotyków w Europie od połowy lat 90. W tegorocznym raporcie możliwe było uwzględnienie danych pochodzących z kolejnego etapu europejskiego projektu badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD), które stanowią wartościowe źródło danych w zakresie monitorowania zażywania narkotyków w populacjach szkolnych i określania tendencji rysujących się w czasie.

Biorąc pod uwagę wszystkie dostępne dane, bardzo wyraźnie widać, że zażywanie pochodnych konopi indyjskich przedstawia się bardzo różnie w poszczególnych krajach. Chociaż od połowy lat 90. główna tendencja w Europie miała kierunek wzrostowy, w niektórych krajach uwidacznia się schemat nieco bardziej stabilny. Na przykład, chociaż w Zjednoczonym Królestwie wskaźniki dotyczące zażywania pochodnych konopi indyjskich utrzymują się od lat 90. na szczególnie wysokim poziomie, to w tym okresie wykazywały dużą stabilność. Ponadto nie zanotowano większych zmian poziomu spożycia konopi indyjskich w kilku krajach o niewielkim rozpowszechnieniu tego narkotyku, w tym w Szwecji i Finlandii na północy Europy oraz w Grecji i na Malcie na południu. Wzrost spożycia pochodnych konopi indyjskich, wykazywanych w badaniu ESPAD od 1999 roku, dotyczył głównie nowych państw członkowskich UE. Analiza danych pochodzących ze szkół oraz z badań ogółu populacji sugeruje, że pod wieloma względami Republika Czeska, Hiszpania i Francja dołączyły ostatnio do Zjednoczonego Królestwa, tworząc razem grupę krajów o częstym występowaniu zjawiska zażywania pochodnych konopi indyjskich.

W Europie coraz większe obawy budzą negatywne skutki zażywania produktów otrzymywanych z konopi indyjskich, jednak informacje na temat zakresu, w jakim zażywanie tego narkotyku wywołuje problemy zdrowia publicznego,

są niedostateczne. Dane dotyczące potrzeb związanych z leczeniem narkomanii w Europie dają pochodnym konopi indyjskich drugie miejsce po opiatach, choć pochodne konopi indyjskich stanowią nadal jedynie 12% ogólnego zapotrzebowania na leczenie narkomanii, a ogólny obraz kształtuje sytuacja w stosunkowo niewielkiej liczbie krajów. Dane dotyczące regularnego i intensywnego zażywania konopi indyjskich są konieczne do zdobycia wiedzy na temat prawdopodobnego ich związku z problemami zdrowia publicznego, jednak obecnie tego rodzaju informacje są ograniczone. Chociaż dostępne dane sugerują, że aż trzy miliony ludzi w Europie, głównie młodych mężczyzn, może codziennie zażywać pochodne konopi indyjskich, nie wiadomo, w jakim stopniu grupa ta może być dotknięta problemami związanymi z zażywaniem narkotyków.

### **Co się dzieje z problemem zażywania narkotyków – czy spada liczba nowych narkomanów zażywających heroinę i przyjmujących narkotyki dożylnie?**

Jednym z najtrudniejszych metodologicznie obszarów monitorowania problemu zażywania narkotyków jest kwestia oszacowania liczby osób zażywających narkotyki w sposób przewlekły, a w szczególności wyniszczający. W celu szacunkowego określenia tego rodzaju zażywania narkotyków opracowano wskaźnik problemowego zażywania narkotyków EMCCDA, przy czym w większości krajów UE wskaźniki problemowego zażywania narkotyków odzwierciedlają zażywanie opiatów i stosowanie narkotyków w drodze iniekcji. Obecne dane szacunkowe wskazują, że w UE mieszka około 1,2 do 2,1 miliona osób problemowo zażywających narkotyki, spośród których 850 000 do 1,3 miliona niedawno rozpoczęło zażywanie narkotyków dożylnie. Szacunki dotyczące problemowego zażywania narkotyków są fragmentaryczne, co utrudnia określenie tendencji długofalowych. Jednak w państwach UE-15 wskaźniki sugerują, że szybki wzrost liczebności nowych osób zażywających heroinę, odnotowywany w większości krajów, osiągnął swoją szczytową wartość na początku lat 90., po czym nastąpiło ustabilizowanie sytuacji. Mimo że w kilku krajach donoszono o wzroście od 1999 roku, ostatnie dane sugerują, że sytuacja w tym zakresie nie jest jednolita, przy czym dane szacunkowe na temat częstotliwości występowania tego zjawiska nie wykazują spójności na poziomie UE. Na szczególną uwagę zasługują nowe państwa członkowskie, ponieważ wydaje się, że problemy z zażywaniem heroiny wystąpiły w nich później, a sytuacja obecnie jest bardziej płynna.

Dodatkowymi źródłami informacji służącymi ocenie problemowego zażywania narkotyków są dane na temat liczby zgonów związanych z narkotykami oraz na temat zapotrzebowania na leczenie. Analiza zgonów związanych z zażywaniem narkotyków (najczęściej spowodowanych przedawkowaniem opiatów) sugeruje, że ofiary to populacja starzejąca się, przy czym od 1996 roku spada liczebność zgonów wśród osób poniżej

25 roku życia zażywających narkotyki. Ważnym aspektem jest fakt, iż dane z niedawno przyjętych państw UE – choć ograniczone – wykazują istniejącą do niedawna tendencję wzrostową odsetka zgonów wśród osób poniżej 25 roku życia, choć wydaje się, że obecnie sytuacja osiągnęła pewien stopień stabilizacji. Ogólnie można stwierdzić, że choć w UE liczba zgonów związanych z narkotykami utrzymuje się na rekordowo wysokim poziomie, to prawdopodobnie osiągnęła ona już wartość szczytową.

W większości krajów heroina jest podstawowym narkotykiem, z powodu którego najczęściej zgłaszają się na leczenie osoby zażywające narkotyki. W niektórych krajach możliwe jest prześledzenie tendencji związanych z zażywaniem heroiny wśród osób po raz pierwszy zgłaszających się na leczenie, a dane na ten temat wykazują nieznaczny spadek w wielkościach absolutnych od 1996 roku. W niektórych krajach europejskich, szczególnie w krajach byłej Piętnastki, od pewnego czasu notuje się spadek przypadków stosowania iniekcji wśród osób zażywających opiaty zgłaszających się na leczenie, natomiast w całej Europie mniej niż połowa nowych pacjentów zgłaszających się na leczenie związane z zażywaniem opiatów przyznaje się do stosowania iniekcji. Ponownie, tendencja ta nie pokrywa się z sytuacją obserwowaną w nowych państwach członkowskich, w których iniekcje stanowią powszechny sposób podawania wśród osób zażywających heroinę, mających dostęp do usług medycznych.

Podsumowując, nie ma prostej odpowiedzi na pytanie, czy zażywanie heroiny lub stosowanie iniekcji wykazuje w Europie tendencję spadkową. Pod wieloma względami obecna sytuacja – w zakresie liczby osób nowo uzależnionych od heroiny i stosujących iniekcje – wygląda lepiej niż perspektywy w krajach UE-15 na początku lat 90. Istnieją dane potwierdzające stabilność sytuacji w wielu krajach, sugerujące nawet starzenie się tej populacji, być może odzwierciedlające rzadsze występowanie zjawiska. Jednak w niektórych nowych państwach członkowskich, w których eskalacja problemu heroinowego nastąpiła stosunkowo niedawno, iniekcje są nadal głównym sposobem podawania opiatów, a na podstawie dostępnych danych trudno jest zinterpretować obecne tendencje w zakresie zażywania heroiny.

### **Zażywanie kokainy i innych środków pobudzających – nie ma powodów do zadowolenia**

Europa jest nadal głównym rynkiem sprzedaży narkotyków pobudzających, a wskaźniki sugerują, że w przypadku Europy jako całości notowana jest tendencja wzrostowa w zakresie zażywania amfetaminy, ekstazy i kokainy. Po wieloma względami ekstazy wyprzedziła amfetaminę, zajmując drugie miejsce pod względem częstotliwości zażywania, po pochodnych konopi indyjskich. W Zjednoczonym Królestwie jednak, w którym od lat 90. pod wieloma względami notowano najwyższe wskaźniki występowania przypadków zażywania ekstazy i amfetaminy, ostatnie dane z badań populacji ogólnej i uczniów szkół sugerują, że wskaźniki zażywania obu

narkotyków mogą wykazywać spadek, dość znaczny w przypadku amfetaminy, a mniejszy w przypadku ecstasy. Jednak wskaźniki narkomanii w Zjednoczonym Królestwie utrzymują się na stosunkowo wysokim poziomie w porównaniu z innymi krajami, choć różnica ta jest obecnie mniej widoczna, dlatego że w kilku krajach notowane są podobne wskaźniki zażywania narkotyków, zbliżone do sytuacji opisywanej powyżej w przypadku konopi indyjskich.

Rozpowszechnienie zażywania kokainy wykazuje zróżnicowanie w poszczególnych krajach Europy, jednak i w tym przypadku tendencja wydaje się mieć zasadniczo kierunek wzrostowy. Dane pochodzące z badań ankietowych sugerują, że szczególnie w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie odsetek osób zażywających kokainę znacząco wzrósł pod koniec lat 90., a ostatnio także notowano dalszy, choć niższy, wzrost. W obu tych krajach dane szacunkowe dotyczące występującego w ostatnim okresie zażywania kokainy wśród młodych osób dorosłych przewyższają podobne dane dla ecstasy i amfetaminy.

Wpływ zażywania środków pobudzających na zdrowie publiczne w Europie trudno określić, choć istniejące dane sugerują, że nie ma powodów do zadowolenia, biorąc pod uwagę obecne schematy konsumpcji. Zapotrzebowanie na leczenie związane z zażywaniem kokainy ciągle wzrasta. Mimo że pomiędzy poszczególnymi krajami widoczne są znaczne różnice, kokaina stanowi powód 10% ogólnego zapotrzebowania na leczenie w całej Europie. Zjawisko zażywania cracku, postaci kokainy szczególnie związanej z problemami zdrowotnymi i innymi, nadal ma w Europie charakter ograniczony. Raporty na temat zażywania cracku ograniczają się zasadniczo do kilku największych miast, jednak w społecznościach, w których narkotyk ten jest zażywany, wynikające z niego szkody mogą mieć znaczący zakres. Kilka aspektów praktycznych i metodologicznych utrudnia określenie liczby zgonów związanych z zażywaniem środków pobudzających w Europie. Choć ich liczba jest niska w stosunku do notowanych zgonów związanych z zażywaniem opiatów, liczba zgonów związanych z zażywaniem środków pobudzających może wzrastać i jest prawdopodobnie niedoszacowana. Choć dostępne obecnie dane są ograniczone, w kilku krajach wskaźniki mówią o decydującej roli kokainy w około 10% wszystkich zgonów związanych z zażywaniem narkotyków. Zgony związane z zażywaniem ecstasy są rzadkie w większości krajów UE, choć procedury raportowania o nich należałoby poprawić.

### **Opierając się tendencjom globalnym: brak znaczących problemów związanych z zażywaniem metamfetaminy w Europie**

Metamfetamina jest narkotykiem szczególnie łączonym z problemami zdrowotnymi i społecznymi. Na całym świecie notowane jest znaczne zainteresowanie rosnącym problemem metamfetaminy, której wskaźniki zażywania wydają się być wysokie lub rosnące w USA, Australii,

niektórych częściach Afryki i na znacznym obszarze Azji Południowo-Wschodniej. Do chwili obecnej zjawisko zażywania metamfetaminy w Europie ograniczało się praktycznie do Republiki Czeskiej, która z problemem metamfetaminy boryka się od dłuższego czasu. W innych krajach Europy pojawiają się sporadyczne doniesienia o dostępności metamfetaminy, nieliczne raporty o przechwyceniu ładunków tego narkotyku i rzadkie wzmianki o imporcie z Republiki Czeskiej do krajów sąsiadujących. Biorąc jednak pod uwagę, że wiele krajów europejskich posiada bliskie relacje z częściami świata, w których istnieje problem metamfetaminy, a także uwzględniając rozwój europejskiego rynku środków pobudzających, możliwości rozpowszechnienia się metamfetaminy nie należy ignorować i dlatego obszar ten należy bacznie obserwować.

### **Rozszerzenie i rozwój usług przeznaczonych dla osób z problemem narkotykowym**

Usługi dla osób z problemem narkotykowym mogą mieć pozytywny wpływ zarówno na poszczególne osoby zażywające narkotyki, jak i na społeczności, w których one żyją. Fakt ten uwzględnia wiele krajowych polityk antynarkotykowych, a zaangażowanie się w rozszerzenie usług dla osób z problemem narkotykowym zawiera zarówno stary, jak i nowy Plan Działania UE w zakresie narkotyków. Choć trudno jest w pełni określić zakres świadczenia usług dla osób z problemem narkotykowym w Europie, kilka wskaźników sugeruje, że zarówno usługi lecznicze, jak i niektóre formy redukcji szkód rozwinęły się w znacznym stopniu. Mając to na uwadze, należy stwierdzić, że charakter i skala różnych rodzajów usług pozostają bardzo zróżnicowane pomiędzy poszczególnymi krajami. Jednym z obszarów usługowych, który zauważalnie rozwinął się w ostatnim dziesięcioleciu, jest leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów, szczególnie w krajach o wysokim wskaźniku dożylnego zażywania heroiny. Metadon jest środkiem stosowanym w niespełna 80% terapii substytucyjnych w Europie i w ponad 90% terapii substytucyjnych prowadzonych w ośrodkach specjalistycznych, jednak buprenorfina zdobywa sobie coraz większą popularność jako dostępna opcja farmakologiczna i stosowana jest prawdopodobnie w 20% przypadków leczenia substytucyjnego w Europie. (Dalsze informacje na temat stosowania tego narkotyku można znaleźć w rozdziale „Buprenorfina: leczenie, nadużywanie i praktyki w zakresie przepisywania” „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices” w sekcji zawierającej wybrane zagadnienia, dołączzonej do niniejszego raportu). Obecnie szacuje się, że liczba osób poddających się leczeniu substytucyjnemu w Europie przekracza 500 000, co sugerowałoby, że zakwalifikowana do leczenia substytucyjnego może być jedna czwarta do połowy osób borykających się z uzależnieniem od opiatów.

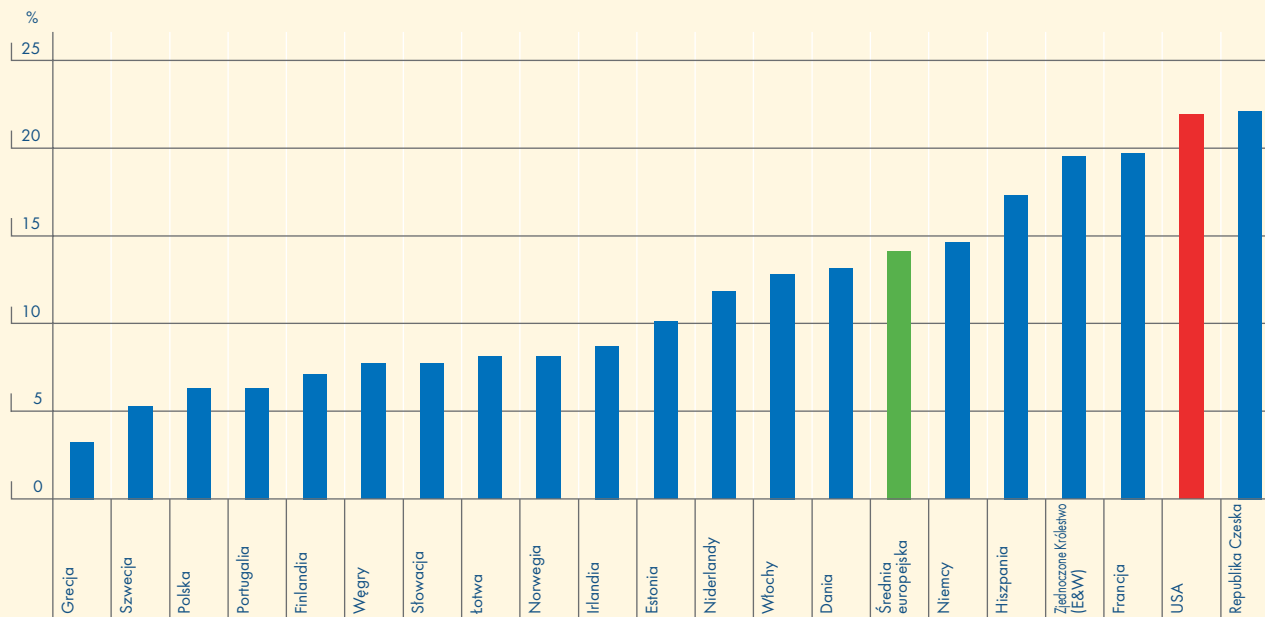
Leczenie substytucyjne nie jest jedynym rozwiązaniem dla osób z problemem uzależnienia od opiatów, nie ma jednak wystarczających danych na temat innych strategii terapeutycznych, aby możliwe było oszacowanie poziomu

**Poziom narkomanii w Europie jest nadal niższy niż w USA – jednak w niektórych miejscach szacunki na temat występowania narkomanii są podobne**

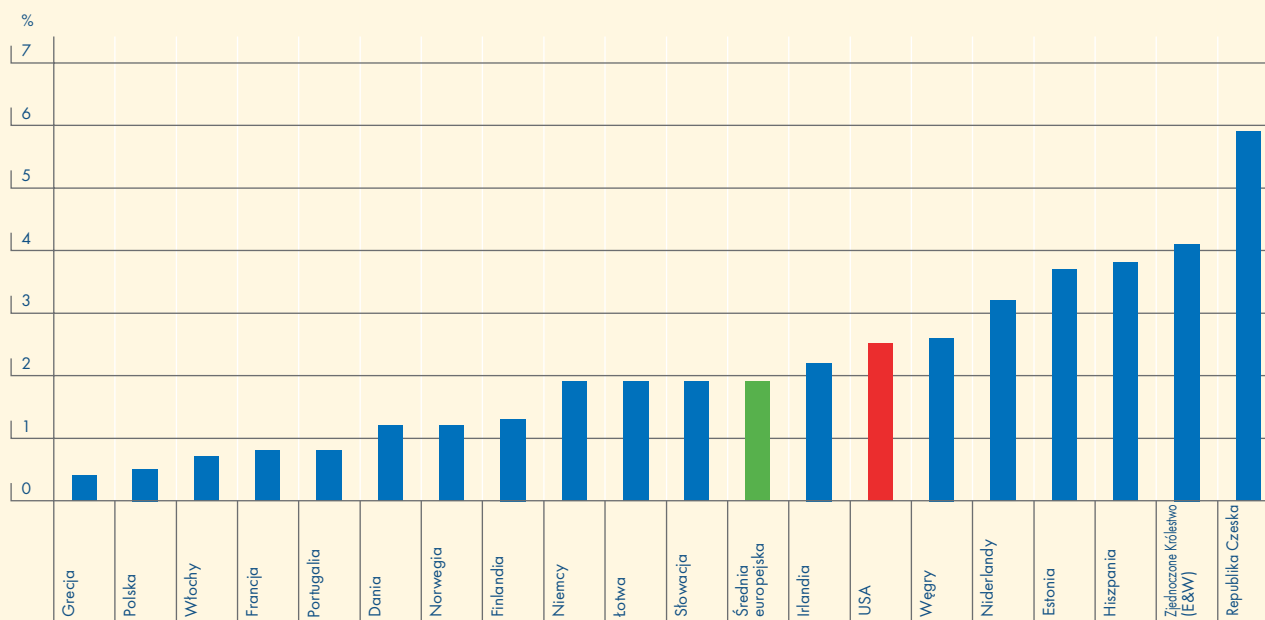
Wskaźniki związane z zażywaniem narkotyków w USA są od dawna wyższe niż podobne dane w krajach europejskich. W znacznej mierze tendencja ta utrzymuje się do dzisiaj, jednak porównanie ostatnich danych (występowanie narkomanii w ubiegłym roku) sugeruje, że w kilku krajach europejskich poziom spożycia pochodnych konopi indyjskich, ecstasy i kokainy wśród młodych osób dorosłych osiągnął poziom zbliżony do USA (zob. rysunek). W przypadku zażywania ecstasy przez młode osoby dorosłe, ostatnie dane szacunkowe z USA są niższe niż w kilku krajach europejskich, co być może odzwierciedla ścisły związek Europy z rozpowszechnieniem zażywania tego narkotyku. Jednak średnia dla populacji UE pozostaje pod każdym względem niższa od średniej dla USA. W wielu krajach europejskich zażywanie narkotyków rozpowszechniło się później niż w USA, co może znajdować swoje odbicie w wyższych dla USA szacunkowych wskaźnikach przynajmniej jednokrotnego zażycia (zob. rysunek 1, 2 i 3 w Biuletynie Statystycznym z 2005 r.), które w pewnym zakresie można traktować jako zbiorcze wskaźniki poziomu narkomanii w czasie.

**Wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia i zażywania w ubiegłym roku pochodnych konopi indyjskich, ecstasy i kokainy wśród młodych osób dorosłych (15–34 lat) w Europie i USA**

Zażywanie w ostatnim czasie (miniony rok) pochodnych konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych (15–34 lat)

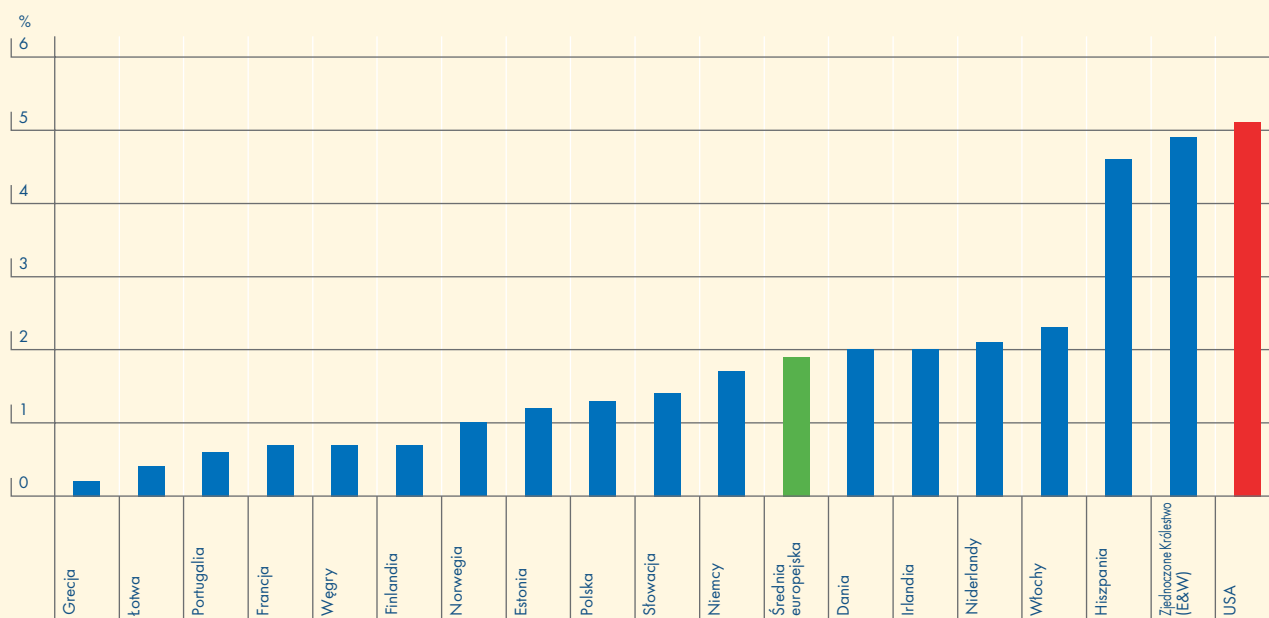


Zażywanie w ostatnim czasie (miniony rok) ecstasy wśród młodych osób dorosłych (15–34 lat)





## Zażywanie w ostatnim czasie (miniony rok) kokainy wśród młodych osób dorosłych (15–34 lat)



Uwaga: W USA sondaż przeprowadzono w 2003 r. wśród osób w przedziale wiekowym o 16 do 34 lat z wykorzystaniem przeliczonych danych pochodzących z pierwotnego źródła.

W państwach europejskich większość sondaży (17 z 19) została przeprowadzona w latach 2001–2004, przy czym standardowy przedział wiekowy wyniósł od 15 do 34 lat (w niektórych państwach dolna granica może wynosić nawet 16 lub 18 lat).

Europejski średni wskaźnik rozpowszechnienia obliczony został na podstawie średnich krajowych wskaźników rozpowszechnienia ważonych krajową populacją w wieku od 15 do 34 lat (rok 2001, dane Eurostat).

Źródła: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies (Urząd Nauk Stosowanych), National Survey on Drug use and Health (Krajowe Badanie problemu Narkomanii i Zdrowia), 2003 ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)) oraz (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Europa wykres GPS-11 w Biuletynie Statystycznym EMCDDA 2005. W oparciu o krajowe sprawozdania Reitox (2004).

świadczenia tego rodzaju usług na poziomie UE. W opracowywaniu modeli opieki nad osobami uzależnionymi od opiatów dokonano znaczący postęp, a dane umożliwiające ocenę skuteczności w tym zakresie są względnie obszerne. Inaczej sprawa wygląda z osobami zażywającymi innego rodzaju narkotyki, które coraz liczniej zgłaszają się do ośrodków terapeutycznych w Europie. Nie ma tak powszechnej zgody co do najbardziej odpowiednich opcji terapeutycznych dla osób szukających pomocy w zakresie uzależnienia na przykład od środków pobudzających lub pochodnych konopi indyjskich, a opracowanie skutecznych opcji leczenia dla tego rodzaju pacjentów z pewnością będzie coraz większym wyzwaniem.

### Zażywanie narkotyków, zakażenia wirusem HIV i AIDS – coraz większa dostępność interwencji może także wpływać na ogólne tendencje

Rozwój usług leczniczych nie jest jedynym obszarem, w którym zanotowano poprawę usług dla osób z problemem narkotykowym. Programy wymiany igieł i strzykawek, zapewniające sterylne narzędzia osobom zażywającym narkotyki poprzez iniekcje, funkcjonują obecnie w prawie wszystkich państwach członkowskich UE, a w większości krajów tendencja średniookresowa wskazuje na wzrost zarówno skali, jak i zasięgu geograficznego takich działań. W niektórych państwach

członkowskich także apteki odgrywają znaczącą rolę w poszerzaniu zasięgu tego rodzaju programów. Programy specjalistyczne są często włączane w szerszy zakres usług dla osób z problemem narkotykowym, szczególnie w agencjach świadczących usługi niskoprogowe, i jako takie są często uważane za sposób nawiązania kontaktu z osobami czynnie zażywającymi narkotyki i być może doprowadzenia ich do leczenia i korzystania z innych usług.

Zasadniczo liczba przypadków zachorowań na AIDS spowodowanych podawaniem narkotyków przez iniekcję spada od pewnego czasu. Kontakty heteroseksualne zajęły obecnie miejsce zajmowane dotychczas przez iniekcje narkotyków jako czynnik najwyższego zagrożenia AIDS w Europie. Można to przypisać rosnącej od 1996 roku dostępności wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej (HAART), rozwojowi usług terapeutycznych i redukujących szkody oraz malejącej liczbie osób zażywających narkotyki dożylnie w krajach najbardziej dotkniętych tym problemem. Dane szacunkowe Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) sugerują, że w większości krajów europejskich ponad 75% osób wymagających terapii HAART ma do niej dostęp. Szacuje się jednak, że zasięg terapii jest niewielki w kilku państwach nadbałtyckich, co może mieć odbicie we wzroście nowych zachorowań na AIDS wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w przynajmniej kilku krajach tego obszaru

geograficznego. Przez pewien czas wskaźniki nowych zachorowań na AIDS również rosły w zaskakującym tempie w niektórych krajach nadbałtyckich, jednak ostatnie dane wykazują równie znaczący spadek, prawdopodobnie z powodu nasycenia najbardziej zagrożonych populacji. Ponadto niewykluczone jest, że w niektórych miejscach udział w tym spadku miał rozwój świadczonych usług.

W większości nowych państw członkowskich UE wskaźniki zachorowalności na AIDS utrzymują się na niskim poziomie, podobnie jak w wielu krajach UE-15. Większość spośród krajów UE, w których wskaźniki zachorowalności na AIDS osiągnęły rekordowe wartości wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, zanotowała znaczący spadek, a następnie ustabilizowanie się tych wskaźników. Nie oznacza to, że problem zniknął: pomimo trudności metodologicznych, komplikujących interpretację tendencji na poziomie krajowym, niektóre ostatnio przeprowadzone badania wykazują nowe przypadki przenoszenia choroby w subpopulacjach osób zażywających narkotyki dożylnie, podkreślając potrzebę dalszej uważnej obserwacji.

### **Ogólne raporty na temat sankcji prawnych za posiadanie lub zażywanie narkotyków**

Istnieją spore braki w porównywalnych danych na poziomie europejskim w zakresie większości aspektów związku narkotyków z przestępczością. Głównym wyjątkiem są wykroczenia przeciwko prawu antynarkotykowemu, przez co rozumie się zarejestrowane przestępstwa przeciwko ustawodawstwu zajmującego się kontrolą narkotyków. Chociaż porównania pomiędzy poszczególnymi krajami należy przeprowadzać z dużą ostrożnością, wydaje się, że w okresie od końca lat 90. do roku 2003 w wielu krajach UE wzrosła liczba przestępstw przeciw prawu antynarkotykowemu. Szczególnie zauważalne były wzrosty w niektórych nowych państwach członkowskich. W większości krajów większość raportów dotyczy posiadania lub zażywania narkotyków. W większości państw członkowskich większość przestępstw dotyczy pochodnych konopi indyjskich, a od 1998 roku w większości krajów odsetek przestępstw związanych z konopiami indyjskimi albo wzrósł, albo utrzymał się na tym samym poziomie. W odróżnieniu od powyższego, odsetek przestępstw związanych z heroiną spadł w wielu krajach.

W wielu krajach europejskich rosną obawy związane z szerszym wpływem zażywania narkotyków na społeczności, w których istnieje to zjawisko. Kwestie związane z bezpieczeństwem publicznym i narażeniem młodych ludzi na kontakt z narkotykami stanowią najczęściej poruszane zagadnienia, które można ująć pod wspólnym tytułem: „Naruszenia porządku publicznego związane z narkotykami”. Zagadnienie to omówiono szczegółowo w sekcji zawierającej wybrane zagadnienia, dołączonej do raportu rocznego. Kontynuacja tematu wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych jest wybranym zagadnieniem poświęconym omówieniu strategii mających na celu przekierowanie osób z problemem narkotykowym z kar pozbawienia wolności w stronę leczenia („Alternatywy dla kar pozbawienia wolności: ukierunkowanie na osoby z problemem narkotykowym popełniające przestępstwa w UE” („Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU”)).

### **Rozwój polityki antynarkotykowej – zauważalne są wspólne elementy, jednak w kontekście poszanowania różnic krajowych**

Niniejszy raport jasno wskazuje, że w całej Europie występują znaczące różnice pomiędzy państwami członkowskimi pod względem zarówno problemów z narkotykami, jakie w nich występują, jak i polityk oraz skali i charakteru interwencji. Mimo tych różnic istnieją pewne wspólne elementy sytuacji związanej z narkotykami, występującej w tych krajach. Na poziomie polityki państwa członkowskie wyrażają ogólne zaangażowanie polityczne w rozwój zrównoważonej i opartej na dostępnych danych reakcji, zgodnej ze zobowiązaniami międzynarodowymi, przyznając, że polityki antynarkotykowe stanowią obowiązek kraju, zwracając także uwagę na korzyści, które mogą wynikać z lepszej współpracy na poziomie europejskim. Ambicje te wyrażone są w strategii antynarkotykowej UE i w planach działania. Strategia oraz plan działania UE w zakresie narkotyków na lata 2000–2004, choć nie osiągnęły wszystkich założonych ambitnych celów, stanowią dowód ważnej zmiany zachodzącej w sposobie współpracy państw członkowskich, instytucji UE i specjalistycznych agencji w zakresie koordynacji i badania postępu w dziedzinie narkotyków. Nowa strategia UE w zakresie narkotyków na lata 2005–2012 ma na celu kontynuację tego procesu.



## Rozdział 1

# Nowe osiągnięcia w zakresie polityki i przepisów prawa

### Wstęp

Osiągnięcia w zakresie polityki antynarkotykowej wśród państw członkowskich UE są, co nieuniknione, niejednorodne, gdyż odzwierciedlają różnorodne nastawienia względem problemu na szczeblu krajowym i europejskim. Nie wyklucza to jednak istnienia cech wspólnych, wartych analizy. W trakcie okresu sprawozdawczego to głównie w grupie tych cech widać sposób, w jaki strategii antynarkotykowe są oceniane w różnych państwach członkowskich. Wdrożenie krajowych strategii antynarkotykowych jest oceniane w kilku państwach UE. Choć wyniki oceny polityki antynarkotykowej jako całości nie mogą być jeszcze określone, ocena już przyniosła obiecujące rezultaty. Lepiej rozumiemy teraz odniesione sukcesy i poniesione porażki; w niektórych przypadkach w wyniku oceny przydzielono także większe środki, by umożliwić osiągnięcie niezrealizowanych celów strategii. Ponadto ocena Strategii i Planu Działania UE 2000–2004 przedstawia pierwsze wyniki istotnego procesu, który zrzesza państwa członkowskie, instytucje UE oraz specjalistyczne agencje we wspólnej pracy nad pomiarem postępów poczynionych w dziedzinie narkotyków. Inne osiągnięcia odnotowane w trakcie okresu sprawozdawczego dotyczą ograniczenia w niektórych państwach kar za zażywanie narkotyków oraz zwiększenia surowości kar za handel narkotykami i za przestępstwa związane z narkotykami zagrażające młodocianym.

### Strategiczne podejście do polityki antynarkotykowej w Unii Europejskiej

Strategia Antynarkotykowa UE 2005–2012, przyjęta przez Radę Europejską w grudniu 2004 roku, bierze pod uwagę wyniki końcowej oceny postępów poczynionych w poprzednim okresie (2000–2004). Jej celem jest dodanie wartości krajowym strategiom przy jednoczesnym przestrzeganiu zasad subsydiarności i proporcjonalności, określonych w traktatach. Strategia ta obejmuje dwa generalne cele dla UE w odniesieniu do narkotyków:

- osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia, dobrobytu i spójności społecznej poprzez uzupełnianie działań państw członkowskich w zakresie zapobiegania i ograniczenia stosowania narkotyków,

uzależnień oraz związanych z narkotykami szkód dla zdrowia i tkanki społecznej,

- zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa dla ogółu społeczeństwa, poprzez podejmowanie działań przeciwko produkcji, podaży oraz handlowi transgranicznemu narkotyków, a także poprzez wzmacnianie działań zapobiegawczych wobec przestępstw związanych z narkotykami dzięki efektywnej współpracy między państwami członkowskimi.

Te dwa cele obejmują sześć priorytetów określonych w strategii antynarkotykowej UE na lata 2000–2004. Nowa strategia powtarza to zintegrowane, multidyscyplinarne i zrównoważone podejście łączenia środków w celu ograniczenia zarówno popytu, jak i podaży. Koncentruje się na tych dwóch obszarach polityki i na dwóch wzajemnie przecinających się tematach – „współpracy międzynarodowej” i „informacji, badaniach i ocenie” – oraz na „koordynacji”.

W lutym 2005 roku Komisja Europejska przedstawiła Parlamentowi Europejskiemu i Radzie Europejskiej Komunikat w sprawie planu działania antynarkotykowego UE na lata 2005–2008. EMCDDA i Europol brały udział w przygotowaniu tego planu działania w charakterze konsultantów. Komisja przeprowadziła również konsultacje społeczne. Plan działania, który bierze pod uwagę wyniki oceny poprzedniego planu, został stworzony tak, by w przypadku każdego podejmowanego działania jego uczestnicy byli jasno przedstawieni, a narzędzia oceny, wskaźniki i terminy realizacji – określone. Powinno to ułatwić następujące później monitorowanie działań oraz przedstawić bardziej efektywne wskazówki odnośnie do wykonania planu. Przed przedstawieniem planu na lata 2009–2012 Komisja przeprowadzać będzie doroczne przeglądy realizacji planu działania oraz ocenę jego oddziaływania.

Podążając za przykładem UE, większość państw członkowskich przyjęła krajowe strategie antynarkotykowe. Z 29 państw objętych niniejszym sprawozdaniem, 26 prowadzi krajową politykę antynarkotykową według planu krajowego, strategii lub podobnego dokumentu. Sytuacja w pozostałych państwach wygląda następująco: we Włoszech plan krajowy został przyjęty przez Narodowy Komitet ds. Koordynacji Działań Antynarkotykowych w marcu 2003

roku i obecnie jest poddawany analizie przez regiony i prowincje autonomiczne; Malta i Austria zasygnalizowały, że procedury stworzenia i przyjęcia krajowych strategii antynarkotykowych w tych państwach znajdowały się w fazie przygotowawczej podczas pisania sprawozdania <sup>(1)</sup>.

Nowe krajowe strategie antynarkotykowe zostały przyjęte w siedmiu krajach UE (patrz tabela 1). Zasada mówiąca, że polityka antynarkotykowa powinna mieć charakter globalny i multidyscyplinarny, wydaje się być akceptowana przez wszystkie krajowe strategie antynarkotykowe państw członkowskich, zgodnie z podejściem UE do problemu narkotyków. Jednakże strategie krajowe poszczególnych państw mogą zawierać zasadnicze różnice treściowe, na przykład w odniesieniu do wdrożenia interwencji, które mogą różnić się pomimo zastosowania tej samej terminologii, w odniesieniu do roli oceny w strategiach, która może wahać się od uznania jej za ważną do marginalnej, a nawet w odniesieniu do przyjęcia lub nieprzyjęcia tak ważnych kwestii tej polityki, jak redukcja szkód. W rzeczywistości, na podstawie 26 przebadanych dokumentów polityk lub strategii <sup>(2)</sup>, redukcja szkód wydaje się być kwestią powodującą największą rozbieżność opinii: pojawia się jako czynnik istotny w 12 z nich, w dziewięciu ujęta jest w dyskusji nad innymi kwestiami. W pięciu dokumentach została zupełnie pominięta.

## Ocena strategii antynarkotykowych przynosi pierwsze efekty

Strategia antynarkotykowa UE (2000–2004) została oceniona podczas okresu sprawozdawczego. Rada ds. Wymiaru Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych na posiedzeniu w dniach 25–26 października 2004 r. zapoznała się ze sprawozdaniem Komisji dotyczącym wyników końcowej oceny <sup>(3)</sup>. Jego celem było oszacowanie, do jakiego stopnia plan działania zrealizował cele strategii antynarkotykowej oraz jaki był wpływ strategii antynarkotykowej i planu działania na sytuację narkotykową w UE. Przyczynił się również do debaty, która doprowadziła do zatwierdzenia <sup>(4)</sup> nowej strategii antynarkotykowej. Komisję w jej pracach nad oceną wspierał komitet sterujący (w skład którego weszli członkowie Komisji, czterech państw członkowskich, które przewodniczyły UE w latach 2003–2004, EMCDDA i Europolu). Podczas przeprowadzania prac poważne ograniczenie stanowił brak dokładnych i wymiernych celów operacyjnych.

Komunikat dotyczący wyników końcowej oceny i jego załączniki <sup>(5)</sup> wskazują główne osiągnięcia w dziedzinie narkotyków na szczeblu krajowym i unijnym oraz obszary, które wymagają dalszego rozwoju. Komunikat podkreśla,

**Tabela 1: Nowe krajowe strategie antynarkotykowe**

Państwo	Tytuł	Czas trwania lub data przyjęcia	Cele	Wymierne cele	Wskaźniki wykonania	Odpowiedzialność za wykonanie	Budżet na wykonanie
Estonia	Krajowa strategia zapobiegania uzależnieniu od narkotyków	2004–12	✓	✓	✓	b.d.	b.d.
Estonia	Celowy plan działania strategii	2004–08	✓	✓	✓	✓	✓
Francja	Plan działania przeciwko nielegalnym narkotikom, tytoniowi i alkoholowi	2004–08	✓	✓	✓	b.d.	✓
Cypr	Krajowa strategia antynarkotykowa	2004–08	✓	b.d.	b.d.	b.d.	✓ <sup>(3)</sup>
Litwa <sup>(1)</sup>	Strategia programu krajowego w sprawie zapobiegania uzależnieniu od narkotyków	2004–08	✓	b.d.	✓	✓	✓
Luksemburg	Strategia i plan działania w sprawie narkotyków i uzależnienia od narkotyków	2005–09	✓	✓ <sup>(2)</sup>	✓	✓	✓
Słowenia <sup>(1)</sup>	Uchwała w sprawie krajowego programu w dziedzinie narkotyków	2004–09	✓	b.d.	b.d.	✓	✓
Finlandia	Program działania polityki antynarkotykowej	2004–07	✓	b.d.	b.d.	✓	b.d.

NB: b.d.: brak danych.  
<sup>(1)</sup> Dane przekazane przez pracowników krajowych punktów kontaktowych.  
<sup>(2)</sup> W strategii Luksemburga brak celów wymiernych dla ograniczenia podaży.  
<sup>(3)</sup> Strategia Cypru stwierdza, że dla osiągnięcia jej celu udostępnione zostaną zasoby finansowe i ludzkie – w tekście brak specyfikacji co do liczb.

<sup>(1)</sup> Więcej informacji i definicji na ten temat znajduje się na stronie EMCDDA ([www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360](http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360)).

<sup>(2)</sup> Brak informacji na ten temat w odniesieniu do Malty, Słowacji i Turcji.

<sup>(3)</sup> COM (2004) 707 końcowy.

<sup>(4)</sup> Rada Europejska (16–17 grudnia 2004 r.) – Wnioski.

<sup>(5)</sup> Zawierające m.in. Przegląd Statystyczny (1999–2000) EMCDDA-Europol (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

że osiągnięto postęp w kwestii ograniczenia częstości występowania problemów zdrowotnych związanych z narkotykami (w tym zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), zapalenie wątroby) i liczby zgonów związanych z narkotykami (cel 2 strategii antynarkotykowej UE), a zwłaszcza w kwestii poprawy dostępu do leczenia (cel 3). W odniesieniu do celu 1, tj. ograniczenia stosowania narkotyków, nie zanotowano istotnego rozwoju. Podobnie nie zmniejszyła się dostępność narkotyków (cel 4). Niemniej cele 4 i 5, ujęte razem, okazały się działać jako katalizator dla kilku inicjatyw na poziomie UE, które wzmocniły środki egzekwowania prawa względem handlu i podaży narkotyków. W trakcie trwania planu pojawiło się kilka ważnych inicjatyw zwalczania prania brudnych pieniędzy (cel 6.1) oraz zapobiegania zmianie zastosowania prekursorów (cel 6.2), w szczególności przez zmiany w ustawodawstwie Wspólnoty w sprawie kontroli nad handlem prekursorami.

Komunikat podkreślił również potrzebę dalszych badań, np. nad czynnikami biomedycznymi, psychospołecznymi i innymi, które leżą u podłoża zażywania narkotyków i uzależnienia, zwłaszcza w odniesieniu do obszarów, gdzie informacja wciąż jest niewystarczająca (np. długoterminowe zażywanie pochodnych konopi indyjskich lub narkotyków syntetycznych). Zwrócono także uwagę na potrzebę odbywania regularnych konsultacji społecznych przy formułowaniu polityki antynarkotykowej UE. Komisja zaleciła przedłużenie strategii UE z pięciu do ośmiu lat, co pokrywa się z okresem dwóch kolejnych planów działania UE, aby pozwolić na całkowite wprowadzenie i przystosowanie inicjatyw do celów strategii.

Warto skomentować kilka ocen przeprowadzonych na szczeblu krajowym w trakcie okresu sprawozdawczego. Szczególnie interesujące są oceny przeprowadzone przez państwa, które przyjęły bardziej zorganizowane podejście do swoich krajowych strategii antynarkotykowych. Ich elementy mogą być określone jako formalna dokumentacja celów, definiowanie i ilościowe określenie celów, określenie władz odpowiedzialnych za wdrożenie oraz określenie terminu, w którym cele mają być osiągnięte. Takie podejście ułatwia państwu sprawozdawanie wykonanych zadań oraz identyfikowanie kwestii problemowych, a zatem umożliwia podjęcie działań tam, gdzie są one wymagane.

Przykłady takiego podejścia można odnaleźć w strategiach Republiki Czeskiej, Irlandii, Luksemburga, Polski i Portugalii, gdzie ocena krajowych strategii antynarkotykowych pokazała bądź ma szansę pokazać działania, które zakończyły się powodzeniem oraz niewykonane zadania, nad którymi nadal trzeba pracować. Przykład, jak zorganizowane podejście może wspomóc ocenę osiągniętego postępu, można odnaleźć w ocenie krajowej strategii antynarkotykowej Portugalii na

rok 2004. Niezależni eksperci stwierdzili, że osiągnięto postęp w realizacji niektórych z 30 głównych celów portugalskiego planu działania, przy czym osiem celów zostało zrealizowanych całkowicie, a 10 – częściowo. Jednakże brak informacji oznaczał, że inne cele trudno było ocenić, a pięć celów uznano za nieosiągnięte. W Niemczech stworzony został komitet sterujący (Krajowa Rada ds. Uzależnienia od Narkotyków), aby doprowadzić do wdrożenia planu działań na rok 2003 i aby monitorować jego wyniki.

Przyjęcie krajowej strategii antynarkotykowej lub ocena powodzenia poprzedniej doprowadziły w kilku państwach do podwyższenia budżetu na kwestie związane z narkotykami. Przykładowo, w Grecji obserwuje się ciągle zwiększanie poziomu wydatków na usługi związane z ochroną zdrowia, na Węgrzech uruchomiono fundusze na sfinansowanie niewdrożonych do tej pory elementów strategii, a w Luksemburgu budżet Ministerstwa Zdrowia na kwestie dotyczące narkotyków wzrósł z 1 miliona euro w 1999 roku do prawie 6 milionów euro w roku 2004. Jednakże we wszystkich państwach członkowskich wydatki publiczne na problem narkotyków stanowią jedynie niewielką część całkowitych wydatków publicznych (pomiędzy 0,1% a 0,3%). Może to częściowo tłumaczyć opinię, że w całej UE nie istnieje bezpośredni związek pomiędzy wzrostem gospodarczym i wynikającymi z niego zmianami w budżecie ogólnym a zmianami dotyczącymi poziomu wydatków publicznych na kwestię narkotyków.

W niektórych państwach UE wydatki na ograniczenie podaży nadal stanowiły większość wydatków publicznych (szacunkowo 68–75% całkowitych wydatków związanych z kwestią narkotyków) <sup>(6)</sup>. Jednakże w kilku państwach, włączywszy Maltę i Luksemburg, wydatki na ograniczenie popytu były wyraźnie wyższe niż wydatki na ograniczenie podaży (wydatki na ograniczenie popytu wyniosły odpowiednio 66% i 59% całkowitych wydatków związanych z kwestiami narkotyków). Nie jest jednak jasne, czy przedstawione różnice w lokowaniu środków budżetowych prezentują zasadniczą różnicę w priorytetach polityki, czy też odzwierciedlają stroniczość w zbieraniu danych.

Nadal problemem jest brak dostępności informacji o bezpośrednich wydatkach publicznych na kwestię narkotyków. Są jednak oznaki, że równoległe ze wzrostem naukowego zainteresowania tymi kwestiami <sup>(7)</sup> ma także miejsce rosnące zaangażowanie polityczne w odniesieniu do określenia i opisu publicznych wydatków związanych z narkotykami tak, by krajowe wydatki na kwestie narkotykowe mogły być traktowane jako kluczowy element ocen kosztów i korzyści. Razem z siecią Reitox i Komisją Europejską, EMCDDA przygotowuje obecnie metodologię, która pozwoli na określenie spójnych i wiarygodnych szacunków dotyczących wydatków publicznych

<sup>(6)</sup> Patrz zagadnienia wybrane: „Wydatki publiczne w dziedzinie ograniczenia popytu na narkotyki” w sprawozdaniu rocznym EMCDDA 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

<sup>(7)</sup> W Belgii, Hiszpanii, Francji, Luksemburgu, Niderlandach, Finlandii, Szwecji i Zjednoczonym Królestwie – szczegółowe informacje znajdują się na stronie EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

związanych z narkotykami wewnątrz UE, zgodnie z wymaganiami planu działania UE na rok 2005.

Ten pierwszy proces oceny na szczeblu krajowym i europejskim przedstawia cenny mechanizm reakcji, informując decydentów o koszcie tego przedsięwzięcia oraz w jakim stopniu ich decyzje zostały wdrożone. Umożliwia im także zwiększenie wysiłków w obszarach, w których odnotowano problemy lub tam, gdzie ocena dała negatywne wyniki. Choć brak jeszcze wyraźnych dowodów wpływu krajowych strategii antynarkotykowych na całość zjawiska narkotyków (EMCDDA, 2004a), podejście „podliczania wyniku” jest pozytywnym znakiem i rozpocznie, miejmy nadzieję, ogólny trend w Europie ku przeprowadzeniu szczegółowej oceny każdej z krajowych strategii antynarkotykowych.

## Debaty w parlamentach i mediach krajowych

Obawy społeczne dotyczące zjawiska narkotyków odzwierciedlone są zarówno w debatach w mediach, jak i w parlamentach. Podczas okresu sprawozdawczego, wśród danych na temat debat parlamentarnych dostarczonych przez sprawozdania krajowe Reitox, tematy, które poruszano najczęściej, dotyczyły „redukcji szkód” lub interwencji należących do kategorii „stosowania pochodnych konopi indyjskich” i „przestępstw związanych z narkotykami oraz odnoszących się do nich zmian w ustawodawstwie dotyczącym narkotyków”.

Korzyści i straty wynikające z terapii zastępczej oraz środków redukcji szkód w porównaniu z metodami nefarmakologicznymi spowodowały ożywione debaty parlamentarne w Republice Czeskiej, Estonii, Francji, Irlandii i Norwegii. Tematami gorącej debaty politycznej stały się propozycja utrzymania w Szwecji na stałe programu wymiany strzykawek, choć byłby on przeprowadzany pod rygorystyczną kontrolą, oraz tymczasowe utworzenie pomieszczeń do iniekcji w Norwegii (patrz zagadnienia wybrane: ustawodawstwo krajowe i uciążliwość społeczna).

