ISSN 1830-0790

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2012

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

PL

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2012

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

Nota prawna

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

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

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

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

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

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

Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2012

ISBN 978-92-9168-549-3

doi:10.2810/69256

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2012

Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Printed in Luxembourg

Wydrukowano na papierze bielonym bez chloru.

Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

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

Spis treści

Wstęp 5

Podziękowania 7

Wprowadzenie 9

Komentarz: Korzystanie z osiągnięć, utrzymanie tempa i reagowanie na zmiany – wyzwania polityki antynarkotykowej w dzisiejszej Europie 13

Rozdział 1: Polityka i prawo

Zmiany w polityce unijnej i międzynarodowej • Strategie krajowe • Wydatki publiczne • Przepisy krajowe • Badania naukowe 21

Rozdział 2: Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie

Profilaktyka • Leczenie • Reintegracja społeczna • Redukcja szkód • Normy jakości • Egzekwowanie prawa antynarkotykowego i przestępstwa związane z narkotykami 31

Rozdział 3: Konopie indyjskie

Podaż i dostępność • Wskaźniki i wzory używania • Negatywne skutki zdrowotne • Leczenie 44

Rozdział 4: Amfetaminy, ecstasy, substancje halucynogenne, GHB i ketamina

Podaż i dostępność • Wskaźniki i wzory używania • Konsekwencje zdrowotne • Interwencje w obiektach rozrywkowych • Leczenie 56

Rozdział 5: Kokaina i crack

Podaż i dostępność • Wskaźniki i wzory używania • Konsekwencje zdrowotne • Problemowe używanie • Leczenie i redukcja szkód 68

Rozdział 6: Używanie opioidów i używanie narkotyków w formie iniekcji

Podaż i dostępność • Problemowe używanie opioidów • Używanie narkotyków w formie iniekcji • Leczenie 80

Rozdział 7: Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami

Choroby zakaźne • Reagowanie na choroby zakaźne • Zgony i umieralność • Ograniczanie liczby zgonów 90

Rozdział 8: Nowe narkotyki i tendencje

Działania dotyczące nowych narkotyków • Produkcja i podaż • Rozpowszechnienie używania • Sposoby reagowania 102

Bibliografia 109

Wstęp

Niniejsze roczne sprawozdanie EMCDDA jest 17. sprawozdaniem dotyczącym stanu problemu narkotykowego w Europie. Patrząc wstecz, z satysfakcją możemy zauważyć tak duży postęp, objawiający się rozsądnym pojmowaniem zjawiska narkomanii w Europie. Nie jest to wyłącznie zasługa EMCDDA; uznanie należy się również państwom członkowskim Unii Europejskiej, które doceniły znaczenie stworzenia wszechstronnego obrazu europejskiego problemu narkotykowego. Jesteśmy bardzo dumni z pracy włożonej w opracowanie tej publikacji przez naszych pracowników, musimy też przyznać, że w dużej mierze jest ona rezultatem zbiorowego wysiłku. Sprawozdanie to powstało dzięki wsparciu i ciężkiej pracy naszych partnerów, zwłaszcza z sieci Reitox, którzy dostarczyli krajowych danych, stanowiących podstawę analizy. Jesteśmy również zobowiązani wielu innym agencjom europejskim i międzynarodowym oraz organom wspierającym naszą pracę.

Tegoroczne sprawozdanie ukazuje się w ważnym i zarazem trudnym czasie dla Europy. Wiele krajów doświadcza finansowych i gospodarczych problemów, które musimy uwzględnić w tle naszej sprawozdawczości. Przyjęte działania oszczędnościowe niosą za sobą wiele wyzwań, stawiając osoby odpowiedzialne za wyznaczanie kierunków polityki przed ciężkim wyborem, gdyż trudne do pogodzenia priorytety wymagają publicznych funduszy. W takich czasach zachodzi większa niż kiedykolwiek potrzeba realizacji rozsądnych inwestycji, opartych na znajomości problemu i środków, które mogą zaowocować największymi korzyściami. Zadaniem EMCDDA jest zapewnienie tej analizy przy współpracy z ekspertami z całej Europy. Zarówno tu, jak i w towarzyszących informacjach internetowych znajdą Państwo aktualny, poparty naukowymi dowodami, wszechstronny przegląd współczesnego europejskiego problemu narkotykowego wraz z przykładami dobrych, innowacyjnych praktyk.

Rozważania na temat problemu narkotykowego może charakteryzować tendencja do ograniczania tego złożonego zagadnienia przez koncentrowanie się wyłącznie na aspektach indywidualnych, jak gdyby były one wyizolowane. W tym przypadku nie przyjmujemy takiego podejścia. Uważamy, że mocną stroną analizy EMCDDA jest zestawienie różnych informacji na rozmaite tematy, począwszy od rynku narkotyków i działań sankcyjnych, poprzez zażywanie narkotyków i ograniczenie popytu, na zmianach w polityce i prawie skończywszy. Umożliwia to nam przeprowadzenie całościowej analizy, większej niż suma jej poszczególnych części. Nie da się w pełni zrozumieć problemów związanych z podażą bez wiedzy na temat czynników stymulujących popyt na narkotyki, i vice versa. Przykładowo, aby zrozumieć zmiany w dostępności heroiny, obserwowane obecnie w Europie, musimy uwzględnić rezultaty działań sankcyjnych, które skutecznie dotknęły duże organizacje przestępcze. Zdecydowanie jednak musimy mieć na uwadze, że stało się to w czasie, kiedy wzrost inwestycji w leczenie w znacznej mierze wyparł z rynku popyt. Jak Państwo zauważą w naszym tegorocznym sprawozdaniu, są to równie ważne elementy, które należy połączyć, aby uzyskać solidny obraz zmian, jakie odnotowujemy w Europie, jeśli chodzi o sytuację w zakresie heroiny.