Konopie indyjskie nadal są ważnym tematem debat, zwłaszcza w Niemczech, gdzie główną uwagę zwrócono na używanie pochodnych konopi przez młodych ludzi oraz w Luksemburgu i Portugalii, gdzie proponuje się, by pochodne konopi były dostępne na receptę. Stosowanie pochodnych konopi lub, bardziej ogólnie, zażywanie narkotyków w szkołach i przez ludzi młodych było szeroko dyskutowanym tematem w mediach w Belgii, Republice Czeskiej, Niemczech, na Cyprze, w Luksemburgu i Austrii. W Niderlandach uwaga mediów skupiła się na informacji o zwiększeniu stężenia tetrahydrocannabinolu (THC)

w uprawach konopi („nederwiet”) oraz na możliwych konsekwencjach dla zdrowia spowodowanych przez silnie działające konopie. W Polsce konopie indyjskie były substancją najczęściej omawianą w mediach – na 2500 odniesień do narkotyków 865 razy mówiono o konopiach. Projekty ustaw legalizujących pochodne konopi przedłożono w Belgii, Danii i w niektórych radach miejskich w Niderlandach (mając na celu rozwiązanie tzw. „problemu tylnych drzwi”) <sup>(8)</sup>, wywołując silny publiczny sprzeciw ze strony większości parlamentarzystów i ministrów rządu.

Ewentualność zmian w ustawodawstwie dotyczącym narkotyków przyciągnęła uwagę mediów i doprowadziła do debaty politycznej we Francji i we Włoszech. We Francji wniosek o zastąpienie wyroków więzienia za zażywanie narkotyków grzywnami został zarzucony ze względu na obawy, że taka zmiana została by „zinterpretowana jako znak, iż narkotyki nie są bardzo niebezpieczne” i doprowadziłyby do „nowego wzrostu przypadków zażywania oraz zażywania w młodszym wieku” <sup>(9)</sup>. We włoskich media powtórnie miała miejsce ożywiona debata parlamentarna nad zmianami do ustawy z 1990 roku, a rozróżnienie sankcji za posiadanie narkotyków przyciągnęło media i uwagę polityczną w Republice Czeskiej.

Doraźne badania analizujące przekaz mediów zostały przeprowadzone w Republice Czeskiej, Grecji, Luksemburgu, Polsce i Portugalii, a krajowe kampanie medialne, skierowane zwłaszcza do ludzi młodych, zostały przygotowane w Belgii <sup>(10)</sup>, Polsce i w Zjednoczonym Królestwie <sup>(11)</sup>.

## Nowe osiągnięcia w programach i przepisach prawa UE

Ważne inicjatywy UE w odniesieniu do narkotyków, które rozpoznano podczas okresu sprawozdawczego, odnosiły się do obszarów zdrowia publicznego, handlu narkotykami i kontroli nad prekursorami i narkotykami syntetycznymi.

### Zdrowie publiczne

Na szczeblu europejskim zapobieganie narkotykom jest określane jako jeden z czynników warunkujących zdrowie według programu zdrowia publicznego <sup>(12)</sup>. Plan pracy tego programu na rok 2004 koncentrował się na zaleceniu Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. i stworzeniu, we współpracy z EMCDDA, właściwej bazy dla całego inwentarza działań w UE. Komisja zachęciła interesariuszy do przedkładania wniosków zawierających odnoszące się do stylu życia podejście do rozwiązania problemu

<sup>(8)</sup> Bary typu „coffee shop” mogą posiadać do 500 g konopi indyjskich na sprzedaż, jednak mogą je nabyć jedynie na czarnym rynku. Jest to tzw. „problem tylnych drzwi”.

<sup>(9)</sup> MILD T (2004), str. 43, cytowane w sprawozdaniu rocznym Francji.

<sup>(10)</sup> www.partywise.be

<sup>(11)</sup> Kampania w sprawie ryzyka zażywania konopi indyjskich „Pomów z Frankiem” (<http://www.talktofrank.com/>).

<sup>(12)</sup> Decyzja nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. przyjmująca program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) – *Oświadczenia Komisji* Dz.U. L271 z 9.10.2002, str. 1–12.

nadużywania wszelkich substancji o potencjale uzależniającym, zwłaszcza w miejscach rozrywki (np. klubach nocnych) oraz w więzieniach. Komisja była szczególnie zainteresowana stworzeniem najlepszej praktyki i poprawy komunikacji oraz propagowaniem informacji o nowoczesnych technikach. Komisja wybrała w roku 2004 cztery projekty, których celem było: zapobieganie ryzykownemu zachowaniu, harmonizacja wiedzy międzynarodowej o biomedycznych efektach ubocznych doping, wzmocnienie przekazywania wiedzy na temat reakcji na zażywanie narkotyków oraz rozszerzenie na nowe państwa członkowskie istniejących zasobów internetowych z informacjami o legalnych i nielegalnych narkotykach.

## Handel narkotykami

W 2004 roku przyjęto na szczelbu UE kilka instrumentów mających na celu przeciwdziałanie handlowi narkotykami. Decyzja ramowa Rady 2004/757/JHA z 25 października 2004 r. określiła minimalne przepisy dotyczące elementów składowych czynów przestępczych i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami<sup>(13)</sup>. Jest ona także kluczowym instrumentem w podejściu do handlu narkotykami, poprzez określenie minimalnych kar za tego typu przestępstwa w państwach członkowskich.

Porozumienie co do decyzji Rady w sprawie wymiany informacji, szacowania ryzyka i kontroli nad nowymi substancjami psychoaktywnymi zostało osiągnięte przez Radę w grudniu 2004 roku. Decyzja ta przedstawia ramy efektywnej wymiany informacji o nowych substancjach psychotropowych, jak również mechanizm uzyskania nad nimi kontroli na szczelbu UE.

30 marca 2004 r. Rada przyjęła zalecenie w sprawie wytycznych do pobierania próbek przejętych narkotyków. Zaleca ono, by te państwa członkowskie, które jeszcze tego nie robią, wprowadziły system pobierania próbek zgodny z wytycznymi międzynarodowymi. Rada przyjęła również rozporządzenie w sprawie konopi indyjskich i sprawozdanie o stanie prac w odniesieniu do wykonywania planów dotyczących ograniczenia popytu i podaży narkotyków oraz podaży narkotyków syntetycznych.

11 lutego 2004 r. Parlament Europejski i Rada przyjęły rozporządzenie nr 273/2004 w sprawie prekursorów narkotyków<sup>(14)</sup>. Tworzy ono wewnątrz Wspólnoty zharmonizowane środki kontroli i monitorowania pewnych substancji, często wykorzystywanych w produkcji nielegalnych środków odurzających i substancji psychotropowych, mając na uwadze zapobieganie zmianie zastosowania takich substancji. W szczególności przedstawia wytyczne dla państw członkowskich w sprawie przyjmowania koniecznych środków, by umożliwić właściwym organom wykonywanie swoich obowiązków kontroli i monitorowania oraz przedstawia informacje, jak rozpoznawać i zgłaszać podejrzane

## Tworzenie zrównoważonego systemu monitorowania zdrowia

Utworzenie i działanie zrównoważonego systemu monitorowania zdrowia należy do kluczowych celów programu zdrowia publicznego (2003–2008). Komisja przeprowadziła konsultacje z państwami członkowskimi i z organizacjami międzynarodowymi w celu konsolidacji zbioru wskaźników zdrowia Wspólnoty Europejskiej. W związku z tym „zgony związane z zażywaniem narkotyków” oraz „zażywanie środków psychotropowych” zostały ujęte w projekcie listy głównych wskaźników, tym samym wzmacniając powiązania strukturalne z EMCDDA jako potencjalnym dostawcą danych.

transakcje. 22 grudnia 2004 r. Rada przyjęła rozporządzenie 111/2005 określające zasady monitorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Wspólnotą a państwami trzecimi.

Realizując rozporządzenie Rady z listopada 2002 roku, Komisja Europejska przedstawiła w listopadzie 2004 roku, podczas posiedzenia Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków Rady (HDG), badanie na temat generycznego i opartego na liście awaryjnej podejścia do kontrolowania narkotyków syntetycznych. W kwietniu 2004 roku Komisja przedstawiła także HDG sugestie co do dalszych możliwych ulepszeń metod wyznaczania tras sieci dystrybucyjnych narkotyków syntetycznych w UE.

## Nowe krajowe przepisy prawa

### Ludzie młodzi

Zmiany w ustawodawstwie krajowym niektórych państw członkowskich, które zaszły podczas okresu sprawozdawczego, obejmowały środki ochrony ludzi młodych przed przestępcami lub reakcję na ich ewentualną chęć zażywania narkotyków.

Ochrona może zostać zapewniona przez podejście bezpośrednie lub bardziej ogólne. Na Węgrzech przepisy prawa z marca 2003 roku mają na celu ochronę osób poniżej 18 roku życia przed nadużywaniem środków odurzających, natomiast karanie dorosłych za przestępstwa przeciwko nieletnim będzie surowsze. W Estonii poprawki wprowadzone z początkiem 2004 roku przewidują surowsze kary względem większości przestępstw związanych z narkotykami, w tym nakłanianie niepełnoletnich do nielegalnego zażywania narkotyków.

W Danii ustawa o euforiantach została zmieniona w lipcu 2004 roku. Rozprawianie narkotyków w restauracjach, dyskotekach i podobnych miejscach uczęszczanych przez dzieci lub ludzi młodych jest teraz uważane za poważną okoliczność obciążającą. Przestępstwa takie zawsze powinny być karane wyrokiem więzienia, a średni wyrok więzienia w tego typu sprawach wydłuży się o jedną trzecią. Podobnie w Hiszpanii, gdzie od października

<sup>(13)</sup> Dz.U. L335 z 11.11.2004, str. 8; patrz także sprawozdanie roczne EMCDDA 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

<sup>(14)</sup> Dz.U. L47 z 18.2.2004, str. 1.



2004 roku handel w okolicy szkół jest okolicznością obciążającą, a dodatkowo granica wieku dla „młodej osoby” pozyskanej do popełnienia przestępstwa handlu narkotykami została podniesiona z 16 do 18 lat. Kierunek nowych przepisów prawa w Anglii i Walii określony został w dokumencie *Wytyczne w sprawie egzekwowania przepisów o pochodnych konopi indyjskich* (ACPO, 2003), który doradza, jak postępować z osobami będącymi w posiadaniu pochodnych konopi indyjskich i zatrzymanymi na obszarze lub w pobliżu szkół, klubów młodzieżowych i placów zabaw.

Środki reakcji względem ludzi młodych zażywających narkotyki obejmują dwa rozporządzenia ministerialne przyjęte na łącznie w grudniu 2003 roku. Jedno z nich wytycza procedury przymusowego leczenia w ośrodku (za zgodą rodziców) dla dzieci złapanych na zażywaniu narkotyków oraz inne działania szczególne, które należy podjąć, jeśli w szkole zostaną znalezione narkotyki lub inne środki odurzające. W Anglii i Walii osoby poniżej 18 roku życia aresztowane za przestępstwa związane z pochodnymi konopi indyjskich nadal otrzymują naganę, ostateczne ostrzeżenie lub są oskarżane przez policję, w zależności od wagi przestępstwa. Po otrzymaniu ostatecznego ostrzeżenia, młody przestępca zostaje przekazany do zespołu ds. młodych przestępców (YOT), który organizuje leczenie i inne metody wsparcia.

W Republice Czeskiej ustawa o wymiarze sprawiedliwości względem nieletnich, która weszła w życie w roku 2004, zmienia zasady rządzące postępowaniem względem młodych ludzi zaangażowanych w przestępstwa podlegające kodeksowi karnemu; ustawa ta ma pierwszeństwo przed ogólnymi przepisami prawa. Środki karne powinny być stosowane tylko wtedy, kiedy jest to konieczne, a środki dydaktyczne mogą obejmować zakaz zażywania substancji lub przymusowe leczenie. Maksymalne granice wyroków bez uwięzienia również wynoszą obecnie połowę wysokości kar stosowanych wobec dorosłych. W Polsce rozporządzenie ministerialne ze stycznia 2003 roku ustanawia specjalne formy edukacji i działań zapobiegawczych wobec dzieci i młodzieży z grupy zagrożonej narkomanią. Szkoły zobowiązane są stosować strategie edukacyjne i zapobiegawcze.

W październiku 2003 roku Europejska Prawna Baza Danych o Narkotykach (ELDD) opublikowała badanie porównawcze przepisów prawa odnoszących się do kwestii narkotyków i ludzi młodych<sup>(15)</sup>. Posłużyło ono jako podstawa dla dokumentu wspierającego ocenę planu działania UE 2000–2004 ogłoszoną przez Komisję w październiku 2004 roku<sup>(16)</sup>. Ocena stwierdziła, że wszystkie 22 przepisy prawne przyjęte przez 11 państw członkowskich (z 15 państw) odnosiły się do kwestii planu działania w sprawie ludzi młodych. Większość przepisów miała na celu przedstawienie alternatywy dla kary więzienia, choć sześć państw przyjęło przepisy prawa

zmierzające ku ograniczeniu rozpowszechnienia zażywania narkotyków, zwłaszcza wśród ludzi młodych. Generalnie jednak stosunkowo mało uwagi legislacyjnej poświęcono tym punktom planu działania w trakcie pięcioletniego okresu. Dogłębna analiza środków stosowanych względem młodych przestępców zażywających narkotyki znajduje się w części zagadnień wybranych: alternatywy dla kary więzienia.

## Redukcja szkód

W latach 2003 i 2004 przyjęto kilka przepisów prawa odnoszących się do kwestii redukcji szkód.

We Francji w sierpniu 2004 roku uchwalono przepis przyjmujący pięcioletni plan polityki zdrowia publicznego, włączający politykę redukcji szkód u zażywających narkotyki w przepisy zdrowia publicznego, oficjalnie definiując redukcję szkód i przyjmując ją w ramy ustawodawstwa państwowego.

W Finlandii rozporządzenie rządu wprowadziło zmiany w Ustawie o chorobach zakaźnych w taki sposób, że specjaliści chorób zakaźnych powinni podjąć w centrach zdrowia pracę zapobiegawczą obejmującą również doradztwo zdrowotne dla osób przyjmujących narkotyki dożylnie oraz wprowadzić wymianę igieł i strzykawek jako konieczną. W Luksemburgu dekret wielkosiądzący z grudnia 2003 roku reguluje krajowy program rozprowadzania strzykawek, określając miejsca i osoby upoważnione do wydawania strzykawek zażywającym narkotyki. Kontynuuje to tendencję do zezwalania, poprzez wyraźne przepisy prawa<sup>(17)</sup>, na posiadanie i dostarczanie sterylnych strzykawek. Tendencja ta wspierana jest przez ustępujący plan działania UE 2000–2004, który wnosił o rozwój dostępności profilaktyki. Dalsze informacje prawne znajdują się w przeglądzie tematycznym ELDD „Ramy prawne programów wymiany igieł i strzykawek”<sup>(18)</sup>.

W sierpniu 2003 roku zmieniono w Zjednoczonym Królestwie ustawę o nadużywaniu narkotyków tak, by farmaceuci i pracownicy leczący uzależnienia mogli dostarczać waciki, sterylną wodę, określony sprzęt do mieszania substancji (w tym łyżki, miski, fiżjanki i talerze) oraz kwas cytrynowy osobom uzależnionym od narkotyków, które otrzymały narkotyk kontrolowany bez recepty. W czerwcu 2004 roku norweski parlament przyjął na trzy lata tymczasową ustawę w sprawie próbnego planu dotyczącego pomieszczeń do iniekcji narkotyków. Zwolniła ona osoby korzystające z pomieszczeń do iniekcji z kary za posiadanie i zażycie pojedynczej dawki narkotyku, pozwoliła także na otwarcie takiego pomieszczenia w lutym 2005 roku.

W Republice Czeskiej kilka organizacji pozarządowych (NGO) udostępnia usługi analizy środków, których celem jest ograniczenie ryzyka zażycia nieznanej lub

<sup>(15)</sup> Young people and drugs: a legal overview (*Ludzie młodzi a narkotyki: przegląd prawny*) (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

<sup>(16)</sup> Drug law and young people 2000–2004 (*Prawo antynarkotykowe a ludzie młodzi 2000–2004*) (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

<sup>(17)</sup> Od roku 1999 przyjęte przez siedem państw: Belgię, Francję, Luksemburg, Polskę, Portugalię, Słowenię i Finlandię.

<sup>(18)</sup> <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

nieoczekiwanej substancji, choć legalność takich programów jest tematem burzliwych dyskusji. W roku 2003 nie doszło do żadnego oskarżenia o przestępstwo, a jedyna sprawa wniesiona do tej pory przez policję (sprawa z 2002 roku) została odrzucona przez prokuraturę. Biuro prokuratora generalnego wydało też wytyczne dotyczące tej kwestii.

Równolegle do tych osiągnięć z dziedziny przepisów prawa, świadczenia redukcji szkód znajdują ogólne uznanie w nowej strategii UE i w planie działania jako ważny odzew na potrzebę większego dostępu do wymiany igieł, by ograniczyć ryzyko związane z zażywaniem narkotyków dla zdrowia jednostki i całego społeczeństwa.

## Kary

Podczas okresu sprawozdawczego niektóre państwa wprowadziły także zmiany w ustawodawstwie antynarkotykowym w odniesieniu do kar, które mogą być nakładane za różne przestępstwa, obok tych opisanych powyżej, a zwłaszcza dotyczących ludzi młodych. Przykładowo w zeszłym roku zgłoszono, że Belgia i Zjednoczone Królestwo z powodzeniem obniżyły karę za nieproblemowe posiadanie konopi indyjskich. W Belgii nowa dyrektywa wydana w lutym 2005 roku wyjaśniła wyjątki od zastosowania obniżonej kary, nawołując do pełnego ukarania w przypadkach „naruszenia porządku publicznego”. Obejmuje to posiadanie pochodnych konopi na terenie lub w pobliżu miejsc, w których może gromadzić się młodzież szkolna (szkoły, parki, przystanki autobusowe), jak również „jawne” posiadanie w miejscach i budynkach publicznych. W Danii zmiany w ustawie o euforiantach wprowadzone w maju 2004 roku oraz okólnik wydany przez prokuraturę stwierdzały, że posiadanie narkotyków na własny użytek będzie obecnie w większości przypadków karane grzywną, a nie wydawanym poprzednio ostrzeżeniem.

Jak pokazuje EMCDDA<sup>(19)</sup>, nawiązuje to do modelu zmian kar stosowanych względem zażywających i handlarzy, który pojawił się na przestrzeni ostatnich kilku lat. Przykładowo, w Belgii w 2003 roku utworzono nową kategorię przestępstw, która pozwala uniknąć kary osobom nieproblemowo zażywającym pochodne konopi indyjskich. Grecja obniżyła maksymalną karę za zażywanie narkotyków z pięciu lat do jednego roku, a Węgry usunęły przestępstwo zażywania narkotyków z kodeksu karnego. W roku 2002 Estonia usunęła przestępstwo wielokrotnego zażywania bądź posiadania małych ilości nielegalnych narkotyków na użytek własny (oraz maksymalny wyrok trzech lat więzienia związany z tym przestępstwem), choć z kolei Litwa dodała przestępstwo posiadania do kodeksu karnego, przypisując mu ewentualną karę więzienia do dwóch lat. W 2001 roku Luksemburg zalegalizował zażywanie pochodnych konopi indyjskich i usunął związaną z tym karę więzienia za zażywanie narkotyku bez występowania okoliczności

obciążających, a Finlandia uchwaliła dla przestępstw popełnionych przez uzależnionych od narkotyków niższą maksymalną karę więzienia i uproszczone prokuratorskie postępowanie karne. W 2000 roku Portugalia przyjęła sankcje administracyjne za zażywanie narkotyków, choć w tym samym roku Polska zrezygnowała ze zwolnienia z kary, możliwego do zastosowania wcześniej za przestępstwo posiadania. Model ten nie odzwierciedla jednak zmniejszania kontroli nad skutkami spożycia narkotyków dla społeczeństwa (kwestia ta przedstawiona jest w części zagadnień wybranych: uciążliwość społeczna), czy też zmniejszenia restrykcji względem osób posiadających narkotyki i przebywających w pobliżu ludzi młodych, patrz powyżej.

Panuje tendencja do podwyższania ewentualnych kar wobec osób podejrzanych o handel narkotykami. W Danii maksymalne kary za przestępstwa handlu narkotykami zostały podwyższone o ponad 50% w marcu 2004 roku. Z początkiem 2004 roku Estonia przyjęła bardziej surowe kary względem większości przestępstw związanych z narkotykami, zwłaszcza przy występowaniu okoliczności obciążających. W Zjednoczonym Królestwie maksymalna kara za handel narkotykami klasy C wzrosła z pięciu do czternastu lat więzienia. Dodatkowo w ostatnich latach przykładano zwiększoną wagę do wyroków za konkretne przestępstwa rozprowadzania narkotyków wśród ludzi młodych (patrz wyżej) oraz za przestępstwa handlu – w Grecji w 2001 roku, na Litwie w 2000 roku i w Irlandii w 1999 roku. To jednomyślne zwiększanie surowości kar wymierzanych za handel narkotykami odzwierciedla europejską decyzję ramową z października 2004 roku, która określa przepisy dotyczące elementów składowych czynów przestępczych i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami.

## Narkotyki w miejscu pracy

Dwa państwa zgłosiły kroki ustanowienia prawa w kwestii narkotyków w miejscu pracy. W Finlandii ustawa o ochronie prywatności w pracy (759/2004) ma na celu uregulowanie i zwiększenie poczucia prywatności pracownika w odniesieniu do testów narkotykowych wykonywanych w trakcie okresu zatrudnienia. Ustawa określa, że pracodawca i personel muszą stworzyć program antynarkotykowy dla miejsca pracy zawierający plany zapobiegania, opcje leczenia i listę stanowisk, na których wymagane jest posiadanie zaświadczenia o poddaniu się testowi narkotykowemu. W trakcie procesu rekrutacyjnego pracodawca może zadać pytanie o zaświadczenie poddania się testowi jedynie kandydatowi wybranemu do podjęcia pracy. Pracodawca ma prawo wykorzystać informacje zawarte w zaświadczeniu, jeśli dane stanowisko wymaga precyzji, wiarygodności, niezależnej oceny i bacznej uwagi oraz jeśli działanie pod wpływem lub w uzależnieniu od narkotyków może zagrozić życiu lub zdrowiu lub spowodować znaczną szkodę. W trakcie okresu

<sup>(19)</sup> Dalsze szczegóły znajdują się w dokumencie tematycznym EMCDDA *Illicit drug use in the EU: legislative approaches (Zażywanie nielegalnych narkotyków w UE: podejścia prawne)* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

zatrudnienia pracownik musi przedstawić zaświadczenie jedynie, jeśli istnieje uzasadnione podejrzenie, że jest on lub ona uzależniony/a lub pracuje pod wpływem narkotyków.

W Irlandii w czerwcu 2004 roku przedstawiono projekt ustawy o bezpieczeństwie, zdrowiu i dobrostanie w pracy. Jeden z jego ustępów wymaga, by pracownicy zapewnili, że w czasie pracy nie są pod wpływem jakiegokolwiek środka odurzającego (lub kilku z nich) w stopniu zagrażającym własnemu bezpieczeństwu, zdrowiu i dobrostanowi w pracy lub innych osób. Wymaga on też, by pracownicy, jeśli istnieje uzasadnione wymaganie ze strony pracodawcy, poddali się odpowiednim, uzasadnionym i proporcjonalnym testom przeprowadzonym przez kompetentną osobę.

Nowy plan działania UE uwydatnia rolę zapobiegania w konkretnych miejscach, takich jak miejsce pracy. Zwiększona uwaga poświęcona zapobieganiu celowemu może być przeciwwagą dla ogólnego trendu ograniczania surowości kar dla uzależnionych od narkotyków, prawdopodobnie jako wynik niepokoju dotyczącego rozpowszechnienia i częstotliwości zażywania narkotyków w UE. Nie istnieją jednak dokładne dane o prawdziwym rozmiarze zauważonego zjawiska, a testy narkotykowe badające problemy inne niż pozostawanie pod wpływem danej substancji mogą, zgodnie z niektórymi przepisami krajowymi i międzynarodowymi, powodować powstanie skomplikowanych zagadnień prawnych dotyczących prywatności. Prywatni producenci nadal jednak zaangażowani są w pracę nad ulepszeniem dokładności i łatwości użycia zestawów testowych.

**Naruszanie porządku publicznego związane z narkotykami: trendy w polityce i działaniach w Sprawozdaniu rocznym EMCDDA 2005: zagadnienia wybrane**

Naruszanie porządku publicznego to nowy temat poruszany w ramach debat prowadzonych nad polityką antynarkotykową zarówno na szczeblu krajowym, jak i europejskim. Zachowania i działania obejmowane zwyczajowo terminem „naruszanie porządku publicznego związane z narkotykami” od dawna obserwowane są w większości państw członkowskich, państw kandydujących i w Norwegii. Nie jest to zatem zjawisko nowe, chodzi raczej o nową tendencję widoczną w polityce antynarkotykowej przynajmniej kilku państw członkowskich. Tendencja ta ma doprowadzić do kategoryzacji i zestawiania tych zjawisk w ramach jednej, łącznej koncepcji oraz do ograniczenia ich występowania jako celu krajowej strategii antynarkotykowej.

Do jakiego stopnia tendencja ta podzielana jest przez państwa europejskie? Czy istnieje zgodna definicja tej koncepcji? W jaki sposób oceniać charakter i rozmiar zjawisk? Jaki cel mają

osiągnąć polityki i jakiego rodzaju interwencje są wdrażane, niezależnie od tego, czy są one konkretnie i wyraźnie przygotowane dla ograniczania zakłócania porządku publicznego związanego z narkotykami? Czy są już dostępne jakiekolwiek wyniki oceny i czy stworzono normy jakości dla interwencji? Wszystkie te pytania należą do grupy kluczowych kwestii, którymi zajmie się niniejsza część zagadnień wybranych.

Przedstawiając przegląd czasowy rozwoju kwestii naruszania porządku publicznego związanego z narkotykami w debacie nad polityką w Europie, EMCDDA ma na celu poinformowanie decydentów oraz opinii publicznej o charakterze tego zjawiska oraz występujących trendach i środkach podejmowanych w tej dziedzinie polityki antynarkotykowej.

Niniejsze zagadnienie wybrane dostępne jest drukiem i w Internecie jedynie w angielskiej wersji językowej „Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures”, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



## Rozdział 2

### Szkoły, młodzież i narkotyki

Porównywalne dane dotyczące spożywania przez ludzi młodych alkoholu i narkotyków pochodzą głównie z badań przeprowadzonych wśród 15- i 16-letniej młodzieży szkolnej. W ramach europejskiego projektu badań szkolnych dotyczących spożywania alkoholu i innych narkotyków (ESPAD) przeprowadzono badania w roku 1995, 1999 oraz ostatnio w roku 2003. Badanie z 2003 roku (Hibell et al., 2004) prezentuje dane porównawcze z 22 państw członkowskich UE oraz Norwegii i trzech krajów kandydujących (Bułgarii, Rumunii i Turcji). Inne badania szkolne (np. w Niderlandach, Szwecji i Norwegii) oraz badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC) również dostarczają danych na temat zażywania narkotyków

przez uczniów, a wyciągnięte z nich wnioski są generalnie bardzo zbliżone.

### Rozpowszechnienie i schematy zażywania narkotyków

#### Konopie indyjskie

Najnowsze dane pochodzące z badań ESPAD z 2003 roku wskazują, że najwyższy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi indyjskich wśród 15- i 16-letniej młodzieży szkolnej odnotowano w Republice Czeskiej (44%) (wykres 1). Najniższe

#### Europejski projekt badań szkolnych w zakresie spożywania alkoholu i innych narkotyków (ESPAD): coraz bogatsze źródło informacji dla zrozumienia trendów spożywania narkotyków i alkoholu wśród ludzi młodych

ESPAD jest ważnym źródłem informacji dotyczących spożywania narkotyków i alkoholu wśród europejskiej młodzieży szkolnej, które jest nieocenione dla rejestrowania trendów w czasie. Badania ESPAD przeprowadzono w roku 1995, 1999 i 2003. Zastosowanie znormalizowanych metod i instrumentów względem reprezentatywnych dla danego kraju próbek młodzieży szkolnej w wieku od 15 do 16 lat pozwala na otrzymanie zestawu danych o wysokiej jakości i umożliwiających przeprowadzenie porównań. Z każdym kolejnym badaniem ESPAD rośnie liczba jego uczestników, którymi są zarówno państwa członkowskie UE, jak również państwa spoza UE. W roku 1995 w badaniu wzięło udział 26 państw europejskich (w tym 10 państw, które dołączyły do UE w maju 2004 roku). Liczba ta wzrosła do 30 w badaniu z 1999 roku, a w badaniu przeprowadzonym w roku 2003 uczestniczyło już 35 państw, w tym 23 państwa członkowskie UE (łącznie z 10 państwami, które dołączyły do UE w maju 2004 roku) oraz trzy państwa kandydujące (Bułgaria, Rumunia i Turcja) oraz Norwegia. Hiszpania nie wzięła udziału w badaniu, jednak sprawozdanie ESPAD na rok 2003 przedstawia dane krajowe pochodzące z hiszpańskiego badania szkolnego (PNSD).

Możliwość porównywania badań szkolnych ESPAD polega na znormalizowaniu docelowej grupy wiekowej i metody oraz czasu zbierania danych, na stosowaniu losowego dobierania próbek, solidności przygotowania kwestionariusza i zapewnieniu anonimowości.

Pytania zawarte w badaniu koncentrują się na spożywaniu alkoholu (spożycie przynajmniej raz w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy i 30 dni, średnie spożycie, ciągi picia) oraz zażywaniu nielegalnych narkotyków (zażycie przynajmniej raz w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy i 30 dni, w tym pomiary częstotliwości zażywania narkotyków w tych okresach).

Niektóre z głównych wniosków wyciągniętych na podstawie badania przeprowadzonego w państwach członkowskich UE, państwach kandydujących oraz Norwegii w 2003 roku są następujące:

- pochodne konopi indyjskich to zdecydowanie najbardziej powszechnie stosowany nielegalny narkotyk,
- ecstasy to drugi najczęściej zażywany nielegalny narkotyk, choć doświadczenie w jego stosowaniu jest stosunkowo niskie,
- doświadczenie w stosowaniu amfetamin i LSD oraz innych środków halucynogennych jest niskie,
- choć rozpowszechnienie ich stosowania jest stosunkowo niewielkie, magiczne grzybki są najczęściej stosowanym środkiem halucynogennym w 12 państwach członkowskich UE,
- inne substancje zażywane przez młodzież szkolną obejmują środki uspokajające i nasenne do nabycia bez recepty (najwyższy zanotowany poziom krajowy to 17%) oraz środki do inhalacji (maksymalny poziom krajowy to 18%),
- rozpowszechnienie ciągu picia (zdefiniowanego jako wypicie co najmniej pięciu drinków jeden za drugim) w ciągu ostatnich 30 dni różni się znacznie pomiędzy poszczególnymi krajami.

Informacje o ESPAD oraz dostępności nowego sprawozdania znajdują się na stronie internetowej ESPAD ([www.ESPAD.org](http://www.ESPAD.org)).

szacunki przynajmniej jednokrotnego zażycia (poniżej 10%) występują w Grecji, na Cyprze, w Szwecji, Norwegii, Rumunii i Turcji. Państwa, w których wskaźnik ten jest wyższy niż 25%, to Niemcy, Włochy, Niderlandy, Słowacja i Słowenia (27% i 28%), gdy tymczasem najwyższe szacunki przynajmniej jednokrotnego zażycia, od 32% do 40%, odnoszą się do Belgii, Francji, Irlandii i Zjednoczonego Królestwa. Od 1995 roku w większości państw odnotowano konsekwentny wzrost liczby młodzieży szkolnej, która choć raz próbowała pochodnych konopi (<sup>20</sup>). Zaznaczają się jednak różnice między poszczególnymi państwami.

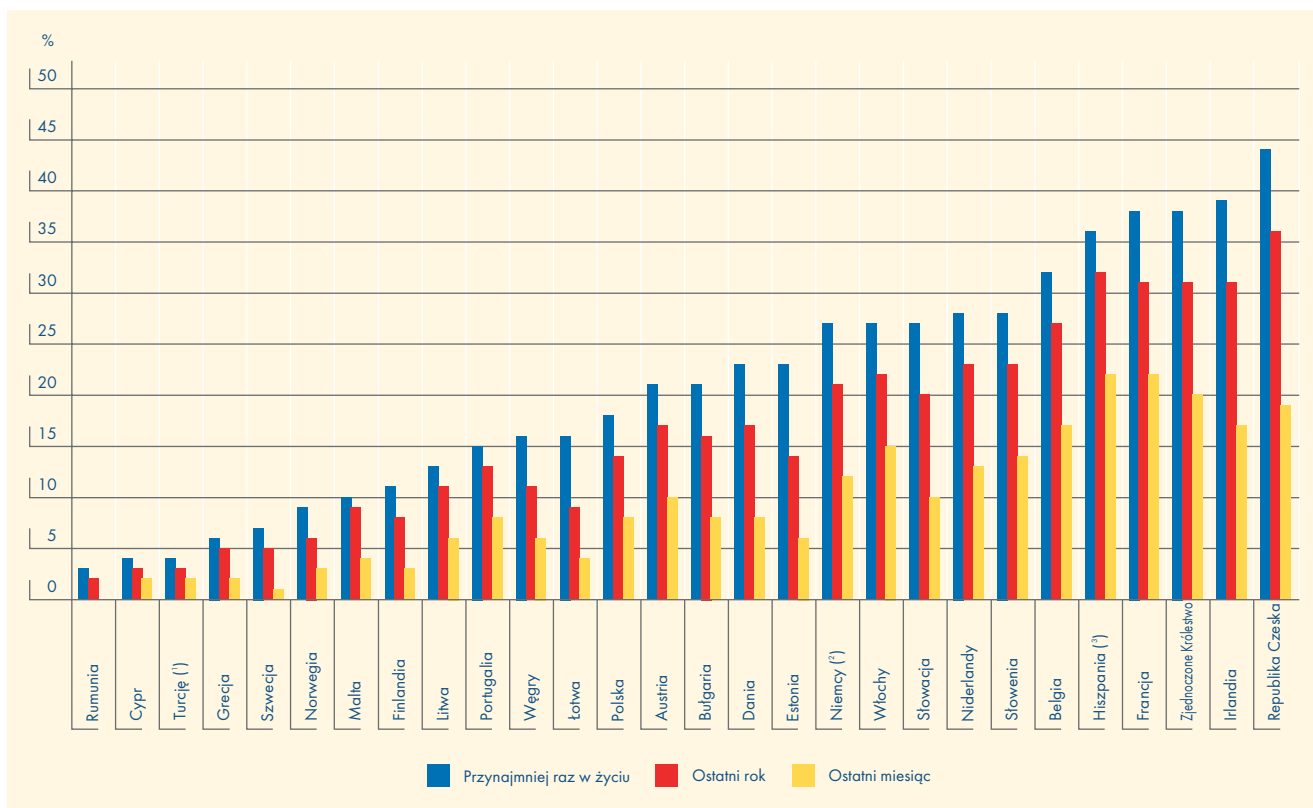
Nowe dane z badań ESPAD przeprowadzonych w 2003 roku na 15- i 16-letniej młodzieży szkolnej wykazują, że wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi wynosi od 3% do 44%. Od 2% do 36% młodzieży szkolnej zażyło tego typu substancję podczas ostatnich 12 miesięcy, a spożycie w ciągu ostatniego miesiąca wynosiło od 0% w niektórych państwach do 19% w innych (<sup>21</sup>) (wykres 1). Istnieją

względne różnice w odniesieniu do różnych wskaźników rozpowszechnienia. Przykładowo, wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia jest najwyższy w Republice Czeskiej, ale użycie bieżące (za zeszły miesiąc) jest najwyższe w Hiszpanii i we Francji (22%).

W prawie wszystkich państwach rozpowszechnienie zażywania pochodnych konopi jest wyższe wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Różnice dotyczące płci są bardziej widoczne wśród młodzieży, która stosowała pochodne konopi 40 i więcej razy w życiu (<sup>22</sup>).

Młodzież starsza (17–18 lat) została objęta przez krajowe badania szkolne przeprowadzone w 11 państwach członkowskich i w Bułgarii. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi indyjskich w tej grupie wiekowej wynosił od mniej niż 2% na Cyprze do 56% w Republice Czeskiej, gdy tymczasem wskaźnik bieżącego stosowania pochodnych konopi (za ostatni miesiąc) wyniósł od mniej niż 1% na Cyprze do prawie 30% we Francji. We wszystkich państwach,

**Wykres 1:** Rozpowszechnienie zażywania pochodnych konopi indyjskich przynajmniej raz w życiu, w ostatnim roku i w ostatnim miesiącu wśród młodzieży szkolnej w wieku od 15 do 16 lat w 2003 roku



(<sup>1</sup>) Dane tureckie zebrane są z głównych miast sześciu różnych prowincji – po jednym mieście na każdą prowincję (Adana, Ankara, Diyarbakir, Sтамбул, Izmir i Samsun).

(<sup>2</sup>) Dane niemieckie pochodzą jedynie z sześciu landów (Bawaria, Brandenburgia, Berlin, Hesja, Meklemburgia-Pomorze Przednie i Turynia).

(<sup>3</sup>) Hiszpania nie wzięła udziału w badaniu ESPAD. Zawarte tutaj dane oparte są na hiszpańskim badaniu przeprowadzonym od listopada do grudnia 2002 roku. Pytania dotyczące rozpowszechnienia zażywania narkotyków mogą być uznane jako porównywalne z pytaniami stosowanymi przez ESPAD, jednak inne aspekty zastosowanej metody oznaczają, że dane hiszpańskie nie są całkowicie porównywalne.

Źródło: Hibell et al., 2004

(<sup>20</sup>) Patrz wykresy EYE-1 (część ii) i EYE-1 (część ix) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

(<sup>21</sup>) Bardziej szczegółowy opis zażywania konopi indyjskich przez młodzież szkolną znajduje się w Rozdziale 3.

(<sup>22</sup>) Patrz wykres EYE-1 (część iii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

w których przeprowadzono badania, z wyjątkiem Cypru, szacunki rozpowszechnienia wśród młodzieży starszej były wyższe niż wśród grupy wiekowej 15- i 16-latków<sup>(23)</sup>.

W latach 1999–2003 w Republice Czeskiej zanotowano 5-procentowy wzrost liczby młodzieży szkolnej, która próbowała pochodnych konopi indyjskich w wieku 13 lat lub wcześniej. Trzynastie innych państw UE odnotowało niewielki wzrost (1–3%)<sup>(24)</sup>. Spadek (o 1%) zarejestrowany został jedynie w Niderlandach i w Zjednoczonym Królestwie.

Według niedawnego badania Eurobarometru (2004)<sup>(25)</sup>, liczba młodych ludzi w wieku od 15 do 24 lat, którzy oświadczyli, że zaproponowano im pochodne konopi indyjskich, wzrosła z 46% w 2002 roku do 50% w roku 2004. W tym samym okresie liczba młodych ludzi, którzy oświadczyli, że znają osoby, które zażyły pochodne konopi, również wzrosła z 65% do 68%.

Badania ESPAD wskazują, że postrzeganie przez młodzież szkolną pochodnych konopi indyjskich, tak w odniesieniu do ryzyka związanego z zażywaniem tych substancji, jak również w odniesieniu do ich dostępności, jest silnie powiązane ze wskaźnikiem przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi. Stosunek między ryzykiem a rozpowszechnieniem jest wzajemnie odwrotny<sup>(26)</sup>, tj. postrzeganie wysokiego ryzyka jest związane z niskim rozpowszechnieniem użycia i odwrotnie, jednak spostrzeżenia na temat dostępności są bezpośrednio powiązane z poziomem wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia<sup>(27)</sup>.

Ludzie młodzi z krajów o wyższym niż średni poziomie szacunków co do rozpowszechnienia pochodnych konopi indyjskich mogą wykazywać coraz większą skłonność do traktowania stosowania pochodnych konopi jako sytuacji normalnej. Większość państw wykazujących relatywnie wysoki wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi informuje także o stosunkowo wysokim poziomie szacunków co do tzw. ciągu picia (definiowanego jako wypijanie pięciu lub więcej drinków jeden za drugim) w trakcie ostatnich 30 dni<sup>(28)</sup>, sugerując, że te dwa zachowania mogą być częścią panującego stylu życia. Wyjątek od tego schematu stanowią Francja, Włochy i Bułgaria, gdzie wskaźnik zażywania konopi jest stosunkowo wysoki, jednak zjawisko ciągu picia – dość rzadkie.

### Inne narkotyki

W 14 państwach UE i państwach kandydujących objętych badaniem ESPAD w 2003 roku rozpowszechnienie

zażywania ecstasy było wyższe niż rozpowszechnienie zażywania amfetaminy<sup>(29)</sup>. Najniższe poziomy wskaźnika co najmniej jednokrotnego zażycia ecstasy (2% i poniżej) występowały w Danii, Grecji, na Cyprze, Litwie, Malcie, w Finlandii, Szwecji, Norwegii, Rumunii i Turcji. Wyższe wskaźniki rozpowszechnienia, od 3% do 4%, odnotowano w Belgii, w Niemczech, we Francji, we Włoszech, na Łotwie, w Austrii, Polsce, Portugalii, Słowenii, na Słowacji i w Bułgarii. Państwa o najwyższym poziomie wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy to Republika Czeska (8%) oraz Estonia, Hiszpania, Irlandia, Niderlandy i Zjednoczone Królestwo (5% w odniesieniu do każdego z państw).

Analiza wskaźników rozpowszechnienia w różnych okresach wykazała, że najwyższy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy w roku 2003 wynosił 8% w porównaniu z 5-procentowym wskaźnikiem zażywania w ciągu ostatnich 12 miesięcy (zażywanie niedawne) oraz z 2-procentowym wskaźnikiem zażywania w ciągu ostatniego miesiąca (zażywanie bieżące).

Kolejne badania pokazują, że ogólnie wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy wśród 15- i 16-letniej młodzieży szkolnej podwyższył się w latach 1995–2003, a jego największy wzrost odnotowano w Republice Czeskiej i w większości nowych państw członkowskich<sup>(30)</sup>. Jednakże dane o wskaźniku przynajmniej jednokrotnego zażycia zawarte w badaniach ESPAD z 1999 roku wykazują wahania w przypadku niektórych państw. Zmniejszenie poziomu zażywania ecstasy w Zjednoczonym Królestwie nastąpiło przed rokiem 1999 i może być powiązane z szeroką kampanią medialną dotyczącą przypadków śmiertelnych spożycia ecstasy, przeprowadzoną w późnych latach 90.

### Psylocyn i psylocybin – magiczne grzybki

Psylocyn i psylocybin, tj. psychoaktywne składniki tzw. „magicznych grzybków”, są ujęte w Wykazie 1 Konwencji ONZ z 1971 roku i w związku z tym podlegają kontroli we wszystkich państwach członkowskich. Wśród poszczególnych państw członkowskich występują jednak różnice w odniesieniu do statusu prawnego magicznych grzybków, jak również w odniesieniu do zakresu egzekwowania ograniczeń prawnych dotyczących ich uprawy i spożycia. Przykładowo, grzybki mogą podlegać kontroli, nie być kontrolowane lub być kontrolowane, gdy występują w formie „przetworzonej” – jest to status nie do końca zrozumiały od strony prawnej.

Po raz pierwszy badanie ESPAD przedstawiło sprawozdanie o zażywaniu „magicznych grzybków” w roku 2003. Dane szacunkowe dotyczące

<sup>(23)</sup> Patrz tabele EYE-1 i EYE-3 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(24)</sup> Patrz wykres EYE-1 (część vii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(25)</sup> Drugie badanie Eurobarometru (Eurobarometr, 2004), „Ludzie młodzi a narkotyki”, zostało przeprowadzone w 2004 roku. To badanie na próbie niereprezentatywnej objęło 7659 młodych osób w wieku od 15 do 24 lat z 15 państw członkowskich ujętych też przez poprzednie badanie z 2002 roku.

<sup>(26)</sup> Patrz wykres EYE-1 (część v) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(27)</sup> Patrz wykres EYE-1 (część vi) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(28)</sup> Patrz wykres EYE-1 (część viii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(29)</sup> Patrz wykres EYE-2 (część iv) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(30)</sup> Patrz wykres EYE-2 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

rozpowszechnienia używania „magicznych grzybków” przez 15- i 16-letnią młodzież szkolną przewyższyły lub były równe danym szacunkowym dla LSD lub innych narkotyków halucynogennych w większości z państw biorących udział w badaniu <sup>(31)</sup>. Dodatkowo, w porównaniu ze wskaźnikiem przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy, wskaźnik dla magicznych grzybków był wyższy w Belgii, Niemczech i we Francji, a taki sam w Republice Czeskiej, Danii, we Włoszech, w Niderlandach i w Polsce. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia magicznych grzybków wynosił zero na Cyprze, w Finlandii i Rumunii, wzrastając do poziomu 4% w Niemczech, Irlandii i Zjednoczonym Królestwie i do 5% w Belgii, we Francji i w Niderlandach. Najwyższy poziom rozpowszechnienia występuje w Republice Czeskiej (8%). Dane dotyczące trendu spożywania magicznych grzybków nie są dostępne.

## Nowe osiągnięcia w zapobieganiu

Wartości wyznawane przez indywidualne osoby i ich zachowania znajdują się pod wpływem tego, co osoby te uznają za normę w swoich środowiskach społecznych. Jest to szczególnie prawdziwe w odniesieniu do ludzi młodych. Jeśli uznają oni eksperymentalne spożycie pochodnych konopi indyjskich za „normalne” i społecznie akceptowane (wiążąc je z niskim poziomem ryzyka i łatwą dostępnością), może mieć to kluczowy wpływ na ich wartości i zachowanie względem zażywania pochodnych konopi (Botvin, 2000). Wyzwaniem, jakie stoi przed działaniem zapobiegania, jest przedstawienie młodym ludziom strategii społecznych i poznawczych, by nauczyć się opanowywać te wpływy. Przeprowadzanie oceny efektywności polityki zapobiegawczej przy wykorzystaniu danych o zażywaniu narkotyków przez ludzi młodych, a zwłaszcza danych szacunkowych co do zażywania eksperymentalnego, nie jest zatem realistyczne, ponieważ oceny takie prezentują normy społeczne, a nie prawdziwe zachowanie problemowe.

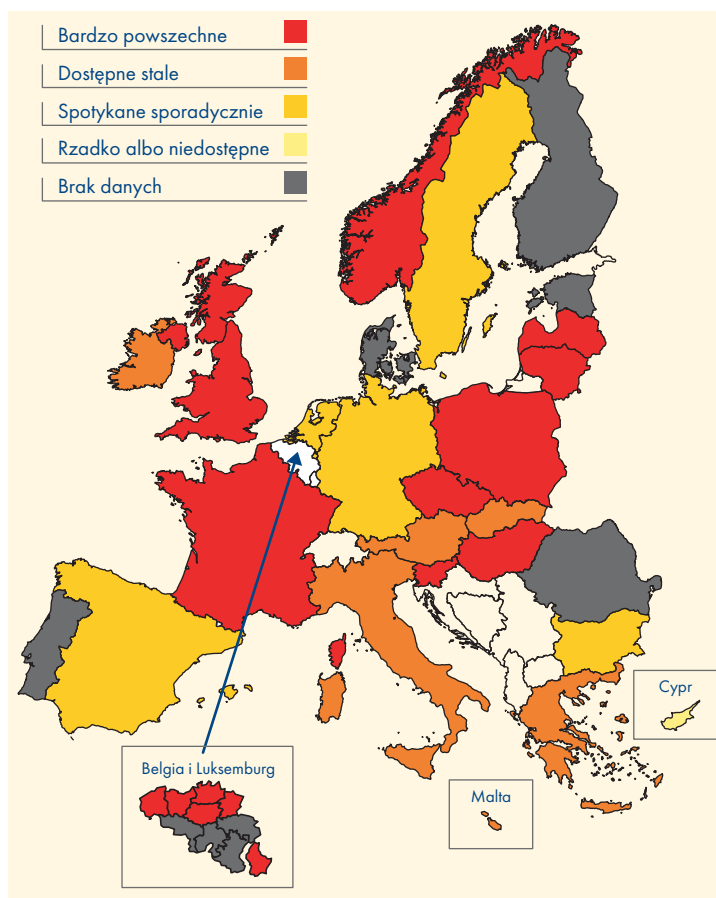
Zamiast tego zapobieganie powinno podlegać ocenie według kilku jasnych kryteriów, takich jak dobrze zdefiniowane cele, grupy docelowe i działania określone w strategiach krajowych i opartych na bazie wiedzy międzynarodowej, środki kontroli jakości, rozwój środków zapobiegania wybiórczego i opartego na rodzinie, środki nadzoru nad legalnymi narkotykami mające na celu wpłynięcie na normy społeczne, które sugerują akceptację lub przyzwolenie na konkretne zachowania konsumpcyjne.

W odniesieniu do oceny strategii zapobiegawczych, nowe strategie krajowe Francji i Włoch wykazują istotny postęp w porównaniu z polityką prowadzoną w tych państwach poprzednio, ponieważ lepiej zdefiniowana jest teraz rola zapobiegania, jak również potrzeba programów zorganizowanych i obszary priorytetowe podejmowania działań. W niemal wszystkich państwach członkowskich widoczna jest tendencja do bardziej strategicznego podejścia do problemu, coraz silniej ujmuje się też w ogólnym planowaniu grupy o zwiększonym stopniu ryzyka.

## Środki normatywne i strukturalne

Środki kontroli narkotyków legalnych pomagają stworzyć fundamenty normatywne, na których budowane mogą być kolejne środki zapobiegawcze. Normy społeczne, które wspierają spożywanie tytoniu i alkoholu oraz tolerują ich wpływ na zachowanie, to powszechnie znane czynniki ryzyka prowadzące do powstania przychylnego nastawienia do nielegalnych narkotyków i ich spożywania (Becoña, 2002). W przeciwieństwie do powszechnego przekonania, większy wpływ na normy społeczne ma polityka kontrolna niż kampanie medialne czy podejście edukacyjne (Hawks et al., 2002; Canning et al., 2004). Eurostat (2002) porównał środki kontroli tytoniu i wskaźniki palenia wśród dzieci/młodzieży w państwach członkowskich i wykazał związek pomiędzy surowością polityki kontroli tytoniu (zakaz reklamowania, ograniczenia wiekowe przy sprzedaży, restrykcje itd.) a zwyczajami palenia. Odsetek palących wśród młodzieży był wyższy w państwach o względnie łagodnej polityce (np. w Danii, Niemczech i Zjednoczonym Królestwie), niż w państwach o ściślejszej kontroli (np. we Francji, w Szwecji i Norwegii). Wiadomo, że wpływ interwencji

Wykres 2: Rozwój polityk szkolnych



Uwaga: Niemieckojęzyczna część Belgii = występuje sporadycznie.  
Źródła: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

<sup>(31)</sup> Patrz wykres EYE-2 (część v) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.



zapobiegawczych jest ograniczony, jeśli przeciwdziałają im lub przynajmniej nie wspierają ich normy i polityka społeczna. Inicjatywy UE i WHO (Aspect Consortium, 2004) w tej dziedzinie zyskują na popularności i państwa członkowskie coraz silniej łączą politykę kontroli tytoniu z zapobieganiem narkotykom.

### Zapobieganie w szkole

We wszystkich państwach członkowskich szkoły uważane są za najbardziej istotne otoczenie dla zapobiegania powszechnego. Odnotowano znaczny wzrost nacisku kładzionego na zapobieganie w szkołach w ramach strategii krajowych oraz na zorganizowane wdrożenie tego podejścia. Jest to szczególnie widoczne w rozwoju szkolnej polityki antynarkotykowej (wykres 2), tworzeniu specjalnych modułowych programów zapobiegania narkotykom dla szkół oraz w lepszym szkoleniu nauczycieli.

Więcej państw niż poprzednio wprowadziło (Dania ma swój pierwszy szkolny program umiejętności życiowych), rozszerzyło (Niemcy) lub planuje (Francja i Włochy w ramach strategii krajowych) bardziej zorganizowane programy zapobiegawcze. Przykładowo, w 2003 roku wdrożono programy zapobiegawcze w 60% polskich szkół.

Grecja jest szczególnie dobrym przykładem przejścia z tradycyjnej polityki zapobiegawczej, opartej na informacji i indywidualnym (doradczym) podejściu, na prawdziwą strategię zdrowia publicznego, która może zmaksymalizować zasięg oddziaływania poprzez podejścia programowe. Liczba szkolnych programów zapobiegawczych w Grecji wzrosła ponad dwukrotnie w latach 2000–2003, w tym też okresie programów opartych na rodzinie przybyło trzykrotnie. Malta i Zjednoczone Królestwo również zwiększyły w swojej polityce zapobiegawczej rolę nastawienia programowego: program Blueprint ma za zadanie ustalić, jak można wprowadzić międzynarodowe badania nad efektywnym zapobieganiem narkotykom do angielskiego systemu szkolnictwa. Program ten oparty jest na dowodach sugerujących, że połączenie szkolnej edukacji w dziedzinie narkotyków z zaangażowaniem rodziców, kampaniami medialnymi, lokalnymi inicjatywami zdrowotnymi i partnerstwem wśród społeczności jest bardziej efektywne niż same interwencje szkolne. W ciągu pięciu lat na program ten przeznaczono sześć milionów funtów (8,5 miliona euro) <sup>(32)</sup>.

### Monitorowanie i kontrola jakości

Kontrolowanie i podwyższanie jakości zapobiegania w dużej mierze zależy od poddania istniejących działań i ich treści wnikliwemu przeglądowi. Zgodnie z tym państwa

członkowskie przykładają coraz większą wagę do monitorowania programów zapobiegawczych. Widać to na przykładzie nowych planów w Niemczech <sup>(33)</sup> i w Norwegii <sup>(34)</sup> oraz w węgierskim projekcie badawczym „Światła i cienie”, które zebrały informacje o treści, celach, metodologii, grupach docelowych i zasięgu oddziaływania szkolnych programów zapobiegawczych. Monitorowanie wprowadzono także w Republice Czeskiej oraz poprzez bazę danych Ginger we Flandrii. Niestety Hiszpania odeszła od swego systemu IDEA Prevención, który przez lata był najlepiej w Europie rozwiniętym systemem monitorowania i zapewnienia jakości zapobiegania.

Systemy informacyjne dotyczące zapobiegania pomagają również śledzić pojawienie się nieefektywnych praktyk i elementów programów. Przykładowo, jednorazowe sesje informacyjne lub wykłady prowadzone przez ekspertów bądź oficerów policji są nadal powszechne w kilku państwach członkowskich, pomimo jednomyślnych wniosków z badań mówiących, że tego typu interwencje są co najmniej nieefektywne, jeśli nie szkodliwe (Canning et al., 2004).

Treść programów zapobiegawczych może zostać zbadana jedynie poprzez systematyczny rejestr działań zapobiegawczych, a w rezultacie, na podstawie istniejącej wiedzy dotyczącej efektywności, może zostać skierowana do konkretnych grup. Wytyczne lub standardy wdrażania programów zapobiegawczych są niezbędne, zwłaszcza w krajach, gdzie zapobieganie jest silnie zdecentralizowane.

### Treść programów i działań

Wzrost liczby podejść programowych i lepsze, znormalizowane zbieranie informacji umożliwiły przegląd oraz porównanie treści i trendów polityki zapobiegawczej na terenie całej UE. Informacje pochodzą zazwyczaj od ekspertów krajowych lub grup eksperckich. Źródła te dysponują wynikami wiarygodnych badań sytuacji w ich krajach, na podstawie których mogą postawić znormalizowane oceny. Informacje pochodzą również z danych ilościowych uzyskanych z monitorowanych, opartych na programach interwencji. Dane takie dostępne są w niektórych państwach członkowskich, np. w Grecji i na Węgrzech.

Przykładowo, większość państw członkowskich wprowadziła jako podejście zapobiegawcze treningi szkolne w dziedzinie umiejętności personalnych i społecznych. Ich tematyka obejmuje podejmowanie decyzji, umiejętność radzenia sobie, wyznaczanie celów i asertywność, komunikowanie się i wyrażanie empatii. Ta technika doświadczeniowa, która wywodzi się z teorii społecznego uczenia się <sup>(35)</sup>, wydaje się być istotnym elementem metodologii w większości państw

<sup>(32)</sup> [www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint](http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint)

<sup>(33)</sup> PrevNet ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)).

<sup>(34)</sup> [www.forebyggingstiltak.no](http://www.forebyggingstiltak.no)

<sup>(35)</sup> Zachowanie jest traktowane jako wynik społecznego uczenia się przez modele do naśladowania, normy, nastawienie „innych ważnych osób” (Bandura, 1977). Negatywny stosunek do zażywania narkotyków oraz samoskuteczność mogą zostać wyuczone lub uwarunkowane. Ta koncepcja stanowi podstawę dla modeli rówieśniczych i modelu konkretnych umiejętności życiowych.

Tabela 2: Zapobieganie w szkołach w Europie

	Normy jakości/wytyczne <sup>(1)</sup>			Osobiste umiejętności społeczne	Cele	
	Na miejscu	Obowiązkowe	Warunek wstępny finansowania		Pierwszorzędne	Drugorzędne
Belgia fl.	Tak	Tak	Tak	Bardzo powszechnie	Umiejętności życiowe	Informacja
Belgia fr.	Tak	Tak	Tak	b.d.	Środowisko ochronne	Relacje w oświacie
Republika Czeska	W planach		Tak	Bardzo powszechnie	Poczucie własnej wartości	Środowisko ochronne
Dania	Nie			Nie	Informacja	
Niemcy	Nie			Bardzo powszechnie	Umiejętności życiowe	Informacja
Estonia	Nie			Sporadycznie	b.d.	
Grecja	Tak	Tak	Tak	Bardzo powszechnie	Umiejętności życiowe	Relacje w oświacie
Hiszpania	W planach	Tak	Tak	Bardzo powszechnie	Umiejętności życiowe	Poczucie własnej wartości
Francja	Tak			Rzadko	Informacja	Umiejętności życiowe
Irlandia	Tak	Tak		Bardzo powszechnie	Umiejętności życiowe	Poczucie własnej wartości
Włochy	Tak			Regularnie	Informacja	Umiejętności życiowe
Cypr	W planach	Tak	Tak	Sporadycznie	Środowisko ochronne	Umiejętności życiowe
Łotwa	W planach			Sporadycznie	Informacja	Umiejętności życiowe
Litwa	Nie			Regularnie	Informacja	
Luksemburg	Tak		Tak	Regularnie	Relacje w oświacie	Umiejętności życiowe
Węgry	W planach			Regularnie	Informacja	Umiejętności życiowe
Malta	Nie			Bardzo powszechnie	Informacja	Umiejętności życiowe
Niderlandy	Tak			Nie	Informacja	
Austria	Tak		Nie	Sporadycznie	Umiejętności życiowe	Środowisko ochronne
Polska	Nie			Regularnie	Umiejętności życiowe	Informacja
Portugalia	Tak	Tak	Tak	Sporadycznie	Informacja	Umiejętności życiowe
Słowenia	W planach			Sporadycznie	Informacja	Umiejętności życiowe
Słowacja	Nie			Rzadko		
Finlandia	b.d.			b.d.	Zapewnienie opieki społecznej	Informacja
Szwecja	Nie			Regularnie	Środowisko ochronne	Włączenie do społeczeństwa
Zjednoczone Królestwo	Tak			Bardzo powszechnie	Informacja	Umiejętności życiowe
Norwegia	Nie			Regularnie	Informacja	Poczucie własnej wartości
Bułgaria	b.d.			Sporadycznie	Informacja	Środowisko ochronne
Rumunia	b.d.			Sporadycznie		

NB: b.d. = brak danych.  
<sup>(1)</sup> Należy pamiętać, że nie istnieje wspólna europejska definicja „norm jakości i wytycznych”, a poziom szczegółowości może się różnić, co ma wpływ na porównywalność danych.

członkowskich, nawet tam, gdzie nie istnieje podejście programowe (Francja, Luksemburg i Szwecja) (tabela 2). Z kolei Estonia wskazuje na szerokie wykorzystanie podręcznika z zakresu nauczania umiejętności społecznych.

Przekazywanie informacji nadal w wielu państwach członkowskich odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu narkotykom (patrz tabela 2). Niezmiernie powoli przyjmuje się do wiadomości fakt, że przekazywanie informacji ma ograniczoną wartość w zapobieganiu

zażywania narkotyków (patrz, na przykład, sprawozdanie krajowe Szwecji). Podejścia oparte jedynie na edukacji zdrowotnej są również ograniczone, gdyż wpływają na procesy poznawcze, lecz często brakuje im konkretnych elementów szkolenia behawioralnego i interakcji społecznej. Jednak podejścia te ciągle są rozpowszechnione w niektórych państwach, pomimo obecnego stanu wiedzy w dziedzinie efektywnego zapobiegania narkotykom.

Istnieją dwa wy tłumaczenia stosowania takiego podejścia do zapobiegania narkotykom. Pierwsze z nich to instynktowne i tradycyjne założenie, że przekazanie informacji o narkotykach i ryzyku związanym z ich zażywaniem zadziała jako środek odstraszający. Drugie jest odbiciem nowego trendu inspirowanego ruchami redukcji szkód, a oparte jest na przekonaniu, że zdolności poznawcze są ważniejsze niż podejście behawioralne w uczeniu ludzi młodych podejmowania świadomych decyzji i wyborów życiowych. Zwolennicy tej techniki wierzą, że podejście behawioralne do zapobiegania narkotykom, takie jak wzmacnianie umiejętności społecznych, są protekcyjne i demonizują zażywanie narkotyków (Ashton, 2003; Quensel, 2004), a dostarczanie ludziom młodym narzędzi poznawczych, których potrzebują, poprzez przekazywanie informacji, to najlepsza metoda. Mimo że podejścia te wywodzą się z różnych tradycji, obydwa uznają zachowanie zdrowotne, a w szczególności zażywanie narkotyków, za kwestię osobistego, racjonalnego wyboru, gdy tymczasem stanowisko powszechne w kręgach nauk dotyczących zdrowia mówi, że czynniki społeczne (sąsiedztwo, grupa rówieśnicza, normy) oraz czynniki osobiste (temperament, zdolność do nauki i zdolności emocjonalne) mają większy wpływ na kształtowanie zachowań zdrowotnych lub zażywanie narkotyków niż zwykłe poznanie.

Błędna percepcja zażywania narkotyków jako zachowania normalnego i akceptowanego społecznie w grupie rówieśniczej to najważniejszy element poznawczy, na który można wpływać przez zapobieganie. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych na poziomie 30% oznacza, że ponad dwie trzecie tej grupy nigdy nie zażyło pochodnych konopi, i to jest prawdziwą normą. Jednak pomimo istnienia udowodnionych korzyści z technik, które odnoszą się do przekonania normatywnych ludzi młodych (Reis et al., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers et al., 2002), ich zastosowanie w Europie jest rzadkie.

## Zapobieganie wybiórcze

Krajowe strategie antynarkotykowe i plany działania coraz częściej i coraz wyraźniej mówią, że środki zapobiegawcze szczególnie koncentrują się na grupach o zwiększonym stopniu ryzyka. Dotyczy to w największym stopniu nowych państw członkowskich, np. Estonii (dzieci ulicy, szkoły specjalne), Węgier, Cypru, Malty, Polski

(dzieci zaniedbane i ludzie młodzi z rodzin dysfunkcyjnych) i Słowenii.

Ponieważ grupy o zwiększonym stopniu ryzyka, będące celem zapobiegania wybiórczego, często mają już spore doświadczenie z legalnymi i nielegalnymi narkotykami, większość interwencji zapobiegania wybiórczego jest ograniczona do przekazania dostosowanych do potrzeb informacji, indywidualnego doradztwa i alternatyw twórczych lub sportowych. Należy jednak pamiętać, że techniki stosowane przez programy rozległego wpływu społecznego w ramach zapobiegania powszechnego są również, jeśli nie bardziej efektywne w zapobieganiu wybiórczym. Odnowa normatywna (np. nauczanie, że większość rówieśników nie aprobuje zażywania), szkolenie z zakresu asertywności, motywacja i wyznaczanie celów oraz korekta mitów okazały się bardzo efektywnymi metodami wśród młodych ludzi o zwiększonym stopniu ryzyka (Sussman et al., 2004), lecz rzadko wykorzystuje się je w zapobieganiu wybiórczym w UE. Jednakże techniki interwencyjne w miejscach rekreacji (patrz „Działania interwencyjne w obiektach rozrywkowych”, str. 50) najczęściej przyjmują formę przekazywania informacji ukierunkowanych.

## Zapobieganie wybiórcze w szkołach

Zapobieganie wybiórcze w szkołach koncentruje się głównie na interwencji kryzysowej oraz wczesnej identyfikacji uczniów z problemami. Celem jest znalezienie na poziomie szkolnym rozwiązań, które pozwolą uniknąć sytuacji, w której uczniowie z grupy ryzyka porzucają szkołę lub są z niej usuwani, co wpływa na pogorszenie ich sytuacji. Podejścia programowe są stosowane w Niemczech, Irlandii, Luksemburgu i Austrii (Leppin, 2004), natomiast Polska i Finlandia organizują kursy szkolenia nauczycieli lub wydają wytyczne, w jaki sposób rozpoznawać uczniów z problemami, także takimi jak zażywanie narkotyków, i jak podejmować właściwe działania. Tradycyjne podejścia indywidualne obejmują Służby Psychologii Dydaktycznej (np. we Francji i na Cyprze), które działają według (samo)zgłoszeń. Irlandia dysponuje nowymi, aktywnie działającymi służbami edukacyjnymi opieki społecznej, przeznaczonymi do pracy w szkołach i z rodzinami z obszarów o ograniczonym dostępie do oświaty. Służby te zostały powołane, aby zapewnić regularne uczęszczanie dzieci do szkół.

## Podejścia wybiórcze oparte na społeczności

Podejścia wybiórcze oparte na społeczności najczęściej koncentrują się na ludziach młodych na ulicach, należących do grup o podwyższonym ryzyku. W państwach skandynawskich podejścia oparte na „Patrolach nocnych” angażują grupy rodziców do patrolowania ulic. Austria poczyniła poważne inwestycje w celu osiągnięcia lepszej równowagi między zapobieganiem narkotykom, edukacją społeczną i strukturami pracy społecznej poprzez kursy, wytyczne

jakościowe i seminaria połączone, np. dla młodych pracowników społecznych w obiektach rekreacyjnych. Celem jest także wykorzystanie struktur pracy społecznej z młodzieżą w profesjonalnych interwencjach zapobiegania narkotykom. W ten sam sposób Norwegia rozwija współpracę i wzmacnia wysiłki interdyscyplinarne między szkołami, służbami ochrony dzieci i służbami społecznymi. Metody RAR (natychmiastowej oceny i reakcji) <sup>(36)</sup> – szybkie gromadzenie informacji (materiału statystycznego) połączone z wywiadami (kwestionariusze, grupy uwagi) i/lub obserwacją obszaru, na którym występuje problem – są wykorzystywane w ramach tych projektów w Norwegii, ale również w Niemczech i Niderlandach.

Interwencje skupiające się na okolicach wysokiego ryzyka należą już do tradycji w Irlandii, Zjednoczonym Królestwie oraz, w niewielkim stopniu, w Niderlandach i Portugalii. Obecnie Niemcy (Stöver i Kolte, 2003, cytowani w sprawozdaniu krajowym Niemiec) oraz Francja również zaproponowały działania w tej dziedzinie. Nowością w przypadku tych państw jest ukierunkowanie zapobiegania narkotykom na konkretne obszary geograficzne według kryteriów społecznych.

Państwa członkowskie coraz silniej również koncentrują się w swojej polityce zapobiegawczej na konkretnych grupach etnicznych (np. Irlandia, Luksemburg, Węgry). Przykładowo, koncentracja na kwestiach etnicznych to ważny element na Węgrzech, gdzie populacja Romów jest grupą wysokiego ryzyka w aspekcie problemu narkotykowego, ze względu na swoją charakterystykę społeczną i kulturową oraz niekorzystne warunki bytowe. Tam właśnie szkolenie rówieśnicze, grupy samopomocy, nadzór, różne programy zapobiegawcze i świadczenia niskoprogowe dla Romów prowadzone są przez organizacje pozarządowe (NGO).

### **Rodziny o zwiększonym stopniu ryzyka**

Metoda zapobiegania powszechnego z udziałem rodziny, tj. najczęściej spotkania wieczorne, wykłady, seminaria i warsztaty dla rodziców, jest wciąż popularna w wielu państwach członkowskich (Niemcy, Francja, Cypr i Finlandia) pomimo braku dowodów na jej efektywność (Mendes et al., 2001). Jednakże w Grecji, Hiszpanii, Irlandii i Norwegii odnotowuje się coraz większe osiągnięcia w zapobieganiu wybiórczym w rodzinach poprzez wprowadzenie innowacyjnych koncepcji, które wychodzą poza grupę rodzin/rodziców z problemem narkotykowym i uznają rolę czynników społecznych, ekonomicznych i kulturowych w zażywaniu narkotyków. W Niderlandach ocena projektów zapobiegania narkotykom dla rodziców imigrantów wskazała, że znormalizowana interwencja oferowana przez sieci imigrantów, oddzielnie dla kobiet i mężczyzn, byłaby

nowym możliwym kierunkiem działania (Tarweij i Van Wamel, 2004). W Norwegii Szkolenie Rodzicielskie (PMTO, model Oregon), w oryginalnej formie szkoleniowej dla rodzin z dziećmi z poważnymi zaburzeniami behawioralnymi, zostało wdrożone i ocenione w trzech miastach. W kolejnych dwóch państwach wdrożono Program Iowa Wzmacniający Rodziny (ISFP). Ten intensywny program interwencji rodzinnej dla rodzin z grupy ryzyka łączy metody nauczania dla uczniów (10–14 lat) z programem edukacyjnym dla ich rodziców, mając na celu zapobieganie narkotykom przez wzmocnienie kompetencji rodziny i więzi rodzinnych (Kumpfer et al., 2003).

### **Potrzeba zapobiegania zalecanego**

Zapobieganie zalecane koncentruje się na osobach określonych jako podlegające czynnikom ryzyka problemów narkotykowych, np. zespołowi nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Jednak informacje o stosowaniu środków zapobiegania narkotykom względem ludzi młodych z ADHD pochodzą jedynie z Niemiec i Szwecji. W Niemczech obecne dane szacunkowe co do rozpowszechnienia ADHD sugerują, że od 2 do 6% osób w wieku od 6 do 18 lat jest dotkniętych tym zespołem, co plasuje go jako najbardziej powszechny chroniczny problem kliniczny wśród dzieci i ludzi młodych. W Szwecji strategia zapobiegawcza dla takich dzieci obejmuje szkolenie poznawcze i społeczne, a metodologia jest rozpowszechniana poprzez szkolenia dla specjalistów w dziedzinie zapobiegania. Ponieważ prawie wszystkie dzieci w wieku przedszkolnym są objęte podstawową opieką zdrowotną, a bardzo duża grupa uczęszcza do szkoły podstawowej, większość dzieci z grupy ryzyka może być zidentyfikowana przez systematyczne badania przesiewowe i następujące po nich indywidualne interwencje.

Włoski plan działania kładzie nacisk na psychopatologiczne warunki i poważne problemy behawioralne dzieci i ludzi młodych, co do których istnieje podejrzenie zażywania i uzależnienia od narkotyków, w przypadku pozostawienia ich bez pomocy na wczesnym etapie. Rozpoznane problemy obejmują problemy behawioralne, nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi, lęk, któremu towarzyszą wahania nastroju, bulimię i psychogeniczną otyłość, zaburzenia osobowości, problemy z komunikacją interpersonalną, stres posttraumatyczny i ataki paniki. W tym przypadku przewidywaną reakcją jest zastosowanie zarówno powszechnego, jak i wybiórczego podejścia zapobiegawczego.

<sup>(36)</sup> Światowa Organizacja Zdrowia: Podręcznik szybkiej oceny i reakcji w kwestiach zażywania substancji psychoaktywnych i szczególnie narażonych ludzi młodych (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).



## Rozdział 3

# Konopie indyjskie

### Rozpowszechnienie oraz schematy stosowania

Konopie indyjskie to zdecydowanie najbardziej rozpowszechniona substancja nielegalna w Europie. Ostatnie badania populacji wykazują, że od 3% do 31% osób dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) przynajmniej raz w życiu spróbowało tej substancji (wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia). Najniższe poziomy wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia odnotowuje się na Malcie (3,5%), w Portugalii (7,6%) i w Polsce (7,7%), a najwyższe we Francji (26,2%), w Zjednoczonym Królestwie (30,8%) i w Danii (31,3%). W większości państw (w 15 z 23 państw dysponujących informacjami) wskaźnik ten wynosi od 10% do 25%.

Od 1% do 11% osób dorosłych przyznało, że zażyło pochodne konopi indyjskich w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przy czym na Malcie, w Grecji i Szwecji wskaźnik takiego zażywania przyjmuje najniższe wartości, a w Republice Czeskiej, Francji, Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie – najwyższe. Większość państw (14) określiła wskaźnik rozpowszechnienia niedawnego zażywania na poziomie od 3% do 7%.

Dane szacunkowe co do ogólnej liczby osób dorosłych (od 15 do 64 lat) zażywających pochodne konopi indyjskich w UE jako całości można uzyskać, wykorzystując dostępne krajowe dane szacunkowe. Takie rozwiązanie sugeruje, że około 20% populacji ogólnej – ponad 62 miliony osób – spróbowało pochodnych konopi w trakcie swojego życia. Wartość ta zmniejsza się do około 6%, czyli ponad 20 milionów osób dorosłych, gdy analizuje się niedawne spożycie (rozpowszechnienie w ciągu ostatniego roku). Dla porównania, w roku 2003 w ogólnokrajowym badaniu dotyczącym zażywania narkotyków i zdrowia przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych (SAMHSA, 2003) 40,6% osób dorosłych (w wieku od 12 lat wzwyż) przyznało się do zażycia konopi lub marihuany przynajmniej raz w życiu, a 10,6% zażyło narkotyk w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W grupie ludzi od 18 do 25 lat dane były następujące: 53,9% (przynajmniej jednokrotne zażycie), 28,5% (ostatnie 12 miesięcy) i 17% (ostatni miesiąc) <sup>(37)</sup>.

#### Szacunki dotyczące zażywania narkotyków w populacji

Stopień zażywania narkotyków w populacji ogólnej oceniany jest na podstawie badań sondażowych, które przekazują dane szacunkowe o odsetku populacji zażywającym narkotyki w określonych przedziałach czasowych: zażycie przynajmniej raz w życiu (eksperymentowanie), zażywanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy (zażywanie niedawne) lub zażywanie w ciągu ostatnich 30 dni (zażywanie bieżące) <sup>(1)</sup>.

EMCDDA przygotowało zestaw wspólnych punktów głównych („Europejski Kwestionariusz Modelowy”, EMQ), który wdrażany jest w większości badań sondażowych przeprowadzanych w państwach członkowskich UE lub jest z nimi zgodny. EMQ znajduje się w sprawozdaniu dostępnym na stronie internetowej EMCDDA <sup>(2)</sup>. Informacja o „zażyciu przynajmniej raz w życiu” może mieć ograniczoną wartość jako wskaźnik sytuacji bieżącej wśród osób dorosłych (choć może być to uzasadniony wskaźnik wśród młodzieży szkolnej), ale w połączeniu z innymi pomiarami może dać wgląd w kwestie schematów stosowania (kontynuacja lub przerwanie zażywania) oraz w kwestie dynamiki pokoleniowej rozpowszechnienia stosowania narkotyków. Wskaźnik „ostatnich 12 miesięcy” przedstawia zażywanie niedawne, choć często będzie ono zażywaniem sporadycznym, a wskaźnik „ostatnich 30 dni” mówi o zażywaniu bardziej bieżącym, co obejmie osoby zażywające narkotyki często.

<sup>(1)</sup> Więcej informacji o metodologii przeprowadzania badań sondażowych populacji oraz metodologii zastosowanej w poszczególnych badaniach krajowych znajduje się w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(2)</sup> Informator o badaniach sondażowych dotyczących zażywania narkotyków w populacji ogólnej ([www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380](http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380)).

Podobnie jak w przypadku innych narkotyków, w grupie młodych osób dorosłych stale obserwuje się wzrost wskaźniki zażywania. Od 11% do 44% młodych Europejczyków w wieku od 15 do 34 lat przyznaje, że choć raz spróbowało pochodnych konopi indyjskich. Najniższe poziomy wskaźnika rozpowszechnienia dla tej grupy wykazują Grecja, Portugalia i Polska, a najwyższe – Francja (39,9%), Zjednoczone Królestwo (43,4%) i Dania (44,6%). Niedawne zażywanie deklarowała grupa od 3 do 22% młodych osób dorosłych, z najniższym wskaźnikiem odnotowanym w Grecji, Szwecji, Polsce i Portugalii, a najwyższym w Zjednoczonym Królestwie (19,5%), Francji (19,7%) i Republice Czeskiej (22,1%).

<sup>(37)</sup> Należy zwrócić uwagę, że przedział wiekowy badania w USA (od 12 lat wzwyż) jest szerszy niż przedział wiekowy określany przez EMCDDA dla badań w UE (od 15 do 64 lat). Z drugiej strony, przedział wiekowy dla młodych osób dorosłych (od 18 do 25 lat) jest węższy niż przedział zastosowany w większości badań UE (od 15 do 24 lat).

11 państw odnotowuje wskaźnik niedawnego zażywania na poziomie od 7% do 15%.

Od 9% do 45% Europejczyków w wieku od 15 do 24 lat twierdzi, że spróbowało pochodnych konopi.

W większości państw wskaźnik ten wynosi od 20% do 35%. Do niedawnego zażywania (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) przyznało się od 4% do 32% osób. Ten wskaźnik w większości państw wynosi od 9% do 21% <sup>(38)</sup>.

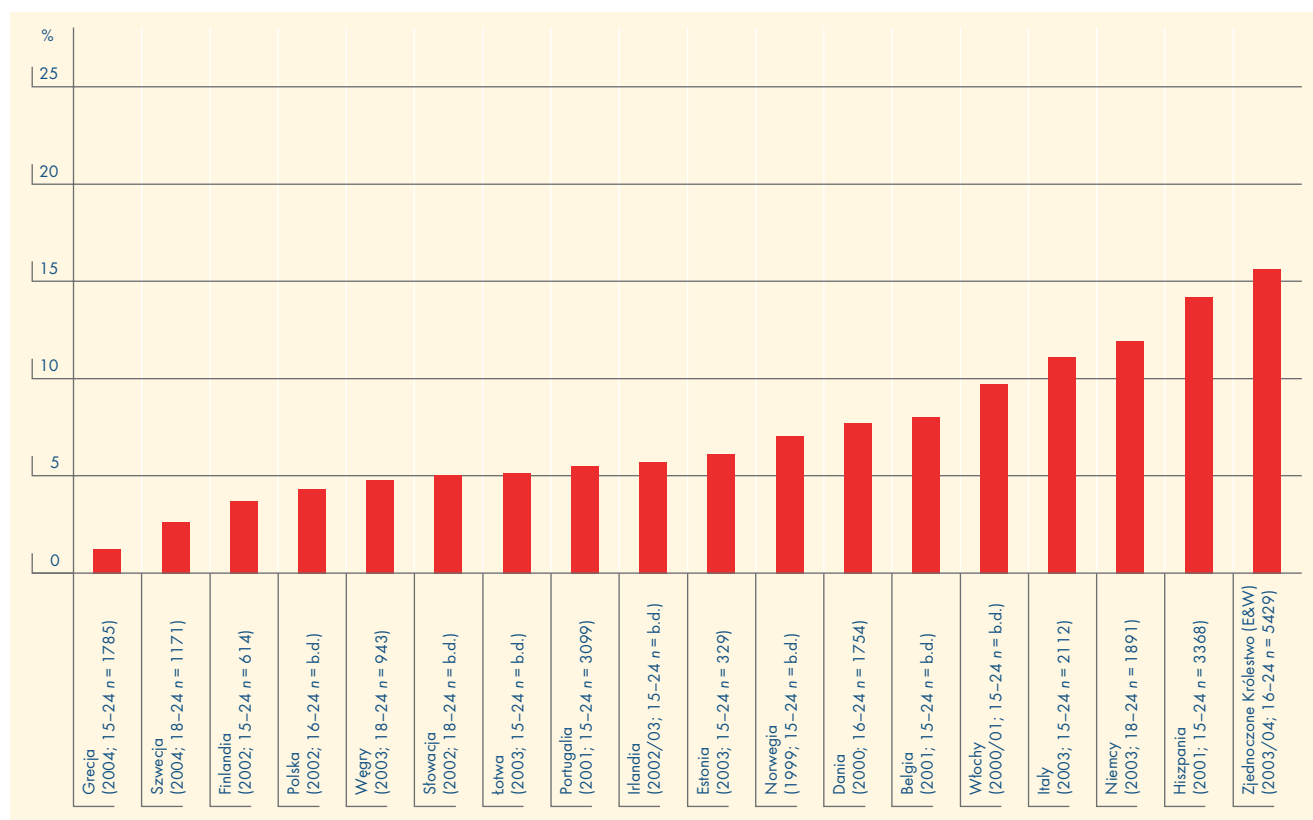
Podobnie jak w przypadku innych nielegalnych narkotyków, wskaźniki zażywania pochodnych konopi indyjskich są wyraźnie wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet, choć różnica ta wygląda inaczej w każdym z państw. Stosunek mężczyzn do kobiet dla wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia waha się od 1,25:1 do 4:1 (od 1,25 do 4 mężczyzn na każdą kobietę), a dla wskaźnika bieżącego zażywania od około 2:1 do 6:1. Badania wskazują też, że spożycie pochodnych konopi indyjskich jest bardziej powszechne na obszarach miejskich lub na obszarach o wysokim zagęszczeniu ludności. Zatem różnice zaobserwowane między

poszczególnymi krajami mogą częściowo odzwierciedlać różnice w poziomie urbanizacji, choć sugeruje się również, że rekreacyjne zażywanie narkotyków przenosi się z obszarów miejskich na wiejskie.

Zjawisko znacznie niższych poziomów wskaźników zażywania niedawnego i bieżącego w porównaniu ze wskaźnikiem przynajmniej jednokrotnego zażycia wykazuje, że pochodne konopi indyjskich spożywane są raczej sporadycznie lub ich spożycie jest porzucane po pewnym czasie. W większości państw UE od 20 do 40% osób dorosłych, które choć raz zażyły pochodne konopi, zrobiło to w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a około 10–20% w ciągu ostatnich 30 dni („wskaźniki kontynuacji”).

Według niedawnych badań wskaźnik zażywania w ciągu ostatniego miesiąca wyniósł od 0,5% do 9% wszystkich osób dorosłych (wiele państw znalazło się w przedziale 2–4%), od 1,5% do 13% młodych osób dorosłych (wiele państw znalazło się w przedziale 3–8%) i od 1,2% do 16% osób z grupy wiekowej od 15 do 24 lat (wiele państw znalazło się w przedziale 5–10%) (wykres 3).

**Wykres 3:** Zażywanie bieżące (w ciągu ostatniego miesiąca) pochodnych konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych (w wieku do 15 do 24 lat) na podstawie badań krajowych



Uwagi: Dane pochodzą z najnowszych badań krajowych dostępnych w poszczególnych państwach.

Niektóre państwa używają trochę innej skali wieku niż ta, z której korzysta EMCDDA w celu określenia standardowego przedziału wiekowego młodych osób dorosłych. Różnice w przedziałach wiekowych mogą w niewielkim stopniu powodować rozbieżności pomiędzy poszczególnymi państwami.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z badań sondażowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych. Patrz także tabela GPS-0 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(38)</sup> Patrz wykres GPS-2 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

Pobieżna ocena wykazuje, że 1 na 10–20 Europejczyków zażywa obecnie pochodne konopi. Państwa o najniższych poziomach wskaźnika bieżącego zażywania to Malta, Grecja, Szwecja, Polska i Finlandia, a najwyższych – Zjednoczone Królestwo i Hiszpania.

W sprawozdaniu rocznym 2004 (EMCDDA, 2004a) dane o częstotliwości zażywania pochodnych konopi w ciągu ostatnich 30 dni sugerują, że około jedna czwarta (19–33%) osób, które zażyły pochodne konopi w ciągu ostatniego miesiąca, robiła to codziennie lub prawie codziennie<sup>(39)</sup>. Większość z nich stanowili młodzi mężczyźni. Oszacowano, że od 0,9% do 3,7% Europejczyków w wieku od 15 do 34 lat zażywało pochodne konopi indyjskich codziennie oraz że około trzy miliony ludzi w Europie mogły zażywać je codziennie lub prawie codziennie.

## Trendy

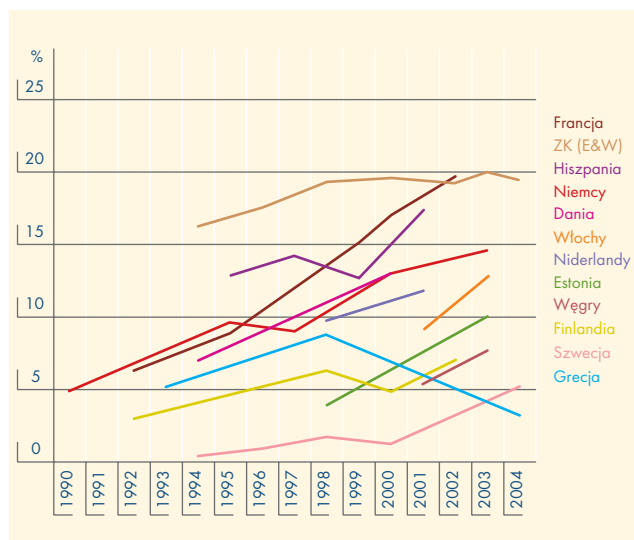
Brak w większości państw UE rozłożonych w czasie, powiązanych logicznie serii badań ogranicza wiarygodną identyfikację trendów narkotykowych. Wiele państw przeprowadza kolejne badania, jednak nie tworzą one serii *sensu stricto* – pomimo postępu w harmonizacji, metody i wielkości próbek różnią się między badaniami, a częstotliwość ich przeprowadzania może być nieregularna. Dodatkowo badania przeprowadzane są w różnych latach i w różnych państwach, co utrudnia identyfikację trendów europejskich. Idealnie byłoby, gdyby badania populacji krajowych odbywały się we wszystkich państwach członkowskich w tym samym czasie. Znacznie uprościłoby to porównywanie wyników na szczeblu krajowym (w czasie) i na szczeblu europejskim (między poszczególnymi państwami), ułatwiając również ocenę osiągnięć Europejskiego Planu Działania Antynarkotykowego.

Dostępne wnioski z różnego typu badań (krajowych lub lokalnych badań gospodarstw domowych, badań szkolnych lub badań wśród poborowych) wskazują, że w latach 90., w niemal wszystkich państwach UE znacznie wzrosło zażywanie pochodnych konopi indyjskich, zwłaszcza wśród ludzi młodych, oraz że w przypadku niektórych państw spożycie pochodnych konopi w ostatnich latach nadal rośnie (wykres 4). Zjednoczone Królestwo, które do roku 2000 wykazywało najwyższy odsetek zażywania pochodnych konopi, odnotowało względną stabilizację spożycia w grupie młodych osób dorosłych w latach 1998–2003/2004, a inne państwa (Francja i Hiszpania)<sup>(40)</sup> zbliżają się do takiego stanu. W Grecji odnotowano spadek zażywania w latach 1998–2004.

Dostępne dane dotyczące nowych państw członkowskich, pochodzące głównie z badań szkolnych, sugerują, że w ostatnich latach wiele z tych państw odnotowało znaczny wzrost spożycia pochodnych konopi indyjskich. Zjawisko to w większości przypadków trwa od połowy lat 90., a dotyczy szczególnie obszarów miejskich oraz grup mężczyzn i młodych osób dorosłych. Kolejne badania przeprowadzone wśród osób dorosłych w Estonii i na Węgrzech pozwoliły na identyfikację najnowszych trendów (wykres 4).

Porównanie wyników szkolnych badań ESPAD przeprowadzonych w latach 1995, 1999 i 2003 (Hibell et al., 2004) wykazuje, że w prawie wszystkich państwach członkowskich i w państwach kandydujących, które uczestniczyły w badaniu, wskaźnik przynajmniej jedнокrotnego zażycia pochodnych konopi indyjskich w grupie 15- i 16-letniej młodzieży szkolnej wzrósł o 2% lub więcej (wykres 5). W ponad połowie z tych państw dane szacunkowe co do rozpowszechnienia podwoiły się lub potroiły od 1995 roku. Najwyższy wzrost odnotowano

**Wykres 4:** Trendy dotyczące zażywania niedawnego (w ciągu ostatniego roku) pochodnych konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) na podstawie badań krajowych<sup>(1)</sup>



(1) Informacje o wielkości próbek (respondencji) dla grupy wiekowej od 15 do 34 lat dla każdego państwa i roku znajdują się w tabeli GPS-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

Uwagi: Dane pochodzą z badań krajowych dostępnych w poszczególnych państwach. Dane liczbowe i metodologia każdego badania mogą zostać sprawdzone w tabeli GPS-4 w Biuletynie Statystycznym na 2005 rok. Dla młodych osób dorosłych EMCDDA stosuje przedział od 15 do 34 lat (Dania i Zjednoczone Królestwo od 16 lat, Niemcy, Estonia (1998) i Węgry od 18 lat). We Francji rozpiętość wiekowa wynosiła od 25 do 34 lat w 1992 roku i od 18 do 39 lat w 1995 roku.

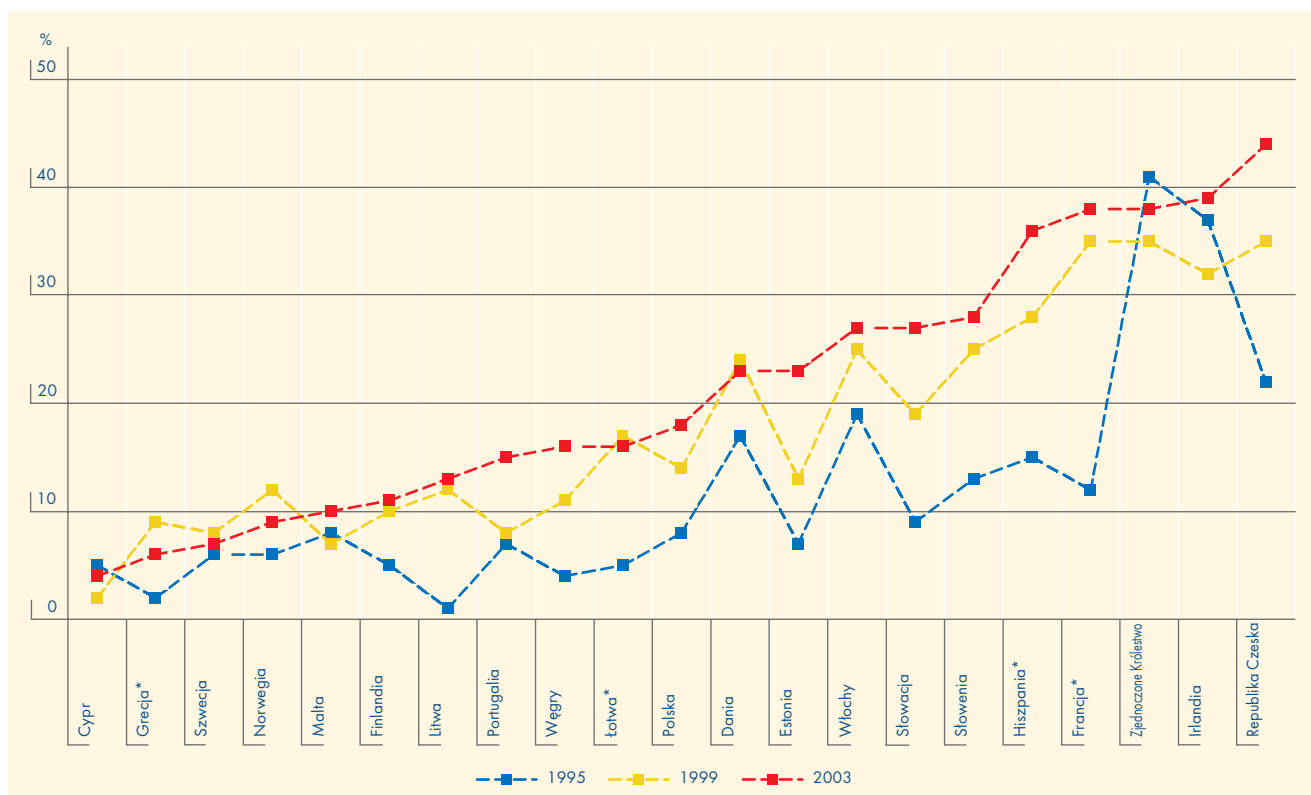
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z badań sondażowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych. Patrz także tabela GPS-0 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

(39) Patrz sprawozdanie roczne 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Informacje odnoszą się do „zażywania przez 20 lub więcej dni w ciągu ostatnich 30 dni”, określanego również jako „zażywanie codziennie lub prawie codziennie”.

(40) Informacje, które zostały udostępnione zbyt późno, by ująć je w sprawozdaniu, przedstawiają wskaźnik zażywania w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych w Hiszpanii na poziomie 20,1% wg badania na 2003 rok.



**Wykres 5:** Rozpowszechnienie zażycia pochodnych konopi indyjskich przynajmniej raz w życiu wśród młodzieży szkolnej w wieku od 15 do 16 lat przedstawione w seriach badania ESPAD przeprowadzonych w roku 1995, 1999 i 2003



Uwagi: W roku 1995 badania przeprowadzone w państwach zaznaczonych gwiazdką nie były ściśle porównywalne z badaniami ESPAD. Hiszpania nie brała udziału w badaniu ESPAD. Zawarte tutaj dane oparte są na seriach badania hiszpańskiego przeprowadzonych w latach 1996, 1998 i 2002. Pytania dotyczące rozpowszechnienia zażywania narkotyków mogą być uznane jako porównywalne z pytaniami stosowanymi przez ESPAD, jednak inne aspekty zastosowanej metody oznaczają, że dane hiszpańskie nie są całkowicie porównywalne.

Źródło: Hibell et al., 2004.

głównie w państwach członkowskich z Europy Wschodniej, które w 1995 roku zanotowały wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi indyjskich na poziomie poniżej 10%. W trakcie trzech badań w żadnym z państw badanych przez ESPAD nie zanotowano stałego lub zauważalnego spadku wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi.

Jeśli chodzi o trendy rekreacyjnego i sporadycznego stosowania pochodnych konopi indyjskich, badania szkolne pokazują, że państwa członkowskie UE można przyporządkować do trzech różnych grup. W pierwszej grupie (obejmującej Irlandię i Zjednoczone Królestwo) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia jest wysoki (około 38–39%), jednakże w ciągu ostatnich ośmiu lat pozostawał na tym samym poziomie. Kraje te mają długą historię stosowania pochodnych konopi, a wysokie wskaźniki rozpowszechnienia tych substancji pojawiły się tam w latach 80. i 90. W drugiej grupie państw wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi wśród młodzieży szkolnej wzrósł znacznie w tym okresie (o nawet 26 punktów procentowych). Grupa ta obejmuje wszystkie nowe państwa członkowskie Europy Wschodniej

oraz Danię, Hiszpanię, Francję, Włochy i Portugalię. W trzeciej grupie dane szacunkowe co do wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia wśród młodzieży szkolnej pozostały na względnie niskich poziomach (około 10% i poniżej). Grupa ta obejmuje państwa członkowskie zarówno z północy, jak i z południa Europy (Finlandię, Szwecję i Norwegię oraz Grecję, Cypr i Maltę).

Sytuacja w grupie osób dorosłych jest mniej jasna, gdyż dostępnych jest mniej informacji, a te, którymi dysponujemy, są bardziej niejednorodne. I tutaj jednak pojawia się podobny schemat, tj. wysoki, lecz stabilny poziom wskaźnika niedawnego zażywania (zażywanie w ciągu ostatniego roku) w Zjednoczonym Królestwie, kraje odnotowujące znaczny wzrost stosowania pochodnych konopi w ostatnich latach (np. Dania, Niemcy, Estonia, Hiszpania i Francja) oraz kraje o niższych danych szacunkowych rozpowszechnienia i mniej jasnych trendach (np. Grecja, Finlandia i Szwecja). Nowe badania, które przeprowadzane będą w szkołach i wśród osób dorosłych w ciągu najbliższych 2–3 lat, pomogą rzucić więcej światła na złożone zagadnienie rozwoju trendów narkotykowych.

## Zapobieganie zażywaniu pochodnych konopi indyjskich

Niepokój wyrażany przez niektóre państwa z uwagi na wzrost zażywania pochodnych konopi indyjskich przez ludzi młodych wywołał dyskusje o użyteczności testów narkotykowych jako środka kontroli. Kilka państw podjęło kroki w tym kierunku, choć środki oparte na testach narkotykowych nie są powszechnie stosowane. W Republice Czeskiej media donosiły o zastosowaniu w szkołach narkotykowych testów moczu i psów policyjnych wyszkolonych do wyszukiwania narkotyków. Choć istnieje pewne poparcie dla takich metod, zespół ekspertów doszedł do wniosku, że nie powinny one być częścią jakiegokolwiek skutecznej strategii zapobiegania pierwotnego. W Zjednoczonym Królestwie wydane ostatnio wytyczne dla szkół zawierają kilka istotnych problemów, które należy rozważyć przed wprowadzeniem programu testów narkotykowych. Należy do nich zapewnienie, że uzyskało się odpowiednie zgody rodziców (oraz uczniów, jeśli uznaje się ich za posiadających zdolność prawną), rozważenie, czy zastosowanie testów wpisuje się w odpowiedzialność szkoły za sprawy bytowe uczniów oraz wzięcie pod uwagę dostępności lub braku dostępności odpowiednich usług wsparcia. Jakakolwiek decyzja o poddaniu uczniów testom narkotykowym musi zostać zawarta w szkolnej polityce antynarkotykowej. Strona internetowa EMCDDA zawiera krótkie sprawozdanie o stosowaniu testów narkotykowych w szkołach UE <sup>(41)</sup>.

Pochodne konopi indyjskich są prawie zawsze ujęte jako w powszechnych (nieukierunkowanych) programach zapobiegania narkotykom. Uwaga, jaką media poświęcają wzrostowi zażywania pochodnych konopi wśród ludzi młodych, oraz dawanie do zrozumienia, że zażywanie pochodnych konopi jest coraz bardziej „normalne”, podkreśla konieczność zajęcia się normatywnymi przekonaniem wśród ludzi młodych. Niepokój dotyczący rosnącej w grupie ludzi młodych akceptacji dla stosowania pochodnych konopi indyjskich spowodował wprowadzenie programów zapobiegawczych, których celem jest wpłynięcie na przekonania ludzi młodych poprzez wyjaśnienie, czym są elementy normalnego i akceptowanego zachowania. Kwestia ta przedstawiona jest bardziej szczegółowo w Rozdziale 2. Wiele interwencji polega głównie na przekazaniu informacji o pochodnych konopi indyjskich przy wykorzystaniu kampanii medialnych, ulotek lub stron internetowych. Istnieją jednak ciekawe przykłady zapobiegania wybiórczego. Można je znaleźć w bazie EDDRA, czyli bazy danych ocenionych projektów zapobiegawczych EMCDDA <sup>(42)</sup>. Programy te skupiają się głównie na młodych osobach zażywających pochodne konopi, które popełniły przestępstwa narkotykowe. Oferują one również doradztwo, szkolenie kompetencji

### Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie

Informacja o liczbie osób ubiegających się o leczenie z problemu narkotykowego daje przydatny wgląd w ogólne trendy problemowego zażywania narkotyków, przedstawia także całokształt organizacji i asymilację usług leczniczych w Europie. Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie (TDI) <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> EMCDDA pozwala na jednolitą strukturę raportowania liczby i cech pacjentów skierowanych do ośrodków leczenia z uzależnienia od narkotyków. Choć można uznawać, że dane TDI solidnie i w sposób przydatny przedstawiają cechy pacjentów skierowanych do wyspecjalizowanych służb antynarkotykowych, z powodu kilku kwestii technicznych należy ostrożnie przekładać wnioski wyciągnięte z danych na sytuację wszystkich pacjentów łącznie ujętych usług. W szczególności każdego roku różni się liczba państw przekazujących sprawozdania, a zatem ostrożnie należy interpretować trendy określone na szczeblu europejskim. Należy także wziąć pod uwagę fakt, że zakres danych może być różny w przypadku poszczególnych państw (dane o obszarach objętych sprawozdaniem przedstawione są w biuletynie statystycznym) oraz fakt, że dane o zapotrzebowaniu na leczenie częściowo odzwierciedlają dostępność leczenia odwykowego w poszczególnych krajach.

Dla ułatwienia interpretacji i porównania danych o zapotrzebowaniu na leczenie należy pamiętać o następujących kwestiach:

- Pacjenci pierwszy raz rozpoczynający leczenie z uzależnienia od narkotyków określani są jako „nowi pacjenci”. Z punktu widzenia analizy, grupa ta uznawana jest za bardziej istotną niż wskaźnik trendów zażywania narkotyków. Przedstawia się także analizy dotyczące wszystkich pacjentów. Grupa ta obejmuje nowych pacjentów oraz osoby, które przerwały lub zakończyły leczenie w poprzednim roku, ale podjęły je ponownie w danym roku sprawozdawczym. Nie przekazuje się danych na temat pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie w latach poprzednich, a w danym roku sprawozdawczym kontynuowali je bez przerwy.
- Gromadzone są dwa rodzaje danych: dane łączne o wszystkich rodzajach centrów leczenia oraz dane szczegółowe na temat poszczególnych rodzajów centrów (centra leczenia pozaszpitalnego, centra leczenia hospitalizacyjnego, jednostki niskoprogowe, lekarze medycyny rodzinnej, jednostki leczenia w więzieniach, inne typy centrów). W przypadku większości państw dane o ośrodkach innych niż centra leczenia pozaszpitalnego i hospitalizacyjnego są rzadkie. Z tego powodu analiza często ogranicza się do centrów leczenia pozaszpitalnego, w których przypadku zakres przekazanych danych jest największy.
- Dla wsparcia interpretacji danych TDI ujęto także informacje jakościowe i kontekstowe pochodzące ze Sprawozdań krajowych sieci Reitox na rok 2004.