Potrzebujemy tak rozległej wizji, jeżeli mamy reagować na złożony i dynamiczny charakter problemu narkotykowego w dzisiejszej Europie. Stoimy w obliczu wielu wyzwań, zarówno nowych, jak i starych. Można je wiązać z postępem w dziedzinie technologii informacyjno-komunikacyjnych, z rozprzestrzenianiem się nowych substancji psychoaktywnych oraz z większą dostępnością i używaniem narkotyków syntetycznych. Mogą one też wynikać z utrwalonych od dawna problemów, które przeciwstawiają się naszym reakcjom, szkodząc zarówno pojedynczym osobom, jak i całym społecznościom. EMCDDA jest zobowiązane zapewnić bazę informacyjną, stymulując tym samym kontynuację przemyślanej debaty nad problemem narkotykowym w Europie, opartej na wszechstronnej, obiektywnej oraz, co najważniejsze, pomocnej znajomości tego złożonego problemu.

João Goulão
Przewodniczący Zarządu EMCDDA

Wolfgang Götz
Dyrektor EMCDDA

Podziękowania

EMCDDA dziękuje za pomoc w opracowaniu niniejszego sprawozdania:

- szefom krajowych punktów kontaktowych europejskiej sieci informacji o narkotykach i narkomanii Reitox oraz ich pracownikom;
- służbom i ekspertom, którzy zajmowali się gromadzeniem pierwotnych danych do niniejszego sprawozdania we wszystkich państwach członkowskich;
- członkom zarządu i Komitetu Naukowego EMCDDA;
- Parlamentowi Europejskiemu, Radzie Unii Europejskiej – w szczególności Horyzontalnej Grupie Roboczej ds. Narkotyków – oraz Komisji Europejskiej;
- Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejskiej Agencji Leków (EMA) i Europolowi;
- Grupie Pompidou Rady Europy, Biuru Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC), Biuru Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, projektowi ESPAD oraz szwedzkiej radzie ds. informacji o alkoholu i innych używkach (CAN), dyrekcji zdrowia Kanady ds. substancji kontrolowanych i tytoniu, urzędowi administracji USA ds. uzależnień i zdrowia psychicznego;
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej i Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox

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

Dane kontaktowe krajowych punktów kontaktowych zamieszczono na stronie internetowej EMCDDA.

Wprowadzenie

Niniejsze sprawozdanie roczne sporządzono na podstawie informacji udostępnionych EMCDDA w postaci sprawozdań krajowych przez państwa członkowskie UE, państwa kandydujące – Chorwację i Turcję – oraz Norwegię. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2010 r. (lub ostatniego roku, dla którego dostępne są dane). Informacje graficzne i tabele zawarte w niniejszym sprawozdaniu mogą odnosić się do określonych grup państw UE. Wybór może być dokonany albo spośród tych państw, które udostępniają informacje za dany okres, albo w celu zwrócenia uwagi na pewne tendencje.

Analiza tendencji jest oparta tylko na informacjach z tych krajów, które dostarczają danych wystarczających do określenia zmian w danym okresie. Dane dotyczące 2009 r. mogą zastępować brakujące liczby za 2010 r. w analizie kształtowania się tendencji dotyczących rynku narkotykowego; w przypadku analizy pozostałych tendencji można interpolować brakujące dane.

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

Dane dotyczące podaży i dostępności narkotyków

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

Liczbę konfiskat narkotyków w danym kraju często przyjmuje się jako pośredni wskaźnik wielkości podaży, szlaków handlowych i dostępności narkotyków. Stanowi ona bardziej bezpośredni wskaźnik dotyczący działań w dziedzinie egzekwowania prawa antynarkotykowego (np. priorytetów, zasobów i strategii), jak również odzwierciedla praktyki w zakresie sprawozdawczości oraz podatność handlarzy narkotyków na różne działania. Aby zrozumieć funkcjonowanie detalicznych rynków narkotykowych, można także analizować dane na temat czystości lub siły działania oraz cen detalicznych nielegalnych narkotyków. Ceny detaliczne narkotyków zgłoszone do EMCDDA odzwierciedlają ceny płacone przez osobę używającą narkotyków. Tendencje cenowe uwzględniają inflację na poziomie krajowym. Doniesienia na temat czystości lub siły działania narkotyków, napływające z większości krajów, opierają się na próbce wszystkich skonfiskowanych narkotyków i na ogół nie jest możliwe powiązanie zgłoszonych danych z konkretnym poziomem rynku narkotykowego. W przypadku czystości lub siły działania oraz cen detalicznych wszystkie analizy opierają się na zgłoszonych wartościach średnich lub modalnych, a w razie ich braku – na medianie. Dostępność danych dotyczących ceny i czystości może być jednak ograniczona w pewnych krajach, mogą także pojawiać się pytania o ich wiarygodność i porównywalność.