<sup>(1)</sup> Więcej danych znajduje się na stronie internetowej EMCDDA w części dotyczącej zapotrzebowania na leczenie (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) oraz w linku do Wspólnego protokołu wskaźnika zapotrzebowania na leczenie Grupy Pompidou – EMCDDA wersja 2.0.

<sup>(2)</sup> Szczegóły o źródłach danych w ujęciu według poszczególnych państw znajdują się w tabeli TDI-1 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(41)</sup> <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

<sup>(42)</sup> <http://eddra.emcdda.eu.int>

osobistych i wsparcie wielu jednostek. Przykłady takich planów to FRED (Niemcy), MSF-Solidarité Jeunes (Luksemburg), Ausweg (Austria) i zespoły ds. wykroczeń popełnionych przez nieletnich (YOT) w Zjednoczonym Królestwie.

Wysokie rozpowszechnienie stosowania pochodnych konopi indyjskich przez ludzi młodych oznacza, że kwestia zażywania tych narkotyków staje się kluczową kwestią dla osób pracujących z młodzieżą szkolną. Dość obiecującym wybiórczym programem zapobiegawczym w szkole jest Program Krok po Kroku, wdrożony w Niemczech i w Austrii. Program ten wspiera nauczycieli w identyfikowaniu wśród uczniów przypadków stosowania narkotyków i zachowań problemowych oraz pomaga radzić sobie z nimi <sup>(43)</sup>.

Trudną kwestią dla osób zajmujących się reakcją na pochodne konopi jest określenie, gdzie postawić granicę między podejściem zapobiegawczym a podejściem leczniczym. Na stosowanie pochodnych konopi indyjskich wpływ mają czynniki społeczne, rówieśnicze i osobiste. Właśnie te czynniki odgrywają w przypadku jednostki ważną rolę w kształtowaniu wielkości ryzyka pojawienia się długoterminowego problemu narkotykowego. Zatem praca zapobiegawcza często koncentruje się raczej na wspomnianych obszarach, a nie na samym narkotyku (Morral et al., 2002). Przykładowo, ocena projektu Ausweg z Austrii wykazała, że ludzie młodzi notowani po raz pierwszy za przestępstwa związane z konopiami indyjskimi wykazywali deficyt osobowości rzadziej niż się spodziewano, wskazując tym samym, że na zażywanie narkotyków istotnie wpływa raczej sytuacja, społeczeństwo i rówieśnicy, a nie indywidualne problemy psychologiczne (Rhodes et al., 2003; Butters, 2004). Kilka projektów koncentruje się jednak na pochodnych konopi indyjskich i doradza ludziom młodym, jak ograniczyć zażywanie narkotyków. Przykładem z Niemiec jest strona internetowa „Quit the Shit” ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)), która jest innowacyjnym programem doradztwa dla zażywających pochodne konopi, wykorzystującym Internet.

## Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie

W łącznej grupie około 480 000 zgłoszeń zapotrzebowania na leczenie pochodne konopi indyjskich

jawią się jako narkotyk główny w 12% przypadków, plasując tę substancję na drugim miejscu za heroiną. W ciągu ośmiu lat, od 1996 do 2003 roku, stosunek liczby pacjentów uzależnionych od pochodnych konopi indyjskich do liczby nowych pacjentów wnioskujących o leczenie z uzależnienia od narkotyków wzrósł w wielu państwach co najmniej dwukrotnie <sup>(44)</sup>, przy podobnym wzroście liczby pacjentów. Analiza ta powinna być jednak traktowana ostrożnie, jako że oparta jest na ograniczonej liczbie państw, które mogą dostarczyć dane konieczne do porównania trendu w czasie.

Konopie indyjskie zajmują drugie miejsce, po heroinie, względem częstości ujmowania w sprawozdaniach dotyczących pacjentów poddawanych leczeniu po raz pierwszy <sup>(45)</sup>. Istnieją znaczne różnice pomiędzy sytuacjami w różnych państwach, np. konopie indyjskie pojawiają się w 2–3% przypadków wszystkich pacjentów w Bułgarii i Polsce, ale w ponad 20% wszystkich przypadków w Danii, Niemczech, na Węgrzech i w Finlandii <sup>(46)</sup>. We wszystkich państwach, w których dostępne są dane, odsetek pacjentów ubiegających się o leczenie ze względu na uzależnienie od pochodnych konopi indyjskich jest wyższy wśród pacjentów nowych niż w grupie wszystkich pacjentów, z kilkoma jedynie wyjątkami, gdzie proporcje są prawie równe <sup>(47)</sup>. Niemniej w ciągu ośmioletniego okresu od 1996 do 2003 roku odsetek pacjentów uzależnionych od pochodnych konopi wśród wszystkich pacjentów ubiegających się o leczenie z uzależnienia od narkotyków wzrósł z 9,4% do 21,9% <sup>(48)</sup>. Do analizy tej należy jednak podchodzić ostrożnie, gdyż oparta jest ona na ograniczonej liczbie państw, które mogą dostarczyć dane konieczne do porównania trendu w czasie.

Mężczyźni stanowią znaczną większość w grupie uzależnionych poddawanych leczeniu. Najwyższe poziomy wskaźnika liczby mężczyzn względem liczby kobiet odnotowuje się w grupie nowych pacjentów wymagających leczenia z uzależnienia od pochodnych konopi indyjskich (4,8 do 1). Wyższe poziomy różnic liczebności mężczyzn względem kobiet odnotowuje się w Niemczech, na Cyprze, na Węgrzech i na Słowacji, a niższe w Republice Czeskiej, Słowenii, Finlandii i Szwecji. Te różnice między państwami mogą odzwierciedlać czynniki kulturowe lub ewentualnie różnice w organizacji usług leczniczych <sup>(49)</sup>.

<sup>(43)</sup> Dalsze informacje znajdują się na stronie internetowej EDDRA: Krok po kroku ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=36](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36)) oraz Wczesne wykrywanie i interwencja w odniesieniu do problemowego zażywania narkotyków i problemu uzależnienia ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2088](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088)).

<sup>(44)</sup> Patrz tabele TDI-2 (część i) i TDI-3 (część iii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(45)</sup> Patrz także zagadnienia wybrane: zapotrzebowanie na leczenie problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi w sprawozdaniu rocznym EMCDDA 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Analiza danych oparta jest na pacjentach wymagających leczenia ze wszystkich centrów leczniczych dla oceny występowania ogólnego i trendów oraz na centrach leczenia pozaszpitalnego dla oceny profilu pacjentów i schematów zażywania.

<sup>(46)</sup> Patrz tabele TDI-2 (część ii) i TDI-5 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(47)</sup> Patrz tabele TDI-4 (część ii) i TDI-5 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(48)</sup> Patrz tabela TDI-3 (część iii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(49)</sup> Patrz tabela TDI-22 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

Osoby leczone z uzależnienia od pochodnych konopi indyjskich są zazwyczaj młode, praktycznie wszyscy nowi pacjenci uzależnieni od pochodnych konopi i poddawani leczeniu to ludzie poniżej 30 roku życia. Nastolatki przechodzące specjalistyczne leczenie z uzależnienia od narkotyków częściej okazują się mieć problem z pochodnymi konopi jako narkotykiem głównym niż pacjenci z innych grup wiekowych. Problemy z pochodnymi konopi indyjskich stanowią 65% przypadków zapotrzebowania na leczenie wśród osób poniżej 15 roku życia, a 59% w grupie osób od 15 do 19 lat <sup>(50)</sup>.

Istnieją wyraźne różnice między poszczególnymi państwami w odniesieniu do częstotliwości zażywania pochodnych konopi indyjskich wśród nowych pacjentów. W Danii i Niderlandach najwyższy odsetek zażywających pochodne konopi codziennie występuje wśród nowych pacjentów uzależnionych od tej substancji, a najwyższy odsetek osób zażywających sporadycznie lub osób, które nie stosowały pochodnych konopi w ciągu ostatniego miesiąca przed leczeniem, odnotowują Niemcy i Grecja <sup>(51)</sup>. Odzwierciedla to prawdopodobnie różnice w podejściu do skierowań na leczenie. W Niemczech około jedna trzecia nowych pacjentów uzależnionych od pochodnych konopi indyjskich stosuje narkotyk sporadycznie lub nie zażywała go w ciągu miesiąca przed leczeniem, ale w innych państwach grupa ta wynosi około 11% pacjentów, a około 60% z nich zażywa narkotyk codziennie.

## Konfiskaty oraz dane rynkowe

### Produkcja i handel

W roku 2003 pochodne konopi indyjskich nadal były najczęściej produkowanym i sprzedawanym nielegalnym narkotykiem na świecie. Jednak globalne rozpowszechnienie produkcji pochodnych konopi i trudności w jej monitorowaniu powodują problemy z oszacowaniem całkowitej wielkości produkcji (UNODC, 2003a).

Produkcja żywicy konopnej na szeroką skalę odbywa się w kilku państwach, w szczególności w Maroku, zaś handel rozpowszechniony jest w dużej liczbie państw (CND, 2004, 2005). W oparciu o badanie dotyczące produkcji pochodnych konopi w Maroku przeprowadzone przez UNODC oraz rząd Maroka (2003) szacuje się, że w roku 2003 region Rif dostarczył około 40% światowej produkcji żywicy konopnej (INCB, 2005). Większość żywicy konopnej spożywanej w UE pochodzi z Maroka, a dostaje się do Europy głównie przez Półwysep Iberyjski, choć Niderlandy stanowią istotne centrum dystrybucji dla dalszego rozprowadzania w państwach UE (Bovenkerk i Hogewind, 2002). Inne państwa określone w 2003 roku jako źródła żywicy konopnej skonfiskowanej w UE to Albania, Afganistan, Iran, Pakistan, Nepal i Indie (sprawozdania krajowe Reitox, 2004; INCB, 2005).

### Interpretacja danych o konfiskatach i sytuacji rynkowej

Liczbę konfiskat narkotyków w danym kraju zwykle odbiera się jako pośredni wskaźnik wielkości podaży i dostępności narkotyków, ale odzwierciedla ona również zasoby egzekwowania prawa, priorytety i strategie oraz podatność handlarzy narkotyków na krajowe i międzynarodowe strategie ograniczania podaży. Skonfiskowane ilości mogą znacznie różnić się z roku na rok, jeżeli, na przykład, w danym roku kilka konfiskat opiewa na bardzo duże ilości. Z tego względu wiele państw uważa, że liczba konfiskat jest lepszym wskaźnikiem trendów. We wszystkich państwach dane o liczbie konfiskat dotyczą w dużej mierze drobnych konfiskat detalicznych. Miejsce pochodzenia oraz miejsce przeznaczenia skonfiskowanych narkotyków może pomóc we wskazaniu szlaków handlowych i ośrodków produkcji, nie zawsze jednak taka informacja jest dostępna. Większość państw członkowskich przekazuje dane o czystości i cenie narkotyków na poziomie użytkownika końcowego. Jednakże dane te pochodzą z różnorodnych źródeł, które nie zawsze można uznać za porównywalne lub rzetelne, a to utrudnia dokładne porównanie danych krajowych.

Produkcja marihuany rozpowszechniona jest na całym świecie, a wielkość potencjalnej produkcji światowej szacuje się na poziomie co najmniej 40 000 ton (CND, 2005). Marihuana skonfiskowana w UE w 2003 roku pochodziła z różnych państw, w tym z Niderlandów i Albanii, ale także państw afrykańskich (Malawi, Republika Południowej Afryki, Nigeria) i USA (sprawozdania krajowe Reitox, 2004). Ponadto w większości państw członkowskich UE ma miejsce lokalna (w budynkach i na wolnym powietrzu) uprawa konopi i produkcja ich pochodnych (sprawozdania krajowe Reitox, 2004).

### Konfiskaty

W roku 2003 na całym świecie przechwycono 1347 ton żywicy konopnej i 5821 ton marihuany. W Europie Zachodniej i Środkowej (70%) oraz w Południowo-Zachodniej Azji i na Bliskim Wschodzie (21%) przechwytuje się najwięcej żywicy konopnej, gdy tymczasem wielkie ilości marihuany konfiskuje się w obu Amerykach (68%) oraz w Afryce (26%) (CND, 2005). W odniesieniu do liczby konfiskat pochodne konopi indyjskich są najczęściej konfiskowanym narkotykiem we wszystkich państwach UE oprócz Estonii i Łotwy, gdzie w roku 2003 wyższa była liczba konfiskat amfetaminy. Jeśli chodzi o ilość, pochodne konopi zazwyczaj są również najczęściej przechwytywanym narkotykiem w UE, choć w 2003 roku odnotowano, że inne narkotyki były skonfiskowane w większej ilości w niektórych państwach, tj. amfetamina w Estonii i Luksemburgu, heroina na Węgrzech i kokaina w Polsce. W ujęciu historycznym, najwięcej konfiskat pochodnych konopi w UE dokonano w Zjednoczonym Królestwie, a następnie w Hiszpanii i Francji, i najprawdopodobniej taki stan

<sup>(50)</sup> Patrz tabela TDI-10 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(51)</sup> Patrz tabela TDI-18 (część iv) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

utrzymuje się do dziś <sup>(52)</sup>. Jeżeli chodzi o ilości w ciągu ostatnich pięciu lat, w Hiszpanii skonfiskowano ponad połowę całkowitej ilości pochodnych konopi zatrzymanych w UE. Na szczeblu UE liczba konfiskat pochodnych konopi <sup>(53)</sup> od roku 1998 wykazuje raczej tendencję wzrostową, choć częściowe dane pochodzące z kilku państw wprowadzają tutaj niepewność. Natomiast skonfiskowane ilości <sup>(54)</sup> wzrosły od roku 2000.

### Cena i siła działania

W 2003 roku średnia cena detaliczna żywicy konopnej w Unii Europejskiej wahała się od 1,4 euro za gram

w Hiszpanii do 21,5 euro za gram w Norwegii, gdy tymczasem cena marihuany mieściła się w przedziale od 1,1 euro za gram w Hiszpanii do 12 euro za gram na Łotwie <sup>(55)</sup>.

Siła działania produktów otrzymanych z konopi indyjskich określana jest na podstawie ich zawartości tetrahydrocannabinolu (THC), czyli głównej substancji czynnej. W 2003 roku w państwach, w których dane są dostępne, żywica konopna w obrocie detalicznym miała średnią zawartość THC od poniżej 1% (Polska) do 25% (Słowacja), a siła działania marihuany wynosiła od 1% (Węgry, Finlandia) do 20% (domowe uprawy w Niderlandach) <sup>(56)</sup>.

---

<sup>(52)</sup> Należy to porównać z brakującymi danymi za rok 2003, kiedy dane te będą już dostępne. Dane dotyczące liczby konfiskat pochodnych konopi w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Włoch, Cypru, Niderlandów i Rumunii. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat, jak i ilości skonfiskowanych pochodnych konopi w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Irlandii i Zjednoczonego Królestwa.

<sup>(53)</sup> Patrz tabela SZR-1 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(54)</sup> Patrz tabela SZR-2 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(55)</sup> Patrz tabela PPP-1 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(56)</sup> Patrz tabela PPP-5 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.



## Rozdział 4

# Amfetaminy i pochodne środki pobudzające, LSD i inne narkotyki syntetyczne

W prawie wszystkich państwach różnego typu narkotyki syntetyczne ujmowane są pod względem rozpowszechnienia stosowania jako drugie co do częstości zażywania. Całościowe wskaźniki zażywania tych substancji przez populację ogólną są zazwyczaj niskie, jednak wskaźniki rozpowszechnienia w młodszych grupach wiekowych są znacząco wyższe, a poziom zażywania takich narkotyków może być szczególnie wysoki w pewnych grupach społecznych i/lub wśród pewnych subkultur.

Grupa narkotyków syntetycznych zażywanych w Europie zawiera zarówno środki pobudzające, jak i halucynogenne. Spośród środków halucynogennych substancją najlepiej znaną jest dwuetyloamid kwasu lizergowego (LSD), choć ogólne poziomy jego spożycia są niskie i raczej stabilne na przestrzeni długiego okresu czasu. Pojawiają się dowody na zwiększenie zainteresowania halucynogenami występującymi w naturze. Temat ten omówiony został w innej części niniejszego sprawozdania.

Termin „pochodne środki pobudzające amfetaminy” (ATS) odnosi się do amfetamin oraz do narkotyków z grupy ekstazy. Amfetaminy to termin ogólny używany dla opisanego kilku chemicznie pokrewnych narkotyków, które stymulują ośrodkowy układ nerwowy. Z perspektywy europejskiego rynku nielegalnych narkotyków dwa najważniejsze z nich to amfetamina i metamfetamina. Amfetamina z kolei jest zdecydowanie najbardziej dostępna, choć globalnie poziom spożycia metamfetaminy rośnie. Obecnie znaczący poziom zażywania metamfetaminy w Europie notowany jest jedynie w Republice Czeskiej, choć sporadyczne sprawozdania z innych państw podkreślają wagę monitorowania, gdyż to właśnie ten narkotyk związany jest z szeregiem poważnych problemów zdrowotnych.

Najlepiej znaną substancją z grupy ekstazy jest 3,4-metylenodwuoksymetametamina (MDMA), choć w tabletkach ekstazy znajdowane są również inne pokrewne analogi. Narkotyki te czasami znane są jako substancje entaktogenne, czyli „dotykające od wewnątrz”, i obejmują substancje syntetyczne, które są chemicznie pokrewne amfetaminom, ale różnią się nieco pod względem działania, gdyż wykazują także działania bardziej typowe dla substancji halucynogennych.

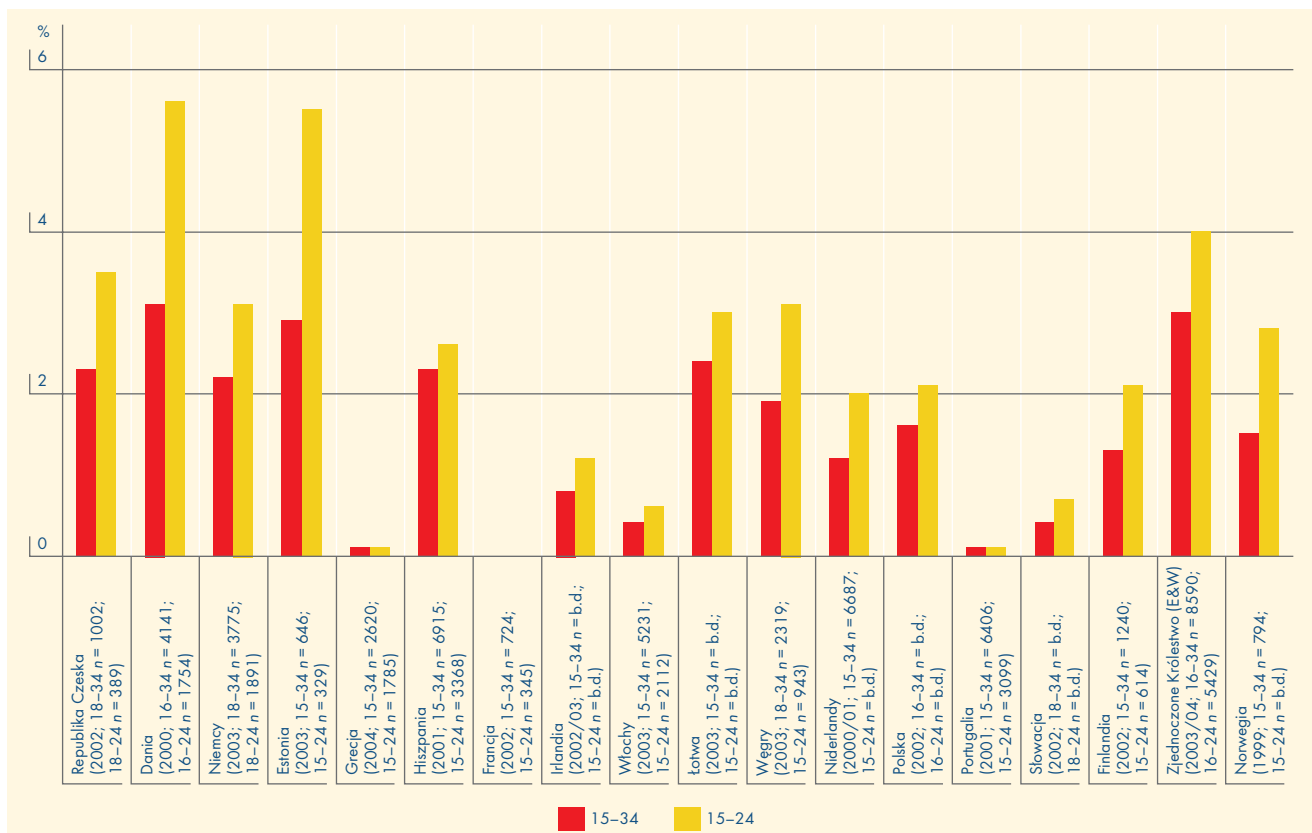
## Rozpowszechnienie oraz schematy stosowania

Tradycyjnie, badania populacji pokazują, że po pochodnych konopi indyjskich amfetaminy są najczęściej zażywaną substancją nielegalną, choć ogólny poziom rozpowszechnienia amfetaminy jest znacznie niższy niż poziom rozpowszechnienia pochodnych konopi. Schemat ten jednak okazuje się zmieniać w wielu państwach, gdyż to ekstazy prześciga amfetaminy i zajmuje drugą pozycję po pochodnych konopi zarówno w ostatnich badaniach populacji ogólnej, jak i w badaniach szkolnych. Przykładowo, badania szkolne ESPAD z 2003 roku (Hibell et al., 2004) wykazały, że poziom wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia ekstazy przewyższył poziom tego wskaźnika dla amfetaminy w 14 z państw UE, Norwegii i państw kandydujących<sup>(57)</sup>. Warto jednak pamiętać, że ekstazy stało się popularne dopiero w latach 90., gdy tymczasem stosowanie amfetaminy ma dłuższą historię. Odzwierciedlają to niedawne badania przeprowadzone wśród dorosłych, które wykazały wyższy poziom wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy w 11 państwach, a ekstazy – w 10 państwach, jednakże również wyższe wskaźniki niedawnego zażywania (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) ekstazy w 15 państwach, a amfetaminy jedynie w pięciu państwach (w przypadku dwóch państw wartości były równe).

Według badań przeprowadzonych niedawno wśród wszystkich osób dorosłych (od 15 do 64 lat), wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy w państwach członkowskich UE mieści się w przedziale od 0,1% do 6%, z wyjątkiem Zjednoczonego Królestwa, gdzie wskaźnik ten wynosi aż 12%. Poziomy wskaźnika zażywania niedawnego są zdecydowanie niższe, od 0% do 1,5%. Najwyższe wartości tego wskaźnika odnoszą się do Danii, Estonii i Zjednoczonego Królestwa.

Podobny obraz wyłania się z badań populacji dla grupy młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat). W ich przypadku wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy przyjmuje wartości od 0,1% do 10%, a dla Zjednoczonego Królestwa wynosi aż 18,4%. Wskaźnik niedawnego zażywania mieści się w przedziale od 0% do 3%, a państwa notujące najwyższe jego wartości to ponownie Dania, Estonia i Zjednoczone Królestwo

<sup>(57)</sup> Patrz wykres EYE-2 (część iv) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

**Wykres 6:** Zażycie niedawne (w ciągu ostatniego roku) amfetamin wśród młodych osób dorosłych w wybranych przedziałach wiekowych, tj. od 15 do 34 i od 15 do 24 lat na podstawie badań sondażowych populacji

Uwagi: Dane pochodzą z najnowszych badań krajowych dostępnych w poszczególnych państwach (patrz tabela GPS-4 dla grupy wiekowej od 15 do 34 lat). Niektóre państwa używają trochę innej skali wieku niż ta, z której korzysta EMCDDA w celu określenia standardowego przedziału wiekowego młodych osób dorosłych. Różnice w przedziałach wiekowych mogą w niewielkim stopniu powodować rozbieżności pomiędzy poszczególnymi państwami.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z badań sondażowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych. Patrz także tabela GPS-0 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

(wykres 6). Choć wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia jest w przypadku Zjednoczonego Królestwa znacznie wyższy niż dla innych państw, rozpowszechnienie niedawnego zażywania amfetaminy (zażywanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy) jest na bardzo podobnym poziomie w porównaniu z innymi państwami i generalnie stale się obniża.

Nowe dane na temat zażywania amfetaminy przez młodzież szkolną w wieku 15 i 16 lat możemy odnaleźć w badaniach ESPAD z 2003 roku<sup>(58)</sup>. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy wynosi od poniżej 1% do 7%. Najwyższe krajowe szacunki co do zażywania niedawnego i zażywania bieżącego (w ciągu ostatnich 30 dni) wynoszą odpowiednio 4% i 3%.

Ecstasy spróbowało od około 0,2 do 6,5% osób dorosłych, dla większości państw odnotowano tu wartości od 1 do 4%. Do niedawnego zażywania przyznaje się od 0 do 2,5% dorosłych, przy czym najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia notują Republika Czeska, Hiszpania i Zjednoczone Królestwo.

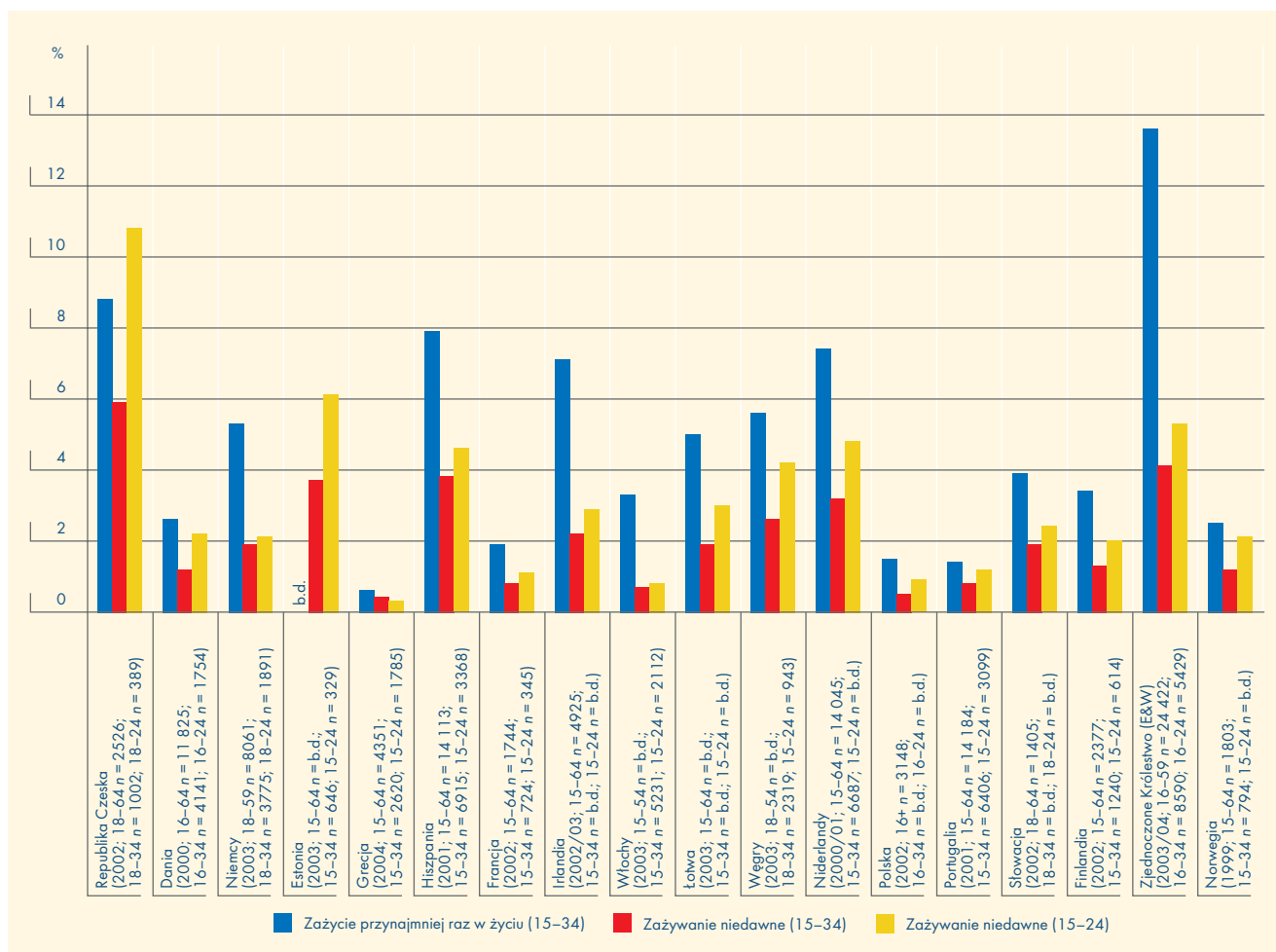
W grupie młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) od 0,6 do 13,6% zażyło kiedyś ecstasy. Niedawne zażywanie (rozpowszechnienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy) zadeklarowało od 0,4 do 6% osób z tej grupy. Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia odnotowano w przypadku Republiki Czeskiej, Estonii, Hiszpanii i Zjednoczonego Królestwa (wykres 7).

Ponieważ zażywanie ecstasy jest zjawiskiem obecnym głównie wśród ludzi młodych, użyteczne może być przeprowadzenie analizy wskaźników rozpowszechnienia pomiędzy grupą osób w wieku od 15 do 24 lat a grupą 15- i 16-letniej młodzieży szkolnej. Wśród osób od 15 do 24 lat wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia mieścił się w przedziale od 0,4% do 13%, a wskaźnik niedawnego zażywania od 0,3% do 11%. Z uwagi na fakt, że stosowanie narkotyków przez osoby z tej grupy wiekowej jest bardziej powszechne wśród mężczyzn niż wśród kobiet, większość państw odnotowuje wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia w grupie mężczyzn od 15 do 24 lat na poziomie od 4 do 16%, a wskaźnik

<sup>(58)</sup> Szczegółowa analiza wyników badań szkolnych ESPAD przeprowadzonych w 2003 roku znajduje się w rozdziale 2.



**Wykres 7:** Zażywanie w ciągu życia i zażywanie niedawne (w ciągu ostatniego roku) ecstasy wśród młodych osób dorosłych w wybranych przedziałach wiekowych, tj. od 15 do 34 i od 15 do 24 lat na podstawie badań sondażowych populacji



Uwagi: Dane pochodzą z najnowszych badań krajowych dostępnych w poszczególnych państwach (patrz Biuletyn Statystyczny na rok 2005 tabele GPS-2 dla wskaźnika zażywania przynajmniej raz w życiu i GPS-4 dla wskaźnika zażywania niedawnego w grupie wiekowej od 15 do 34 lat). Niektóre państwa używają trochę innej skali wieku niż ta, z której korzysta EMCDDA do określenia standardowego przedziału wiekowego młodych osób dorosłych. Różnice w przedziałach wiekowych mogą w niewielkim stopniu powodować rozbieżności pomiędzy poszczególnymi państwami.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z badań sondażowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych. Patrz także tabela GPS-0 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

niedawnego zażywania przez mężczyzn na poziomie od 2 do 8%. Dane o zażywaniu bieżącym (zażywanie w ciągu ostatnich 30 dni), które obejmują regularne zażywanie, uzyskano w siedmiu państwach, a wynosiły one od 2% do 5%, sugerując, że 1 na 20–50 mężczyzn w wieku od 15 do 24 lat zażywa ecstasy regularnie. Prawdopodobnie dane te będą wyższe dla obszarów miejskich, a zwłaszcza wśród ludzi uczęszczających do dyskotek, klubów czy na imprezy taneczne (Butler i Montgomery, 2004).

Szacuje się, że rozpowszechnienie stosowania ecstasy jest wyraźnie niższe wśród 15- i 16-letniej młodzieży szkolnej niż w grupie wiekowej od 15 do 24 lat. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażywania wśród przebadanej młodzieży szkolnej wyniósł od 0% do 8%, a jeszcze niższe

były wartości wskaźnika zażywania niedawnego (0–4%) i bieżącego (0–3%). W większości państw dane szacunkowe co do zażywania bieżącego wynoszą od 1% do 2%, nie widać też dużej różnicy pomiędzy płciami (Hibell et al., 2004).

Dla porównania, przeprowadzone w 2003 roku w Stanach Zjednoczonych ogólnokrajowe badanie dotyczące zażywania narkotyków i zdrowia (SAMHSA, 2003) wykazało, że 4,6% osób dorosłych (w wieku od 12 lat wzwyż) przyznało się do zażywania ecstasy przynajmniej raz w życiu, a 0,9% zadeklarowało niedawne zażywanie. W tym samym badaniu wśród osób w wieku od 18 do 25 lat 14,8% przyjęło ecstasy choć raz, 3,7% zażywało niedawno, a 0,7% przyznało się do zażywania bieżącego (w ciągu ostatniego miesiąca) (<sup>59</sup>).

(<sup>59</sup>) Należy zwrócić uwagę, że przedział wiekowy badania w USA (od 12 lat wzwyż) jest szerszy niż przedział wiekowy określany przez EMCDDA dla badań w UE (od 15 do 64 lat). Z drugiej strony, przedział wiekowy dla młodych osób dorosłych (od 18 do 25 lat) jest węższy niż przedział zastosowany w większości badań UE (od 15 do 24 lat).

## Trendy

Badania populacji wykazują wzrost wskaźnika niedawnego zażywania amfetaminy (wykres 8) i ekstazy (wykres 9) wśród młodych ludzi dorosłych w większości państw dysponujących informacjami z kolejnych badań. W przypadku ekstazy wyjątkami są Niemcy i Grecja, gdzie poziomy tego wskaźnika nie podniosły się, i Zjednoczone Królestwo, gdzie ostatnio doszło do stabilizacji w zażywaniu tych narkotyków (2002/2003), choć wskaźniki pozostają stosunkowo wysokie (wykres 9).

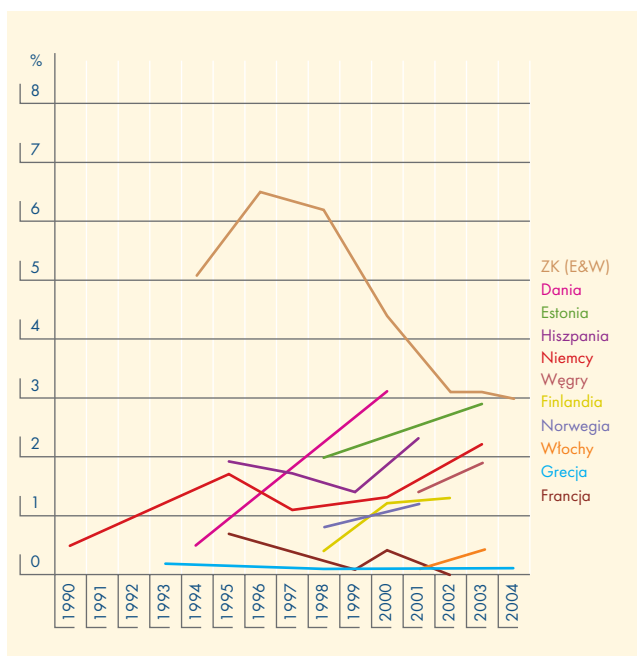
Jak już wspomniano, stosowanie ekstazy przewyższa obecnie w wielu państwach stosowanie amfetaminy, choć nie jest to jednoznaczne ze spadkiem spożywania amfetaminy. W większości państw, które mogą przedstawić informacje z kolejnych badań, stosowanie amfetaminy (zażywanie niedawne wśród młodych osób dorosłych) w rzeczywistości wzrosło. Godnym uwagi wyjątkiem jest Zjednoczone Królestwo, gdzie od roku 1998 obserwuje się

znaczny spadek zażywania amfetaminy. Może to tłumaczyć, dlaczego w Zjednoczonym Królestwie wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia jest wysoki w stosunku do bardziej umiarkowanych poziomów wskaźnika zażywania niedawnego. Można spekulować, że spadek stosowania amfetaminy do pewnego stopnia został zrównoważony przez wzrost zażywania kokainy i ekstazy (patrz wykresy 8 i 9).

## Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie

Stosowanie ATS rzadko jest głównym powodem poddania się leczeniu z uzależnienia od narkotyków. Istnieje tu jednak kilka wyjątków. W Republice Czeskiej, Finlandii i Szwecji ATS, a dokładnie raczej amfetamina niż ekstazy, staje się przyczyną dla od 18% do ponad 50% przypadków pierwotnego zapotrzebowania na leczenie. W Republice Czeskiej ponad 50% przypadków

**Wykres 8:** Trendy dotyczące zażywania niedawnego (w ciągu ostatniego roku) amfetamin wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) na podstawie badań sondażowych populacji <sup>(1)</sup>

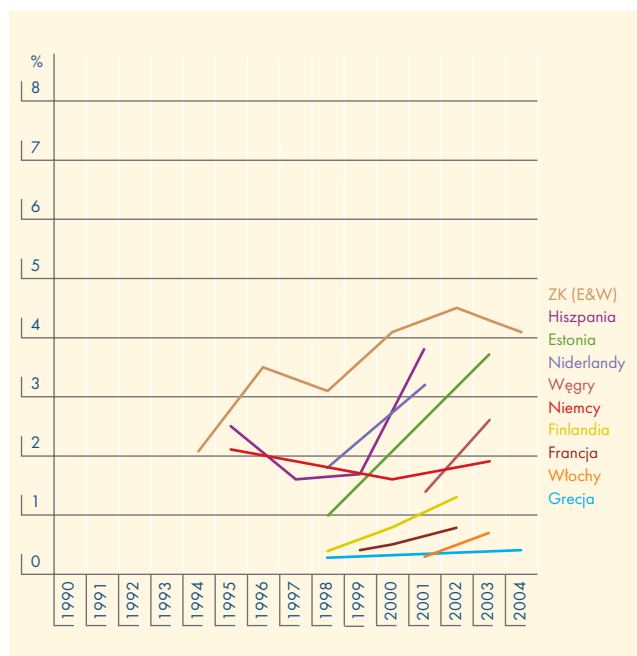


<sup>(1)</sup> Informacje o wielkości próbek (respondenci) dla grupy wiekowej od 15 do 34 lat dla każdego państwa i roku znajdują się w tabeli GPS-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

Uwagi: Dane pochodzą z badań krajowych dostępnych w poszczególnych państwach. Dane liczbowe i metodologia każdego badania mogą zostać sprawdzone w tabeli GPS-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Dla młodych osób dorosłych EMCDDA stosuje przedział od 15 do 34 lat (Dania i Zjednoczone Królestwo od 16 lat, Niemcy, Estonia (1998) i Węgry od 18 lat). We Francji rozpiętość wiekowa wynosiła od 18 do 39 lat w 1995 roku.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z badań sondażowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych. Patrz także tabela GPS-0 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

**Wykres 9:** Trendy dotyczące zażywania niedawnego (w ciągu ostatniego roku) ekstazy wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) na podstawie badań sondażowych populacji <sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> Informacje o wielkości próbek (respondenci) dla grupy wiekowej od 15 do 34 lat dla każdego państwa i roku znajdują się w tabeli GPS-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

Uwagi: Dane pochodzą z badań krajowych dostępnych w poszczególnych państwach. Dane liczbowe i metodologia każdego badania mogą zostać sprawdzone w tabeli GPS-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Dla młodych osób dorosłych EMCDDA stosuje przedział od 15 do 34 lat (Dania i Zjednoczone Królestwo od 16 lat, Niemcy, Estonia (1998) i Węgry od 18 lat).

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z badań sondażowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych. Patrz także tabela GPS-0 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

zapotrzebowania na leczenie odnosi się do metamfetaminy jako problemu głównego. Widać to także w grupie nowych przypadków zapotrzebowania na leczenie, oprócz Republiki Czeskiej również na Słowacji <sup>(60)</sup>. Co więcej, 11% nowych pacjentów wymagających w Europie leczenia i zgłaszających dane wskazuje ATS jako narkotyk drugorzędny <sup>(61)</sup>.

Porównanie danych z roku 2002 i 2003 pokazuje, że wzrostowa tendencja co do liczby zażywających ATS trwa (+3,5%). W latach 1996–2003 liczba pacjentów wymagających leczenia ze względu na ATS wzrosła z 2204 do 5070 w 12 państwach UE.

W grupie nowych pacjentów zgłaszających się do leczenia pozaszpitalnego z uwagi na ATS 78,5% zażywa amfetaminę, a 21,4% MDMA (ecstasy) <sup>(62)</sup>. Najwyższa liczba pacjentów uzależnionych od ecstasy notowana jest na Węgrzech, w Niderlandach i w Zjednoczonym Królestwie.

Prawie jedna trzecia zażywających ATS zgłaszających się na leczenie to osoby w wieku od 15 do 19 lat, kolejna jedna trzecia to osoby od 20 do 24 lat <sup>(63)</sup>. Zdecydowana większość pacjentów uzależnionych od ATS po raz pierwszy ma kontakt z narkotykiem w wieku od 15 do 19 lat <sup>(64)</sup>.

Wśród pacjentów uzależnionych od ATS przechodzących leczenie liczba osób zażywających sporadycznie i osób zażywających codziennie jest taka sama. W państwach, w których odsetek pacjentów uzależnionych od amfetaminy jest wyższy, większość pacjentów zażywa narkotyk od dwóch do sześciu razy na tydzień <sup>(65)</sup>.

Najczęściej amfetaminy i ecstasy przyjmuje się doustnie (58,2%), choć około 15% pacjentów wstrzykuje narkotyk. W niektórych państwach ponad 60% pacjentów uzależnionych od ATS na bieżąco wstrzykuje amfetaminy (Republika Czeska i Finlandia) <sup>(66)</sup>.

## Zgony wynikające z zażywania ecstasy

W porównaniu ze zgonami powodowanymi przez opiaty, zgony spowodowane przez ecstasy występują stosunkowo rzadko, jednak w przypadku niektórych państw nie można ich uznać na nieistotne, a monitoring takich przypadków śmiertelnych mógłby ulec poprawie. Termin „zgon spowodowany przez ecstasy” może oznaczać, że substancja ecstasy wymieniona została w akcie zgonu lub wykryto ją w trakcie badania toksykologicznego (często razem z innymi narkotykami) <sup>(67)</sup>.

Choć sposób raportowania jest niejednorodny, dane pochodzące ze sprawozdań krajowych Reitox za rok 2004 sugerują, że w większości państw UE przypadki śmiertelne związane z ecstasy występują rzadko, zwłaszcza przypadki, gdzie ecstasy jest jedynym powodem śmierci. W 2003 roku kilka państw poinformowało o przypadkach zgonów spowodowanych przez ecstasy; były to Austria (jeden zgon spowodowany wyłącznie przez ecstasy), Republika Czeska (jeden zgon prawdopodobnie z powodu przedawkowania MDMA), Francja (osiem przypadków powiązanych z ecstasy), Niemcy (dwa przypadki wynikające bezpośrednio z ecstasy i osiem dotyczących ecstasy w połączeniu z innymi narkotykami – odpowiednie wartości dla roku 2002 wynosiły 8 i 11), Portugalia (ecstasy wykryte w 2% zgonów spowodowanych przez narkotyki) i Zjednoczone Królestwo (ecstasy wymienione w 49 aktach zgonu w 2000 roku, w 76 w roku 2001 i w 75 w roku 2002). Niderlandy zgłosiły siedem zgonów z powodu ostrego zatrucia psychostymulantem, choć nie wymieniono nazwy konkretnej substancji.

Niewiele państw przekazuje dane na temat przyjęć na ostry dyżur szpitalny związanych z ecstasy. W Amsterdamie liczba zgłoszeń na ostry dyżur, które związane były z zażyciem ecstasy, ale nie zakończyły się zgonem (sprawozdanie krajowe Niderlandów) pozostała stała w latach 1995–2003 (podobnie jak liczba zgłoszeń powiązanych z amfetaminą). Tymczasem zgłoszenia spowodowane grzybami halucynogennymi i kwasem gammahydroksymaślowym (GHB) były liczniejsze. W Danii (sprawozdanie krajowe) liczba zgłoszeń do szpitala związanych z zatruciem środkami pobudzającymi wzrosła ze 112 w roku 1999 do 292 w roku 2003. Wśród tych zgłoszeń liczba przypadków powiązanych z zażyciem ecstasy wzrosła znacznie w latach 1999–2000, jednak potem nie wykazywała wyraźnego trendu, gdy tymczasem liczba zgłoszeń dotyczących zażycia amfetaminy rosła regularnie.

## Działania interwencyjne

Ruchome projekty zapobiegawcze przystosowują się do rozdrobnionego charakteru kultury „rave”, nadal więc udaje się dotrzeć do grupy docelowej osób młodych zażywających narkotyki rekreacyjnie, na przykład przez organizację punktów kontaktowych dla każdej „sceny”. Niemcy i Portugalia, kraje, które należały do grupy państw stosujących sprawdzanie czystości tabletek, wycofały się z tej praktyki. W Niderlandach sprawdzanie czystości tabletek przeprowadzane jest jedynie w laboratoriach, a we Francji proponuje się zrezygnować ze świadczenia

<sup>(60)</sup> Patrz tabele TDI-4 (część ii) i TDI-5 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(61)</sup> Patrz tabela TDI-24 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(62)</sup> Patrz tabela TDI-23 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(63)</sup> Patrz tabele TDI-11 (część i) i TDI-11 (część v) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(64)</sup> Patrz tabele TDI-10 (część i) i TDI-10 (część v) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(65)</sup> Patrz tabela TDI-18 (część iii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(66)</sup> Patrz tabela TDI-17 (część iii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(67)</sup> Bardziej szczegółowa dyskusja na temat zgonów spowodowanych ecstasy znajduje się w sprawozdaniu rocznym EMCDDA 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/pl/page038-pl.html>).

takich usług na miejscu. Jako powody takich posunięć podaje się zmniejszoną częstotliwość występowania zanieczyszczonych tabletek w Europie Zachodniej i ciągłe rozważania nad legalnością takich praktyk. W Republice Czeskiej nadal jednak kontynuowano projekty sprawdzania czystości tabletek, choć były one przedmiotem debaty w mediach.

### Działania interwencyjne w obiektach rozrywkowych

Nowe państwa członkowskie coraz częściej informują o projektach zapobiegania wybiórczego w obiektach rozrywkowych. Dotyczy to zwłaszcza Republiki Czeskiej, Cypru (ruchomy zespół informacyjny w obiektach życia nocnego), Węgier (trzy organizacje), Polski i Słowenii.

Treść interwencji pozostaje zazwyczaj niezmienną i jest podobna w większości państw członkowskich, przyjmując formę dyskotek antynarkotykowych, przedstawień artystycznych, teatrów, wsparcia mediów (filmy, kreskówki itd.), seminariów, wystaw objazdowych i wydarzeń podróżniczych (sprawozdanie krajowe Luksemburga).

Podejście strukturalne nadal pozostaje istotne. We Włoszech, w Niderlandach i Skandynawii tworzenie sieci jest uważane za warunek wstępny zapobiegania narkotykom, a celem jest tutaj wpływ na kulturę życia nocnego. Aby go uzyskać, specjaliści ds. zapobiegania współpracują z właścicielami lokali zwyczajowo wykorzystywanych do rekreacyjnego zażywania narkotyków (włączając bary typu „coffee shop” w Niderlandach) oraz z innymi osobami powiązаныmi ze sceną życia nocnego, np. „bramkarzami” i obsługą barów. W Szwecji tego typu interwencje wprowadza się, obok Sztokholmu, także do innych dużych miast. Badanie podobnych projektów w Niderlandach wykazało, że „uczestnicy i organizatorzy imprez zachowują się względem nielegalnych narkotyków o wiele bardziej odpowiedzialnie, niż się tego spodziewano” (Pijlman et al., 2003). Podejścia zintegrowane tego typu dają również korzyść odciążenia uwagi publicznej od incydentów czy interwencji medycznych związanych z nielegalnymi narkotykami na wielkich imprezach i skoncentrowaniu uwagi oraz zwiększeniu świadomości ogólnego ryzyka obiektów klubowych. Wytyczne bezpieczniejszego życia nocnego przynależą do tej kategorii, choć nie są jeszcze rozpowszechnione w Europie (Calafat et al., 2003).

Indywidualne doradztwo dostępne na bieżąco dzięki stronom internetowym to dość nowe podejście przyjęte w Austrii i Niemczech ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)). W podobny sposób w Austrii oferowane jest doradztwo za pośrednictwem poczty elektronicznej, udzielane w nowym centrum rozmów Wiedeńskiego Wsparcia Antynarkotykowego. Wprowadzono tam też standardy jakości (FSW, 2004). Jednak większość stron

zapobiegających narkotykom oferuje po prostu porady ekspertów i nie obejmuje forów dyskusyjnych, jako że nie ma poważnych dowodów na efektywność działania takiej społeczności kontaktów bezpośrednich między zażywającymi narkotyki (Eysenbach et al., 2004).

### Konfiskaty oraz dane rynkowe <sup>(68)</sup>

Według Biura ONZ ds. Narkotyków i Przemoczości (UNODC, 2003a) produkcję ATS, czyli „syntetycznych narkotyków obejmujących amfetaminę, metamfetaminę i ecstazy, które mają zbliżony skład chemiczny”, trudno jest oszacować, gdyż „jej początkowa faza opiera się na gotowych, dostępnych substancjach chemicznych i jest przeprowadzana w łatwych do ukrycia laboratoriach”. Szacuje się jednak, że roczna światowa wielkość produkcji ATS wynosi około 520 ton (UNODC, 2003b). W roku 2000 poziom konfiskat ATS przeprowadzonych na całym świecie osiągnął najwyższą wartość, tj. 46 ton, potem nastąpił spadek, a następnie ponowny wzrost do 34 ton w roku 2003 (CND, 2004, 2005).

#### Amfetamina

W oparciu o liczbę zlikwidowanych laboratoriów można stwierdzić, że globalna produkcja amfetaminy nadal koncentruje się w Europie. W roku 2003 wykryto laboratoria amfetaminy w ośmiu państwach UE (Belgia, Niemcy, Estonia, Litwa, Luksemburg, Niderlandy, Polska, Zjednoczone Królestwo). Większość amfetaminy skonfiskowanej w UE w 2003 roku pochodziła z Niderlandów, a następnie z Polski i Belgii. Dodatkowo pojawiają się informacje o produkcji amfetaminy w Estonii i na Litwie, gdzie narkotyk ten jest przeznaczony na rynki państw skandynawskich. Handel amfetaminą pozostaje głównie na szczeblu międzyregionalnym (sprawozdania krajowe Reitox, 2004 r.; CND, 2005).