EMCDDA gromadzi dane krajowe na temat konfiskat, czystości i cen detalicznych narkotyków w Europie. Inne dane dotyczące podaży narkotyków pochodzą z systemów informacyjnych i analiz Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC), których uzupełnieniem są dodatkowe informacje dostarczane przez Europol. Informacje na temat prekursorów narkotyków uzyskuje się z Komisji Europejskiej, która gromadzi dane na temat konfiskat tych substancji w UE, oraz z Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (INCB), który zajmuje się inicjatywami międzynarodowymi mającymi na celu zapobieganie zmianie zastosowania środków chemicznych będących prekursorami i wykorzystywaniu ich do wytwarzania nielegalnych narkotyków.

Dostęp do sprawozdania rocznego i jego źródeł danych w internecie

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

Poniższe źródła są dostępne wyłącznie w internecie.

Biuletyn statystyczny za 2012 r. zawiera pełny zestaw tabel źródłowych, na których jest oparta analiza statystyczna. Ponadto w wersji elektronicznej zawarto dodatkowe informacje o zastosowanej metodologii oraz około 100 dodatkowych wykresów statystycznych.

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

W charakterystykach danych krajowych przedstawiono graficzne podsumowanie kluczowych aspektów sytuacji w zakresie narkotyków w poszczególnych krajach.

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

Ocena wskaźników używania narkotyków na podstawie badań ankietowych populacji ogólnej

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

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

Przeprowadzanie badań ankietowych jest kosztowne i niewiele krajów europejskich gromadzi informacje co roku, chociaż wiele z nich gromadzi je w odstępach 2–4 lat. Dane uwzględnione w niniejszym sprawozdaniu opierają się na wynikach najbardziej aktualnych badań w każdym kraju; w większości oznacza to lata 2006–2010. O ile nie zaznaczono inaczej, dane dotyczące rozpowszechnienia w Zjednoczonym Królestwie odnoszą się do Anglii i Walii, chociaż dostępne są również oddzielne dane dla Szkocji i Irlandii Północnej.

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

W ramach europejskiego projektu obejmującego badania ankietowe w szkołach dotyczące używania alkoholu i narkotyków (ESPAD) stosowane są znormalizowane metody i instrumenty mające na celu pomiar używania narkotyków i spożywania alkoholu w reprezentatywnej próbce uczniów, którzy w ciągu danego roku kalendarzowego kończą 16 lat. W 2011 r. zebrano dane w 36 państwach, w tym w 24 państwach członkowskich UE, w Chorwacji i Norwegii; wyniki opublikowano w 2012 r. Ponadto w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie prowadzone są krajowe badania ankietowe wśród uczniów, dzięki którym uzyskuje się dane dotyczące używania narkotyków porównywalne z wynikami badań ankietowych ESPAD.

Zapotrzebowanie na leczenie

Dane dotyczące osób rozpoczynających w Europie leczenie w następstwie problemów związanych z używaniem narkotyków są przekazywane, z zachowaniem anonimowości, w celu wykorzystania w ramach wskaźnika zgłaszalności do leczenia EMCDDA. Każdy pacjent podejmujący leczenie wypełnia ankietę zawierającą pytania dotyczące używania narkotyków, styczności z leczeniem oraz charakterystyki społecznej. Ramy czasowe danych rocznych dotyczących podejmowania leczenia obejmują okres od 1 stycznia do 31 grudnia. Dane nie uwzględniają pacjentów kontynuujących rozpoczęte wcześniej leczenie na początku danego roku. Jeżeli liczba zgłoszeń na leczenie z powodu używania podstawowego narkotyku jest podana jako proporcja, w mianowniku występuje liczba przypadków, w których znany jest podstawowy narkotyk.

Interwencje

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

Komentarz

Korzystanie z osiągnięć, utrzymanie tempa i reagowanie na zmiany – wyzwania polityki antynarkotykowej w dzisiejszej Europie

Rozszerzenie koordynacji i współpracy

Ważnym przesłaniem wynikającym z przeprowadzonej ostatnio przez EMCDDA analizy europejskiej sytuacji w zakresie narkotyków jest potrzeba śledzenia problemów związanych z narkotykami o ugruntowanej pozycji oraz jednoczesne wypracowywanie reakcji na nowe zagrożenia i wyzwania. Heroina i kokaina nadal odpowiadają w dużym stopniu za szkody, zachorowalność i śmiertelność powodowane zażywaniem narkotyków w Europie. W tym obszarze będzie zachodziła konieczność utrzymania tempa opracowywania i wdrażania reakcji opartych na dowodach. Pod wieloma względami poczyniono znaczne, aczkolwiek nierówne postępy, ale sytuację tę można łatwo zaburzyć, zmieniając warunki czy zaprzestając dążeń do natężania reakcji. W analizie uwydatniono również potrzebę zwiększenia zdolności Europy do określania wyzwań stawianych przez coraz bardziej złożony i dynamiczny rynek narkotyków oraz do reagowania na te wyzwania.

Potrzeby te należy postrzegać w kontekście trudnej sytuacji finansowej w wielu europejskich krajach, oznaczającej deficyt środków na rozwiązywanie wszelkich problemów zdrowotnych i społecznych. W tej sytuacji bardzo ważne jest, aby dostępne fundusze inwestowano w dobrze ukierunkowane działania o dowiedzionej skuteczności. Jednym ze sposobów realizacji tego celu jest współpraca państw członkowskich UE, w ramach której dążą one do maksymalizacji korzyści z działalności, wymieniając się doświadczeniami, razem pracując lub lepiej koordynując swoje działania. Ramy polityki w tym obszarze określa strategia UE w zakresie narkotyków i towarzyszące jej plany działań. Aktualna strategia UE (2005–2012) uzyskała pozytywną ocenę, w której szczególne znaczenie przypisano roli, jaką odgrywa w ułatwianiu wymiany informacji.