W Europie także dokonywana jest większość konfiskat amfetaminy. 82% całkowitej ilości amfetaminy przechwyconej globalnie w roku 2003 przejęto w Europie Zachodniej i Środkowej. W Europie Wschodniej i Południowo-Wschodniej skonfiskowano 13%, a w krajach Bliskiego Wschodu – 3% amfetaminy (CND, 2005). W ciągu ostatnich pięciu lat państwem UE, w którym przechwytuje się najwięcej amfetaminy, jest Zjednoczone Królestwo <sup>(69)</sup>. W całej UE liczba konfiskat amfetaminy <sup>(70)</sup>, która wcześniej wykazywała trend rosnący, osiągnęła wartość najwyższą w 1998 roku, a największą ilość skonfiskowanej amfetaminy <sup>(71)</sup> osiągnięto w roku 1997. Liczba konfiskat zwiększyła się ponownie w latach 2001 i 2002, ale w oparciu o trendy występujące w państwach, z których dostępne są dane, można określić, że

<sup>(68)</sup> Patrz „Interpretacja danych o konfiskatach i sytuacji rynkowej”, str. 42.

<sup>(69)</sup> Należy to porównać z danymi za rok 2003 dla Zjednoczonego Królestwa, kiedy te będą już dostępne. Dane dotyczące liczby konfiskat amfetaminy w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Włoch, Cypru, Niderlandów i Rumunii. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat, jak i ilości skonfiskowanej amfetaminy w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Irlandii i Zjednoczonego Królestwa.

<sup>(70)</sup> Patrz tabela SZR-7 (część I) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(71)</sup> Patrz tabela SZR-8 (część I) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

prawdopodobnie uległa stabilizacji lub zmniejszyła się w roku 2003. Zmienne były także ilości konfiskowanego narkotyku, jednakże od roku 2002 wydają się one rosnąć<sup>(72)</sup>.

W 2003 roku średnia cena amfetaminy na rynku detalicznym mieściła się w przedziale od poniżej 10 euro za gram w Belgii, Estonii, Grecji, na Łotwie, na Węgrzech, w Niderlandach i na Słowacji do 37,5 euro za gram w Norwegii<sup>(73)</sup>. Średni wskaźnik czystości amfetaminy w obrocie detalicznym w roku 2003 wynosił od 7,5% (Niemcy) do 50% (Norwegia)<sup>(74)</sup>.

### Metamfetamina

Na poziomie globalnym najważniejszym narkotykiem z grupy ATS pod względem wyprodukowanej i sprzedanej ilości jest metamfetamina. W 2003 roku największa produkcja i konfiskaty nadal miały miejsce we Wschodniej i Południowo-Wschodniej Azji (Chiny, Myanmar, Filipiny, Tajlandia), a następnie w Ameryce Północnej (Stany Zjednoczone) (CND, 2005). Produkcja metamfetaminy w Europie rozwinięta jest na znacznie mniejszą skalę. W 2003 roku odnaleziono potajemne laboratoria metamfetaminy w Republice Czeskiej, Niemczech, na Litwie i Słowacji (sprawozdania krajowe Reitox, 2004; CND, 2005). Republika Czeska odnotowuje produkcję metamfetaminy od wczesnych lat 80. (UNODC, 2003a). Większość tej produkcji przeznaczona jest na rynek wewnętrzny, choć pewne ilości przemywane są do Niemiec i Austrii (sprawozdanie krajowe Republiki Czeskiej, 2004). W roku 2003 czeskie władze doniosły, że na lokalnym czarnym rynku wzrósł poziom produkcji pervitinu (lokalnej metamfetaminy) z markowych produktów farmaceutycznych w wyniku braku efedryny (prekursora metamfetaminy). Choć EMCDDA systematycznie nie zbiera danych na temat konfiskowania metamfetaminy, Republika Czeska, Niemcy, Litwa i Norwegia donoszą o takich przypadkach w roku 2003. Ponadto Dania poinformowała, że metamfetamina staje się coraz bardziej popularna na rynku nielegalnych narkotyków, a Łotwa odnotowała zwiększoną ilość (0,8 tony) efedryny skonfiskowanej w 2003 roku (w porównaniu z rokiem 2002) (sprawozdania krajowe Reitox, 2004).

W 2003 roku cena detaliczna pervitinu w Republice Czeskiej mieściła się w przedziale od 16 euro do 63 euro za gram<sup>(75)</sup>, a wskaźnik czystości tego środka wynosił od 50% do 75%<sup>(76)</sup>.

### Ecstasy

W skali globalnej Europa nadal jest głównym centrum produkcji ecstasy, choć jej znaczenie w tej kwestii zdaje się maleć, gdyż produkcja ecstasy w ostatnich latach rozszerzyła się także w innych częściach świata, zwłaszcza w Ameryce Północnej oraz Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej (CND, 2005; INCB, 2005). W 2003 roku zmniejszyła się liczba laboratoriów ecstasy wykrytych na całym świecie (CND, 2005). W przypadku UE o wykryciu takich laboratoriów doniesiono z Belgii, Estonii, Litwy i Niderlandów (sprawozdania krajowe Reitox, 2004; CND, 2005). Ecstasy przechwycone w UE pochodzi głównie z Niderlandów, a następnie z Belgii, choć jako miejsca pochodzenia narkotyku wymieniane są także Estonia i Zjednoczone Królestwo (sprawozdania krajowe Reitox, 2003).

Handel ecstasy nadal silnie koncentruje się w Europie Zachodniej, jednakże, tak jak ma to miejsce w przypadku produkcji, również handel rozpowszechnił się w ostatnich latach na całym świecie (UNODC, 2003a). Jeśli chodzi o ilości przejętych narkotyków, w 2003 roku w Europie Zachodniej i Środkowej skonfiskowano 58% wszystkich narkotyków, a w Oceanii – 23% (CND, 2005). W 2002 roku Niderlandy pierwszy raz prześcignęły Zjednoczone Królestwo w statystykach państw UE przejmujących największe ilości ecstasy<sup>(77)</sup>.

W latach 1998–2001 gwałtownie wzrosła liczba konfiskat ecstasy<sup>(78)</sup> na szczeblu UE. Jednakże od roku 2002 liczba ta spadała i w oparciu o trendy występujące w państwach, w których dostępne są dane, spadek ten najprawdopodobniej utrzymał się też w roku 2003. Ilości przechwytywanego ecstasy<sup>(79)</sup> zwiększyły się gwałtownie w latach 1998–2000 i od tamtego czasu wciąż rosły, lecz w wolniejszym tempie. Jednakże w roku 2003 ilości te zmniejszyły się w większości z państw przekazujących dane. Należy jednak porównać ten spadek konfiskat (zarówno jeśli chodzi o liczbę konfiskat, jak i o skonfiskowane ilości) z brakującymi danymi za rok 2003, zwłaszcza w odniesieniu do Zjednoczonego Królestwa, gdy tylko dane te zostaną dostarczone.

W 2003 roku średni koszt tabletki ecstasy na poziomie detalicznym wynosił od poniżej pięciu euro (Węgry, Niderlandy) do 20–30 euro (Grecja, Włochy)<sup>(80)</sup>.

Stwierdzono, że w roku 2003 większość sprzedawanych nielegalnie tabletek, które przeszły analizę, zawierała jako składniki psychoaktywne wyłącznie ecstasy (MDMA,

<sup>(72)</sup> Należy to porównać z brakującymi danymi za 2003 rok, zwłaszcza w przypadku Zjednoczonego Królestwa, gdy te będą już dostępne.

<sup>(73)</sup> Patrz tabela PPP-4 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(74)</sup> Patrz tabela PPP-8 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(75)</sup> Patrz tabela PPP-4 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(76)</sup> Patrz tabela PPP-8 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(77)</sup> Należy to porównać z brakującymi danymi za rok 2003, kiedy te będą już dostępne. Dane dotyczące liczby konfiskat ecstasy w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Włoch, Cypru, Niderlandów i Rumunii. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat, jak i ilości skonfiskowanego ecstasy w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Irlandii i Zjednoczonego Królestwa.

<sup>(78)</sup> Patrz tabela SZR-9 (część iv) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(79)</sup> Patrz tabela SZR-10 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(80)</sup> Patrz tabela PPP-4 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

substancja czynna) i substancje pochodne ecstazy (MDEA, MDA). Tak było w przypadku Danii, Hiszpanii, Węgier, Niemczech, Słowacji i Norwegii, gdzie ponad 95% poddanych analizie tabletek zawierało właśnie te substancje. Jednakże dwa państwa, Estonia i Litwa, doniosły o wysokim odsetku (odpowiednio 94% i 76%) przebadanych tabletek zawierających amfetaminę i/lub metamfetaminę jako jedyne substancje psychoaktywne. Zawartość MDMA w tabletkach ecstazy różni się w zależności od partii (nawet wśród partii pochodzących z tego samego źródła), zarówno na rynku między państwowym, jak i na rynkach wewnętrznych państw. W roku 2003 średnia zawartość MDMA w tabletkach ecstazy wynosiła od 54 do 78 mg<sup>(81)</sup>. Inne substancje psychoaktywne wykryte w tabletkach rozprowadzanych w roku 2003 jako ecstazy to MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DiPT, 4-MTA i 1-PEA (sprawozdania krajowe Reitox, 2004).

## LSD

LSD jest wytwarzane i sprzedawane na o wiele mniejszą skalę niż ATS. Do roku 2000 większość konfiskat LSD miała miejsce w Zjednoczonym Królestwie, jednak od tamtego czasu to w Niemczech<sup>(82)</sup> odnotowuje się największą liczbę konfiskat<sup>(83)</sup>. W latach od 1998–2002 na szczeblu UE zarówno liczba konfiskat LSD<sup>(84)</sup>, jak również konfiskowane ilości<sup>(85)</sup> równomiernie spadały, z wyjątkiem stabilizacji w 2000 roku. Jednak w 2003 roku pierwszy raz w ciągu dziewięciu lat doszło do zwiększenia liczby konfiskat i ilości przechwyconego LSD. Szczególnie duże ilości skonfiskowano w Hiszpanii, Francji i Polsce. Może to wskazywać na powrót do handlu (i prawdopodobnie zażywania) LSD w UE. W 2003 roku średnia cena działki LSD na rynku detalicznym wahała się od czterech euro w Zjednoczonym Królestwie do 25 euro we Włoszech<sup>(86)</sup>.

## Informacje na temat Systemu Wczesnego Ostrzegania

Głównym celem Europejskiego Systemu Wczesnego Ostrzegania (EWS) w ramach prowadzonego w UE Wspólnego Działania w dziedzinie Nowych Narkotyków Syntetycznych z roku 1997<sup>(87)</sup> jest szybkie zebranie, analiza i wymiana informacji dotyczących nowych narkotyków syntetycznych, gdy tylko pojawią się one na europejskim rynku. EWS działa pod patronatem EMCDDA

poprzez sieć Reitox i blisko współpracuje z Europolem, co umożliwia przekazywanie odpowiednich informacji dotyczących egzekwowania prawa poprzez sieć jednostek krajowych (ENU).

W roku 2004 EMCDDA otrzymało od państw członkowskich informacje o sześciu nowych narkotykach syntetycznych, co podnosi liczbę substancji monitorowanych do ponad 25. Obejmują one fenetylaminy z podstawionym pierścieniem (w większości z grupy 2C jak również TMA-2, 4-MTA, PMMA itd.), tryptaminy (takie jak DMT, AMT, DIPT i różne pochodne) i piperazyny (włącznie z BZP, mCPP). Zebrano dane i wymieniono się także informacjami dotyczącymi innych substancji, łącznie z niektórymi katynonami (takimi jak podstawione pirolidyny). Jednakże nie zwrócono się do Komisji Europejskiej ani Rady Europejskiej z wnioskiem o usankcjonowanie oceny ryzyka jakiegokolwiek nowej substancji, gdyż nie dysponowano wystarczającymi dowodami odnośnie do ryzyka dla zdrowia jednostki, zdrowia publicznego czy ryzyka społecznego.

Ketamina i GHB, dwie substancje, które przeszły ocenę ryzyka w roku 2000, nadal monitorowane są przez EWS. Chociaż istnieją wskazania, że spożycie tych substancji w obiektach rekreacyjnych mogło znacznie się rozpowszechnić, dostępne dowody nie są wystarczające, by ocenić ilościowo rozpowszechnienie lub określić trendy na szczeblu UE.

Belgia, Dania, Grecja, Francja, Węgry, Niemczech, Szwecja, Zjednoczone Królestwo i Norwegia doniosły o przypadkach wykrycia ketaminy. W przypadku większości konfiskat substancja występowała w postaci białego proszku, choć Francja i Zjednoczone Królestwo doniosły o przejęciach/nabyciu ketaminy w formie płynnej. Najliczniejsze przypadki wykrycia tej substancji w płynach ustrojowych i próbkach odnotowano w Szwecji i Norwegii (odpowiednio 51 i 30), jednak żadne z tych państw nie prowadziło rozróżnienia na zastosowanie medyczne i nielegalne.

Przypadki wykrycia GHB, łącznie z konfiskatą jego prekursorów GBL i 1,4-BD (szeroko dostępnych substancji chemicznych), zostały odnotowane w Belgii, Republice Czeskiej, Danii, Estonii, Francji, Niemczech, Szwecji, Finlandii, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii. Przejęte GHB występowało zarówno w formie proszku, jak i płynu.

<sup>(81)</sup> Zakres ten oparty jest na danych pochodzących jedynie z kilku państw, tj. Danii, Niemiec, Francji, Luksemburga i Niemczech.

<sup>(82)</sup> Niewielka liczba konfiskat LSD powinna zostać odnotowana, by uniknąć nadinterpretacji różnic pomiędzy kolejnymi latami.

<sup>(83)</sup> Należy to porównać z brakującymi danymi za rok 2003, kiedy te będą już dostępne. Dane dotyczące liczby konfiskat LSD w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Włoch, Cypru, Niemczech i Polski. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat, jak i ilości skonfiskowanego LSD w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Irlandii, Malty, Słowenii, Zjednoczonego Królestwa, Bułgarii i Rumunii.

<sup>(84)</sup> Patrz tabela SZR-11 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(85)</sup> Patrz tabela SZR-12 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(86)</sup> Patrz tabela PPP-4 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(87)</sup> Wspólne Działanie z roku 1997 dotyczące wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych narkotyków syntetycznych (Dz.U. L167 z 25.6.1997) definiuje nowe narkotyki syntetyczne jako „narkotyki syntetyczne, które obecnie nie są umieszczone w żadnym z Wykazów Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 roku, które stanowią porównywalnie poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego jak substancje ujęte w Wykazie I i II Konwencji, oraz które mają ograniczoną wartość terapeutyczną”. Termin ten odnosi się do produktów końcowych w odróżnieniu od prekursorów.

W ciągu ostatnich dwóch miesięcy 2004 roku w Belgii, Francji, we Włoszech i w Niderlandach odnotowano kilka przypadków zatrucia na skutek zażycia kokainy zanieczyszczonej relatywnie wysokimi dawkami atropiny<sup>(88)</sup>. Gdy tylko ryzyko zatrucia mieszkanką kokainy z atropiną stało się widoczne, EMCDDA natychmiast skontaktowało się ze wszystkimi partnerami EWS, sugerując, by poinformowali oni swoje sieci, a zwłaszcza odpowiednie organy ds. zdrowia, o oznakach zatrucia kokainą z atropiną, aby udało się je zdiagnozować we wczesnym stadium. W wyniku tego państwa członkowskie także zdecydowały się wydać wczesne ostrzeżenia dla swoich sieci i władz zdrowia publicznego.

W maju 2005 roku EWS został wzmocniony dzięki decyzji Rady (2005/387/JHA), która zastąpiła Wspólne Działanie z roku 1997. Decyzja Rady rozszerza zakres działania o nowe substancje psychoaktywne (zarówno środki odurzające, jak i narkotyki syntetyczne). Dodatkowo mechanizm pozwala na zawarcie produktów medycznych w wymianie informacji o nowych substancjach psychoaktywnych.

## Międzynarodowe działania przeciw produkcji i handlowi narkotykami syntetycznymi

UE i współpraca międzynarodowa coraz silniej uświadamiają wagę monitorowania i kontroli substancji chemicznych – prekursorów, które stosuje się przy produkcji substancji kontrolowanych. Poprzez zwiększenie czułości względem substancji chemicznych koniecznych do produkcji narkotyków, takich jak heroina, kokaina i ecstasy, można wdrożyć środki prowadzące do przerwania lub zahamowania podaży. Obecnie w obszarze tym działają trzy główne programy międzynarodowe, tj. Operacja Fiolet – zajmująca się nadmanganianem potasu, wykorzystywanym przy produkcji kokainy, Operacja Topaz – monitorująca międzynarodowy handel bezwodnikiem octowym, prekursorem stosowanym przy produkcji heroiny oraz Projekt Pryzmat – który koncentruje się na śledzeniu dochodzeń w sprawie konfiskat prekursorów środków pobudzających typu amfetaminy w miejscach wprowadzenia lub w nielegalnych laboratoriach produkujących narkotyki. W ramach tych operacji w ciągu ostatnich dwóch lat do INCB zgłoszono i przeanalizowano 20 227 transakcji. Istnieją również dowody, że działania te miały wpływ na produkcję narkotyków.

Projekt Pryzmat odgrywa szczególnie istotną rolę z punktu widzenia badania produkcji narkotyków syntetycznych na obszarze UE. Działanie to jest trudne z uwagi na fakt, że wśród dużej liczby substancji chemicznych, których można użyć do produkcji ATS, znajduje się wiele środków stosowanych lub powstających jako produkty uboczne legalnej działalności gospodarczej. Obszary zainteresowania Projektu Pryzmat obejmują monitorowanie

międzynarodowego handlu safrolem wykorzystywanym w produkcji ecstasy, przeciwdziałanie zmianie zastosowania preparatów farmaceutycznych zawierających pseudoefedrynę oraz lokalizowanie laboratoriów zaangażowanych w nielegalną produkcję substancji 1-fenyl-2-propanon. Pomimo trudności pracy w tej dziedzinie, Projekt Pryzmat wydaje się ułatwiać i poprawiać współpracę międzynarodową, której wynikami są udane działania zakazowe. Ich przykładem, ujętym przez INCB (2005) w najnowszym raporcie, była współpraca Chin i Polski, która doprowadziła do wykrycia znaczącego przypadku przemycania 1-fenyl-2-propanonu do Polski.

## Środki przeciw produkcji i handlowi narkotykami syntetycznymi w Europie

Zgodnie z planem wdrożenia działań, które należy podjąć w odniesieniu do podaży narkotyków syntetycznych, Komisja we współpracy z Europolem przygotowała w grudniu 2003 roku sprawozdanie opisujące obecny stan głównych projektów wielostronnych dotyczących wyznaczania tras sieci dystrybucyjnych oraz doświadczenia zebrane w tej dziedzinie na szczeblu UE, w państwach członkowskich i państwach kandydujących. Sprawozdanie zwróciło uwagę na kluczowe elementy takich projektów, które mają szczególne znaczenie dla osiągnięcia korzyści operacyjnych. Podkreślało także, że istnieje „potencjalna korzyść z powiązania informacji i danych wywiadowczych z różnych obszarów dotyczących narkotyków syntetycznych w całościową i zintegrowaną strategię”.

W grudniu 2004 roku Europol połączył Projekty PRZYPADEK i GENEZA, by stworzyć projekt Synergia, obejmujący katalog pracy analitycznej (AWF) wspierany przez 20 państw członkowskich i kilka państw trzecich, System Porównywania Nielegalnych Laboratoriów Europolu (EILCS) i System Logo Ecstasy Europolu (EELS). Projekt nadal wspiera Wszechstronne Działanie przeciwko Narkotynom Syntetycznym w Europie (CASE), szwedzką inicjatywę w sprawie charakterystyki amfetaminy oraz Europejską Wspólną Jednostkę w sprawie Prekursorów (EJUP), angażując ekspertów z sześciu państw członkowskich.

Część AWF zajmuje się zbieraniem i analizą danych o przestępstwach wysokiego szczebla powiązanych z narkotykami syntetycznymi i prekursorami. Jako priorytet uznawane są dochodzenia w sprawie grup przestępczych i/lub istotnego sposobu działania.

EILCS zestawia informacje fotograficzne i techniczne dotyczące miejsc produkcji narkotyków syntetycznych oraz powiązanych z nimi wysypisk odpadów, umożliwiając przeprowadzenie dochodzenia w sprawie związków między skonfiskowanym sprzętem, materiałami i substancjami chemicznymi. Rozpoczyna też wymianę informacji, śledzenie dochodzeń, badania ekspertyzy

<sup>(88)</sup> Atropina, środek cholinolityczny, to alkaloid naturalnie występujący w pokrzyku wilczej jagodzie (*Atropa belladonna*). Ostre zatrucie może być śmiertelne.

sądowej dla celów dowodowych oraz identyfikację i namierzanie osób wspomagających nielegalny proceder i powiązanych z tym grup przestępczych. Za pośrednictwem EILCS, Europol jest europejskim punktem centralnym dla Projektu Pryzmat – Sprzęt, globalnego programu śledzącego INCB Narodów Zjednoczonych w sprawie maszyn do produkcji tabletek i innego wyposażenia koniecznego do produkcji narkotyków syntetycznych.

EELS zestawia fotograficzne i podstawowe informacje ekspertyzy sądowej dotyczące sposobu działania

w przypadkach znacznych konfiskat, umożliwiając odnalezienie związków między konfiskatami i powiązań z przechwyconym towarem oraz rozpoczynając wymianę informacji o egzekwowaniu prawa, dalsze dochodzenia i przeprowadzenie przez ekspertyzę sądową charakterystyki dla celów dowodowych oraz namierzanie grup przestępczych.

Katalog Sprzętu do Produkcji Narkotyków Syntetycznych Europolu i Katalog Logo Ecstasy Europolu są regularnie wydawane i uaktualniane.





## Rozdział 5

### Kokaina i crack

#### Rozpowszechnienie i schematy zażywania kokainy

Według ostatnich krajowych badań populacji, od 0,5% do 6% osób dorosłych przyznaje, że przynajmniej raz w życiu spróbowało kokainy (wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia), przy czym w górnych granicach tej skali znajdowały się państwa takie jak Włochy (4,6%), Hiszpania (4,9%) i Zjednoczone Królestwo (6,8%). Zażywanie niedawne (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) generalnie deklaruje mniej niż 1% osób dorosłych. W większości państw zakres wskaźnika takiego zażywania wynosi od 0,3% do 1%, jedynie w Hiszpanii i w Zjednoczonym Królestwie jego poziom wynosi powyżej 2%.

Choć wskaźniki rozpowszechnienia dla kokainy są o wiele niższe niż dla pochodnych konopi, poziomy zażywania kokainy wśród młodych osób dorosłych mogą być wyższe niż średnia dla populacji. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia w grupie osób od 15 do 34 lat wykazuje wartości od 1% do 11,6%, ponownie najwyższe jego poziomy odnotowuje się w Hiszpanii (7,7%) i Zjednoczonym Królestwie (11,6%). Wskaźnik niedawnego zażywania mieści się w zakresie od 0,2% do 4,6%. Dania, Irlandia, Włochy i Niemcy notują go na poziomie ok. 2%, dla Hiszpanii i Zjednoczonego Królestwa wynosi on ponad 4%.

Spożycie kokainy jest wyższe wśród mężczyzn. Na przykład badania z Danii, Niemiec, Hiszpanii, Włoch, Niemczech i Zjednoczonego Królestwa stwierdzają, że poziom wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia dla grupy mężczyzn w wieku od 15 do 34 lat plasuje się w zakresie od 5% do 13%. W przypadku sześciu państw poziom zażywania niedawnego był wyższy niż 3%, a Hiszpania i Zjednoczone Królestwo doniosły o poziomach 6–7% (wykres 10).

W przypadku populacji ogólnej, zażywanie kokainy jest przerywane po okresie eksperymentów z czasów młodości lub jest sporadyczne i występuje głównie w czasie weekendów oraz w obiektach rekreacyjnych

(bary i dyskoteki). Jednakże w przypadku kilku państw nie bez znaczenia są pewne formy zażywania regularnego. Zażywanie bieżące (w ciągu ostatnich 30 dni) jest zgłaszane przez 1,5–4% młodych mężczyzn (od 15 do 34 lat) w Hiszpanii, we Włoszech, w Niemczech i Zjednoczonym Królestwie. Wskaźniki zażywania kokainy są też istotnie wyższe dla obszarów miejskich.

Według przeprowadzonego ostatnio w kilku miastach badania, znaczna większość (95%) zażywających, określonych jako pozyskanych społecznie (zwerbowanych w dyskotekach, klubach lub przez kontakty prywatne), wciągała kokainę przez nos, jedynie mała grupa kiedykolwiek paliła lub wstrzykiwała substancję (Prinzleve et al., 2004).

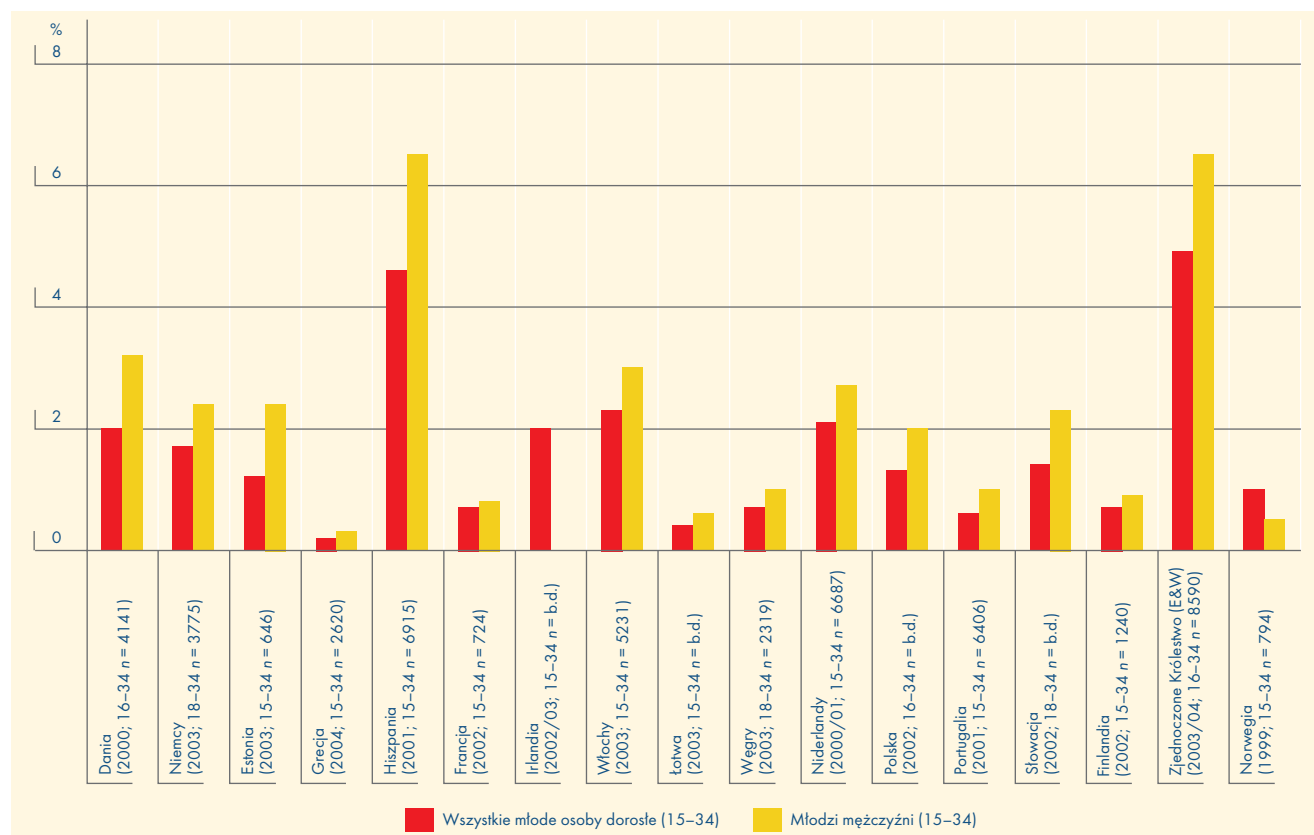
Przyjmując, że średnie rozpowszechnienie wśród wszystkich osób dorosłych wynosi ok. 1%, bardzo pobieżne szacunki co do niedawnego zażywania kokainy (rozpowszechnienie w czasie ostatniego roku) dadzą poziom od 3 do 3,5 miliona osób w Europie. Wskaźnik bieżącego zażywania w przeliczeniu daje ok. 1,5 miliona osób<sup>(89)</sup>.

Dla porównania z sytuacją poza Europą, ogólnokrajowe badanie dotyczące zażywania narkotyków i zdrowia przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych w roku 2003 (SAMHSA, 2003) wykazało, że 14,7% osób dorosłych (w wieku od 12 lat wzwyż) przyznało się do zażycia kokainy przynajmniej raz w życiu, a 2,5% doniosło o zażyciu kokainy w ciągu ostatnich 12 miesięcy<sup>(90)</sup>. Wskaźniki dla grupy wiekowej od 18 do 25 lat wynosiły 15% (zażycie przynajmniej raz w życiu), 6,6% (w ostatnich 12 miesiącach) i 2,2% (w ciągu ostatniego miesiąca). Dla mężczyzn w wieku od 18 do 25 lat wskaźniki przyjmowały wartość odpowiednio 17,4%, 8,2% i 2,9%. W ujęciu ogólnym poziom wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia kokainy dla populacji ogólnej USA przewyższa poziom tego wskaźnika dla Europy, nawet dla państw europejskich o wyższym rozpowszechnieniu. Różnica ta nie jest już jednak tak widoczna w przypadku zażywania bardziej niedawnego, gdzie niektóre państwa

<sup>(89)</sup> Te pobieżne dane szacunkowe są oparte na pobraniu wartości rozpowszechnienia ze środka przedziału krajowych wskaźników rozpowszechnienia (patrz tabela GPS-1 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005). Należy zwrócić uwagę, że kilka państw o wysokiej populacji (Niemcy, Hiszpania, Włochy, Niemczech i Zjednoczone Królestwo) mają porównawczo wysokie wskaźniki rozpowszechnienia, w niektórych przypadkach wyższe niż przedział zastosowany do obliczeń.

<sup>(90)</sup> Należy zwrócić uwagę, że przedział wiekowy badania w USA (od 12 lat wzwyż) jest szerszy niż przedział wiekowy określany przez EMCDDA dla badań w UE (od 15 do 64 lat). Z drugiej strony, przedział wiekowy od 18 do 25 lat jest węższy niż przedział zastosowany w większości badań UE (od 15 do 24 lat).

**Wykres 10:** Zażycie niedawne (w ciągu ostatniego roku) kokainy wśród ogółu młodych osób dorosłych oraz wśród młodych mężczyzn na podstawie badań krajowych



**Uwagi:** Dane pochodzą z najnowszych badań krajowych dostępnych w poszczególnych państwach (patrz tabela GPS-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005). Niektóre państwa używają trochę innej skali wieku niż ta, z której korzysta EMCDDA w celu określenia standardowego przedziału wiekowego młodych osób dorosłych. Różnice w przedziałach wiekowych mogą w niewielkim stopniu powodować rozbieżności pomiędzy poszczególnymi państwami.

**Źródła:** Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z badań sondażowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych. Patrz także tabela GPS-0 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

europejskie odnotowują obecnie poziomy spożycia wyższe niż w Ameryce.

### Trendy w zażywaniu kokainy

W oparciu o podstawowe badania populacji nadal trudno jest określić jednoznaczne trendy zażywania kokainy w Europie (patrz część dot. trendów dla konopi indyjskich). Z kilku źródeł nadeszły jednak ostrzeżenia o zwiększeniu zażywania kokainy w Europie, chodzi tutaj o sprawozdania lokalne, badania kierunkowe przeprowadzone w obiektach tanecznych, sprawozdania o podwyższonych wskaźnikach konfiskat i pewnym wzroście wskaźników powiązanych z problemem (przypadki śmiertelne, zgłoszenia na ostry dyżur).

Od roku 1996 do 2000 Zjednoczone Królestwo odnotowało znaczny wzrost wskaźnika niedawnego zażywania kokainy wśród osób młodych, choć od tego czasu poziom wskaźnika się ustabilizował, z niewielkim podwyższeniem zaobserwowanym w ostatnich latach. To samo zjawisko odnotowano w Hiszpanii <sup>(91)</sup> w latach 1999–2001. Mniej widoczny wzrost stosowania kokainy

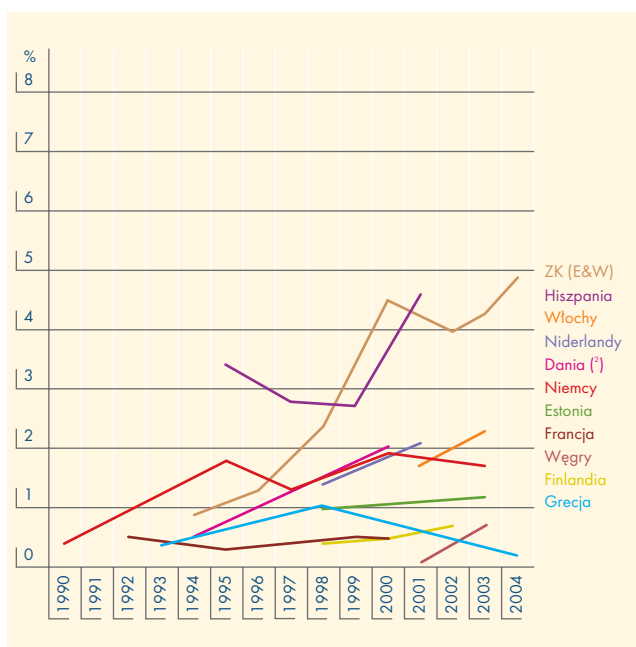
odnotowano w Danii, we Włoszech, na Węgrzech, w Niderlandach i Austrii (w badaniach lokalnych) oraz w okresie lat 90. w Niemczech (wykres 11).

### Zgony spowodowane zażywaniem kokainy

Wzrastają obawy co do ryzyka dla zdrowia wynikającego z zażywania kokainy, zwłaszcza z uwagi na pojawienie się trendu zwiększonego zażywania rekreacyjnego zaobserwowanego w niektórych państwach, szczególnie w miejscach (dyskoteki, kluby) uczęszczanych przez grupy młodych ludzi. Pomimo trudności w oszacowaniu liczby przypadków śmiertelnych wywołanych przez kokainę, miara ta może być wartościowym wskaźnikiem zwiększonego ryzyka lub pomocą w określeniu ryzykownych schematów zażywania. Choć nagłe przypadki śmiertelne z obecnością kokainy – a bez występowania opiatów – nie są w Europie częste, możliwe jest, że bieżące statystyki niewłaściwie odnotowują zgony powiązane z kokainą. Na szczeblu europejskim dostępne informacje dotyczące zgonów spowodowanych kokainą

<sup>(91)</sup> Informacje, które dotarły zbyt późno, by ująć je w sprawozdaniu, sugerują stabilizację wg badań na 2003 rok (rozpowszechnienie zażycia w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych wynosiło 4,8% w porównaniu z 4,6% w roku 2001).

**Wykres 11:** Trendy dotyczące zażywania niedawnego (w ciągu ostatniego roku) kokainy wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) na podstawie badań sondażowych populacji (<sup>1</sup>)



(<sup>1</sup>) Informacje o wielkości próbek (respondenci) dla grupy wiekowej od 15 do 34 lat dla każdego państwa i roku znajdują się w tabeli GPS-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

(<sup>2</sup>) W Danii wartość dla roku 1994 odnosi się do „narkotyków twardych”.  
 Uwagi: Dane pochodzą z badań krajowych dostępnych w poszczególnych państwach. Dane liczbowe i metodologia każdego badania mogą zostać sprawdzone w tabeli GPS-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Dla młodych osób dorosłych EMCDDA stosuje przedział od 15 do 34 lat (Dania i Zjednoczone Królestwo od 16 lat, Niemcy, Estonia (1998) i Węgry od 18 lat). We Francji rozpiętość wiekowa wynosiła od 25 do 34 lat w 1992 roku i od 18 do 39 lat w roku 1995.

Źródła: sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z badań sondażowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych. Patrz także tabela GPS-0 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

są ograniczone i przekazywane w różnej formie. Zażywanie kokainy jest częste u osób zażywających także opiaty i często podczas badań toksykologicznych wykonywanych w przypadkach przedawkowania opiatów wykrywa się kokainę, a także inne substancje, takie jak alkohol czy benzodiazepiny.

W 2003 roku kilka państw doniosło o przypadkach śmiertelnych spowodowanych przez kokainę (sprawozdania krajowe Reitox). Były to Niemcy (25 przypadków związanych wyłącznie z kokainą i 93 przypadki dotyczące kokainy w powiązaniu z innymi narkotykami, w 2002 roku dane wynosiły odpowiednio 47 i 84), Francja (10 zgonów z powodu zażycia wyłącznie kokainy i jeden powiązany z lekiem), Grecja (dwa przypadki spowodowane kokainą), Węgry (cztery zgony z powodu przedawkowania kokainy), Niderlandy (17 przypadków śmiertelnych spowodowanych przez kokainę w roku 2003 z trendem rosnącym od roku 1994 –

dwa przypadki do roku 2002 – 37 przypadków), Austria (kokainę wykryto w przypadku 30% zgonów powiązanych z narkotykami, choć kokaina występowała sama jedynie w trzech przypadkach, a w jednym w połączeniu z gazem), Portugalia (kokaina wykryta w przypadku 37% zgonów powiązanych z narkotykami) i Zjednoczone Królestwo (liczba wzmianek o kokainie w świadectwach zgonu wzrosła z 85 w 2000 roku do 115 w 2001 roku i 171 w 2002 roku, z ośmiokrotnym wzrostem w okresie 1993–2001). W swoim sprawozdaniu krajowym Reitox za rok 2003 Hiszpania wykazała, że w roku 2001 kokaina była obecna w 54% przypadków zgonów powiązanych z narkotykami, w 39 przypadkach (8% wszystkich zgonów z powodu narkotyków) śmierć nastąpiła bez udziału opiatów, w tym 21 spowodowała wyłącznie kokaina, a pięć było wynikiem połączenia kokainy i alkoholu.

Pomimo ograniczeń dostępnych danych można stwierdzić, że kokaina odegrała decydującą rolę w przypadku 1% do 15% zgonów spowodowanych narkotykami, odnotowanych przez państwa, które mogły przeprowadzić rozróżnienie pomiędzy typami narkotyków powodujących zgon. Kilka państw (Niemcy, Hiszpania, Francja i Węgry) przedstawiło dane na poziomie ok. 8–12% zgonów powiązanych z narkotykami. Chociaż trudno jest na ich podstawie opisywać sytuację w całej Europie, można stwierdzić, że oznaczają one kilka setek przypadków zgonów z powodu kokainy rocznie na szczeblu UE. Pomimo faktu, że liczby te są o wiele niższe niż dane o zgonach w wyniku zastosowania opiatów, przypadki śmiertelne spowodowane kokainą to poważny i prawdopodobnie narastający problem. W państwach, w stosunku do których można określić trendy, liczby te są rosnące.

Ponadto kokaina może mieć istotny udział w zgonach związanych z problemami sercowo-naczyniowymi (arytmia, zawał serca i wylewy krwi do mózgu; patrz Ghuran i Nolan, 2000), zwłaszcza u osób zażywających mających predyspozycje, a wiele z tych przypadków może zostać pominiętych w sprawozdaniach.

## Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie (<sup>2</sup>)

Po opiatach i pochodnych konopi indyjskich kokaina jest kolejnym narkotykiem najczęściej określanym przez osoby przyjmowane na leczenie jako narkotyk główny i stanowi ok. 10% wszystkich przypadków zapotrzebowania na leczenie w całej UE. Ta ogólna liczba obejmuje jednak znaczne różnice między poszczególnymi państwami. W większości państw zapotrzebowanie na leczenie z powodu zażywania kokainy jest raczej niskie, jednakże w przypadku Hiszpanii i Niderlandach odsetek wszystkich pacjentów, którzy ubiegają się o leczenie z uzależnienia od kokainy, wynosi odpowiednio 26% i 38% (<sup>3</sup>). W większości

(<sup>2</sup>) Analiza danych oparta jest na pacjentach wymagających leczenia ze wszystkich centrów leczniczych dla oceny występowania ogólnego i trendów oraz na centrach leczenia pozaszpitalnego dla oceny profilu pacjentów i schematów zażywania.

(<sup>3</sup>) Patrz tabela TDI-5 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Dane dla Hiszpanii odnoszą się do roku 2002.

państw odsetek nowych pacjentów, głównie zażywających kokainę, zgłaszających zapotrzebowanie na leczenie jest wyższy niż wśród wszystkich pacjentów <sup>(94)</sup>. W przypadku 13% nowych pacjentów ubiegających się o leczenie w centrach leczenia pozaszpitalnego kokaina jest substancją drugorzędną <sup>(95)</sup>.

Wiele państw donosi o wzroście zażywania kokainy wśród pacjentów wymagających leczenia. W latach 1996–2003 odsetek nowych pacjentów wymagających leczenia z uzależnienia od kokainy wzrósł od 4,8% do 9,3%, a liczba nowych pacjentów zgłaszających się na leczenie z uzależnienia od kokainy jako narkotyku głównego wzrosła z 2535 do 6123. W 2003 roku, w Niderlandach, po raz pierwszy liczba nowych pacjentów wymagających leczenia z uzależnienia od kokainy przewyższyła liczbę nowych pacjentów wymagających leczenia z uzależnienia od opiatów. Na podstawie analizy danych leczenia przygotowanej w Londynie można stwierdzić, że w okresie od 1995–96 do 2000–01 liczba pacjentów uzależnionych od kokainy zwiększyła się ponad dwukrotnie (GLADA, 2004), przy czym liczby wyjściowe były niskie (z 735 do 1917).

Na kształt tych danych najprawdopodobniej wpływ miał także niewielki, ale ciągle rosnący problem cracku (zasada kokainy nadająca się do palenia), o którym informowały Niderlandy i Zjednoczone Królestwo. W państwach tych liczba pacjentów uzależnionych od cracku wzrosła w ostatnich latach. Choć liczby osób zażywających problemowo są niskie, koncentrują się one w kilku większych obszarach miejskich, zatem są najbardziej widoczne w sprawozdaniach z monitorowania sytuacji w miastach.

Osoby zażywające crack zazwyczaj wywodzą się z innego środowiska niż osoby zażywające proszek kokainowy. Uzależnieni od cracku częściej pochodzą ze środowisk społecznie upośledzonych, istnieją też dowody sugerujące, że mniejszości etniczne mogą być szczególnie narażone na problem spożywania cracku: dwie trzecie osób czarnych wymagających leczenia z uzależnienia od narkotyków w Londynie to ludzie zażywający głównie crack (GLADA, 2004), a 30% pacjentów uzależnionych od cracku w Niderlandach jest pochodzenia innego niż niderlandzkie. Pomimo obaw dotyczących cracku należy pamiętać, że choć narkotyk ten powoduje szczególne szkody osobowe i w społecznościach, do których należą uzależnieni, problem ten jest w Europie ograniczony miejscowo. Trzeba zauważyć, że o osobach zażywających crack donoszą głównie dwa państwa (Niderlandy i Zjednoczone Królestwo).

W ujęciu ogólnym, większość przypadków zapotrzebowania na leczenie z uzależnienia

kokainowego w Europie nie dotyczy cracku. Około 70% nowych pacjentów uzależnionych od kokainy zażywa chlorowoderek kokainy (proszek kokainowy) (głównie wciągany przez nos), a pozostałe 30% zażywa crack. Około 5% nowych pacjentów uzależnionych od kokainy przyznaje się do wstrzykiwania narkotyku.

Nowi pacjenci ubiegający się o leczenie ze względu na zażywanie kokainy jako narkotyku głównego to najczęściej mężczyźni (stosunek liczby mężczyzn do kobiet wynosi 3,7:1). W przypadku rozpowszechnienia wśród płci widać jednak różnice między poszczególnymi państwami <sup>(96)</sup>. Badanie jakościowe przeprowadzone we Włoszech wśród pacjentów ubiegających się o leczenie z uwagi na zażywanie środków pobudzających, głównie kokainy, wykazuje, że liczba zażywających kobiet i mężczyzn jest prawie taka sama, lecz w grupie osób wymagających leczenia z uzależnienia od kokainy i innych środków pobudzających stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wykazuje silną przewagę mężczyzn (Macchia et al., 2004).

Nowi pacjenci stosujący kokainę jako narkotyk główny są raczej starsi od osób uzależnionych od innych narkotyków (średnia wieku wynosi 30 lat, większość osób z grupy wiekowej od 20 do 34 lat). Mniejsza, choć istotna, grupa pacjentów to osoby od 35 do 39 lat <sup>(97)</sup>.

Kokaina częsta zażywana jest w połączeniu z innym narkotykiem drugorzędnym, często są nim pochodne konopi indyjskich (40%) lub alkohol (37%). Lokalne badania nad osobami wstrzykującymi narkotyk sugerują, że na niektórych obszarach coraz bardziej popularne staje się połączenie heroiny i kokainy w ramach jednej iniekcji (sami zażywający określają to czasami jako „speedballing”). Jeżeli jest tak faktycznie, nie jest to widoczne w danych o całościowym zapotrzebowaniu na leczenie pochodzących z większości państw. Dane wspominają jedynie o niewielkich liczbach pacjentów zażywających łącznie heroinę i kokainę. Nie jest tak jednak w przypadku wszystkich państw, przykładowo holenderska analiza danych o zapotrzebowaniu na leczenie z uzależnienia od kokainy wskazuje, że wielu pacjentów uzależnionych od kokainy to w rzeczywistości osoby stosujące kilka narkotyków, a ich największa grupa to ludzie zażywający zarówno kokainę, jak i heroinę (Mol et al., 2002).

## Leczenie problemowego zażywania kokainy

Nie istnieje dobrze opracowana i rozpowszechniona metoda leczenia farmakologicznego osób uzależnionych od kokainy, porównywalna z metodą dostępną dla osób

<sup>(94)</sup> Patrz tabela TDI-4 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(95)</sup> Patrz tabela TDI-24 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(96)</sup> Patrz tabela TDI-22 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005 oraz Differences in patterns of drug use between women and men (Różnice w schematach zażywania narkotyków pomiędzy kobietami a mężczyznami) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

<sup>(97)</sup> Patrz tabela TDI-10 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

cierpiących na problemy związane z opiatami. Leki systematycznej ulgi są czasami przepisywane osobom uzależnionym od kokainy, ale ich działanie jest zazwyczaj krótkotrwałe i skierowane na ograniczenie problemów wynikających z zażywania kokainy, np. lęków czy zaburzeń snu. Długotrwałe leczenie osób uzależnionych od kokainy jest generalnie przeprowadzane w ramach ogólnych usług leczenia z uzależnień od narkotyków. Ogólnie jednak możliwości leczenia oferowane osobom z uzależnieniem od kokainy zdają się być słabo rozwinięte (Haasen, 2003). Taka sytuacja być może zmieni się, gdyż kilka państw podejmuje się przygotowania nowych reakcji leczenia skierowanych na osoby uzależnione od kokainy. Dobrym przykładem jest stworzenie w Anglii specjalnych służb zajmujących się problemami zażywania cracku (NTA, 2003).

Większość literatury naukowej na temat leczenia uzależnienia od kokainy jest oparta na badaniach amerykańskich i w związku z tym nie odzwierciedla sytuacji w Europie. Niestety ocena leczenia problemowego zażywania kokainy nadal jest w UE rzadkością. Jest to po części odzwierciedleniem faktu, że historycznie problemy kokainowe były napotymane przez służby lecznicze stosunkowo rzadko. Jeden z europejskich przeglądów systematycznych literatury na temat leczenia z uzależnienia od kokainy (Rigter et al., 2004) stwierdza, że stopień przestrzegania zasad leczenia przez osoby problemowo uzależnione od kokainy jest ogólnie niski, a odsetek nawrotów – wysoki. Istnieją pewne dowody na poparcie tezy, że w ograniczeniu spożywania pomocna może okazać się psychoterapia. Nie ma natomiast silnych dowodów potwierdzających działanie akupunktury w leczeniu z uzależnienia od kokainy. Generalnie jednak wnioski te należy rozpatrywać w kontekście braku silnej, europejskiej bazy dowodowej, która mogłaby służyć pomocą interwencjom terapeutycznym w tej dziedzinie. Przykładowo, nie wiadomo nawet, czy konkretne interwencje skierowane na problemy z kokainą są bardziej efektywne niż włączanie osób uzależnionych od kokainy w bardziej ogólne, niekoncentrujące się na żadnym narkotyku programy lecznicze. Co więcej, otwartą kwestią pozostaje, czy możliwe jest opracowanie leczenia farmakologicznego dla osób problemowo zażywających kokainę, które mogłoby stać się „standardową opcją leczenia” tak, jak stosowanie metadonu i buprenorfiny stało się standardowym podejściem w leczeniu osób problemowo zażywających opiaty. Należy zauważyć, że istnieją istotne różnice w mechanizmach oddziaływania na organizm opiatów i środków pobudzających, takich jak kokaina. Oznacza to, że możliwości terapeutyczne do zastosowania przy leczeniu problemów narkotykowych także najprawdopodobniej się różnią. Obecnie w USA przeprowadza się interesujące działania nad opracowaniem interwencji, które tymczasowo zablokowałyby efekty zażywania kokainy u osoby uzależnionej. Ciekawe będzie przekonać się, czy dzięki tej pracy w przyszłości pojawią się nowe opcje leczenia.

## Ograniczanie szkód zdrowotnych

W ciągu ostatnich kilku lat działania skierowane na zapobieganie i redukcję szkód zdrowotnych związanych z zażywaniem kokainy i cracku gwałtownie wzrosły. Przygotowano na ten temat nowe informacje, dostępne przede wszystkim w Internecie. Telefoniczne linie pomocy w Belgii, Francji i Portugalii otrzymały więcej próśb o informacje na temat stosowania kokainy i cracku niż kiedykolwiek wcześniej, choć odsetek takich rozmów nadal pozostaje niższy niż odsetek rozmów w sprawie narkotyków legalnych czy pochodnych konopi indyjskich. Personel pracujący w służbach antynarkotykowych ma dostęp do większej liczby szkoleń, które instruuja, jak właściwie reagować na problemy wynikające z zażywania kokainy i cracku w obiektach, dla których zjawisko to jest stosunkowo nowe (scena weekendowa w Dublinie czy scena techno w Wiedniu).

W wielkich centrach miejskich istnieje możliwość otrzymania specjalistycznego doradztwa i oferty leczenia dla osób zażywających kokainę i crack. Przykładem takiego działania jest Frankfurt (Suchthilfzentrum Bleichstrasse: [www.drogenberatung-ff.de](http://www.drogenberatung-ff.de)), Barcelona (Hospital Vall d'Hebron: [www.vhebron.es](http://www.vhebron.es)), Wiedeń (ChEck iT!: [www.checkyourdrugs.at](http://www.checkyourdrugs.at)) i Londyn ([www.cracklondon.org.uk](http://www.cracklondon.org.uk)).

## Konfiskaty oraz dane rynkowe <sup>(98)</sup>

### Produkcja i handel

Kolumbia to zdecydowanie największe źródło nielegalnej kokainy na całym świecie. Kolejni wielcy producenci to Peru i Boliwia. Globalna produkcja kokainy w roku 2003 została oszacowana na poziomie 655 ton, z czego na Kolumbię przypada 67%, na Peru 24%, a na Boliwię 9% (CND, 2005). Większość kokainy konfiskowanej w Europie pochodzi bezpośrednio z Ameryki Południowej (Kolumbia) lub przechodzi przez Amerykę Środkową i Karaiby. W roku 2003 Brazylia i Wenezuela były szczególnie wskazywane jako kraje tranzytowe dla kokainy importowanej do UE, oprócz nich wymieniano także Argentynę, Kostarykę i Curaçao (sprawozdania krajowe Reitox, 2004; CND, 2005). Inne obszary tranzytowe to południowe i zachodnie regiony Afryki (INCB, 2005). Głównymi miejscami wprowadzenia na rynek UE pozostają Hiszpania, Niderlandy i Portugalia (sprawozdania krajowe Reitox, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

### Konfiskaty

Dane dotyczące konfiskat wskazują, że kokaina jest trzecim najczęściej sprzedawanym narkotykiem na świecie po marihuanie i żywicy konopnej. Ilość przechwyconej na całym świecie kokainy w roku 2003 to 490,5 tony. W 2003 roku nadal większość handlu kokainą odbywała

<sup>(98)</sup> Patrz „Interpretacja danych o konfiskatach i sytuacji rynkowej”, str. 42.

się w obu Amerykach (82%) i w Europie. Na Europę przypadło 17% całkowitej ilości kokainy przechwyconej globalnie, co stanowi wzrost w porównaniu z rokiem ubiegłym (CND, 2005). Na obszarze Europy większość kokainy konfiskuje się w państwach zachodnich. W ciągu ostatnich pięciu lat Hiszpania była systematycznie państwem o najwyższym poziomie konfiskat kokainy w UE. W 2003 roku w kraju tym przejęto ponad połowę kokainy skonfiskowanej w całej UE, dokonano tam też ponad połowy wszystkich przypadków konfiskat<sup>(99)</sup>.

W okresie od 1998 do 2002 roku liczba konfiskat kokainy<sup>(100)</sup> wzrosła we wszystkich krajach oprócz Niemiec i Portugalii. W tym samym czasie ilości kokainy przejętej w UE<sup>(101)</sup> były zmienne, choć panował trend wzrostowy. W oparciu o trendy zaobserwowane w państwach, w których dostępne są dane, można jednak stwierdzić, że liczba konfiskat kokainy na szczeblu UE wydaje się być w roku 2003 niższa (szczególnie w Hiszpanii), gdy tymczasem przejęte ilości odnotowały

istotny wzrost (zwłaszcza w Hiszpanii i Niderlandach). Wydaje się, że w roku 2003 w UE dokonano konfiskat szczególnie dużych ilości kokainy.

Choć niektóre państwa UE doniosły o konfiskatach cracku, są one czasami niemożliwe do odróżnienia od konfiskat kokainy. Zatem trendy przejmowania kokainy przedstawione powyżej mogą obejmować również crack.

### Cena i czystość

W roku 2003 średnia cena<sup>(102)</sup> kokainy na rynku detalicznym na obszarze UE była bardzo zróżnicowana i wynosiła od 34 euro za gram w Hiszpanii do 175 euro za gram w Norwegii.

W porównaniu z heroiną średni stopień czystości kokainy na poziomie użytkownika końcowego jest wysoki. W roku 2003 mieścił się on w przedziale od 32% w Republice Czeskiej i Niemczech do 83% w Polsce<sup>(103)</sup>.

<sup>(99)</sup> Należy to porównać z brakującymi danymi za rok 2003, kiedy te będą już dostępne. Dane dotyczące liczby konfiskat kokainy w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Włoch, Cypru, Niderlandów i Rumunii. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat, jak i ilości skonfiskowanej kokainy w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Irlandii i Zjednoczonego Królestwa.

<sup>(100)</sup> Patrz tabela SZR-5 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(101)</sup> Patrz tabela SZR-6 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(102)</sup> Patrz tabela PPP-3 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(103)</sup> Patrz tabela PPP-7 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Należy zauważyć, że średnie dane szacunkowe o stopniu czystości kokainy w Republice Czeskiej i Polsce w roku 2003 oparte są na niewielkiej liczbie próbek (odpowiednio  $n = 5$  i  $6$ ).





## Rozdział 6

### Heroina oraz stosowanie narkotyków w drodze iniekcji

Regularne i przewlekłe zażywanie heroiny, wstrzykiwanie narkotyków oraz, w przypadku niektórych państw, nasilone stosowanie środków pobudzających stanowi w Europie istotną część problemów zdrowotnych i społecznych wynikających z zażywania narkotyków. W całej populacji liczba osób przejawiających takie zachowania jest stosunkowo niska, niemniej wpływ problemowego zażywania narkotyków jest znaczący. Aby lepiej zrozumieć skalę tego problemu oraz umożliwić monitorowanie trendów w czasie, EMCDDA współpracuje z państwami członkowskimi nad ponownym określeniem pojęcia „problemowego zażywania narkotyków” oraz nad opracowaniem strategii pomiaru zarówno skali, jak i wpływu tego zjawiska.

#### Problemowe zażywanie narkotyków

Problemowe zażywanie narkotyków (PDU) jest zdefiniowane w celach zadaniowych jako „dożyłne stosowanie narkotyków lub długotrwałe/regularne zażywanie opiatów, kokainy i/lub amfetamin”<sup>(104)</sup>. Różnice pomiędzy definicjami oraz metodologiczne niejasności oznaczają, że uzyskanie wiarygodnych wartości szacunkowych w tym zakresie jest trudne, w związku z czym należy zachować ostrożność przy dokonywaniu interpretacji różnic pomiędzy poszczególnymi państwami lub w danych przedziałach czasowych.

Problemowe zażywanie narkotyków można podzielić na istotne grupy. Ogólne rozróżnienie można przeprowadzić między zażywaniem heroiny, która historycznie odpowiada za większość przypadków problemowego zażywania narkotyków w dużej liczbie państw UE, oraz problemowym zażywaniem środków pobudzających. Ten ostatni typ zażywania ma przewagę w Finlandii i Szwecji, gdzie większość osób problemowo zażywających narkotyki to osoby głównie przyjmujące amfetaminę. Podobnie w Republice Czeskiej – tam zażywający metamfetaminę tradycyjnie już tworzą istotną grupę wśród osób problemowo zażywających narkotyki.

Problemowe zażywanie narkotyków staje się zagadnieniem coraz bardziej zróżnicowanym. Przykładowo, w większości państw coraz ważniejsze stają się problemy związane z zażywaniem więcej niż jednego narkotyku, gdy tymczasem niektóre państwa, w których

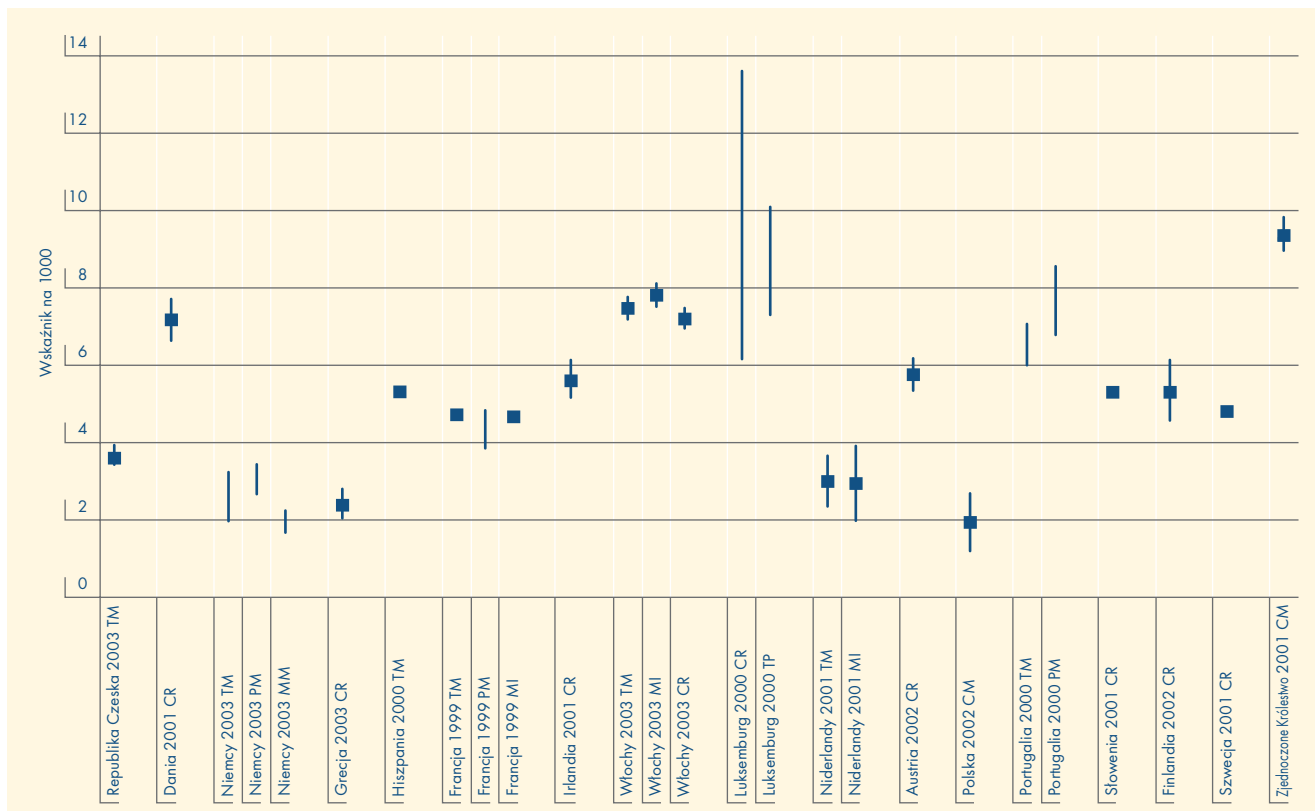
historycznie już dominowały problemy związane z opiatami, obecnie donoszą o zmianach w kierunku innych narkotyków. W Hiszpanii dane szacunkowe dotyczące osób problemowo zażywających opiaty maleją, ale odnotowano wzrost liczby problemów powiązanych z kokainą, przy czym wiarygodne trendy czasowe problemowego zażywania narkotyków obejmujące kokainę nie są dostępne. Niemcy i Niderlandy donoszą o zwiększającej się liczbie osób zażywających crack w obrębie ich populacji osób problemowo zażywających narkotyki, choć generalne szacunki co do osób problemowo zażywających narkotyki w Niderlandach pozostają niezmienione.

#### Rozpowszechnienie

Szacunkowe wartości dotyczące rozpowszechnienia problemowego zażywania narkotyków na szczeblu krajowym, w okresie 1999–2003 wynoszą od dwóch do 10 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat (w oparciu o średnie wartości szacunkowe) lub do 1% populacji osób dorosłych<sup>(105)</sup>. Dane o rozpowszechnieniu różnią się znacznie między poszczególnymi państwami, choć gdy w danym państwie zastosuje się różne metody, wyniki są w dużym stopniu spójne. Wyższe dane o rozpowszechnieniu pochodzą z Danii, Irlandii, Włoch, Luksemburga, Austrii, Portugalii, Hiszpanii i Zjednoczonego Królestwa (6–10 przypadków na 1000 mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat), a niższe z Niemiec, Grecji, Niderlandów i Polski (poniżej czterech przypadków na 1000 mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat) (wykres 12). W grupie nowych państw UE i państw kandydujących dobrze udokumentowane dane szacunkowe pochodzą jedynie z Republiki Czeskiej, Polski i Słowenii. Wskaźniki dla tych państw plasują się w dolnym i środkowym zakresie skali, tj. przyjmują wartości odpowiednio 3,6, 1,9 i 5,3 na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat. Średnia ważona wartość problemowego zażywania narkotyków w UE wynosi prawdopodobnie od czterech do siedmiu przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat, co stanowi 1,2–2,1 miliona osób problemowo zażywających narkotyki w UE. Wśród nich od ok. 850 000 do 1,3 miliona to osoby aktywnie wstrzykujące narkotyki. Szacunki te nie są jednak solidne i wymagają dopracowania, gdy tylko dostępnych będzie więcej danych z nowych państw członkowskich.

<sup>(104)</sup> Więcej szczegółów znajduje się w uwagach metodologicznych dotyczących problemowego zażywania narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(105)</sup> Patrz tabela PDU-1 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

**Wykres 12:** Dane szacunkowe dotyczące występowania problemowego zażywania narkotyków w latach 1999–2003 (wskaźnik na 1000 osób populacji w wieku od 15 do 64 lat)

Uwagi: CR, capture–recapture (losowanie typu pojmanie–uwolnienie); TM, treatment multiplier (współczynnik leczenia); PM, police multiplier (wskaźnik policyjny); MI, multivariate indicator (współczynnik wielowymiarowy); TP, truncated Poisson (rozkład ucięty Poissona); CM, combined methods (metody łączone). Więcej szczegółów znajduje się w tabelach PDU-1, PDU-2 i PDU-3 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Symbol oznacza estymację punktową, a słupki oznaczają interwał niepewności, który może być 95-procentowym interwałem pewności lub interwałem opartym na analizie wrażliwości (patrz tabela PDU-3). Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na zastosowanie różnych metod i źródeł danych, zatem porównania należy dokonywać ostrożnie. Dane szacunkowe z Hiszpanii nie obejmują problemowego zażywania kokainy – wyższe dane szacunkowe dostępne są w tabelach PDU-2 i PDU-3, biorąc one tę grupę pod uwagę, ale mogą nie być tak wiarygodne.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe. Patrz także EMCDDA (2003).

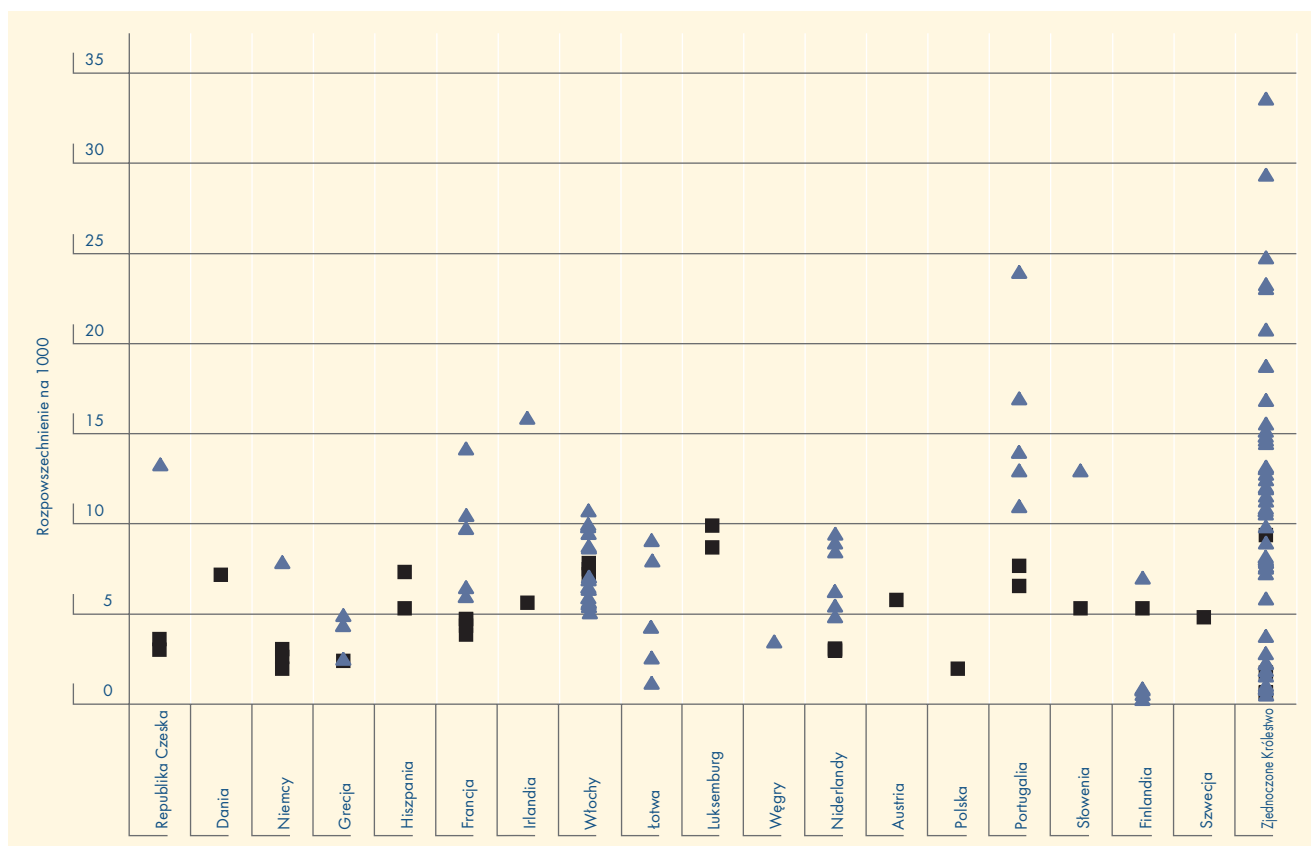
Lokalne i regionalne dane szacunkowe sugerują, że rozpowszechnienie problemowego zażywania narkotyków może różnić się znacznie między miastami i regionami. Najwyższe poziomy rozpowszechnienia lokalnego w okresie od 1999 do 2003 roku pochodzą z Irlandii, Portugalii i Zjednoczonego Królestwa i wynoszą 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) i 25 (rejon Londynu), do 29 (Dundee) i 34 (Glasgow) na 1000 osób (wykres 13). Różnorodność pod względem geograficznym jest jednak wyraźnie widoczna na poziomie lokalnym, gdyż rozpowszechnienie w innym rejonie Londynu szacowane jest na 6 na 1000 osób. Sugeruje to potrzebę zwiększenia dostępności wiarygodnych, lokalnych danych szacunkowych o rozpowszechnieniu z wielu innych państw, gdzie mogą występować szczególnie wysokie (lub niskie) poziomy rozpowszechnienia lokalnego lub regionalnego, ale nie są one mierzone.

Choć techniki szacowania znacznie się poprawiły, brak wiarygodnych i spójnych danych historycznych komplikuje ocenę trendów odnośnie do problemowego zażywania

narkotyków. Pochodzące z kilku państw sprawozdania dotyczące zmian w ocenach, które poparte są także innymi wskaźnikami, sugerują, że od połowy lat 90. następuje wzrost problemowego zażywania narkotyków (EMCDDA, 2004a), choć w niektórych państwach sytuacja zdaje się w ostatnich latach stabilizować. Dostępne są kolejne dane szacunkowe za okres od 1999 do 2003 roku z 16 państw (włączywszy Danię i Szwecję z danymi za lata 1998–2001 i Zjednoczone Królestwo z danymi za lata 1996–2001). Wśród tych 16 państw, sześć zgłosiło wzrost szacunków co do problemowego zażywania narkotyków (Dania, Finlandia, Norwegia, Austria, Szwecja i Zjednoczone Królestwo), pięć zgłosiło rozpowszechnienie na stałym poziomie lub jego spadek (Republika Czeska, Irlandia, Niemcy, Grecja i Słowenia), a pięć (Hiszpania, Włochy, Luksemburg, Niderlandy i Portugalia) – różne trendy w zależności od zastosowanych metod szacowania, co może częściowo odnosić się do różnych grup docelowych wśród osób problemowo zażywających narkotyki<sup>(106)</sup>.

<sup>(106)</sup> Patrz wykres PDU-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

**Wykres 13:** Krajowe i lokalne dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia problemowego zażywania narkotyków w latach 1999–2003 (rozpowszechnienie na 1000 osób populacji w wieku od 15 do 64 lat)



Uwagi: Czarny kwadrat = próbki ogólnokrajowe; niebieski trójkąt = próbki lokalne/regionalne.

Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na zastosowanie różnych metod i źródeł danych, zatem porównania należy dokonywać ostrożnie. Więcej szczegółów znajduje się w tabelach PDU-1, PDU-2 i PDU-3 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Schemat danych szacunkowych dotyczących rozpowszechnienia lokalnego w dużej mierze uzależniony jest od dostępności i lokalizacji badań, choć w przypadkach, gdy lokalne dane szacunkowe są dostępne, mogą one sugerować, że w konkretnych miastach i regionach wskaźnik rozpowszechnienia różni się od średniej krajowej.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe. Patrz także EMCDDA (2003).

## Podawanie narkotyków w drodze iniekcji

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

Pomimo wagi problemu dla stanu zdrowia publicznego, niewiele państw przygotowuje krajowe czy lokalne dane szacunkowe na temat zażywania narkotyków dożylnie. Dostępne dane szacunkowe ze szczebla krajowego wynoszą od jednego do sześciu przypadków na 1000 osób populacji w wieku od 15 do 64 lat, sugerując znaczne różnice między poszczególnymi państwami w kwestii rozpowszechnienia osób wstrzykujących narkotyki<sup>(107)</sup>. Najwyższy poziom krajowych danych szacunkowych dotyczących osób zażywających narkotyki dożylnie odnotowuje Luksemburg, wynosi on w tym kraju ok. sześć przypadków na 1000 osób populacji w wieku od

15 do 64 lat, gdy tymczasem Grecja przedstawia najniższy poziom wskaźnika, tj. niewiele ponad jeden przypadek na 1000 osób. Chociaż dane szacunkowe o rozpowszechnieniu przyjmowania narkotyków drogą iniekcji są rzadkie, istnieją dowody na wzrost rozpowszechnienia po 1999 roku w Norwegii, a różne metody szacowania w Portugalii sugerują różne trendy<sup>(108)</sup>.

Analizy wskaźników wstrzykiwania narkotyków wśród osób uzależnionych od heroiny i będących w trakcie leczenia sugerują znaczne różnice między poszczególnymi państwami oraz różnorodne trendy w czasie<sup>(109)</sup>. W niektórych państwach (Hiszpania, Niderlandy i Portugalia) stosunkowo niski odsetek osób zażywających heroinę wstrzykuje narkotyk, ale w większości innych państw wstrzykiwanie heroiny nadal stanowi normę. W przypadku kilku państw z długim stażem w UE, z których dostępne są dane (Dania, Hiszpania, Francja, Grecja, Włochy i Zjednoczone Królestwo), wskaźniki przyjmowania dożylnego wśród leczonych osób

<sup>(107)</sup> Patrz wykres PDU-2 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(108)</sup> Patrz wykres PDU-5 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(109)</sup> Patrz wykres PDU-3 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

uzależnionych od heroiny zmalaty. Jednakże w większości nowych państw członkowskich, przynajmniej w przypadku tych, w których istnieją dane, prawie wszystkie osoby zażywające heroinę i będące w trakcie leczenia przyjmują narkotyk dożylnie.

## Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie

Z całej liczby przypadków zapotrzebowania na leczenie 60% dotyczy leczenia z uzależnienia od opiatów, choć w wielu przypadkach brakuje informacji o narkotyku głównym. O ponad połowie (54%) z tych pacjentów uzależnionych od opiatów wiadomo, że przyjmują narkotyk dożylnie, a w przypadku 10% z nich nic nie wiadomo o wstrzykiwaniu. Opiaty określane są także jako narkotyk drugorzędny przez ok. 10% nowych pacjentów<sup>(110)</sup>.

W wielu państwach opiaty (głównie heroina) nadal pozostają głównym narkotykiem, z powodu którego pacjenci ubiegają się o leczenie. Między poszczególnymi państwami istnieją jednak istotne różnice. Podział państw członkowskich UE na trzy grupy w zależności od liczby osób zażywających heroinę przypadającej na populację przechodzącą leczenie jest następujący:

- poniżej 40% – Republika Czeska, Niemcy, Polska, Finlandia, Szwecja;
- 50–70% – Dania, Niemcy, Hiszpania, Irlandia, Cypr, Łotwa, Słowacja, Rumunia;
- ponad 70% – Bułgaria, Francja, Grecja, Włochy, Litwa, Luksemburg, Słowenia, Zjednoczone Królestwo, Malta<sup>(111)</sup>.

Donosi się o wzroście poziomu rozpowszechnienia pacjentów uzależnionych od opiatów i przebywających na leczeniu przez wiele lat, gdy tymczasem częstość występowania nowych przypadków zapotrzebowania na leczenie z uzależnienia od opiatów maleje (sprawozdania krajowe Reitox, 2004; Wydział ds. Badań nad Nadużywaniem Narkotyków, 2004). W przypadku niektórych państw istnieje możliwość prześledzenia trendów zażywania heroiny wśród nowych leczonych pacjentów w latach 1996–2003. Trendy te pokazują generalnie spadek liczby osób ubiegających się o leczenie.

Względny udział leczenia z uzależnienia od opiatów względem populacji rozpoczynającej leczenie po raz pierwszy zmniejsza się wyraźnie, a to ze względu na wzrost liczby pacjentów, których główne problemy związane są z innymi narkotykami. To z kolei może być spowodowane przejściem pewnej liczby pacjentów uzależnionych od opiatów z heroiny na kokainę

(Ouweland et al., 2004), zróżnicowaniem systemu leczenia, który stał się bardziej dostępny dla pozostałych osób problemowo zażywających narkotyki lub spadkiem zgłoszeń nowych osób zażywających problemowo (sprawozdanie krajowe Niderlandów).

W ostatnim dziesięcioleciu można zauważyć różnice co do tego trendu między poszczególnymi państwami. Znaczny spadek liczby pacjentów uzależnionych od heroiny odnotowano w Danii, Niemczech, Niderlandach, na Słowacji i w Finlandii, a pewien wzrost w Bułgarii i Zjednoczonym Królestwie<sup>(112)</sup>.

Analiza danych nowych pacjentów zgłaszających się do centrów leczenia pozaszpitalnego pozwala na przedstawienie bardziej szczegółowego opisu profilu osób zażywających opiaty. O nowe leczenie ze względu na zażywanie opiatów jako narkotyku głównego ubiega się 2,8 mężczyzn na jedną kobietę, choć wskaźniki dotyczące płci różnią się znacznie między poszczególnymi państwami, od 5:1 do 2:1 z wyjątkiem Cypru, gdzie stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet jest bardzo wysoki (11:1) i Szwecji, gdzie jest on bardzo niski (0,9:1), a kobiet zażywających opiaty jest więcej niż mężczyzn<sup>(113)</sup>.

Większość osób zażywających opiaty to osoby w wieku od 20 do 34 lat, a w grupie wiekowej od 30 do 39 lat ponad połowa pacjentów ubiega się o leczenie z uzależnienia od opiatów. Przedstawiany trend wskazuje na starzenie się osób stosujących opiaty. Przykładowo, w Niderlandach około 40% nowych pacjentów uzależnionych od opiatów ma ponad 40 lat. Wyjątkami są Rumunia i Słowenia, gdzie występuje bardzo młoda (15–19 lat) populacja pacjentów uzależnionych od opiatów<sup>(114)</sup>.

Większość pacjentów twierdzi, że pierwszy raz zażyła opiaty w wieku od 15 do 24 lat, a około 50% pacjentów pierwszy raz zażyło narkotyk przed ukończeniem 20 lat<sup>(115)</sup>. Porównując wiek pierwszego zażycia i wiek pierwszego leczenia okazuje się, że czas, który upływa między pierwszym zastosowaniem narkotyku i pierwszym zapotrzebowaniem na leczenie wynosi generalnie od 5 do 10 lat. Wczesne rozpoczęcie zażywania opiatów często połączone jest z różnorodnymi problemami z zachowaniem i z deprawacją społeczną (sprawozdanie krajowe Zjednoczonego Królestwa).

W większości państw od 60% do 90% osób uzależnionych od opiatów zażywa narkotyk codziennie, gdy tymczasem niektóre osoby uzależnione nie stosowały opiatów w ciągu ostatniego miesiąca lub stosowały je jedynie okazjnie. Wyłumaczeniem są tu prawdopodobnie pacjenci przerywający zażywanie narkotyku przed rozpoczęciem leczenia<sup>(116)</sup>.

<sup>(110)</sup> Patrz tabela TDI-24 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(111)</sup> Patrz tabela TDI-5 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(112)</sup> Patrz tabela TDI-3 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(113)</sup> Patrz tabela TDI-22 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(114)</sup> Patrz tabela TDI-10 (część iii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

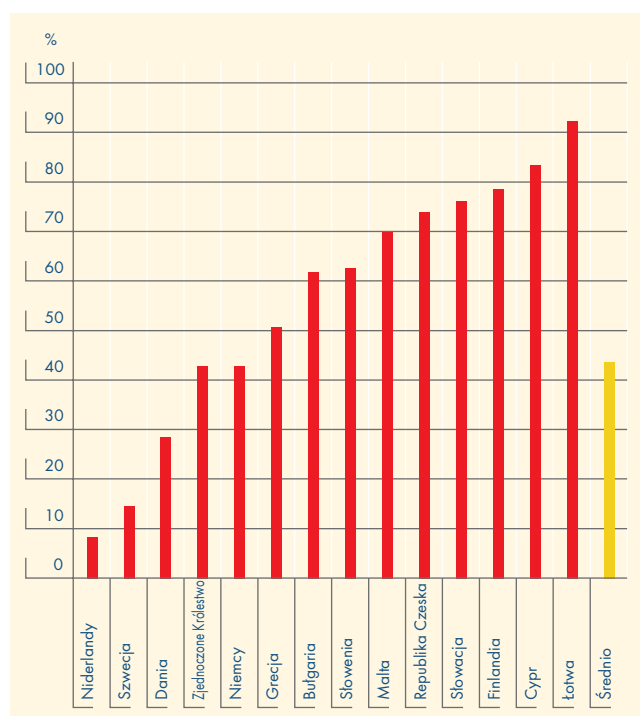
<sup>(115)</sup> Patrz tabela TDI-11 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(116)</sup> Patrz tabela TDI-18 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Jedynie Niemcy przekazują informację, że 70% nowych pacjentów zażywających opiaty zażywa narkotyki sporadycznie lub nie zażywało narkotyków w ciągu ostatniego miesiąca.

Czterdzieści procent pacjentów wstrzykuje narkotyk, a kolejne 40% pali lub wciąga go przez nos. Między starymi a nowymi państwami członkowskimi występują różnice co do metod przyjmowania narkotyku <sup>(117)</sup> (wykres 14). Odsetek osób wstrzykujących opiaty wyższy niż 60% występuje w nowych państwach członkowskich, a niższy niż 60% w starych państwach członkowskich (z wyjątkiem Finlandii, gdzie odsetek osób wstrzykujących opiaty wśród pacjentów wynosi 78,4%). Odsetek osób przyjmujących opiaty dożylnie w grupie pacjentów uzależnionych od opiatów jest najniższy w Niderlandach (8,3%) <sup>(118)</sup>.

Wielu nowych pacjentów zażywa opiaty razem z innym narkotykiem, często pochodnymi konopi indyjskich (47%) lub alkoholem (24%). Między poszczególnymi państwami występują jednak znaczne różnice. W Republice Czeskiej i na Słowacji prawie połowa pacjentów zażywa opiaty razem ze środkami pobudzającymi innymi niż kokaina, w Grecji i na Malcie odpowiednio 18% i 29% pacjentów zażywa opiaty oraz kokainę jako narkotyk drugorzędny, w Finlandii w grupie osób zażywających opiaty (głównie buprenorfinę) 37% zgłasza zażywanie środków nasennych i uspokajających (głównie benzodiazepin) jako narkotyków drugorzędnych <sup>(119)</sup>.

**Wykres 14:** Nowi pacjenci leczenia pozaszpitalnego zażywający opiaty dożylnie jako odsetek całkowitej liczby nowych pacjentów uzależnionych od opiatów w ujęciu według państw w 2003 roku



Uwagi: Ujęte są jedynie państwa, w których występują pacjenci zgłaszający opiaty jako narkotyk główny i/lub państwa, które przekazały dane.  
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox (2004).

## Choroby zakaźne związane z zażywaniem narkotyków

### HIV i AIDS

#### Najnowsze trendy w odnotowanych przypadkach zakażeń wirusem HIV

Po okresie wielkich epidemii zakażeń wirusem HIV w Europie Wschodniej (EuroHIV, 2004), wirus rozprzestrzenił się na skalę epidemii wśród osób zażywających narkotyki dożylnie z nowych państw członkowskich UE regionu Morza Bałtyckiego (patrz okienko „HIV i AIDS w Europie Wschodniej”). Wskaźniki nowo zdiagnozowanych przypadków osiągnęły szczytowe wartości w Estonii i na Łotwie w 2001 roku oraz na Litwie w 2002 roku, choć dane za bliższe okresy są już znacznie niższe. Jest to typowy schemat dla epidemii zakażeń wirusem HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki. Epidemia wybucha, ponieważ cała grupa osób najwyższego ryzyka zażywających narkotyki dożylnie zaraża się w krótkim czasie, po czym rozmiary epidemii maleją z braku podatnych osób wstrzykujących narkotyki, a następnie stabilizuje się ona na poziomie, który uzależniony jest od szybkości wzrostu liczby nowych osób wysokiego ryzyka przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. Nie można jednak wykluczyć dodatkowego efektu, jaki powoduje zmiana w zachowaniu, które, jeśli się potwierdzi, może być częściowo wynikiem konkretnych interwencji (patrz „Zapobieganie chorobom zakaźnym związanym z zażywaniem narkotyków”, str. 71).

W 15 starych państwach UE wskaźniki nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV pozostają w ostatnich latach na niskim poziomie, z wyjątkiem Portugalii. Jednak porównania dokonywane na szczeblu UE nie są kompletne, gdyż w przypadku kilku państw najbardziej dotkniętym problemem AIDS dane zgłoszeniowe o przypadkach zakażenia wirusem HIV nadal nie są dostępne (Hiszpania i Włochy) lub właśnie zaczęły być dostępne (Francja). Portugalia donosi o bardzo wysokim poziomie wskaźnika w roku 2003 wynoszącym 88 na milion osób, ale również o dużym jego spadku od 2000 roku (kiedy to wskaźnik wynosił 245 na milion). Spadek ten należy interpretować ostrożnie, gdyż europejskie sprawozdanie danych wprowadzono w Portugalii dopiero w roku 2000.

#### Dane seroepidemiologiczne dotyczące wirusa HIV

Dane seroepidemiologiczne dotyczące osób zażywających narkotyki dożylnie (odsetek zarażonych w próbkach osób wstrzykujących narkotyki) to ważne uzupełnienie danych sprawozdawczych o przypadkach zakażenia wirusem HIV. Powtarzane badania seroepidemiologiczne i rutynowe monitorowanie danych z testów diagnostycznych może potwierdzić trendy pochodzące z raportowania przypadków oraz

<sup>(117)</sup> Jedynie państwa, w których dostępne były dane.

<sup>(118)</sup> Patrz tabela TDI-17 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

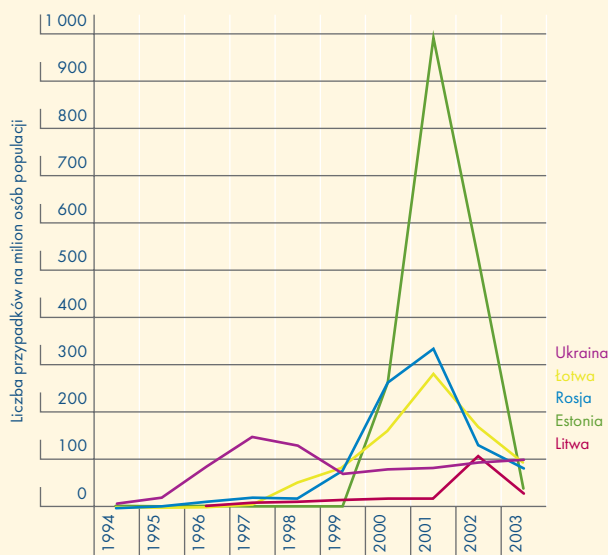
<sup>(119)</sup> Patrz tabela TDI-25 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Patrz także zagadnienia wybrane: buprenorfina. Każdy pacjent mógł zgłosić zażywanie do czterech narkotyków drugorzędnych.

### HIV i AIDS w Europie Wschodniej

Ludzki wirus niedoboru odporności (HIV) rozprzestrzenił się ostatnio na skalę epidemii masowej wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w Rosji i na Ukrainie, to samo dotyczy sytuacji państw członkowskich UE regionu Morza Bałtyckiego. W roku 2001 wskaźnik nowo zdiagnozowanych zakażeń wśród osób zażywających narkotyki dożylnie osiągnął wartości najwyższe w Estonii i w Federacji Rosyjskiej – odnotowano wtedy odpowiednio 991 i 333 przypadki zakażeń na milion osób populacji. Na Ukrainie wartości szczytowe otrzymano wcześniej, tj. w roku 1997, gdy wskaźnik wynosił 146 przypadków na milion, a to z powodu powszechnej transmisji w grupie osób wstrzykujących narkotyki. Następnie dane o nowych przypadkach zakażenia wirusem HIV w tej grupie zmniejszyły się, by w ostatnich latach ponownie wzrosnąć.

Zachorowalność na AIDS wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie gwałtownie rośnie na Łotwie i na Ukrainie, co oznacza, że prawdopodobnie niewystarczający jest tam dostęp i zasięg leczenia antyretrowirusowego (patrz „Wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa w europejskim regionie WHO”, str. 69).

Nowo zdiagnozowane przypadki zakażenia wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w wybranych państwach UE, w Rosji i na Ukrainie, w ujęciu według roku sprawozdania



Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Epidemiologicznego AIDS (EuroHIV) (2004).

przedstawić bardziej szczegółowe informacje dotyczące konkretnych regionów i obiektów. Jednak dane o rozpowszechnieniu pochodzą z różnych źródeł, które czasami mogą być trudne do porównania, zatem należy interpretować je ostrożnie.

Ostatni wzrost odnotowanych przypadków zakażenia wirusem HIV został w większości potwierdzony przez dostępne dane seroepidemiologiczne. Przykładowo, na Łotwie poziom rozpowszechnienia w krajowych próbkach leczniczych obejmujących przebadane osoby zażywające narkotyki dożylnie wzrósł z 1,5% (5 na 336 osób) w roku 1997 do 14% (302 na 2203) w roku 2001, a następnie spadł do 7% (65 na 987) w roku 2003. W Austrii, gdzie niedostępne są dane sprawozdawcze dotyczące przypadków zakażenia wirusem HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki, rozpowszechnienie wirusa w krajowych próbkach zgonów (bezpośrednio) spowodowanych narkotykami sugeruje pewien wzrost, do 7% (11 na 163) w roku 2003 z poziomu 1% (1 na 117) w 1998 roku, jednak dane liczbowe są niskie, a trend nie jest istotny statystycznie.

W latach 2002 i 2003 rozpowszechnienie wirusa HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, zwłaszcza wśród tych, które przechodzą leczenie, było bardzo różnorodne wewnątrz państw i pomiędzy poszczególnymi państwami, utrzymując się na poziomie od 0% w Bułgarii, na Węgrzech, w Słowenii i na Słowacji aż do maksymalnej wielkości 37,5% (54 na 144) odnotowanej w pewnym miesiącu we Włoszech (2003, Bolzano – osoby zażywające przechodzące leczenie oraz przebywające w więzieniach) <sup>(120)</sup>. Najwyższe poziomy wskaźnika rozpowszechnienia w próbkach krajowych (ponad 10% w latach 2002–2003) wykazane zostały we Włoszech, na Łotwie i w Portugalii <sup>(121)</sup>. W Hiszpanii dane za rok 2001 wskazują na bardzo wysokie rozpowszechnienie, jednak brak jest nowszych danych <sup>(122)</sup>. Najwyższe poziomy wskaźnika dla próbek regionalnych i lokalnych (ponad 20% w latach 2002–2003) odnotowano w Hiszpanii, we Włoszech, na Łotwie i w Polsce <sup>(123)</sup>, choć niektóre państwa i obszary o wysokim rozpowszechnieniu w latach ubiegłych nie dostarczyły najnowszych danych. Na Łotwie i w Polsce badania lokalne, w oparciu o bardzo wysokie rozpowszechnienie w grupie młodych osób wstrzykujących narkotyki, sugerują niedawne wystąpienie transmisji wirusa HIV <sup>(124)</sup>. W przypadku badania polskiego ta niedawna transmisja znajduje potwierdzenie w poziomie rozpowszechnienia wynoszącym 23% w próbce 127 nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie <sup>(125)</sup>.

Również trendy czasowe rozpowszechnienia różnią się między poszczególnymi państwami. Choć w regionie Morza Bałtyckiego zaobserwowano w ostatnim czasie wybuchy epidemii, dane seroepidemiologiczne dotyczące wirusa HIV zebrane z próbek osób zażywających narkotyki dożylnie sugerują, że od połowy lat 90. w kilku państwach poważnie dotkniętych problemem nastąpił spadek odnotowanych przypadków (Hiszpania, Francja i Włochy), a następnie stabilizacja utrzymująca się

<sup>(120)</sup> Patrz wykres INF-3 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(121)</sup> Dane dla Portugalii i Włoch obejmują nie tylko osoby zażywające narkotyki dożylnie, mogą zatem prowadzić do niedoszacowania rozpowszechnienia w tej właśnie grupie.

<sup>(122)</sup> Patrz tabele INF-1 i INF-8 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(123)</sup> Patrz tabela INF-8 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(124)</sup> Osoby zażywające narkotyki dożylnie w wieku poniżej 25 lat: 33% zakażonych wśród 55 młodych osób wstrzykujących narkotyki w Polsce i 20% wśród 107 młodych osób wstrzykujących narkotyki na Łotwie.

<sup>(125)</sup> Patrz tabela INF-10 oraz wykresy INF-4 i INF-5 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

### Wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa w europejskim regionie WHO

Dane szacunkowe WHO o zasięgu wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej (HAART) sugerują, że w UE i na większości obszaru Europy Środkowej ponad 75% osób wymagających leczenia ma dostęp do HAART.

Jednakże w grupie państw bałtyckich zasięg szacowany jest jako „słaby” w Estonii i na Litwie (25–50%) oraz „bardzo słaby” na Łotwie (poniżej 25%). Zasięg określany jest jako „bardzo słaby” dla większości państw Europy Wschodniej.

Brak jest danych szacunkowych o zasięgu dotyczącym osób zażywających narkotyki dożylnie, ale badania wykazują, że osoby wstrzykujące narkotyki cierpią często na większe ryzyko niedostatecznego dostępu do HAART niż osoby, które zakaziły się innymi drogami.

Źródło: Biuro Regionalne WHO na Europę, baza danych Zdrowie dla wszystkich ([www.euro.who.int/hfad](http://www.euro.who.int/hfad)) (wejście na stronę 8 marca 2005 r.).

w ostatnich latach<sup>(126)</sup>. Jednakże, jeśli dane seroepidemiologiczne przyjmują wartości wysokie i są stałe, istnieje duże prawdopodobieństwo trwania transmisji. Dane dotyczące nowych osób wstrzykujących narkotyki silnie sugerują utrzymywanie się, a nawet wzrost transmisji w Hiszpanii w latach 1999–2000. W przypadku kilku innych państw (Francja 2001–2003, Portugalia 1999–2000) dane lokalne i regionalne na temat nowych i młodych osób zażywających narkotyki dożylnie sugerują poziom (podwyższonej) transmisji, jednak rozmiary próbek są zbyt małe, by określić trendy istotne statystycznie<sup>(127)</sup>. Z drugiej strony, należy zauważyć, że w przypadku kilku państw rozpowszechnienie wirusa HIV w grupie osób wstrzykujących narkotyki w latach 2002–2003 pozostało na bardzo niskim poziomie. Rozpowszechnienie wirusa HIV przyjęło poziom poniżej 1% w Republice Czeskiej, Grecji (dane krajowe), na Węgrzech, w Słowenii, na Słowacji, w Finlandii, Rumunii (dane jedynie za rok 2001), Bułgarii i Norwegii (dane z Oslo). W niektórych z tych państw (np. na Węgrzech) rozpowszechnienie zarówno wirusa HIV, jak i wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV) należy do najniższych w UE, sugerując niski poziom ryzyka iniekcji (patrz część „Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C” poniżej).

### Zachorowalność na AIDS

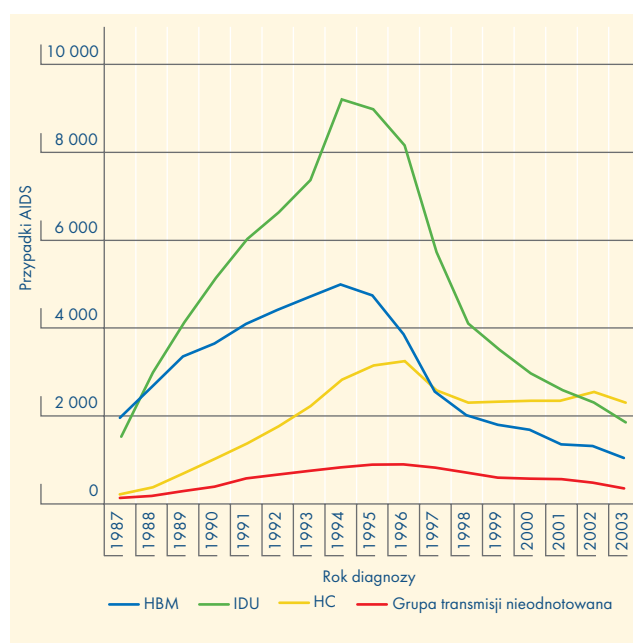
Na Łotwie zachorowalność na AIDS wśród osób zażywających narkotyki dożylnie wzrosła od 0 przypadków w roku 1997 do szacunkowych 19 przypadków na milion osób populacji w latach 2002 i 2003<sup>(128)</sup>. Jednakże państwem UE o najwyższej zachorowalności nadal pozostaje Portugalia ze wskaźnikiem 33 przypadków na milion osób, choć liczba ta zmniejsza się od roku 1999. Zachorowalność na AIDS w UE osiągnęła poziom szczytowy we wczesnych latach 90. z powodu osób zażywających narkotyki dożylnie, a następnie spadała. Państwem najbardziej dotkniętym

problemem była Hiszpania, gdzie w roku 1994 zachorowalność osiągnęła najwyższy poziom 124 przypadków na milion osób, jednakże do roku 2003 liczba ta zmalała do szacunkowych 16 osób na milion.

Spadek zachorowalności na AIDS w późnych latach 90. spowodowany jest wprowadzeniem w 1996 roku wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej (HAART), która zapobiega rozwojowi AIDS u osób zakażonych wirusem HIV (patrz okienko dot. HAART). W przypadku osób zażywających narkotyki dożylnie istotną rolę mogły także odegrać metody zapobiegania zakażeniu wirusem HIV, a w kilku państwach także spadek liczby osób wstrzykujących narkotyki (patrz „Podawanie narkotyków w drodze iniekcji”, str. 65).

Dane roczne dotyczące zachorowalności wykazują, że do roku 2002 największa liczba nowych przypadków AIDS w UE była spowodowana dożylnym przyjmowaniem narkotyków, następnie jednak ta forma transmisji choroby ustąpiła liczebności przypadków przekazywania jej drogą seksu heteroseksualnego, wskazując na zmiany w epidemiologii wirusa HIV w poprzednich latach (wykres 15). Należy zauważyć jednak, że te schematy rozpowszechniania zakażeń mogą różnić się między poszczególnymi państwami<sup>(129)</sup>.

**Wykres 15:** Przypadki AIDS w ujęciu według grupy transmisji i roku zdiagnozowania (1987–2003) skorygowane o opóźnienia w raportowaniu, UE



Uwagi: Dane przedstawione dla trzech głównych grup transmisji i dla przypadków bez odnotowania grupy transmisji. Państwa, których nie ujęto, to Francja, Niderlandy (brak danych za cały okres) i Cypr (brak danych). HBM – mężczyźni homoseksualni i biseksualni; IDU – osoby zażywające narkotyki dożylnie; HC – kontakt heteroseksualny.

Źródło: EuroHIV; dane odnotowane do 31 grudnia 2003 r.

<sup>(126)</sup> Patrz wykres INF-16 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(127)</sup> Patrz wykresy INF-26 i INF-27 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(128)</sup> Patrz wykres INF-1 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(129)</sup> Patrz wykres INF-2 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

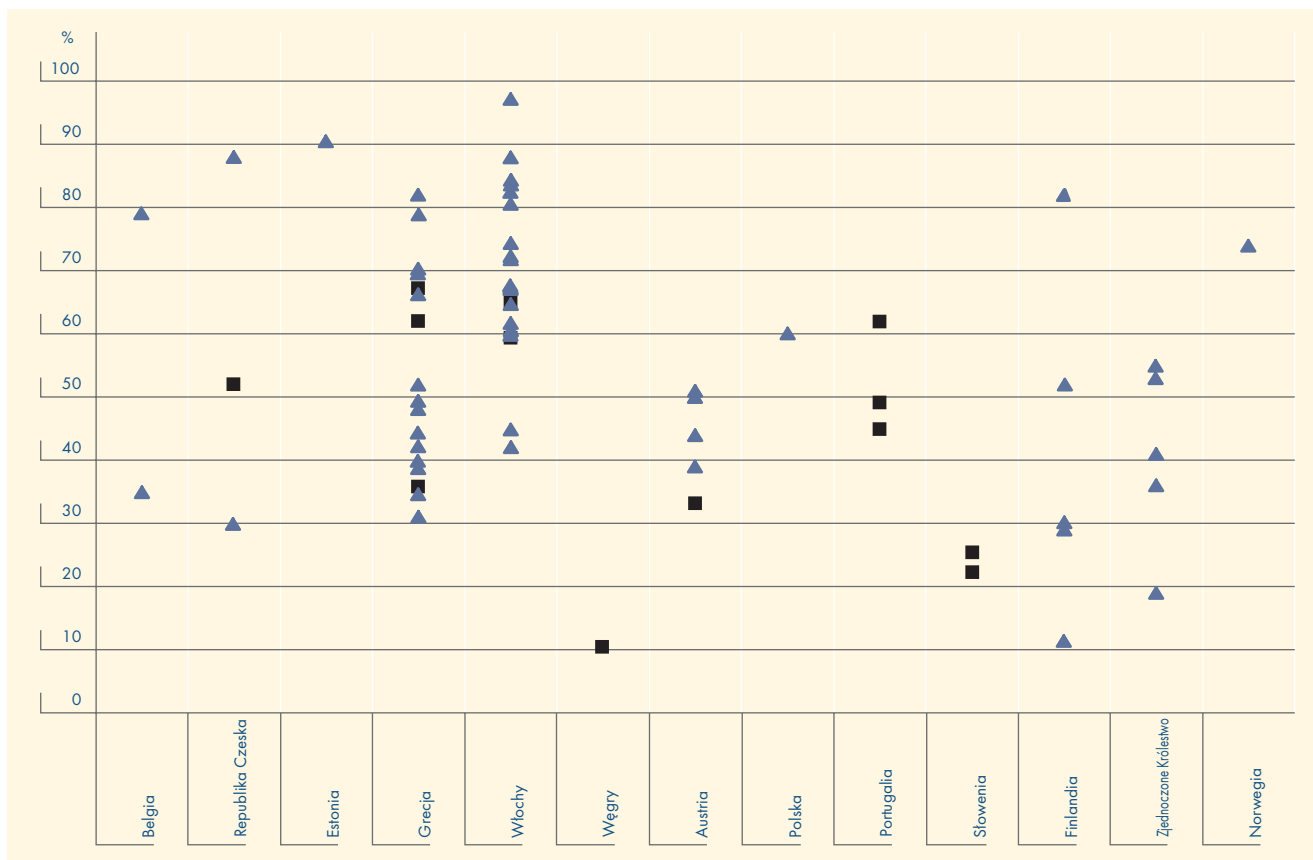
### Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

Rozpowszechnienie przeciwciał wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV) w grupie osób zażywających narkotyki dożylnie jest ogólnie bardzo wysokie, choć wewnątrz państw i między poszczególnymi państwami występują znaczne różnice <sup>(130)</sup>. W próbkach osób wstrzykujących narkotyki poziom wskaźnika rozpowszechnienia powyżej 60% w latach 2002–2003 występuje w Belgii, Estonii, Grecji, we Włoszech, w Polsce, Portugalii i Norwegii, a o próbkach z rozpowszechnieniem poniżej 40% donoszą Belgia, Republika Czeska, Grecja, Węgry, Austria, Słowenia, Słowacja, Finlandia i Zjednoczone Królestwo (wykres 16) <sup>(131)</sup>.