Obecnie rozważa się nowe ramy polityki, w następstwie strategii w zakresie narkotyków na lata 2005–2012. Możliwe, że w nowych ramach utrzyma się nacisk na potrzebę przyjęcia opartego na dowodach i wyważonego podejścia, obejmującego kompleksowy zestaw środków na rzecz ograniczenia popytu i podaży. W nowym podejściu UE utrzyma się też może takie podstawowe elementy jak monitorowanie, badanie i ocenę oraz przestrzeganie podstawowych praw człowieka. Nowe ramy polityki zapewnią również synergię działań w dziedzinie narkotyków i szerzej pojętych problemów związanych z bezpieczeństwem i ze zdrowiem, w których narkotyki stanowią tylko jeden element składowy – takich jak zapobieganie zakażeniom wirusem HIV czy walka z przestępczością zorganizowaną. Nowe ramy pomogą też umocnić pozycję Europy, która w międzynarodowej debacie w sprawie narkotyków będzie przemawiała zdecydowanym i zgodnym głosem.

Skomplikowana sytuacja: rynek konopi indyjskich w Europie

W tym roku EMCDDA przeprowadziło obszerną analizę rynku konopi indyjskich, która ujawniła coraz bardziej złożoną i zróżnicowaną sytuację w zakresie najczęściej używanego nielegalnego narkotyku w Europie. Na europejskim rynku dostępnych jest aktualnie wiele różnych produktów z konopi indyjskich, wśród których największe różnice występują między marihuaną i haszyszem. Wzrost produkcji konopi indyjskich w Unii Europejskiej spowodował wyparcie przywożonego haszyszu przez krajowe produkty zawierające marihuanę. Krajowa produkcja konopi indyjskich jest znacznie zróżnicowana. Może przybierać formę dużych plantacji, na których prowadzi się intensywną uprawę tej rośliny, stosując wyszukane techniki mające zapewnić jak największe zbiory i siłę działania. Po drugiej stronie spektrum mogą znajdować się małe uprawy konopi indyjskich, prowadzone na własny użytek.

Chociaż większość przestępstw związanych z konopiami indyjskimi nadal łączy się z używaniem lub posiadaniem narkotyku, to wiele krajów zgłasza, że stosują politykę, w której priorytetowe znaczenie przypisuje się środkom ukierunkowanym na handel i podaż. W tym kontekście pojawia się obecnie potrzeba większego skoncentrowania się na miejscach intensywnej produkcji. Chociaż wzrosła liczba skonfiskowanych roślin i opracowano pewne innowacyjne metody wykrywania

upraw, to jednak liczba konfiskat haszyszu w Europie nadal znacznie przewyższa liczbę konfiskat marihuany. Oznacza to, że krajowa produkcja marihuany może stanowić większe wyzwanie pod względem działań przechwytujących, zwłaszcza gdy przybiera formę intensywnej produkcji w pomieszczeniach zamkniętych. Coraz powszechniejszą obawę budzą zachodzące w tym obszarze zmiany: zarówno ze względu na uboczne szkody dla społeczności lokalnej, powodowane obecnością miejsc produkcji narkotyków, jak i z uwagi na dowody potwierdzające zaangażowanie zorganizowanych grup przestępczych.

Rozmiary i złożoność rynku konopi indyjskich nie dziwią, gdyż odzwierciedlają pozycję tego narkotyku, będącego najpopularniejszą nielegalną substancją w Europie. W takim samym stopniu sytuację tę charakteryzuje największe zróżnicowanie odczuć w środowisku politycznym i wśród społeczeństwa. Co interesujące, poziomy ogólnej konsumpcji konopi indyjskich wydają się stosunkowo stabilne, a w niektórych krajach można nawet zauważyć jej spadek. Chociaż ciężko to zmierzyć, to problemy związane z konopiami indyjskimi są obecnie lepiej rozumiane i wiadomo, że są powiązane z intensywnym oraz długotrwałym zażywaniem tego narkotyku. Istnieją tu pewne obawy. Sięgnięcie po marihuanę może przykładowo prowadzić użytkowników do mocniejszych postaci tego narkotyku. Ponadto badania wskazują, że wielu użytkowników zaczyna obecnie używać tego narkotyku w dość młodym wieku. Szacuje się, że 1% dorosłych Europejczyków używa go codziennie, a wzorce intensywnego zażywania mogą być w niektórych krajach stosunkowo powszechne, zwłaszcza wśród młodych mężczyzn. Ogólnie ujmując, trzeba hamować optymizm związany z ustabilizowaniem się wskaźników używania konopi indyjskich i przyznać, że narkotyk ten nadal stanowi poważny problem w obszarze zdrowia publicznego, co znajduje odzwierciedlenie w liczbie zgłoszeń na leczenie uzależnienia od tego narkotyku.