Dane o rozpowszechnieniu wśród młodych osób zażywających narkotyki dożylnie (w wieku poniżej 25 lat)

dostępne są jedynie w kilku państwach, a w przypadku niektórych z nich próbki są zbyt małe. Według dostępnych danych w latach 2002–2003 najwyższe rozpowszechnienie wśród młodych osób wstrzykujących narkotyki (ponad 40%) odnotowano w próbkach pochodzących z Grecji, Austrii i Polski, a najniższe (poniżej 20%) w próbkach z Węgier, Słowenii, Finlandii i Zjednoczonego Królestwa <sup>(132)</sup>. Dane dotyczące rozpowszechnienia HCV wśród nowych osób wstrzykujących narkotyki (przyjmujących narkotyki dożylnie krócej niż dwa lata) są jeszcze bardziej ograniczone, choć na podstawie informacji dostępnych za lata 2002–2003 widać, że najwyższe rozpowszechnienie (ponad 40%) występuje w próbkach z Belgii i Polski, a najniższe (poniżej 20%) w próbkach z Republiki Czeskiej, Grecji i Słowenii <sup>(133)</sup>. Dane o zgłoszeniach

**Wykres 16:** Krajowe i lokalne dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w latach 2002–2003



Uwagi: Czarny kwadrat = próbki ogólnokrajowe; niebieski trójkąt = próbki lokalne/regionalne.  
 Różnice między poszczególnymi państwami należy interpretować ostrożnie z uwagi na różne rodzaje zakładów i/lub metod badań. Krajowe strategie dotyczące pobierania próbek nie są jednakowe.  
 Dane dla Hiszpanii i Portugalii oraz niektóre dane dla Republiki Czeskiej obejmują osoby niezażywające narkotyków drogą dożylną, a zatem mogą zaniżać dane dotyczące rozpowszechnienia wśród osób zażywających narkotyki drogą iniekcji (IDU) (odsetek osób niezażywających narkotyków dożylnie w próbkach nie jest znany).  
 Dane dla Portugalii, Słowenii i Słowacji ograniczają się do rozpowszechnienia wśród osób wstrzykujących narkotyki i przechodzących leczenie, więc mogą nie być reprezentatywne dla rozpowszechnienia wśród osób wstrzykujących narkotyki i pozostających poza leczeniem.  
 Źródła: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox (2004). Pierwotne źródła danych, szczegóły dotyczące badań oraz dane sprzed 2002 roku znajdują się w tabeli INF-11 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

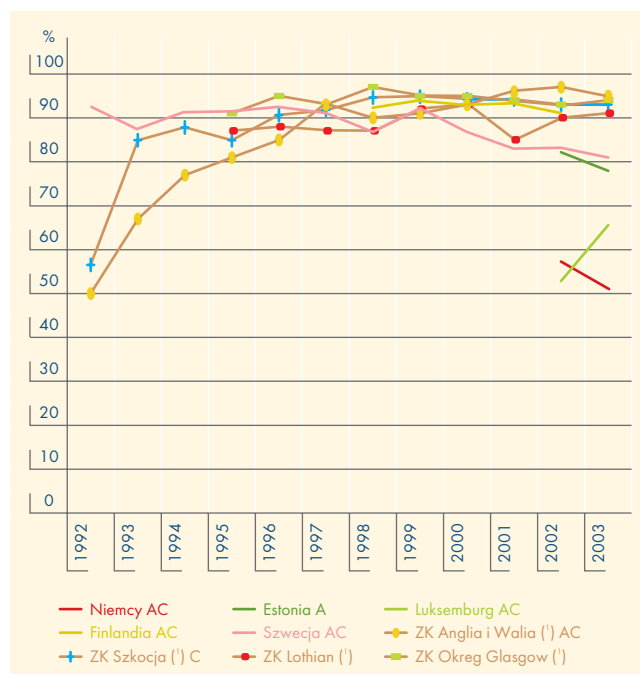
<sup>(130)</sup> Patrz tabele INF-2 i INF-11 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.  
<sup>(131)</sup> Patrz także wykres INF-21 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005 i Mathed' et al., 2005 r.  
<sup>(132)</sup> Patrz tabela INF-12 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.  
<sup>(133)</sup> Patrz tabela INF-13 oraz wykresy INF-7 i INF-8 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.



wirusowego zapalenia wątroby typu C za lata 1992–2003 sugerują, że w państwach, które dostarczają dane, osoby zażywające narkotyki dożylnie stanowią ogromną większość zgłoszonych przypadków zapalenia wątroby typu C (zgłoszenia ograniczone są najczęściej do zdiagnozowanych przypadków ostrej infekcji (wykres 17).

Rozpowszechnienie znaczników wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) także różni się bardzo wewnątrz państw i między poszczególnymi państwami<sup>(134)</sup>. Najbardziej kompletne dane uzyskuje się dzięki przeciwciałom anti-HBc, które wykazują historię zakażenia, a w grupie osób z negatywnym wynikiem testu możliwości szczepienia. W latach 2002–2003 o próbkach osób zażywających narkotyki dożylnie z rozpowszechnieniem powyżej 60% doniosły Belgia, Estonia i Włochy, a o próbkach z rozpowszechnieniem poniżej 30% państwa takie, jak Belgia, Hiszpania, Włochy, Austria, Portugalia, Słowenia, Słowacja i Zjednoczone Królestwo<sup>(135)</sup>. Dane o zgłoszeniach

**Wykres 17:** Zgłoszone przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu C, odsetek przypadków odnotowanych jako dotyczących osób zażywających narkotyki dożylnie w latach 1992–2003



(<sup>1</sup>) Dane nie dotyczą szczytu krajowego  
Uwagi: A = przypadki ostre; AC = przypadki ostre i chroniczne; C = przypadki chroniczne.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

wirusowego zapalenia wątroby typu B za okres 1992–2003 dla państw, z których dane są dostępne, sugerują, że odsetek osób wstrzykujących narkotyki rośnie<sup>(136)</sup>. W regionie skandynawskim ogromna większość zgłoszonych ostrych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B dotyczy osób przyjmujących narkotyki dożylnie, a w kilku państwach wybuchy HBV występowały równolegle ze wzrostem stosowania narkotyków dożylnie (Blystad et al., 2005).

Krótki przegląd innych chorób zakaźnych związanych z zażywaniem narkotyków znajduje się w sprawozdaniu rocznym 2004

(<http://ar2004.emcdda.eu.int/pl/page074-pl.html>).

### Zapobieganie chorobom zakaźnym związanym z zażywaniem narkotyków

Choć polityki krajowe państw członkowskich różnią się między sobą, ponieważ odzwierciedlają własne, konkretne sytuacje dotyczące problemów narkotykowych i kontekst polityczny, istnieje także coraz więcej dowodów na pojawianie się na szczeblu europejskim zgodnej opinii w sprawie kluczowych elementów koniecznych dla powstania efektywnej reakcji w zwalczaniu wirusa HIV i innych chorób zakaźnych w grupie osób zażywających narkotyki dożylnie<sup>(137)</sup>. Właściwa reakcja obejmuje zwiększony dostęp do leczenia z uzależnień narkotykowych (WHO, 2005), rozwój świadczeń niskoprogowych i dostępność sterylnej sprzętu oraz programów edukacyjnych. Należy jednak zauważyć, że między poszczególnymi państwami istnieją różnice co do nacisku kładzionego na poszczególne elementy tych świadczeń. Niezmiernie ważne jest zapewnienie wystarczającej dostępności doustnego leczenia zastępczego dla osób wstrzykujących opioidy, gdyż znacznie ogranicza to zachowanie narkotykowe o wysokim ryzyku transmisji wirusa HIV (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

### Dostępność igieł i strzykawek

Programy wymiany igieł i strzykawek (NSP) wprowadzono w Unii Europejskiej w połowie lat 80. jako natychmiastową reakcję na zagrożenie epidemią wirusa HIV w grupie osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Na dużą skalę programy te zostały rozwinięte w latach 90. (wykres 18). W roku 1993 programy tego typu finansowane z funduszy publicznych istniały już w ponad połowie obecnych 25 państw członkowskich UE oraz w Norwegii. Dziś programy wymiany igieł i strzykawek działają w Bułgarii, Rumunii i Norwegii oraz we wszystkich państwach UE z wyjątkiem Cypru, gdzie jednak sterylny sprzęt jest dostępny w aptekach i rozważane jest stworzenie oficjalnego programu<sup>(138)</sup>. Tuż po wdrożeniu tych

<sup>(134)</sup> Patrz tabele INF-3, INF-14 i INF-15 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

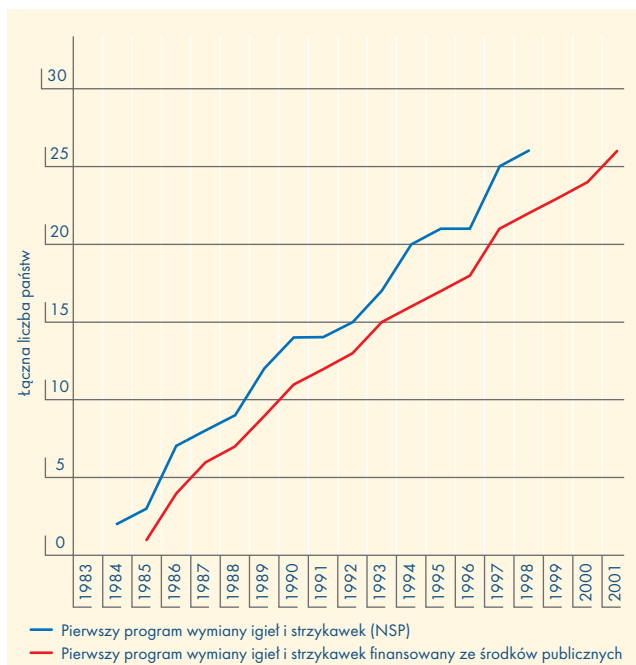
<sup>(135)</sup> Patrz wykresy INF-9, INF-10, INF-22 i INF-23 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(136)</sup> Patrz wykres INF-14 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(137)</sup> Podczas dwóch niedawnych konferencji przedstawiciele rządów europejskich potwierdzili swoje partnerstwo w walce z wirusem HIV/AIDS i określili działania dla wzmocnienia ich reakcji w tej dziedzinie (Deklaracja dublińska z lutego 2004 r. i Deklaracja wileńska z września 2004 r.). Wszelkie kluczowe dokumenty UE w sprawie wirusa HIV/AIDS dostępne są na stronie internetowej dot. zdrowia publicznego Komisji Europejskiej

([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_threats/com/aids/keydocs\\_aids\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm)).

<sup>(138)</sup> Patrz tabela NSP-2 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

**Wykres 18:** Wprowadzenie programów wymiany igieł i strzykawk w 23 państwach UE, Norwegii i Bułgarii

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox, 2004.

programów w danym państwie zwykle obszar geograficzny działania ich jednostek stale się poszerza. W wielu państwach objęto już programem obszar całego kraju, w kilku państwach członkowskich rolę kluczowego partnera odgrywają apteki. Jednakże w przypadku Szwecji jedynymi działającymi programami wymiany igieł i strzykawk są programy rozpoczęte w roku 1986 na południu kraju, a w Grecji liczba programów jest ograniczona i są one dostępne jedynie w Atenach <sup>(139)</sup>.

W państwach UE i w Norwegii programy wymiany igieł i strzykawk są zazwyczaj silnie powiązane z pracą niskoprogowych jednostek doradztwa antynarkotykowego (patrz okienko „Ułatwienie dostępu do usług”), pomocą potrzebującym oraz opieką nad bezdomnymi. Ponieważ jednostki o niskim progu dostępu zdolne są dotrzeć do ukrytych populacji aktywnych narkomanów, mogą one stać się ważnym punktem wyjścia do nawiązania kontaktu, przeprowadzenia działań zapobiegawczych, szerzenia edukacji i doradztwa, a także uzyskania skierowań na leczenie. Coraz większe uznanie zyskuje także teza, że służby niskoprogowe mogą tworzyć istotną platformę oferowania podstawowej opieki medycznej, badań przesiewowych chorób zakaźnych, szczepień oraz leczenia przeciwwirusowego tych członków społeczności, dla których dostęp do bardziej formalnych służb ochrony zdrowia może być z różnych powodów utrudniony.

Programy wymiany igieł i strzykawk opisywane są jako przeważająca metoda zapobiegania chorobom zakaźnym

### Ułatwienie dostępu do usług

Termin „niskoprogowy” odnosi się do wdrożenia programu, którego celem jest ułatwienie dostępu do usług opieki społecznej i medycznej dla osób zażywających narkotyki. Aby obniżyć dla nich próg dostępu, organizuje się jednostki w specyficznych lokalizacjach i oferuje pomoc w godzinach przystosowanych do potrzeb pacjentów, łącznie z otwieraniem ośrodków w późnych godzinach wieczornych i nocą. Jednostki niskoprogowe często świadczą swoje usługi przez pracowników niosących pomoc potrzebującym. Skorzystanie z usług takich jednostek nie wiąże się z koniecznością wypełniania wielu dokumentów, często jest bezpłatne i nie łączy się z zobowiązaniem ze strony pacjenta, by być lub stać się wolnym od narkotyków. Jednostki tego rodzaju biorą sobie za cel narkomanów, którzy nigdy jeszcze nie kontaktowali się z innymi służbami antynarkotykowymi czy zdrowotnymi oraz tych, którzy stracili z tymi instytucjami kontakt. Ich usługi skierowane są do grup trudno dostępnych oraz do konkretnych grup osób uzależnionych wysokiego ryzyka, a także do osób zażywających eksperymentalnie (np. przez świadczenie usług w klubach i dyskotekach czy innych obiektach organizujących imprezy). Program niskoprogowy może znaleźć zastosowanie w jednostkach ulicznych, centrach jednodniowych oraz terenowych stacjach ochrony zdrowia i schroniskach dla nagłych przypadków. W ramach rozległego systemu opieki jednostki, ze względu na łatwą dostępność, mają one do odegrania ważną rolę w docieraniu do bardziej ukrytych lub trudno dostępnych populacji osób zażywających narkotyki. Oprócz motywowania osób uzależnionych do zgłoszenia się na leczenie i kierowania na nie, jednostki te często przekazują usługi „skierowane na przetrwanie”, w tym żywność, odzież, schronienie, sterylne sprzęt do iniekcji i opiekę medyczną. To one propagują informacje o zdrowiu oraz zwiększają wiedzę i umiejętności bezpiecznego zażywania wśród osób zażywających narkotyki eksperymentalnie, problemowo lub jako uzależnieni. W coraz większym stopniu jednostki te świadczą także usługi leczenia.

wśród osób zażywających narkotyki przez 16 państw członkowskich UE i Norwegię oraz jako powszechna metoda w kolejnych sześciu krajach. Są one uznawane za priorytetową reakcję polityki względem chorób zakaźnych wśród narkomanów przez dwie trzecie państw UE <sup>(140)</sup>.

### Dowody na efektywność działania programów wymiany igieł i strzykawk

Badania naukowe w sprawie efektywności działania programów wymiany igieł i strzykawk w redukowaniu występowania HIV/AIDS w grupie osób zażywających narkotyki dożyłne rozpoczęły się w latach 80. <sup>(141)</sup>. Przegląd literatury opublikowany przez WHO w 2004 roku stwierdza, że istnieją istotne dowody potwierdzające tezę, że zwiększenie dostępności i wykorzystania sterylnego sprzętu do iniekcji przez osoby wstrzykujące narkotyki wyraźnie ogranicza rozwój zakażeń wirusem HIV oraz że nie ma dowodów na istnienie jakichkolwiek większych niezamierzonych, negatywnych konsekwencji

<sup>(139)</sup> Patrz „Dostępność igieł i strzykawk” w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(140)</sup> Przegląd krajowych reakcji względem chorób zakaźnych znajduje się na stronie internetowej EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

<sup>(141)</sup> Lista najważniejszych przeglądów znajduje się na stronie internetowej EMCDDA (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

tego działania (WHO, 2004). Z przeglądu wynika jednak także, że same programy wymiany igieł i strzykawek nie są wystarczającym środkiem na powstrzymanie występowania zakażeń wirusem HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki i że muszą one być wspierane przez inne działania uzupełniające, by zwalczać zakażenia wirusem HIV w grupie osób przyjmujących narkotyki dożylnie i zakażenia spowodowane przez jej członków. Badając efektywność kosztową programów wymiany igieł i strzykawek, de Wit i Bos (2004) wskazują, że są one efektywne pod względem kosztów w dziedzinie zapobiegania rozprzestrzeniania wirusa HIV, dają także dodatkową i wartościową korzyść, gdyż doprowadzają do nawiązania kontaktu między trudno dostępną populacją narkomanów a służbami medycznymi i opieki społecznej.

### Zapobieganie wirusowemu zapaleniu wątroby

Osoby zażywające narkotyki dożylnie znajdują się w grupie bardzo wysokiego ryzyka zakażeniem HBV i HCV. Od 50% do 80% narkomanów zaraża się w ciągu pięciu lat od rozpoczęcia wstrzykiwania, co może doprowadzić do infekcji chronicznej, która może uszkodzić i ostatecznie zniszczyć wątrobę (EMCDDA, 2004b). Szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu C nie jest obecnie dostępna, choć wirusowemu zapaleniu wątroby typu B można skutecznie zapobiegać przez szczepienie<sup>(142)</sup>.

W ostatnim dziesięcioleciu kilka państw UE wprowadziło lub ponownie umieściło wirusowe zapalenie wątroby typu B w krajowych programach szczepień ochronnych i szczepionki te stanowią obecnie część harmonogramów szczepień rutynowych dla dzieci w większości państw UE. Jak dotąd jedynie Dania, Niemcy, Szwecja, Zjednoczone Królestwo i Norwegia nie postąpiły według zaleceń WHO<sup>(143)</sup>.

Choć minęło dziesięciolecie, zanim otrzyma się populację charakteryzującą się niskim ryzykiem, programy ukierunkowane na szczepienie dla osób zażywających narkotyki są obecnie wdrażane w większości państw UE i w Norwegii. By dotrzeć do populacji docelowych, szczepienia udostępnia się dla narkomanów w łatwo dostępnych punktach kontaktowych i coraz częściej również w więzieniach<sup>(144)</sup>.

Kampanie szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B są często połączone ze szczepieniami przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A oraz

doradztwem, badaniami i skierowaniami na leczenie względem wirusowego zapalenia wątroby typu C. Choć wszystkie państwa oferują leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C, dostęp do nich dla narkomanów może być w praktyce trudny. Ponieważ oficjalne wytyczne medyczne uważane są za ważne narzędzie sterowania dostępem do leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C, w latach 2003–2004 były one przedmiotem analizy EMCDDA<sup>(145)</sup>. Większość wytycznych zaleca, by narkomani przechodzili leczenie po odstawieniu narkotyków lub gdy podlegają stałemu doustnemu leczeniu zastępczemu przez określony okres, trwający od trzech miesięcy do dwóch lat. Im bardziej aktualne są dokumenty zawierające wytyczne, tym częściej uwzględniają one badania wykazujące korzyści dla narkomanów wynikające z multidyscyplinarnego podejścia do leczenia ze strony lekarzy hepatologów i specjalistów ds. narkomanii. Najnowszy wzrost poziomu poradnictwa krajowego prawdopodobnie pozwoli na polepszenie możliwości leczenia i wzmocni jego wyniki dla osób zażywających narkotyki.

## Zgony związane z zażywaniem narkotyków

### Zgony związane z zażywaniem heroiny

W niniejszej części termin „zgony związane z zażywaniem narkotyków” odnosi się do zgonów spowodowanych bezpośrednio przyjęciem jednego lub więcej narkotyków i następujących krótko po zażyciu jednej lub kilku substancji. Przypadki śmiertelne tego typu znane są jako przedawkowania, zatrucia lub zgony spowodowane przez narkotyki<sup>(146)</sup>.

Opiaty obecne są w większości odnotowywanych w UE przypadków „zgonów związanych z zażywaniem narkotyków” spowodowanych przez substancje nielegalne, choć w wielu przypadkach podczas badania toksykologicznego wykrywane są także inne substancje, a zwłaszcza alkohol, benzodiazepiny i, w niektórych państwach, kokaina<sup>(147)</sup>.

W latach 1990–2002 państwa UE doniosły o 7000–9000 przypadków zgonów z powodu przedawkowania rocznie<sup>(148)</sup>, zwiększając liczbę ponad 100 000 zgonów odnotowanych w tym okresie. Dane te

<sup>(142)</sup> Więcej informacji o wirusowym zapaleniu wątroby znajduje się na stronie internetowej EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

<sup>(143)</sup> Sprawozdanie w sprawie XIV Globalnej Grupy Doradczej: Rozszerzony Program Szczepień, 14–18 października 1991 r., Antalya, Turcja, przyjęte przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 1992 roku.

<sup>(144)</sup> Patrz tabela szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

<sup>(145)</sup> Badanie konsultacyjne w sprawie wytycznych względem leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C u osób zażywających narkotyki dożylnie (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

<sup>(146)</sup> Jest to definicja uzgodniona przez grupę ekspertów krajowych EMCDDA: patrz uwagi metodologiczne „Definicja EMCDDA dla zgonu związanego z zażywaniem narkotyków” w Biuletynie Statystycznym na rok 2005 oraz Protokół Standardu DRD, wersja 3.0

(<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Krajowe definicje przypadku istniejące w wielu państwach są obecnie takie same jak definicja EMCDDA lub stosunkowo do niej podobne, choć niektóre państwa ujmują przypadki spowodowane lekami psychoaktywnymi lub zgony inne niż z przedawkowania, zazwyczaj jednak jest to ograniczona liczba (patrz „Krajowe definicje dla zgonów związanych z zażywaniem narkotyków” w Biuletynie Statystycznym na rok 2005).

<sup>(147)</sup> Patrz tabela DRD-1 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(148)</sup> Patrz tabele DRD-2 i DRD-3 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

można uważać za minimalne wartości szacunkowe, ponieważ w wielu państwach dochodzi do zaniżania danych.

Przedawkowanie opiatów to jeden z głównych powodów śmierci wśród osób młodych w Europie, szczególnie w grupie mężczyzn z obszarów miejskich (EMCDDA, 2004c). Obecnie przedawkowanie to również główny powód zgonów wśród osób zażywających opiaty w całej UE. Przykładowo, w 2001 roku 15 starych państw członkowskich UE doniosło o 8347 zgonach związanych z zażywaniem narkotyków w porównaniu z 1633 zgonami z powodu AIDS w grupie osób zażywających narkotyki dożylnie (EuroHIV, 2004) <sup>(149)</sup>, choć nie należy zapominać o kosztach i ewentualnych problemach długoterminowych związanych z zakażeniem wirusem HIV.

Większość osób przedawkujących narkotyki to mężczyźni. Stanowią oni od 60% do 100% przypadków, a dla większości państw ich odsetek znajduje się w przedziale od 75% do 90%. Większość ofiar przedawkowania to osoby w wieku od 20 do ok. 40 lat, średnia wieku dla nich wynosi ok. 35 lat (przedział od 22 do 45 lat). Poziom średniego wieku jest najniższy w kilku nowych państwach członkowskich (Estonia, Łotwa, Litwa i Rumunia), w wielu z nich relatywnie wysoki jest odsetek ofiar przedawkowania w wieku poniżej 25 lat, co może wskazywać na młodszą populację osób zażywających heroinę w tych państwach <sup>(150)</sup>.

### Zgony związane z zażywaniem metadonu

W sprawozdaniach krajowych Reitox na rok 2004 kilka państw doniosło o obecności metadonu w znacznym odsetku zgonów związanych z zażywaniem narkotyków. Informacja ta przekazywana jest zgodnie z terminologią krajową i, w pewnych przypadkach, trudno jest ocenić dokładnie, jaką rolę w spowodowaniu śmierci odegrał metadon. W niektórych przypadkach metadon to jedyny zażyty środek powodujący zatrucie, w innych – obecność substancji jest ledwie wykrywalna. Dania przekazała informację, że metadon był obecny w 49% przypadków śmiertelnych z powodu zatrucia (97 na 198 przypadków, 64 z nich dotyczyło wyłącznie metadonu). Niemcy doniosły, że 23% przypadków spowodowanych było „substancjami zastępczymi”, z czego 3% dotyczyło występowania jedynie tych substancji (55 przypadków), a 20% w połączeniu z alkoholem i środkami odurzającymi (354 przypadki), gdy tymczasem w roku 2002 dane te wynosiły 30% ogólnie (7% zażycie wyłącznie i 23% zażycie łączne). Dane ze Zjednoczonego Królestwa mówią o 418 przypadkach, w których pojawia się wzmianka o metadonie, choć nie oznacza to stosunku przyczynowego. Inne państwa rzadziej wspominały o wykryciu metadonu w przypadkach śmiertelnych związanych z narkotykami: Francja (osiem przypadków zażycia wyłącznie lub łącznego), Austria (wykryty w 10% przypadków śmiertelnych), Portugalia (wykryty

w 3% przypadków) i Słowenia (cztery zgony spowodowane metadonem). W sprawozdaniach krajowych Reitox za rok 2003 Irlandia i Norwegia również donosiły o znacznych liczbach przypadków związanych z obecnością metadonu.

Podobnie jak opiaty, metadon jest substancją potencjalnie toksyczną, jednak badania wykazują, że stosowanie terapii zastępczej redukuje ryzyko zgonu z przedawkowania wśród pacjentów programu leczenia. W kilku badaniach pokazano, że zgony z udziałem metadonu są prawdopodobnie wynikiem raczej nielegalnego niż medycznego stosowania, a inne badania wykazały podwyższone ryzyko śmierci w okresie początkowej fazy leczenia zachowawczego metadonem. Wyniki te sugerują konieczność zapewnienia wysokich norm jakościowych w programach leczenia zastępczego.

### Zgony związane z zażywaniem fentanylu i buprenorfiny

W ostatnich latach państwa bałtyckie doniosły o kilku zgonach, których jako przyczynę badania toksykologiczne podały fentanyl, często towarzyszący heroinie. W swoim sprawozdaniu krajowym Szwecja przekazała informację o 13 zgonach związanych z fentanylem w grupie osób zażywających narkotyki dożylnie w roku 2003, w porównaniu z jedynie sporadycznymi przypadkami występującymi rok wcześniej. Informacje dotyczące roli buprenorfiny w zgonach związanych z zażywaniem narkotyków znajdują się w części zagadnień wybranych dotyczącej buprenorfiny.

### Trendy w zakresie nagłych zgonów związanych z zażywaniem narkotyków

Trendy dotyczące zgonów związanych z zażywaniem narkotyków różnią się między poszczególnymi państwami <sup>(151)</sup>, a nawet między regionami. Dzieje się tak w wyniku różnic w przebiegu epidemii heroiny, w rozpowszechnieniu jej zażywania, w zachowaniach ryzykownych (np. odsetek osób wstrzykujących narkotyki, stosowanie więcej niż jednego narkotyku), w udostępnieniu usług leczenia i wsparcia dla osób zażywających narkotyki, a być może także w dostępności i cechach heroiny. Różnice w organizacji i polityce służb ratownictwa medycznego mogą odgrywać tutaj istotną rolę.

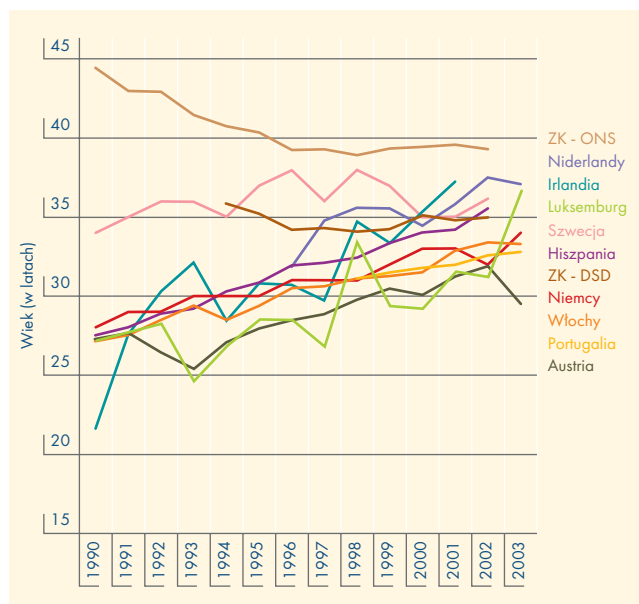
Pamiętając o tych ograniczeniach, można jednak określić pewne ogólne trendy charakterystyczne dla UE, zwłaszcza dla 15 starych państw członkowskich UE, z których dane dostępne są dłużej i w bardziej systematycznych seriach. Generalnie w latach 80. i wczesnych latach 90. odnotowano znaczny wzrost liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków. W latach 1999–2000, pomimo spadku danych w niektórych państwach, nadal utrzymywał się w Europie trend rosnący, choć na niższą skalę. W roku 2000 odnotowano 8930 zgonów w porównaniu

<sup>(149)</sup> Liczba zgonów z powodu AIDS odnosi się do zachodniego obszaru WHO Europa i obejmuje zgony z kilku państw spoza UE, np. Szwajcarii, Islandii i Izraela.

<sup>(150)</sup> Patrz wykres DRD-2 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(151)</sup> Patrz wykres DRD-7 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

**Wykres 19:** Trendy dotyczące średniego wieku ofiar nagłych zgonów związanych z narkotykami w niektórych z 15 starych państw członkowskich w latach 1990–2001/2003



Uwagi: Wartość liczbową przedstawia dane pochodzące z państw, które przekazywały informacje o średnim wieku ofiar przez dłuższy czas trwania okresu sprawozdawczego.

Informacja oparta na „definicjach krajowych” przedstawionych w tabeli DRD-6 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. W Anglii i Walii stosuje się „definicję strategii antynarkotykowej” (DSD). ONS = Office of national statistics.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (medycyny sądowej lub policji).

z 6426 zgonami w roku 1990 (wzrost o 40%)<sup>(152)</sup>. W większości państw członkowskich o dłuższym stażu unijnym można zaobserwować trend starzenia się wśród ofiar przedawkowania, sugerujący istnienie „efektu starzejącej się grupy”, który można połączyć ze spadkiem liczby pojawiania się młodych osób uzależnionych (wykres 19).

Od 2000 roku wiele państw UE donosi jednak o spadku liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków. W grupie 15 starych państw członkowskich i Norwegii całkowita liczba spadła z 8930 w roku 2000 do 8394 w roku 2001 (spadek o 6%) i do 7122 przypadków w roku 2002<sup>(153)</sup> (spadek o dalsze 15%). Jedynie 10 państw przekazało informacje za rok 2003, zatem wnioskowanie o trendach w UE powinno być przeprowadzane ostrożnie. Jednakże na podstawie danych z tych 10 państw zaobserwowano 5-procentowy spadek w 2003 roku, czyli jedynie jedną trzecią wartości spadku odnotowanego w roku 2002. Z grupy dziesięciu państw, które dostarczyły dane za rok 2003, trzy doniosły o wzroście, jedno o braku zmian, a sześć o spadku, z czego spadki odnotowane w Grecji (22%) i we Włoszech (17%) mogą być uważane za znaczne<sup>(154)</sup>. Taki rozwój sytuacji powinien być powodem do poważnego niepokoju, gdyż możliwe jest, że czynniki odpowiedzialne za obniżenie

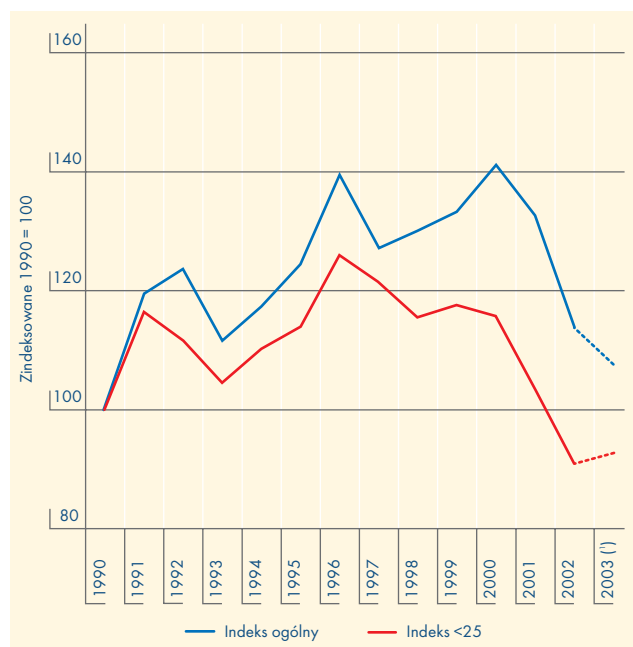
<sup>(152)</sup> Patrz wykres DRD-8 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(153)</sup> Dane liczbowe dla Belgii i Irlandii za rok 2002 nie zostały ujęte (w roku 2001 odnotowano 88 przypadków w Irlandii).

<sup>(154)</sup> Na podstawie prostego modelu statystycznego Poissona. Dane policyjne z Norwegii także sugerują wyraźny spadek w roku 2003.

<sup>(155)</sup> Patrz wykres DRD-9 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

**Wykres 20:** Ogólny trend dotyczący nagłych zgonów związanych z narkotykami w 15 starych państwach członkowskich UE oraz trend dotyczący odsetka ofiar zgonów związanych z narkotykami w wieku poniżej 25 lat w okresie od 1990 do 2003 roku



<sup>(1)</sup> Wartość liczbową za rok 2003 jest tymczasowa, ponieważ jedynie dziesięć państw przekazało dane za rok 2003. Wartość liczbową za rok 2003 oparta jest na krajach, które przekazały dane za rok 2002 i 2003. Uwagi: Indeks: 1990 = 100. Dane o liczbach przypadków przypadających na poszczególne państwa rocznie przedstawione są w tabeli DRD-2 (części i i v) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Belgia nie przekazała danych za lata 1998–2001, a Irlandia za rok 2002. Zastosowano metodę obliczeń zdefiniowaną w EMCDDA (2001) celem wprowadzenia korekty odnośnie do tej sytuacji.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (medycyny sądowej lub policji) w oparciu o definicję krajową przedstawioną w tabeli DRD-6 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w latach 2000–2002 (spadek o prawie 20%) przestały oddziaływać w 2003 roku. Jest to niezmiernie ważne, ponieważ zgony związane z zażywaniem narkotyków nadal są na historycznie wysokich poziomach, podobnych do tych notowanych we wczesnych latach 90. (wykres 20).

Generalnie liczba zgonów związanych z zażywaniem narkotyków wśród osób poniżej 25 roku życia zmniejsza się, stosunkowo równomiernie, od roku 1996, wskazując na ewentualny spadek liczby młodych osób przyjmujących narkotyki dożylnie (wykresy 19 i 20), wynikający z obniżających się lub stabilnych trendów w większości z 15 starych państw członkowskich UE, oprócz Francji, Szwecji i Norwegii. W przypadku niektórych nowych państw członkowskich odnotowano jednak wyraźny wzrost odsetka ofiar poniżej 25 roku życia od połowy lat 90. do okresu 2000–2002. Sugeruje to rosnącą liczbę nowych młodych narkomanów<sup>(155)</sup>. Dodatkowo spadek

zaobserwowany na poziomie 15 starych państw UE od roku 2000 dotyczy głównie mężczyzn (spadek o 21,9%). W przypadku kobiet odnotowano znacznie niższy spadek (14,5%), a w roku 2003, w odróżnieniu od sytuacji wśród mężczyzn, malejący trend wśród kobiet najprawdopodobniej się odwrócił<sup>(156)</sup>.

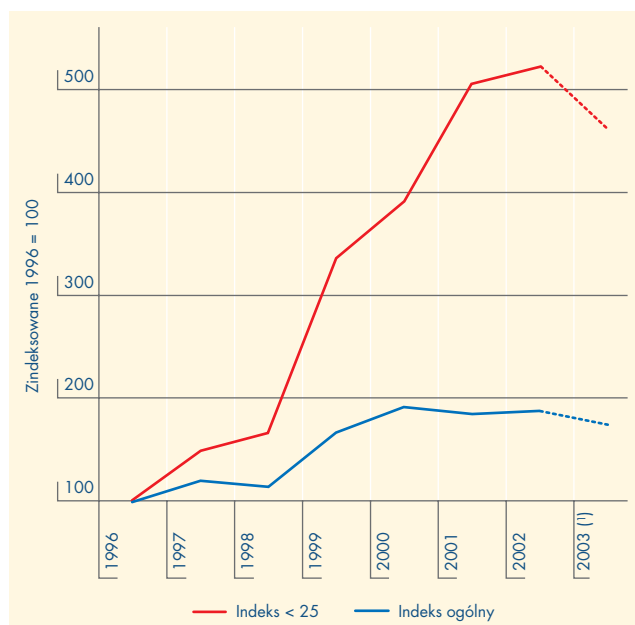
Określenie trendów dla nowych państw członkowskich jest trudne z uwagi na ograniczoną dostępność danych. Choć między poszczególnymi państwami istnieją różnice, dostępne dane sugerują, że liczba zgonów związanych z zażywaniem narkotyków zaczęła się wyraźniej zwiększać w pierwszej połowie lat 90. Teza ta poparta jest także wzrostem odsetka ofiar poniżej 25. roku życia, który odnotowano od połowy lat 90. do okresu 1999–2000 w przypadku większości krajów przekazujących informacje<sup>(157)</sup>. W nowych państwach członkowskich, w których dostępne są dane, liczba ofiar poniżej 25 roku życia jest znacznie wyższa niż całkowita liczba ofiar odnotowana od roku 1996 do bardzo niedawna (wykres 21), wspierając twierdzenia o niedawnej epidemii. Od roku 2000 liczba zgonów spowodowanych przez substancje nielegalne ustabilizowała się bądź zmalała w Bułgarii, Republice Czeskiej<sup>(158)</sup>, na Łotwie (w roku 2003) i na Węgrzech. Generalnie w ostatnich latach zdaje się występować pewien stopień stabilizacji, jednak do takiego wniosku należy podchodzić z ostrożnością, gdyż jakość i zakres sprawozdawania są w wielu państwach nadal ograniczone. Prawdopodobny wzrost spożywania heroiny, który nastąpił w latach 90. w wielu nowych państwach członkowskich, mógł zostać zrównoważony przez zwiększenie dostępności usług leczniczych w ostatnich latach lub przez inne czynniki. Trudno jest jednak przewidzieć trend na przyszłość (wykres 21).

Można stwierdzić na zakończenie, że pomimo pozytywnej sytuacji w latach 2000–2002, prawdopodobnie powiązanej z czynnikami takimi, jak odejście od przyjmowania narkotyków dożylnie w grupie osób uzależnionych od opiatów w pewnej liczbie państw oraz zwiększony dostęp do leczenia, jak również z możliwą stabilizacją lub spadkiem liczby osób uzależnionych od opiatów, obecne dane przyjmują wysokie wartości z perspektywy długoterminowej, a istnieją także oznaki wskazujące, że poprawa sytuacji może nie być trwała.

### Ogólny stopień śmiertelności wśród osób zażywających opiaty

Śmiertelność wśród osób zażywających opiaty jest ogólnie do 20 razy wyższa niż śmiertelność populacji ogólnej w tym samym wieku. Ten podniesiony poziom śmiertelności jest szczególnie wysoki w grupie osób wstrzykujących narkotyki. Pomimo niskiego rozpowszechnienia uzależnienia od opiatów, stan ten ma szczególny wpływ

**Wykres 21:** Ogólny trend dotyczący nagłych zgonów związanych z narkotykami w nowych państwach członkowskich i w państwach kandydujących oraz trend dotyczący odsetka ofiar w wieku poniżej 25 lat w okresie od 1996 do 2003 roku



(\*) Wartość liczbową za rok 2003 jest tymczasowa.

Uwagi: Państwa ujęte to Bułgaria, Republika Czeska, Estonia, Łotwa, Litwa, Węgry, Malta i Słowenia.

Indeks: 1996 = 100. Dane o ilości przypadków przypadających na poszczególne państwa rocznie przedstawione są w tabeli DRD-2 (część ii) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

Należy pamiętać, że indeks został obliczony przy wykorzystaniu danych pochodzących z ograniczonej liczby państw. Trzeba też zauważyć, że na Republikę Czeską i Estonię przypada znaczny odsetek ofiar poniżej 25 roku życia.

Estonia nie przekazała danych za lata 1996 i 2003, Węgry za rok 2002, a Republika Czeska za okres od 1996 do 2000 roku. Metoda obliczeń opisana jest w EMCDDA (2001).

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2004), informacje zebrane z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (medycyny sądowej lub policji), w oparciu o definicje krajowe przedstawione w tabeli DRD-6 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

na stopień śmiertelności młodych osób dorosłych w Europie (Bargagli et al., 2004).

Powody śmiertelności wśród osób uzależnionych od opiatów obejmują nie tylko przedawkowania, ale także AIDS i inne choroby zakaźne oraz zewnętrzne przyczyny śmierci (wypadki, przemoc, samobójstwa itd.). Głównym powodem zgonów w grupach osób o niskim rozpowszechnieniu zakażenia wirusem HIV jest przedawkowanie. Liczba zgonów spowodowanych AIDS zmniejszyła się znacznie w ostatnich latach, nawet w grupach o wysokim rozpowszechnieniu zakażenia wirusem HIV, a to ze względu na zwiększoną dostępność leczenia HAART po roku 1995 (ogólne dane w Europie, patrz powyżej)<sup>(159)</sup>.

<sup>(156)</sup> Patrz wykres DRD-6 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(157)</sup> Patrz wykres DRD-9 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(158)</sup> Biorąc pod uwagę jedynie przypadki zgodne z „Selekcją D” EMCDDA, która obejmuje nielegalne narkotyki. Definicja krajowa obejmuje wiele przypadków wynikających z zażycia leków psychoaktywnych (75%).

<sup>(159)</sup> Śmiertelność osób zażywających narkotyki w UE: koordynacja wdrażania nowych badań grupowych, uzupełnienie badań i analiza istniejących grup oraz przygotowanie nowych metod i danych wyjściowych. Sprawozdanie EMCDDA CT.00.EP13, 2002 r. (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

Wraz ze starzeniem się osób uzależnionych od opiatów, zwiększa się także ich śmiertelność, gdyż oprócz zgonów z powodu przedawkowania czy czynników zewnętrznych, takich jak samobójstwa i przemoc, dodać należy także zgony spowodowane schorzeniami chronicznymi (np. marskość wątroby, rak, choroby układu oddechowego, zapalenie wsierdza, AIDS) (sprawozdanie krajowe Niderlandów).

Ponadto znaczny wpływ na wysoką śmiertelność w grupie osób zażywających narkotyki mogą mieć warunki bytowe i czynniki inne niż samo przyjmowanie narkotyków (bezdomyństwo, choroby psychiczne, przemoc, niedożywienie itd.). Badania wykazały, że śmiertelność wśród pacjentów chorych psychicznie jest cztery razy wyższa niż śmiertelność notowana względem populacji ogólnej (Korkeila, 2000), a śmiertelność wśród osób bezdomnych jest również od trzech do czterech razy wyższa niż w przypadku populacji ogólnej (Hwang, 2001).

## Ograniczanie liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków

### Polityki reakcji

Cel polityki UE na lata 2000–2004, aby poważnie ograniczyć liczbę zgonów związanych z zażywaniem narkotyków, uzyskał znaczny poziom akceptacji wśród państw członkowskich. Osiem z 15 starych państw członkowskich UE (Niemcy, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Luksemburg, Portugalia, Finlandia i Zjednoczone Królestwo) oraz cztery nowe państwa UE (Cypr, Łotwa, Litwa i Polska) wprowadziły ograniczenie liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków do swoich strategii krajowych<sup>(160)</sup>. Jednakże fakt, że kilka nowych państw członkowskich nadal nie dysponuje wiarygodnymi informacjami co do liczby zgonów spowodowanych zażywaniem narkotyków, staje na przeszkodzie przygotowaniu odpowiedniej polityki reakcji.

Nowa strategia antynarkotykowa UE (2005–2012) przykładą dużą wagę do poprawy dostępu do różnorodnych świadczeń, które mogą zmniejszyć zachorowalność i śmiertelność związaną z uzależnieniem od narkotyków, a liczba zgonów związanych z zażywaniem narkotyków została wybrana jako jeden z głównych wskaźników postępu w osiąganiu tego celu w ciągu pierwszego, czteroletniego planu działania (2005–2008)<sup>(161)</sup>.

### Interwencje

Główną interwencją pod względem siły oddziaływania na liczbę zgonów związanych z zażywaniem narkotyków jest właściwy dostęp do leczenia, zwłaszcza leczenia zastępczego (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal et al., 2005). W latach 80., a w nawet większym stopniu w ciągu lat 90., leczenie zastępcze zostało gwałtownie

rozpowszechnione w Europie, zwłaszcza w państwach członkowskich UE o wysokim wskaźniku rozpowszechnienia przyjmowania heroiny dożylnie. Obecnie ponad pół miliona osób uzależnionych od heroiny w UE, co stanowi od jednej czwartej do połowy szacunkowej grupy docelowej osób przyjmujących heroinę, uczestniczy w programach leczenia zastępczego.

W przypadku państw, w których ponad połowa populacji problemowo zażywającej narkotyki podlega leczeniu zastępczemu, bardzo prawdopodobne jest odnotowanie ograniczenia liczby osób przyjmujących narkotyki dożylnie i powiązanych z tym zachowań ryzykownych, co w konsekwencji może doprowadzić do redukcji liczby zgonów z powodu przedawkowania.

W roku 2003 Rada Europejska zaleciła państwom członkowskim UE stosowanie kilku środków dla ograniczenia liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków<sup>(162)</sup>. Oprócz dostępności leczenia z uzależnienia od narkotyków obejmowały one także poprawę poziomu edukacji i szerzenie informacji o ryzyku przedawkowania oraz zarządzaniu wśród osób uzależnionych od narkotyków, ich otoczenia rówieśniczego i rodzin, a także aktywne strategie docierania do osób pozostających poza kontaktem ze służbami poprzez udzielenie pomocy potrzebującym i łatwo dostępne, zachęcające programy antynarkotykowe. Poziom wdrożenia tego zalecenia i jego wyniki są pod ścisłą oceną Komisji, a raport w tej sprawie oczekiwany jest w 2006 roku.

Profil demograficzny ofiar przedawkowania wskazuje, że nieleczone, starsze osoby uzależnione od heroiny znajdują się w grupie największego ryzyka śmierci z powodu przedawkowania narkotyku. Konkretnym działaniem, dobrze sprawdzającym się w przypadku tej grupy osób, jest utworzenie miejsc nadzorowanego zażywania narkotyków<sup>(163)</sup>. Takie ośrodki funkcjonują obecnie w 15 niemieckich i 15 holenderskich miastach, a także w Madrycie, Barcelonie i w Bilbao (Hiszpania) oraz w Oslo (Norwegia).

## Leczenie z uzależnienia od opiatów

Możliwości dostępne w leczeniu osób problemowo zażywających opiaty mogą zostać podzielone na trzy ogólne kategorie: leczenie farmakologiczne (MAT), leczenie nefarmakologiczne i leczenie odwykowe (ostatni z wymienionych typów leczenia nie będzie tutaj analizowany). Jednakże zajęcie się kwestiami uzależnienia i głodu narkotycznego to zaledwie jeden aspekt udanego leczenia problemów z uzależnieniem od opiatów. Pomoc danej osobie w powrocie do społeczeństwa na drodze integracji społecznej, tj. znalezienia pracy i miejsca zamieszkania, oraz rozwinięcie u tej osoby niezbędnych umiejętności społecznych i zdolności radzenia sobie, by uniknąć

<sup>(160)</sup> Patrz tabela przeglądowa: Strategie i wybrane środki dla ograniczenia liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

<sup>(161)</sup> Patrz Strategia antynarkotykowa EU na lata 2005–2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

<sup>(162)</sup> <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegalextdetail&id=2603&lang=en&T=2>

<sup>(163)</sup> Europejskie sprawozdanie w sprawie pomieszczeń do zażywania narkotyków (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

nawrotu problemu, jest prawdopodobnie równie ważne w zapewnieniu pozytywnego wyniku w perspektywie długoterminowej. Wiele badań wskazuje, że osoby z problemami uzależnienia od opiatów często mają wielokrotny kontakt z leczeniem, a cele terapeutyczne, zwłaszcza abstynencja, niekoniecznie mogą zostać osiągnięte przy pierwszym takim kontakcie, jednak mogą być uzyskane dzięki powtarzającym interwencjom terapeutycznym.

### Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne (MAT) obejmuje zarówno leczenie zastępcze lekami współdziałającymi (metadon,

buprenorfina, dwuhydrokodeina, heroina, morfina o powolnym uwalnianiu), jak również, choć stosowane na o wiele mniejszą skalę, leczenie z wykorzystaniem antagonistów (np. naltrekson).