Uczniowie w dzisiejszej Europie: ostrożniejsza grupa zwolenników

Wyniki ostatnich europejskich badań ankietowych w szkołach, dotyczących używania alkoholu i narkotyków (ESPAD), dają ważny obraz tendencji czasowych w zakresie używania substancji wśród dzieci w wieku szkolnym. Wyniki z 2011 r. obiecująco wskazują na tendencję malejącą lub ustabilizowanie się sytuacji w przypadku wszystkich ważnych substancji. W ciągu pięciu faz badania w latach 1999–2007 wskaźnik palenia papierosów stopniowo spadał, po czym się ustabilizował. Od 2003 r. stopniowo spadało też ogólne spożycie alkoholu przez uczniów w Europie, natomiast najnowsze dane wskazują, że tendencja wzrostowa w zakresie okazjonalnego spożycia dużych ilości alkoholu, odnotowana w latach 1995–2007, może teraz przybrać kierunek malejący. Ogólny kontakt uczniów z nielegalnymi narkotykami – zwłaszcza z konopiami indyjskimi – do 2003 r. rósł, po czym w 2007 r. nastąpił jego niewielki spadek i od tego czasu utrzymuje się na stabilnym poziomie. Na podstawie tych ustaleń możemy przewidzieć dalsze tendencje, gdyż stwierdzone tu wzorce mogą później dotyczyć starszych grup zwolenników.

Interesujące jest, że kraje zgłaszające wysokie szacunkowe wskaźniki używania jednej substancji zgłaszają również stosunkowo wysokie szacunkowe wskaźniki używania innych substancji, zarówno tych legalnych, jak i nielegalnych, zatem obecny wysoki poziom spożycia alkoholu i okazjonalnego spożycia jego dużych ilości jest powiązany z używaniem nielegalnych narkotyków i substancji wziewnych. Stwierdzenie to sprzyja podejściu do profilaktyki, w którym uznaje się potrzebę ukierunkowania pracy z młodzieżą zarówno na narkotyki, jak i na alkohol.

Narkotyki a rodzina: niedostrzegany problem i mało wykorzystane zasoby

Ludzie zażywają narkotyki, ale to ich rodziny często muszą się borykać z problemami wynikającymi z tej sytuacji. W nowym badaniu EMCDDA analizuje sprawę rodzin i powiązany problem osób przyjmujących narkotyki oraz kwestię władzy rodzicielskiej. W sprawozdaniu stwierdza się, że chociaż osoby borykające się z problemem narkotykowym niekoniecznie muszą być złymi rodzicami, to mogą wymagać dodatkowego wsparcia. Służby zajmujące się leczeniem muszą być wyczulone na potrzeby osób posiadających władzę rodzicielską, gdyż obawy o opiekę nad dzieckiem lub jego ochronę mogą stanowić przeszkodę w ubieganiu się o pomoc. Praca z rodzicami używającymi narkotyków to dla tych służb również wyzwanie, gdyż wymaga zbilansowania praw rodzica i dziecka: w sprawozdaniu stwierdza się jednak, że duże znaczenie mogą tu odegrać dobra praktyka i prawidłowo ukierunkowane interwencje. Stwierdzenie to znalazło odzwierciedlenie w analizie interwencji ukierunkowanych na ciężarne kobiety używające narkotyków, która to analiza dostarcza mocnych dowodów na możliwość poprawy stanu tak matki, jak i dziecka za sprawą właściwego poradnictwa i wsparcia.

W wielu badaniach analizowano stres i zakłócenia struktury społecznej mogące wynikać z problemu

narkotykowego jednego z członków rodziny. Służby zapewniające pomoc rodzinom są jednak słabo rozwinięte w większości europejskich krajów. Może to oznaczać, że nie dostrzega się ważnego aspektu wsparcia w powrocie do zdrowia. Koncentracja na otoczeniu rodzinnym nabiera również coraz większego znaczenia w kategoriach profilaktyki antynarkotykowej, w której przypadku coraz więcej dowodów wskazuje na skuteczność szeroko zakrojonych strategii w zakresie profilaktyki, ukierunkowanych zarówno na to otoczenie, jak i na konkretną osobę. Rodzina jest tu szczególnie ważna, a strategie w zakresie profilaktyki ukierunkowane na umocnienie rodzin mogą zmniejszyć ryzyko występowania wielu problemowych zachowań, w tym zażywania narkotyków. Chociaż w obszarze tym odnotowano dużo pozytywnych wyników interwencji, to niski poziom wdrożenia tych interwencji uwydatnia bardziej ogólny problem: wyniki badań w dziedzinie profilaktyki często nie znajdują odzwierciedlenia w polityce i w praktyce.

Więźniowie używający narkotyków: słabsza grupa społeczna

Mimo coraz większego zainteresowania alternatywami dla więzień do europejskich zakładów karnych co roku trafia wiele osób borykających się z problemem narkotykowym. Potwierdzają to dane z badań, według których problemy narkotykowe w więzieniach są dużo powszechniejsze niż wśród ogółu społeczeństwa. Chociaż niektóre osoby przestają używać narkotyków, trafiwszy do więzienia, to dostępność narkotyków w niektórych więzieniach powoduje, że niektórzy mogą zacząć ich używać, tak jak mogą zacząć angażować się w jeszcze bardziej szkodliwą działalność. Osoby przyjmujące narkotyki dożylnie mogą na przykład częściej wymieniać się akcesoriami, zwiększając tym samym ryzyko przeniesienia przez krew czynników chorobotwórczych, takich jak HIV i wirusowe zapalenie wątroby typu C.

Przepełnienie, złe warunki higieniczne i brak opieki zdrowotnej to problemy dotyczące wielu więzień, przyczyniające się do ogólnie słabego stanu zdrowia

W skrócie – szacunkowe wskaźniki używania narkotyków w Europie

Przedstawione tu szacunkowe wskaźniki dotyczą ludności dorosłej (w wieku 15–64) i oparto je na najnowszych dostępnych danych (z badań ankietowych przeprowadzonych w okresie 2004–2010/2011, głównie w latach 2008–2010). Z pełnym zestawem danych i informacji dotyczących metodologii można zapoznać się w załączonym biuletynie statystycznym.

Konopie indyjskie

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia narkotyku: około 80,5 mln (23,7% dorosłych Europejczyków).

Wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku: około 23 mln dorosłych Europejczyków (6,8%) lub jedna na trzy osoby, które dopuściły się przynajmniej jednokrotnego zażycia.

Wskaźnik używania w ciągu ostatniego miesiąca: około 12 mln (3,6%).

Zróżnicowanie krajowych wskaźników używania w ciągu ostatniego roku: ogólny zakres 0,3–14,3%.

Kokaina

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia narkotyku: około 15,5 mln (4,6% dorosłych Europejczyków).

Wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku: około 4 mln dorosłych Europejczyków (1,2%) lub jedna na cztery osoby, które dopuściły się przynajmniej jednokrotnego zażycia.

Wskaźnik używania w ciągu ostatniego miesiąca: około 1,5 mln (0,5%).

Zróżnicowanie krajowych wskaźników używania w ciągu ostatniego roku: ogólny zakres 0,1–2,7%.

Ecstasy

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia narkotyku: około 11,5 mln (3,4% dorosłych Europejczyków).

Wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku: około 2 mln (0,6%) lub jedna na sześć osób, które dopuściły się przynajmniej jednokrotnego zażycia.

Zróżnicowanie krajowych wskaźników używania w ciągu ostatniego roku: ogólny zakres 0,1–1,6%.

Amfetaminy

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia narkotyku: około 13 mln (3,8% dorosłych Europejczyków).

Wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku: około 2 mln (0,6%) lub jedna na sześć osób, które dopuściły się przynajmniej jednokrotnego zażycia.

Zróżnicowanie krajowych wskaźników używania w ciągu ostatniego roku: ogólny zakres 0,0–1,1%.

Opioidy

Osoby problemowo używające opioidów: szacunkowo około 1,4 mln Europejczyków.

Zgony związane z narkotykami stanowiły 4% wszystkich zgonów Europejczyków w wieku 15–39 lat, z czego w około trzech czwartych przypadków stwierdzono obecność opioidów.

Podstawowy narkotyk w około 50% zgłoszeń na leczenie uzależnienia od narkotyków.

W 2010 r. ponad 710 tys. osób używających opioidów poddano leczeniu substytucyjnemu.

stwierdzonego wśród populacji więziennej. Trafiwszy do takiego więzienia, osoby z problemami narkotykowymi mogą być zatem podwójnie poszkodowane i szczególnie narażone na problemy ze zdrowiem fizycznym oraz psychicznym, przy czym szczególne obawy budzi tu większe ryzyko wystąpienia samookaleczeń i samobójstw. Jest to mocny argument na poparcie założenia, że powodzenie podejścia do poprawy stanu zdrowia więźniów jest nieodzownie uwarunkowane jednoczesnym uwzględnieniem leczenia uzależnienia od narkotyków w połączeniu z ogólniejszymi formami reakcji w obszarze opieki nad zdrowiem fizycznym i psychicznym.

W przypadku obecności właściwych służb pobyt w więzieniu może dać niektórym szansę na ograniczenie używania narkotyków i zaangażowanie się w działalność służb. Możliwości w tym obszarze są coraz większe, gdyż wiele krajów zwiększyło liczbę interwencji w więzieniach, zwłaszcza w zakresie leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów. Zmiany w zakresie dostępności leczenia w więzieniach odzwierciedlają zazwyczaj zmiany zachodzące w społeczeństwie, ale po dłuższym czasie. Znaczne różnice charakteryzują usługi opieki zdrowotnej w więzieniach poszczególnych krajów i w tym obszarze zachodzi ogólna potrzeba dalszego rozwoju świadczonych usług oraz poprawy ich jakości. Rzadko zdarza się, aby więzienia oferowały opiekę na poziomie równoważnym i porównywalnym do poziomu opieki zapewnianej szerszej społeczności.

Zwolnienie z więzienia może też stanowić krytyczny moment dla interwencji, gdyż w okresie po wyjściu z zakładu karnego bardzo wzrasta ryzyko przedawkowania, ponieważ byli więźniowie mogą zacząć od nowa używać heroiny, mając mniejszą tolerancję na opioidy. Zasadnicze znaczenie ma zatem wcześniejsze poradnictwo i dalsza opieka po zwolnieniu, gdyż pomoc tym narażonym jednostkom w utrzymaniu kontaktu ze służbami sprzyja powrotowi do zdrowia i w ostatecznym rozrachunku może okazać się wyjątkowo opłacalną metodą ratowania życia.