Metadon dostępny jest w większości wszystkich państw członkowskich (patrz tabela 3) i nadal pozostaje najpowszechniej przepisywanym typem leczenia zastępczego w Europie. Jednak w ostatnich latach możliwości leczenia rozszerzyły się. Buprenorfina jest obecnie dostępna w 18 z 26 państw, w których dostępne są dane. Leczenie przy użyciu innych leków współdziałających, a także leczenie z wykorzystaniem antagonistów (naltrekson, nalokson czy klonidyna) jest

**Tabela 3: Substancje stosowane w leczeniu farmakologicznym w Europie (włączając próby)**

Państwo	Metadon	Buprenorfina	Dwuhydrokodeina	Morfina o powolnym uwalnianiu	Heroina	Naltrekson/nalokson	Klonidyna
Belgia	X	X	X			X	X
Republika Czeska	X	X					
Dania	X	X					
Niemcy	X	X	X		X	X	
Estonia	X	X					
Grecja	X	X				X	
Hiszpania	X	X			X		
Francja	X	X		X			
Irlandia	X						
Włochy	X	X				X	X
Cypr							
Łotwa	X						
Litwa	X	X				X	
Luksemburg	X	X		X			
Węgry	X						
Malta	X		X			X	X
Niderlandy	X	X			X	X	X
Austria	X	X	X	X			
Polska	X						
Portugalia	X	X				X	X
Słowenia	X						
Finlandia	X	X					
Szwecja	X	X					
Zjednoczone Królestwo	X	X	X		X	X	X
Bułgaria	X			X			
Rumunia	X						
Norwegia	X	X					

NB: Brak informacji dotyczących Słowacji i Turcji.

Źródło: Tabela standardowa dotycząca dostępności leczenia z uzależnienia od narkotyków.



rzadziej stosowane w UE. W Belgii prowadzi się obecnie badanie nad wprowadzeniem kontrolowanego przepisywania heroiny, a w Austrii, w oparciu o wyniki istniejących programów międzynarodowych, eksperci wydali opinię w sprawie leczenia osób chronicznie uzależnionych od opiatów przy pomocy heroiny.

Najnowsze dane wskazują, że w 2003 roku w UE ponad 450 000 pacjentów uczestniczyło w leczeniu zastępczym przeprowadzonym przez wyspecjalizowane jednostki (tabela 4), a ponad 90% z nich otrzymywało metadon. Ponadto odnotowano także pacjentów otrzymujących inne rodzaje leczenia zastępczego (np. z zastosowaniem

**Tabela 4: Dane szacunkowe na temat pacjentów przechodzących leczenie zastępcze w Europie w 2003 roku**

Państwo	Pacjenci przechodzący leczenie metadonem w jednostkach specjalistycznych	Pacjenci przechodzący leczenie buprenorfiną w jednostkach specjalistycznych	Całkowita liczba pacjentów przechodzących leczenie zastępcze w jednostkach specjalistycznych
Belgia	1 922	48	1 970
Republika Czeska	368	204	572
Dania	4 971	484	5 455
Niemcy	65 000	9 000	74 000
Estonia	60	13	73
Grecja	2 018	275	2 293
Hiszpania	88 678	36	88 714
Francja	15 000	13 000	28 000
Irlandia (1)	5 561	0	5 561
Włochy	79 065	7 113	86 178
Cypr	0	0	0
Łotwa	67	0	67
Litwa	332	b.d.	332
Luksemburg	133	10	143
Węgry	750	0	750
Malta	698	0	698
Niderlandy	12 000	b.d.	12 000
Austria (2)	1 796	1 667	6 413 (3)
Polska	865	0	865
Portugalia	9 765	2 743	12 508
Słowenia	1 909	0	1 909
Finlandia	170	430	600
Szwecja	800	1 300	2 100
Zjednoczone Królestwo	128 000	b.d.	128 000
Bułgaria	380	0	380
Rumunia	400	0	400
Norwegia	1 947	484	2 431
łącznie (4)	422 655	36 807	462 412 (5)

(1) Jest to raczej liczba przypadków niż osób przechodzących leczenie w danym roku.

(2) W Austrii około 46% pacjentów otrzymuje leczenie zastępcze środkami innymi niż metadon czy buprenorfina, co zostało dodane dla poprawności wyniku łącznego. Rozbicie proporcjonalne oparte jest na danych o pierwszym leczeniu.

(3) Wyższa łączna wartość całkowita jest spowodowana szacunkową liczbą 2950 pacjentów podlegających w Austrii leczeniu zastępczemu środkami innymi niż metadon czy buprenorfina (najczęściej stosowaną jest w takich przypadkach morfina o powolnym uwalnianiu).

(4) b.d. = brak danych. Przy obliczaniu wartości łącznych pozycjom „brak danych” przypisano wartość 0, zatem zaprezentowane liczby stanowią wartości minimalne.

NB: Brak informacji dotyczących Słowacji i Turcji.

Źródło: Tabela standardowa dotycząca dostępności leczenia z uzależnienia od narkotyków.

dwuhydrokodeiny, morfiny o powolnym uwalnianiu lub heroiny) oraz osoby, które przechodziły leczenie zastępcze w obiektach, takich jak ich przychodnie rejonowe. Niestety obecnie w przypadku wielu państw członkowskich nie są dostępne wiarygodne dane o tych aspektach leczenia zastępczego i w rezultacie nie jest możliwe określenie łącznych danych liczbowych dla całej UE.

Pewne państwa posiadają jednak wiarygodne dane lub dane szacunkowe co do liczby pacjentów otrzymujących leczenie zastępcze od lekarzy medycyny rodzinnej, co istotnie wzbogaca informacje o całościowych danych szacunkowych względem pacjentów podlegających leczeniu zastępczemu w UE. Grupa pacjentów otrzymujących leczenie metadonem od swoich lekarzy rodzinnych liczyła w roku 2003 8500 osób we Francji, 2682 osoby w Irlandii, 851 osób w Luksemburgu i 930 osób w Niderlandach. Dodatkowo w Republice Czeskiej i we Francji odpowiednio 1200 i 70 000 pacjentów otrzymywało leczenie buprenorfiną od lekarza rodzinnego. Oszacowano, że w tych pięciu państwach łącznie 81 743 pacjentów uczestniczyło w leczeniu zastępczym przeprowadzonym przez lekarzy medycyny rodzinnej. Biorąc pod uwagę, że ponad 450 000 pacjentów objętych było leczeniem zastępczym w wyspecjalizowanych jednostkach, całkowita liczba pacjentów przechodzących tego typu leczenie przekroczyła obecnie pół miliona i wynosi ok. 530 000 osób. Ponownie, ponieważ informacje nie są kompletne, liczba 530 000 osób to minimalna wartość szacunkowa chorych poddawanych leczeniu zastępczemu.

Poziom dostępności leczenia zastępczego różni się znacznie między grupą 15 starych państw UE a grupą nowych państw członkowskich i państw kandydujących. Choć nowe państwa członkowskie oraz państwa kandydujące stanowią 20% całkowitej populacji, pacjenci podlegający leczeniu zastępczemu w tych państwach to jedynie 1,3% (z wyłączeniem Turcji, gdzie brak jest danych dotyczących leczenia zastępczego). Z grupy nowych państw członkowskich jedynie dwa kraje – Republika Czeska i Słowenia – prezentują szacunkowe dane na temat rozpowszechnienia problemowego zażywania narkotyków. W obydwu państwach leczenie zastępcze jest dostępne dla mniejszej grupy osób problemowo zażywających narkotyki (odpowiednio 16% i 26%) niż średnia dla UE 15 państw (35%). Pomimo braku danych szacunkowych o rozpowszechnieniu problemowego zażywania narkotyków w innych nowych państwach członkowskich i państwach kandydujących można stwierdzić, że poziom rozpowszechnienia w nich leczenia zastępczego jest o wiele niższy niż w 15 starych państwach członkowskich UE. Sytuacja taka jest powodem niepokoju z uwagi na wysokie ryzyko rozprzestrzeniania chorób zakaźnych w niektórych państwach oraz rolę zapobiegawczą, jaką może w tym zakresie spełniać leczenie farmakologiczne (patrz np. UNODC, 2002).

W ostatnich latach pojawiły się dwa różne trendy w leczeniu farmakologicznym. Pierwszy z nich to

kontynuowanie trendu zwiększonej dostępności leczenia zastępczego, choć wzrost jest tutaj coraz słabiej widoczny. Dodatkowo nastąpiła dywersyfikacja podawanych substancji, np. liczba państw donoszących o stosowaniu buprenorfiny zwiększyła się do 14 w 2003 roku w porównaniu z sześcioma w latach 1999/2000.

Trzeci trend, choć mniej wyrazisty, dotyczy wzrostu zaangażowania lekarzy medycyny rodzinnej w leczenie farmakologiczne. W okresie 2000/2001 jedynie trzy z 15 starych państw członkowskich (Belgia, Francja, Zjednoczone Królestwo) donosiły o zaangażowaniu lekarzy rodzinnych w tego typu leczenie (Solberg et al., 2002), obecnie jednak jest ono widoczne w 10 z 15 starych państw członkowskich UE (Belgia, Niemcy, Francja, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Niderlandy, Austria, Szwecja i Zjednoczone Królestwo) oraz w trzech z nowych państw członkowskich (Republika Czeska, Malta i Słowenia).

### Leczenie niefarmakologiczne

Leczenie niefarmakologiczne obejmuje stosowanie technik psychospołecznych oraz edukacyjnych w celu osiągnięcia długoterminowej abstynencji od narkotyków. Tradycyjnie leczenie niefarmakologiczne miało charakter stacjonarny i długookresowy (np. wspólnoty terapeutyczne). Obecnie również często odbywa się w ośrodkach.

W odróżnieniu od leczenia farmakologicznego, w przypadku którego w wielu państwach członkowskich prowadzone są centralne rejestry krajowe, rejestry leczenia niefarmakologicznego należą do rzadkości, a wiarygodne, jasne dane ilościowe dla tych metod leczenia są skąpe. Choć nie ma możliwości przeprowadzenia dokładnego porównania z leczeniem farmakologicznym, sprawozdania z państw członkowskich wskazują, że leczenie farmakologiczne to główna forma leczenia osób problemowo zażywających opiaty w większości państw członkowskich UE i łącznie na szczeblu UE. Niektóre państwa donoszą jednak o ogólnej preferencji stosowania leczenia niefarmakologicznego nad farmakologicznym (Estonia, Cypr, Litwa, Polska i Finlandia). W przypadku pewnej liczby państw, zwłaszcza w Grecji, Hiszpanii i Norwegii, poziomy stosowania leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego zdają się być podobne.

### Nowe osiągnięcia dotyczące gwarancji jakości

Kilka państw (Niemcy, Austria i Portugalia) wydało instrukcje dla personelu medycznego zaangażowanego w leczenie odwykowe. Wysiłki prowadzone w ramach rządowej strategii antynarkotykowej w Zjednoczonym Królestwie pokazują, że inwestując w budżet, organizację, monitorowanie i personel, można ograniczyć listy oczekujących na leczenie, dzięki czemu więcej osób problemowo zażywających narkotyki może uzyskać dostęp do leczenia i mu się poddać. W Anglii w latach 2003–2004 o 41% więcej osób problemowo

zażywających narkotyki miało kontakt z usługami leczenia odwykowego niż w latach 1998–1999, a od 2001 roku czas oczekiwania skrócono o dwie trzecie. W latach 2003–2004 72% pacjentów zakończyło leczenie zorganizowane z wynikiem pozytywnym lub kontynuowało leczenie, dla porównania w latach 2002–2003 odsetek ten wynosił 57% (NTA, 2004).

Okoliczności, w jakich przeprowadza się leczenie niefarmakologiczne, różnią się znacząco. W przypadku jednej grupy państw (Niemcy, Grecja, Hiszpania, Francja, Cypr, Luksemburg, Niderlandy, Polska, Słowenia, Zjednoczone Królestwo) leczenie niefarmakologiczne osób problemowo zażywających opiaty prowadzi się głównie pozaszpitalnie, gdy tymczasem mniejsza grupa państw donosi o przewadze stosowania leczenia hospitalizacyjnego (Irlandia, Włochy, Austria), a inne państwa nie wykazują wyraźnej przewagi w stosowaniu którejś z metod (Szwecja, Norwegia).

### Integracja społeczna

Powtórna integracja społeczna definiowana jest jako „jakakolwiek interwencja społeczna mająca na celu integrację w społeczeństwo osób problemowo zażywających narkotyki dawniej lub obecnie”. Trzy filary integracji społecznej to (1) warunki mieszkaniowe, (2) wykształcenie oraz (3) zatrudnienie i szkolenia zawodowe. Można stosować także inne środki, takie jak doradztwo czy zajęcia w czasie wolnym.

Powtórna integracja społeczna jest mniej ugruntowaną reakcją na problemowe zażywanie narkotyków niż leczenie i w rezultacie monitorowanie oraz raportowanie w tej dziedzinie jest również bardziej niejednolite. Niektóre państwa informują o ocenach jakościowych swoich wysiłków w dziedzinie powtórnej integracji społecznej, żadne jednak nie informuje o dobrym zasięgu. Wszystkie państwa, które przekazują dane (Estonia, Irlandia, Malta, Niderlandy, Rumunia, Szwecja i Norwegia) stwierdzają niedostatki swoich usług i/lub programów integracji społecznej. Jedynym wyjątkiem jest Grecja, gdzie istnieje stosunkowo bogaty wachlarz programów integracji społecznej, z Grecji pochodzą też wiarygodne dane o liczbach pacjentów, do których docierają te programy.

### Konfiskaty oraz dane rynkowe <sup>(164)</sup>

#### Produkcja, handel oraz konfiskaty opiatów

Afganistan stał się zdecydowanie wiodącym światowym dostawcą nielegalnego opium, zwłaszcza że w roku 2004 ponownie wzrósł w tym kraju całkowity obszar upraw. W 2004 roku światowy poziom produkcji nielegalnego opium został oszacowany na ok. 4850 ton (4766 ton w roku 2003). Z tej liczby na Afganistan przypadało 87%, a na Myanmar – 8%. W ciągu ostatnich pięciu lat

światowa produkcja opium pozostawała na stałym poziomie, wyjątek stanowił rok 2001, kiedy zakaz uprawy maku lekarskiego w Afganistanie wprowadzony przez reżim talibów dał w rezultacie gwałtowny, ale krótkotrwały spadek produkcji. Globalny potencjał produkcji heroiny w roku 2004 został oszacowany na poziomie 485 ton (477 ton w roku 2003) (CND, 2005).

Heroina spożywana w UE produkowana jest głównie w Afganistanie (w coraz większym stopniu) lub wzdłuż szlaków handlowych opium, zwłaszcza w Turcji (UNODC, 2003a; INCB, 2005), a wprowadzana jest do Europy dwoma głównymi szlakami handlowymi. Tradycyjnie ważny szlak bałkański w dalszym ciągu odgrywa kluczową rolę w przemyśle heroiny. Po przejściu przez Pakistan, Iran oraz Turcję, szlak ten rozdziela się następnie na odnogę południową przechodzącą przez Grecję, była Jugosłowiańską Republikę Macedonii (FYROM), Albanii, część Włoch, Serbię, Czarnogórę oraz Bośnię i Hercegowinę, oraz na odnogę północną przebiegającą przez Bułgarię, Rumunię, Węgry oraz Austrię. INCB (2005) donosi, że w 2003 roku odnoga północna szlaku bałkańskiego zyskała dominację w przemyśle heroiny. Od połowy lat 90. heroina w coraz większej ilości przemykana jest do Europy „jedwabnym szlakiem” przez Azję Środkową, Morze Kaspijskie oraz Federację Rosyjską, Białoruś lub Ukrainę (sprawozdania krajowe Reitox, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Mimo że szlaki te należą do najważniejszych, w 2003 roku w kilku państwach na wschodzie i zachodzie Afryki oraz w obu Amerykach dokonano konfiskat heroiny przeznaczonej na rynek europejski (CND, 2005; INCB, 2005).

Oprócz importu heroiny, niektóre narkotyki opiatowe są produkowane w obrębie UE. Produkcja ta ogranicza się głównie do domowego wyrobu produktów z maku lekarskiego (np. słoma makowa, koncentrat makowy z łodyg lub główek) w wielu wschodnich państwach UE takich jak Estonia, Łotwa i Litwa (sprawozdania krajowe Reitox, 2004). Produkcja taka odzyskała popularność szczególnie w Estonii w roku 2003.

W roku 2003 Azja (56%) oraz Europa (34%) nadal miały największy udział w ilości heroiny przychwytywanej na całym świecie. Udział Europy wzrasta, zwłaszcza ze względu na wzrost przejęć heroiny we wschodnich i południowo-wschodnich państwach europejskich (CND, 2005). Od roku 1998 państwo UE o najwyższym udziale co do liczby konfiskat i ilości skonfiskowanej heroiny to Zjednoczone Królestwo, a z nim Hiszpania w odniesieniu do liczby konfiskat i Włochy w odniesieniu do ilości przechwyconego narkotyku <sup>(165)</sup>. W roku 2002 Zjednoczone Królestwo było odpowiedzialne za około 30% zarówno liczby konfiskat, jak i całkowitej ilości heroiny skonfiskowanej w UE.

Ilości skonfiskowanej heroiny <sup>(166)</sup> w UE ogólnie wykazują wzrost w ciągu ostatnich pięciu lat, ze stabilizacją

<sup>(164)</sup> Patrz „Interpretacja danych o konfiskatach i sytuacji rynkowej”, str. 42.

<sup>(165)</sup> Choć należy to porównać z brakującymi danymi za rok 2003, gdy te będą już dostępne. Dane dotyczące liczby konfiskat heroiny w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Włoch, Cypru, Niderlandów i Rumunii. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat, jak i ilości skonfiskowanej heroiny w roku 2003 nie były dostępne w przypadku Irlandii i Zjednoczonego Królestwa.

<sup>(166)</sup> Patrz tabela SZR-4 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

osiągnięta w latach 2000–2002. Tymczasem liczby konfiskat w ciągu tego samego okresu spadają. W oparciu o trendy występujące w państwach, w których dostępne są dane, zarówno liczba konfiskat, jak i ilości przechwyconej heroiny w UE zdają się być niższe w roku 2003 <sup>(167)</sup>.

Konfiskaty fentanylu i metylofentanylu, syntetycznych opiatów o prawie 100-krotnie większej sile niż heroina, ponownie przeprowadzono w roku 2003 w Estonii. Na Łotwie w roku 2003 doszło do pierwszej konfiskaty 3-metylofentanylu, a w Austrii w styczniu 2004 roku do pierwszej konfiskaty fentanylu. Niska jakość heroiny dostępnej na rynku lokalnym w Estonii jest od 2002 roku równoważona przez wprowadzenie tych dwóch nowych opiatów syntetycznych. Noszą one nazwy: „biały Chińczyk”, „biały Pers” lub „syntetyczna heroina” (sprawozdania krajowe Reitox, 2004)

Chociaż EMCDDA nie gromadzi systematycznie danych o konfiskatach benzodiazepin, zazwyczaj używanych jako substancje zastępcze przez osoby uzależnione od heroiny, Hiszpania, Litwa, Szwecja i Norwegia poinformowały o przeprowadzeniu takich konfiskat (zwłaszcza preparatu o nazwie Rohypnol) w 2003 roku.

## Cena i czystość heroiny

W Europie heroina występuje w dwóch formach, tj. powszechnie dostępnej brązowej heroiny (jej podstawowej postaci chemicznej) oraz mniej powszechnie występującej i droższej białej heroiny (w postaci soli), która zazwyczaj pochodzi z Azji Południowo-Wschodniej. W roku 2003 w UE średnia cena uliczna brązowej heroiny mieściła się w przedziale od 27 euro za gram w Belgii do 144 euro za gram w Szwecji. Z kolei cena białej heroiny wynosiła od 25 euro za gram (Słowacja) do 216 euro za gram (Szwecja) <sup>(168)</sup>. Te różnice cenowe prawdopodobnie odzwierciedlają stopień czystości sprzedawanego narkotyku.

W 2003 roku średni stopień czystości brązowej heroiny na poziomie odbiorcy końcowego w UE wahał się od 6% w Austrii do 40% na Malcie. Dane o stopniu czystości białej heroiny przekazało niewiele państw <sup>(169)</sup>; na ich podstawie określono, że wynosił on średnio od 6% w Finlandii do 70% w Norwegii <sup>(170)</sup>.

### Buprenorfina: praktyki leczenia, nadużywania i przepisywania w sprawozdaniu rocznym EMCDDA 2005: zagadnienia wybrane

W ciągu ostatnich 10 lat buprenorfina stawiała się w Europie coraz bardziej dostępna jako alternatywa dla metadonu w leczeniu uzależnienia od opiatów. Buprenorfinę stworzono początkowo jako środek przeciwbólowy, a pierwszy raz zasugerowano jej zastosowanie w leczeniu uzależnienia od opiatów w późnych latach 70. Wprowadzenie buprenorfiny do leczenia z uzależnienia od opiatów w 15 starych państwach członkowskich UE i jej rozwój w tych państwach oraz wejście do nowych państw członkowskich zostało opisane.

Sporządzane są porównania między buprenorfiną a metadonem pod względem efektywności działania i kosztów. Opisana jest dostępność leczenia buprenorfiną w Europie, prowadzi się także porównania między państwami członkowskimi, w których buprenorfina jest główną substancją wykorzystywaną w leczeniu z uzależnienia od opiatów, oraz państwami, w których w leczeniu farmakologicznym (MAT) stosuje się głównie metadon. Wyniki wskazują, że obecnie około 20% pacjentów poddawanych leczeniu farmakologicznemu w UE otrzymuje buprenorfinę, choć większość tych pacjentów przebywa w jednym państwie (Francja). Generalnie buprenorfina została rozpowszechniona w wielu

państwach, jednakże liczba pacjentów przyjmujących ten środek jest nadal ograniczona w większości państw członkowskich.

Buprenorfinę analizuje się także pod względem potencjalnego nadużywania. Pierwsze wskaźniki pokazują, że nadużywanie buprenorfiny jest szeroko rozpowszechnione jedynie w kilku państwach, a w innych jest rzadkie. Donosi się o pewnych dowodach łączących fakt nadużywania buprenorfiny z konkretnymi populacjami lub grupami wiekowymi, czy też o próbach identyfikacji odrębnych grup zraszających osoby nadużywające buprenorfinę. Choć przypadki śmiertelne spowodowane nadużywaniem buprenorfiny występują bardzo rzadko, literatura naukowa i kilka państw europejskich wspomina o pewnej liczbie takich zgonów. Sprawozdania o zgonach na skutek nadużywania buprenorfiny są porównywane ze sprawozdaniami dotyczącymi nadużywania metadonu.

Zagadnienie wybrane przedstawia wnioski na temat względnych zalet buprenorfiny i metadonu w leczeniu uzależnienia od opiatów. Buprenorfina określana jest jako szansa na szerszy i łatwiejszy dostęp do leczenia farmakologicznego.

Niniejsze zagadnienie wybrane dostępne jest drukiem i w Internecie jedynie w angielskiej wersji językowej („Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices”, EMCDDA annual report 2005: Selected issues) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

<sup>(167)</sup> Patrz tabela SZR-3 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(168)</sup> Patrz tabela PPP-2 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(169)</sup> Patrz tabela PPP-6 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(170)</sup> Mała liczba próbek dla Norwegii (n = 8).



## Rozdział 7

# Przestępczość oraz zagadnienia związane z więziennictwem

### Przestępstwa związane z narkotykami

Przestępczość związana z narkotykami odnosi się do przestępstw popełnionych pod wpływem narkotyków, przestępstw popełnionych w celu sfinansowania zażywania narkotyków, przestępstw popełnionych w odniesieniu do funkcjonowania rynków nielegalnych narkotyków oraz przestępstw łamiących prawo antynarkotykowe. Rutynowe dane są dostępne w UE jedynie względem ostatniego rodzaju tych przestępstw, tj. przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu.

„Zgłoszenia”<sup>(171)</sup> przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu odzwierciedliły różnice w krajowych przepisach prawa, sposobach ich stosowania i egzekwowania oraz w wyznaczonych priorytetach i zasobach przeznaczonych przez instytucje prawa karnego na wykrywanie poszczególnych przestępstw. Ponadto systemy informowania o przestępstwach przeciwko prawu antynarkotykowemu różnią się znacząco pomiędzy poszczególnymi państwami, zwłaszcza w odniesieniu do praktyk związanych z raportowaniem i rejestrowaniem, tzn. jakie dane są rejestrowane, kiedy i w jaki sposób. Różnice te utrudniają dokonanie porównania pomiędzy poszczególnymi państwami UE.

W latach 1998–2003 liczba zgłoszeń dotyczących przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu wzrosła w większości państw UE. Wzrost ten był szczególnie znaczący (wzrost dwukrotny i większy) w Estonii i Polsce. Jednakże liczba zgłoszeń w roku 2003 spadła w przypadku Belgii, Hiszpanii, Włoch (od 2001 roku) oraz Węgier, Austrii, Malty i Słowenii (od 2002 roku)<sup>(172)</sup>.

W przeważającej liczbie państw członkowskich UE większość zgłoszeń dotyczących przestępstw narkotykowych nadal związana była z zażywaniem narkotyków lub posiadaniem ich na własny użytek<sup>(173)</sup>, a ich liczba wahała się w przedziale od 39% wszystkich przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w Polsce do 87% w Austrii i w Zjednoczonym Królestwie. W Republice Czeskiej i w Luksemburgu odpowiednio 91% i 46% odnotowywanych przestępstw przeciwko prawu

#### Zażywanie narkotyków a przestępczość: dane wybiórcze

W badaniu sondażowym przeprowadzonym w roku 2004 w Republice Czeskiej, funkcjonariusze policji pracujący w centralach regionalnych oszacowali, że około 40% zwyczajnych kradzieży i około 30% włamań zostało dokonanych w celu zakupu narkotyków. Również w Republice Czeskiej rutynowe dane o zgłaszanych przestępstwach wykazały, że w 2003 roku 0,7% wszystkich przestępstw zostało popełnionych przez osoby będące pod wpływem substancji odurzającej lub psychotropowej (z wyłączeniem alkoholu) (sprawozdanie krajowe Republiki Czeskiej).

W Finlandii w latach 2000–2003 odsetek zabójstw i napadów popełnionych przez przestępców pod wpływem nielegalnych narkotyków był znacznie niższy niż odsetek tych przestępstw popełnionych przez przestępców pod wpływem alkoholu (6% w porównaniu z 64% przy zabójstwach i 2% w porównaniu z 71% przy napadach) (Lehti i Kivivuori; cytowani w sprawozdaniu krajowym Finlandii). Choć wydaje się, że obecność narkotyków w przypadku przestępstw włamania wzrosła w ciągu ostatniego dziesięciolecia, nadal jednak obecność alkoholu w tego typu przestępstwach jest bardziej powszechna (43% włamań wiąże się z alkoholem, a 9% z narkotykami).

W Niemczech liczba „bezpośrednich kompulsywnych przestępstw o charakterze ekonomicznym”, czyli przestępstw popełnionych w celu zdobycia narkotyków, ich środków zastępczych lub narkotyków alternatywnych, zmalała w 2003 roku do 2568 przypadków, z których ponad 70% związane było z podrobieniem recept lub kradzieżą druków recept (BKA, 2004).

Na łotwie dane rutynowe pochodzące z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wykazały, że 2,8% wszystkich wykrytych w roku 2003 przestępstw (3,1% w roku 2002) popełnione zostało przez przestępców pod wpływem substancji odurzających (sprawozdanie krajowe Łotwy).

antynarkotykowemu miało związek z dystrybucją lub handlem, podczas gdy we Włoszech i w Hiszpanii – gdzie zażywanie oraz posiadanie narkotyków na własny użytek nie stanowi przestępstwa kryminalnego – wszystkie przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu odnosiły się do dystrybucji lub handlu. Ostatecznie

<sup>(171)</sup> Termin „zgłoszenia” dla przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu został ujęty w cudzysłów, bowiem odzwierciedla różne pojęcia w poszczególnych państwach (raporty policyjne na temat podejrzanych o przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu, zarzuty w przestępstwach przeciwko prawu antynarkotykowemu itd.). W celu poznania dokładnej definicji dla każdego kraju, należy zapoznać się z uwagami metodologicznymi na temat definicji zgłoszeń przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. (Uwagi: Termin „aresztowania” stosowany był w sprawozdaniach rocznych do 2001 roku).

<sup>(172)</sup> Patrz tabela DLO-1 (część i) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005. Brak danych o zgłoszeniach przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w roku 2003 dla Danii, Niemiec, Irlandii, Łotwy, Słowacji i Zjednoczonego Królestwa.

<sup>(173)</sup> Patrz tabela DLO-2 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

w Portugalii <sup>(174)</sup> i Norwegii <sup>(175)</sup> 59% przestępcstw związanych było łącznie z zażywaniem i handlem narkotykami.

We wszystkich państwach, w których dostępne były dane, z wyjątkiem Portugalii, odsetek wszystkich przestępcstw przeciwko prawu antynarkotykowemu obejmujących przestępcstwa związane z zażywaniem/posiadaniem na własny użytek zwiększył się w pięcioletnim okresie od 1998 do 2003 roku <sup>(176)</sup>. Tempo wzrostu było ogólnie niewielkie, niemniej bardziej znaczące trendy wzrostowe były widoczne w Belgii, Luksemburgu i w Słowenii oraz do roku 2001 w Irlandii. W Portugalii liczba przestępcstw związanych z zażywaniem narkotyków zaczęła spadać w 2000 roku, tj. rok przed zalegalizowaniem w lipcu 2001 roku zażywania oraz posiadania narkotyków na własny użytek <sup>(177)</sup>. W roku 2003 o spadku liczby przestępcstw doniosły Republika Czeska, Luksemburg, Austria i Słowenia.

W większości państw członkowskich pochodne konopi indyjskich nadal były nielegalnym narkotykiem najczęściej związanym ze zgłaszaniem przestępcstw przeciwko prawu antynarkotykowemu <sup>(178)</sup>. W państwach, gdzie miało to miejsce, przestępcstwa związane z pochodnymi konopi obejmowały w 2003 roku od 39% (Włochy) do 87% (Francja) wszystkich przestępcstw przeciwko prawu antynarkotykowemu. W Niderlandach dominowały przestępcstwa z udziałem „twardych narkotyków” <sup>(179)</sup> (58%), gdy tymczasem najwięcej przestępcstw przeciwko prawu narkotykowemu zanotowanych w Republice Czeskiej dotyczyło amfetamin (48%). Na względną liczbę przestępcstw narkotykowych związanych z jakimkolwiek konkretnym narkotykiem wpływają wielorakie czynniki, takie jak priorytety operacyjne jednostek egzekwujących prawo oraz bezpośrednie lub pośrednie decyzje strategiczne określające zróżnicowane metody postępowania w przypadku różnych rodzajów przestępcstw przeciwko prawu antynarkotykowemu.

Od roku 1998 odsetek przestępcstw narkotykowych z udziałem pochodnych konopi indyjskich <sup>(180)</sup> wzrasta w Niemczech, Hiszpanii, Francji, Irlandii, na Litwie, w Luksemburgu, Malcie i w Portugalii. Odsetek ten

pozostaje na stałym poziomie w Belgii, Republice Czeskiej, Niderlandach, Słowenii, Szwecji i Zjednoczonym Królestwie, a spada we Włoszech i w Austrii <sup>(181)</sup>.

W tym samym okresie odsetek przestępcstw związanych z heroiną spadł we wszystkich państwach UE, z których dostępne są dane, oprócz Austrii i Zjednoczonego Królestwa, gdzie zanotowano wzrost <sup>(182)</sup>. Odwrotna sytuacja dotyczy przestępcstw z udziałem kokainy, których liczba w stosunku do wszystkich przestępcstw przeciwko prawu antynarkotykowemu wzrosła od roku 1998 we wszystkich państwach przekazujących dane z wyjątkiem Niemiec. Te dwa ostatnie państwa odnotowały trendy malejące <sup>(183)</sup>.

## Osoby zażywające narkotyki a więziennictwo

### Osoby zażywające narkotyki w więzieniach

Zwyczajowe sporządzanie danych ogólnokrajowych dotyczących rodzaju oraz schematów zażywania wśród więźniów jest bardzo rzadkie i niepełne. Wiele danych dostępnych w UE pochodzi z prowadzonych doraźnie badań na próbkach różnych wielkości, zatem ich wyniki (i trendy) trudno jest analizować.

W porównaniu z ogólną populacją, w populacji więziennej osoby zażywające narkotyki są nadreprezentowane. Według większości badań przeprowadzonych w UE wartość wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia narkotyków wśród więźniów wynosi ponad 50%, choć waha się znacznie w granicach od 22% do 86% pomiędzy populacjami poszczególnych więzień, aresztów oraz poszczególnych państw <sup>(184)</sup>. W UE rozpowszechnienie regularnego stosowania narkotyków lub uzależnienia w okresie poprzedzającym osadzenie w więzieniu mieści się w przedziale od 8% do 73% <sup>(185)</sup>.

Większość osób zażywających narkotyki ogranicza lub zaprzestaje zażywania z chwilą osadzenia w więzieniu.

<sup>(174)</sup> W Portugalii przestępcstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu odnoszą się obecnie do „dystrybucji/handlu narkotykami”, gdyż w lipcu 2001 roku zalegalizowano w tym kraju zażywanie/posiadanie narkotyków na własny użytek.

<sup>(175)</sup> W Norwegii nie nakreślono różnicy pomiędzy samą „dystrybucją/handlem narkotykami” a „zażywaniem/dystrybucją i handlem”. Zatem pozostałe przestępcstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu związane są tylko z „zażywaniem narkotyków”.

<sup>(176)</sup> Patrz tabela DLO-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(177)</sup> Prawo legalizujące zażywanie narkotyków i posiadanie ich na własny użytek zostało przyjęte w listopadzie 2000 roku i weszło w życie w lipcu 2001 roku.

<sup>(178)</sup> Patrz tabela DLO-3 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(179)</sup> W Niderlandach termin „narkotyki twarde” określa narkotyki, które stanowią niedopuszczalne zagrożenie dla zdrowia publicznego, takie jak heroina, kokaina, ekstazy i LSD.

<sup>(180)</sup> Następujące państwa przedstawiły podział wg poszczególnych narkotyków lub przestępcstw narkotykowych w określonym przedziale czasu: Belgia, Republika Czeska, Niemcy, Hiszpania, Francja, Irlandia, Włochy, Litwa, Luksemburg, Malta, Niderlandy (tylko dla „narkotyków miękkich/pochodnych konopi indyjskich” i „narkotyków twardych”), Austria, Portugalia, Słowenia, Szwecja i Zjednoczone Królestwo.

<sup>(181)</sup> Patrz tabela DLO-5 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(182)</sup> Patrz tabela DLO-6 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(183)</sup> Patrz tabela DLO-7 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(184)</sup> Patrz tabela DUP-1 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(185)</sup> Patrz tabela DUP-5 (załącznik) w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

Jednakże wielu więźniów nadal przyjmuje narkotyki po uwiezieniu, a niektórzy zaczynają stosować narkotyki (i/lub przyjmować je dożylnie) właśnie w więzieniu. Dostępne badania wykazują, że od 8% do 60% więźniów przyznaje się do zażywania narkotyków w więzieniu, a od 10% do 42% mówi o regularnym zażywaniu narkotyków <sup>(186)</sup>.

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego przyjęcia narkotyków dożylnie wśród więźniów jest generalnie określany na poziomie od 15% do 50%, choć niektóre badania donoszą o poziomie tak niskim jak 1% czy tak wysokim jak 69%. Dostępne dane porównawcze (Austria 1999, Anglia i Walia 1997–1998) wskazują, że w przypadku młodych przestępców mniej prawdopodobne jest przyjmowanie narkotyków dożylnie niż wśród dorosłych, oraz że w populacji więźniów większe prawdopodobieństwo wstrzykiwania występuje wśród kobiet niż wśród mężczyzn <sup>(187)</sup>. W oparciu o kilka badań przeprowadzonych w UE Bird i Rotily (2002) wykazali, że około jednej trzeciej dorosłych mężczyzn osadzonych w więzieniach wstrzykuje narkotyki. Dane przekazane przez punkty kontaktowe sieci Reitox pokazują, że od 0,2% do 34% więźniów <sup>(188)</sup> przyjmuje narkotyki podczas pobytu w więzieniu. Te dane skłaniają do przemyślenia kwestii dostępu do sterylnego sprzętu do iniekcji i praktyk dzielenia się nim w sposób higieniczny wśród populacji więziennej oraz kwestii potencjalnego rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych.

### Pomoc i leczenie dla osób zażywających narkotyki w więzieniach

We wszystkich państwach członkowskich i w państwach kandydujących istnieją różne systemy zapewniające dostępność pomocy dla osób zażywających narkotyki osadzonych w więzieniach, choć wybór usług i ich dostępność różni się znacznie w poszczególnych państwach. Zauważalnym trendem jest rosnące przekonanie, że więźniowie mają takie same prawa jak reszta populacji, jeśli chodzi o dostęp do ochrony zdrowia, w tym do pomocy i leczenia dla osób uzależnionych od narkotyków (Biuro Regionalne WHO na Europę, 2002; sprawozdania krajowe Irlandii, Litwy i Finlandii). W grupie usług, które powinny być dostępne dla więźniów, znajdują się strategie zapobiegania, w tym programy nefarmakologiczne, leczenie detoksykacyjne, leczenie metadonem i innymi substancjami, doradztwo i edukacja.

Państwa wskazują jednak na różnorodne problemy z udostępnieniem właściwej pomocy. Przykładowo, dostępność usług jest niepewna w Estonii, żadne konkretne usługi dla osób uzależnionych od narkotyków nie są dostępne na Łotwie, w Polsce istnieją długie listy oczekiwania na leczenie, Szwecja donosi o przepelnionych więzieniach i zmniejszonej liczbie personelu więziennego, a w Rumunii brakuje odpowiednich przepisów prawa. Na Cyprze, choć nie ma

zintegrowanego programu wsparcia dla osób uzależnionych od narkotyków osadzonych w więzieniu, podejmuje się jednak pewne środki zapobiegawcze.

Działania edukacyjne i szkolenia to powszechne strategie zapobiegawcze. W większości państw UE i państw kandydujących działania takie prowadzone są zarówno dla osób uzależnionych osadzonych w więzieniu, jak i dla personelu więziennego. Państwa, które donoszą o stosowaniu takich środków, to Estonia, Hiszpania, Cypr, Węgry, Rumunia i Słowenia (sprawozdania krajowe Reitox).

Kolejnym elementem zapobiegawczym jest tworzenie w więzieniach oddziałów wolnych od narkotyków. Przebywanie w nich jest dobrowolne, zazwyczaj wiąże się z podpisaniem przez osadzoną w więzieniu osobę uzależnioną od narkotyków oświadczenia zgody na pewne warunki, np. okresowe badanie moczu. Oddziały takie istnieją we wszystkich 15 starych państwach członkowskich UE. W nowych państwach członkowskich oddziały wolne od narkotyków powstały w większości z nich. Ocena strefy wolnej od narkotyków działającej w jednym z więzień w Austrii wykazała, że więźniowie, którzy opuszczali tę strefę, byli skazywani ponownie o wiele rzadziej niż więźniowie wypuszczani na wolność ze zwykłych oddziałów więziennych (35% w porównaniu z 62%).

Najbardziej powszechnym rodzajem leczenia w więzieniach jest leczenie nefarmakologiczne, które stosowane jest we wszystkich państwach członkowskich (poza Cyprem i Łotwą), choć jego dostępność jest różna. W wielu państwach, np. Belgii, Republice Czeskiej, Grecji, Luksemburgu i Zjednoczonym Królestwie, centra leczenia we wspólnocie oferują wsparcie i leczenie oraz opiekę po zakończeniu leczenia.

W większości państw dostępność zachowawczego leczenia zastępczego w więzieniach nie jest tak sama jak poza nimi. Jedynie w Hiszpanii, gdzie 18% wszystkich więźniów, czyli 82% osób problemowo zażywających narkotyki i osadzonych w więzieniu, otrzymuje takie leczenie, leczenie zachowawcze jest rozpowszechnione. Jest ono także dobrze rozpowszechnione w Luksemburgu. Państwa, które donoszą o znacznym wzroście dostępności leczenia farmakologicznego, to Francja, głównie stosująca buprenorfinę, i Irlandia (sprawozdania krajowe Reitox). W Niderlandach leczenie farmakologiczne jest dostępne jedynie dla zatrzymanych na krótki okres, którzy stosowali metadon przed osadzeniem w więzieniu, a w Polsce pierwszy program leczenia metadonem uruchomiono w areszcie śledczym (program ten obejmuje 14 pacjentów).

### Nowe osiągnięcia w zwalczaniu rozpowszechniania chorób zakaźnych w więzieniu

W Estonii w 2003 roku poprawie uległa sytuacja w odniesieniu do zapobiegania rozprzestrzeniania wirusa HIV. Liczba pierwotnych testów HIV wzrosła 2,6 raza

<sup>(186)</sup> Patrz tabela DUP-3 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(187)</sup> Patrz tabela DUP-2 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.

<sup>(188)</sup> Patrz tabela DUP-4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2005.



w porównaniu z rokiem 2002, przy czym liczba testów z wynikiem pozytywnym wzrosła jedynie nieznacznie. Usługi doradztwa przed testami i po nich także się poprawiły i to zarówno co do ich ilości, jak i jakości. W Rumunii programy skierowane na zapobieganie rozprzestrzeniania wirusa HIV/AIDS w zakładach penitencjarnych i wśród więźniów były przygotowywane we współpracy z kilkoma międzynarodowymi organizacjami pozarządowymi (NGO).

Hiszpania jest jedynym państwem systematycznie wdrażającym programy wymiany igieł i strzykawek w więzieniach. W roku 2003 w ramach tych programów rozprowadzono łącznie 18 260 strzykawek. Wprowadzenie podobnych programów w innych państwach członkowskich i w państwach kandydujących nie jest przewidywane.

### **Alternatywy dla więzienia: działania w UE dotyczące popełniających przestępstwa osób problemowo zażywających narkotyki w Sprawozdaniu rocznym 2005, zagadnienia wybrane**

Wieżenie to środowisko szczególnie szkodliwe dla osób problemowo zażywających narkotyki i istnieje szerokie polityczne przyzwolenie na stosowanie leczenia jako alternatywy dla więzienia. Alternatywy dla więzienia, które mogą zostać zaoferowane przestępcom uzależnionym od narkotyków, obejmują całą grupę sankcji, które pozwalają opóźnić, uniknąć, zamienić lub uzupełnić wyroki więzienia dla osób zażywających narkotyki, które popełniły przestępstwo zwyczajowo karane przez prawo krajowe więzieniem. Zagadnienie wybrane koncentruje się na tych środkach, które obejmują element leczenia odwykowego.

Od lat 60. umowy, strategie i plany działania ONZ i UE kilkakrotnie potwierdzały i wzmacniały zasadę dostępu do leczenia, edukacji i resocjalizacji jako alternatywy dla skazywania i karanania za przestępstwa związane z narkotykami. Zostało to przeniesione do prawodawstwa krajowego państw członkowskich UE, odpowiednio przystosowano także systemy sądownictwa karnego oraz systemy usług zdrowotnych i opieki społecznej. Młode osoby zażywające narkotyki są szczególnie wrażliwe na oddziaływanie błędnego koła narkotyków i przystępczości i dlatego ze szczególną determinacją stara się unikać osadzania w więzieniu przestępców młodych.

Wdrożenie metod alternatywnych względem uwięzienia napotyka jednak trudności ze względu na różnorodność zaangażowanych systemów administracyjnych oraz różne zasady, które je tworzą. Podejmuje się starania, aby zlikwidować przepaść istniejącą między systemem sądowym oraz systemem zdrowia i opieki społecznej poprzez koordynację struktur i inicjatyw, np. między

policją, sądami i więzieniami oraz służbami leczenia odwykowego. Często to nieformalne mechanizmy współpracy na szczeblu lokalnym stają się zwiastunem rozwiązań bardziej stałych i formalnych.

Zasoby alternatyw dla więzienia poszerzyły się podczas ostatnich dziesięcioleci w 15 starych państwach członkowskich UE, a w niektórych ostatnio osiągnęły etap zastoju, gdy tymczasem tworzenie odpowiedniego prawodawstwa i wdrażanie alternatyw w nowych państwach członkowskich rozpoczęło się później. Zazwyczaj do zapewnienia leczenia przestępcom problemowo zażywającym narkotyki powołuje się dominujący system leczenia. W większości państw leczenie zwyczajowo przeprowadzane jest w obiektach zamkniętych, choć istnieje także możliwość udziału w programach leczenia pozaszpitalnego.

Europejskie badania oceny leczenia jako alternatywy dla więzienia przeprowadzane są rzadko i tylko w części zawierają wnioski. Jednakże, bazując na innych badaniach nad leczeniem, kontynuacja procesu leczenia jest kluczowym wskaźnikiem sukcesu, a odsetek rezygnacji to największy problem alternatyw dla więzienia. Dowody sugerują, że to jakość prowadzonego leczenia, a nie droga pacjenta do leczenia jest istotna w zapewnieniu pozytywnego rezultatu. Leczenie jako alternatywa dla więzienia zdaje się działać najlepiej, gdy osoby uzależnione są do niego zmotywowane, gdy obiekty opieki utrzymują wysokie normy kliniczne oraz dysponują wystarczającą liczbą dobrze wykwalifikowanego personelu.

Niniejsze zagadnienie wybrane dostępne jest w wersji drukowanej i w Internecie jedynie w języku angielskim („Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU”, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



## Bibliografia

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Londyn.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, Londyn.
- Ashton, M. (2003), 'The American STAR comes to England', *Drug and Alcohol Findings* 8, str. 21–6.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luksemburg ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf)).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Nowy Jork.
- Bargagli, A. M. et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Paryż.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madryt.
- Bird, S. i Rotily, M. (2002), 'Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons', *Howard Journal* 41 (2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. i Aavitsland, P. (2005), 'Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities', *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), 'Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors', *Addictive Behaviours* 25, str. 887–97.
- Bovenkerk, F. i Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepeteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), 'Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain', *Addiction*, w druku.
- Butler, G. K. L. i Montgomery, A. M. J. (2004), 'Impulsivity, risk taking and recreational "ecstasy" (MDMA) use', *Drug and Alcohol Dependence* 76, str. 55–62.
- Butters, J. E. (2004), 'The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, str. 381–90.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Majorca ([www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. i Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londyn.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Wiedeń.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Wiedeń.
- Cuijpers, P., et al. (2002), 'The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project', *Addiction* 97, str. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), 'Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study', *Journal of Studies on Alcohol* 62, str. 228–33.
- De Wit, A. i Bos, J. (2004) 'Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature', In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona, str. 329–43.
- Drug Misuse Research Division (2004), 'Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002', *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (2001), 'Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths', project CT.99.RTX.04, co-ordinated by the Trimbos Institute, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2003), 'National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000', CT.00.RTX.23, coordinated by the Institut für Therapieforchung, Munich European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lizbona (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Annual Report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2004b), 'Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options', *EMCDDA Monographs 7*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- EMCDDA (2004c), *Drugs in Focus 13. Overdose – a major cause of avoidable death among young people*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- Eurobarometer (2004), 'Young people and drugs', *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Directorate General Press and Communication, European Commission, Bruksela.
- EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003*, No. 70, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Office for Official Publications of the European Communities, Luksemburg, str. 58.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), 'Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions', *BMJ* 328, str. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Wiedeń.
- Ghuran, A. i Nolan, J. (2000), 'Recreational drug misuse: issues for the cardiologist', *Heart* 83, str. 627–33.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. i Ali, R. (2005), 'Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection' (review), *The Cochrane Library*, 2005 r., Issue 2 ([www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, Londyn ([http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs\\_and\\_alcohol/docs/coc\\_strategy\\_evidence.pdf](http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf)).
- Haasen, C. (2003), Speech at 'Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004' at the EMCDDA, listopad 2003 r.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization, Genewa.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Hwang, S. (2001), 'Mental illness and mortality among homeless people', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, str. 81–2.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, United Nations International Narcotics Control Board: Nowy Jork.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. i Whiteside, H. O. (2003), 'Family-based interventions for substance use and misuse prevention', *Substance Use and Misuse* 38, str. 1759–87.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. i Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Mediolan.
- Mathed', C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), 'Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences', *Epidemiology and Infection* 133, str. 127–36.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Majorka ([www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. i De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocad'ne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. i Paddock, S. M. (2002), 'Reassessing the marijuana gateway effect', *Addiction* 97, str. 1493–504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), 'New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers', oświadczenie prasowe z 13 czerwca 2003 r. (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), '54 per cent more drug misusers get treatment in England', oświadczenie prasowe z 30 września 2004 r. (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouwehand, A., Van Alem, V., Mol, A. i Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. i Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H., et al. (2004), 'Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European Addiction Research* 10, str. 147–55.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. i Baer, J. (2000), 'Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education', *Journal of Drug Education* 30, str. 399–421.
- Raporty krajowe Reitox (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), 'Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, str. 303–29.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. i Van Laar, M. (2004), 'Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004', Trimbos Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. i Nilson, M. (2002), 'An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway', *International Journal of Drug Policy* 13, str. 477–84.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. i Fiellin, D. A. (2005), 'Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users', *Addiction* 100, str. 150–8.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), 'The motivation, skills and decision-making model of "drug abuse" prevention', *Substance Use and Misuse* 39, str. 1971–2016.
- Taylor, B. J. (2000), 'Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial', *Prevention Science* 1, str. 183–97.
- Terweij, M. i Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.
- UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC oraz rzqd Maroka (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Genewa.
- WHO (2004), 'Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, WHO, Genewa.
- WHO (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, projekt ostateczny, marzec 2005 r., WHO, Genewa.
- WHO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, WHO Regional Office for Europe, Genewa.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

**Sprawozdanie roczne 2005: stan problemu narkotykowego w Unii Europejskiej i Norwegii**

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich

2005 — 90 str. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-241-1



## **SPRZEDAŻ I PRENUMERATA**

Odpłatne publikacje, wydane przez Urząd Oficjalnych Publikacji, dostępne są w naszych biurach sprzedaży w różnych częściach świata.

### ***Jaka jest procedura nabycia dowolnej publikacji?***

Po otrzymaniu listy biur sprzedaży należy wybrać odpowiednie biuro i skontaktować się z nim w celu złożenia zamówienia.

### ***Jak dotrzeć do listy biur sprzedaży?***

- Można ją przejrzeć na stronie internetowej Urzędu <http://publications.eu.int/>
- Bądź wysłać faksem zamówienie pod numer (352) 2929-42758, aby otrzymać jej wersję papierową.

## Informacje o EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) jest jedną ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej. Ustanowione w 1993 roku i mające swoją siedzibę w Lizbonie, Centrum jest głównym źródłem obszernych informacji na temat narkotyków i narkomanii w Europie.

EMCDDA gromadzi, analizuje i rozpowszechnia obiektywne, wiarygodne i porównywalne informacje na temat narkotyków i narkomanii. Czyniąc to, dostarcza swoim odbiorcom oparty na dowodach obraz zjawiska narkomanii na szczeblu europejskim.

Publikacje wydawane przez Centrum są głównym źródłem informacji przeznaczonych dla szerokiego grona odbiorców, w tym decydentów oraz ich doradców, specjalistów oraz badaczy pracujących w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz, ogólniej, mediów oraz odbiorcy masowego.

Sprawozdanie roczne przedstawia roczny przegląd zjawiska narkomanii w państwach członkowskich UE przeprowadzony przez EMCDDA i jest istotną publikacją źródłową dla osób poszukujących najnowszych informacji na temat zjawiska narkomanii w Europie.