Biały proszek i tabletki: rynek mniej wyszukanych substancji pobudzających

Kokainę, amfetaminy, ecstasy i teraz już niekiedy syntetyczne katynony można traktować w kategorii produktów konkurencyjnych, które konsument może w pewnym stopniu postrzegać jako produkty wymienne. W tym kontekście zachodzi prawdopodobieństwo, że dostępność tych substancji oraz ich cena i jakość wpłyną na wybory konsumentów, odpowiadając za zmianę dającą się zauważyć na rynku współczesnych substancji pobudzających. W niektórych najnowszych opracowaniach z badań sugeruje się nawet, że użytkownicy nierzadko zgłaszają fakt przyjmowania substancji pobudzających w postaci nieznanych tabletek czy białego proszku.

Ogólne dane szacunkowe dotyczące używania amfetamin i ecstasy w Europie utrzymują się na stosunkowo stabilnym poziomie, ale okazuje się, że na dostępność tych obu narkotyków wpłynęły czynniki związane z podażą. Rynek ecstasy odradza się obecnie po okresie niedoborów MDMA, kiedy to wiele tabletek zawierało inne substancje. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku metamfetaminy, która gdzieniegdzie w Europie wyparła w pewnym stopniu amfetaminę. Jest to niepokojące, gdyż używanie tego narkotyku w ujęciu historycznym ograniczało się w dużym stopniu do Republiki Czeskiej i Słowacji. Sytuacja ta może się teraz zmienić i dane budzą obawy, mimo ich ograniczonej dostępności. Dane dotyczące konfiskat wskazują na coraz powszechniejszą dostępność tego narkotyku i zwiększenie jego produkcji w niektórych krajach. W Niemczech zgłoszono zgony spowodowane przedawkowaniem tego narkotyku, o którym coraz częściej wspominają w swoich sprawozdaniach pozostałe państwa. Niepokojący jest fakt, że EMCDDA odnotowało sporadyczne zgłoszenia przypadków palenia metamfetaminy i dostępności krystalicznej metamfetaminy, czyli narkotyku w najczystszej postaci. W historii bardzo rzadko odnotowywano przypadki palenia metamfetaminy w Europie, ale dowody z innych regionów wskazują na mocne powiązania z negatywnymi skutkami.

W Unii Europejskiej przeprowadzana jest ocena ryzyka w odniesieniu do 4-metylamfetaminy w kontekście systemu wczesnego ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych. Spowodowała ją seria zgonów związanych z tą substancją, w przypadku której okazało się, że sprzedawano ją jako amfetaminę lub w mieszance z amfetaminą. Możliwe, że tę postać amfetaminy, która obecnie w przeważającej części Europy nie podlega kontroli, wytwarzali w tajnych laboratoriach producenci poszukujący nowych chemicznych sposobów na wytwarzanie amfetaminy. Fakt ten wskazuje na coraz większe innowacje w produkcji narkotyków syntetycznych oraz na możliwość niezamierzonego wystąpienia negatywnych skutków dla zdrowia wskutek zażywania tych narkotyków.

Większe zróżnicowanie w zakresie używania narkotyków syntetycznych

Podczas gdy uwagę koncentruje się na obawach dotyczących utrwalonych substancji pobudzających czy

pojawienia się nowych niekontrolowanych substancji psychoaktywnych, na europejskim rynku narkotyków pojawiło się wiele innych narkotyków syntetycznych, które ugruntowały swoją pozycję. Mimo niewielkiej liczby Europejczyków używających takich narkotyków, jak GHB, GBL, ketamina i ostatnio również mefedron, w niektórych subpopulacjach stwierdzono wysoki poziom ich użycia i wydaje się, że narkotyki te mogą się rozpowszechnić na szerszą skalę. Obecnie wpływają zgłoszenia problemów zdrowotnych związanych z tymi wszystkimi substancjami, w tym zgłoszenia uzależnień wśród osób nałogowo używających narkotyków, jak również zgłoszenia dotyczące nieoczekiwanych problemów, takich jak choroby pęcherza moczowego u osób używających ketaminy. Zmiany te zachodziły w dużym stopniu na oczach obserwatorów monitorujących sytuację i wskazują nie tylko na potrzebę większego uwrażliwienia systemów informacyjnych na wyłaniające się trendy i nowe problemy zdrowotne, ale również na potrzebę zwiększenia wiedzy na temat właściwych interwencji w tym obszarze, ukierunkowanych na zmniejszenie popytu.

Kokaina: oznaki malejącego użycia i statusu

Użycie kokainy na szeroką skalę można ograniczyć do niektórych krajów południowych i zachodnich, ale pod względem ogólnych danych liczbowych narkotyk ten nadal zalicza się do najpowszechniej używanej substancji pobudzającej w Europie. Obecnie, po dziesięciu latach rosnącej popularności, najnowsze dane wskazują jednak na prawdopodobną tendencję malejącą. Narkotyk może być też różnie postrzegany, gdyż w niektórych sprawozdaniach z badań stwierdza się możliwość utraty przez kokainę wizerunku narkotyku o wysokim statusie.

W tym przypadku znaczenie można przypisywać wielu czynnikom. Jednym z możliwych przytaczanych czynników jest jakość, w przypadku której sugeruje się, że niski poziom czystości kokainy może skłaniać niektórych użytkowników do przechodzenia na inne substancje pobudzające. Możliwe też, że potencjalni użytkownicy mają obecnie większą świadomość negatywnych konsekwencji, które mogą towarzyszyć konsumpcji kokainy. W następstwie ostatniego przeglądu EMCDDA dotyczącego skutków użycia kokainy dla zdrowia stwierdzono, że w dostępnych źródłach danych prawdopodobnie nie doceniono tych problemów. Istniejące dane dotyczące ostrych przypadków w szpitalnych oddziałach ratunkowych wskazują na trzykrotny wzrost nagłych przypadków związanych z zażyciem kokainy od końca lat dziewięćdziesiątych, przy czym najwięcej z nich miało miejsce około 2008 r. Podobnie dostępne dane dotyczące zgonów spowodowanych zażyciem kokainy również wskazują największe nasilenie w 2008 r. Tendencję taką stwierdzono również, analizując dostępne dane dotyczące zgłoszeń na leczenie, w przypadku których liczba osób podejmujących po raz pierwszy leczenie w związku z problemowym używaniem kokainy rosła do 2008 r., po czym odnotowano jej spadek. Podobną sytuację zaobserwowano w danych dotyczących podaży. Liczba konfiskat w Europie obecnie spada: ilość skonfiskowanej kokainy osiągnęła szczytowy poziom w 2006 r., natomiast liczba konfiskat w 2008 r.

Heroina: dowody potwierdzające spadek

Użycie heroiny, zwłaszcza w formie iniekcji, stanowiło źródło wielu problemów narkotykowych Europy, począwszy od lat siedemdziesiątych. Mając na uwadze szkody związane z heroiną, do których zalicza się zgony powodowane przedawkowaniem, szerzenie się HIV i wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie, jak również powiązaną z tym przestępczość, nie należy się dziwić, że europejską politykę narkotykową ukierunkowano przede wszystkim na rozwiązanie problemów z heroiną. I chociaż te problemy nadal występują, to na mniejszą skalę (niekiedy na dużo mniejszą), a my odnotowujemy wpływ skutecznej polityki oraz długoterminowy spadek użycia tego narkotyku, zwłaszcza w drodze iniekcji. Coraz bardziej prawdopodobne wydaje się, że wchodzimy w nową erę, w której heroina nie będzie odgrywała już głównej roli w europejskim problemie narkotykowym.

Dokonując takiej analizy, należy obowiązkowo zachować ostrożność, gdyż ciężko jest przewidzieć przyszłe tendencje. Długoterminowy i przewlekły charakter problemów związanych z heroiną oznacza ponadto, że wielu obecnych jej użytkowników będzie potrzebowało pomocy w nadchodzących latach. Wskaźniki świadczą jednak o spadku ogólnego użycia i co ważniejsze – o spadku liczby osób rozpoczynających używanie heroiny. W całej Europie zmniejszył się wskaźnik nowych zgłoszeń na leczenie oraz zwiększyła się średnia wieku osób podejmujących leczenie wskutek problemów z heroiną.

Na podstawie wskaźników rynkowych można stwierdzić mniejszą dostępność heroiny w ostatnich latach w Europie i wyparcie tego narkotyku w niektórych krajach przez inne substancje, w tym przez syntetyczne opioidy, takie jak fentanyl i buprenorfina. Rynek heroiny w niektórych północnych krajach europejskich załamał się prawie dziesięć lat temu i nigdy w pełni się nie odrodził. Niedawno odnotowano krótkookresowe zaburzenia rynku, spowodowane prawdopodobnie udanymi działaniami przechwytującymi. Najnowsze europejskie dane liczbowe

dotyczące czystości, konfiskat, przestępstw związanych z narkotykami i cen detalicznych wskazują na tendencję zniżkową. Zmiany na rynkach nielegalnych narkotyków trzeba będzie dokładnie monitorować, aby móc stwierdzić, czy ostatnie niedobory heroiny doprowadzą do trwałego zniknięcia tego narkotyku w niektórych krajach, oraz dowiedzieć się, jakie substancje go zastąpią. W tym przypadku, oprócz syntetycznych opioidów wskazano możliwe „kandydatury", do których zalicza się metamfetaminę, katynony i benzodiazepiny.

Ogólnie ujmując, w stwierdzonych tu zmianach w zakresie używania heroiny wydają się odgrywać ważną rolę zarówno czynniki leżące po stronie popytu, jak i podaży. Udane działania przechwytujące trzeba łączyć z ogromnym wzrostem dostępności leczenia, zwłaszcza leczenia substytucyjnego, które w znacznej mierze ograniczyło popyt na rynku. Otwartym zagadnieniem pozostaje wzajemna relacja między produkcją opium w Afganistanie a wzorcami konsumpcji heroiny w Europie, w przypadku której dane nie wskazują na żadne bezpośrednie powiązania. Chociaż istnieją obawy, że większa produkcja może skutkować falą nowych przypadków użycia heroiny w państwach członkowskich UE, to dane historycznie nie wskazują wyraźnie takiej tendencji. Wręcz przeciwnie, Unia Europejska może teraz stanowić dla tego produktu trudniejszy rynek, przynajmniej pod niektórymi względami.

Tendencja spadkowa w zakresie przyjmowania narkotyków dożylnie, nadal stanowiącego poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego

Wskaźniki dotyczące tendencji w zakresie przyjmowania narkotyków dożylnie również dowodzą spadku przypadków tych szczególnie szkodliwych zachowań. Najlepszym dostępnym źródłem danych w tym przypadku są odnotowane nowe poziomy przyjmowania narkotyków dożylnie przez osoby podejmujące leczenie z powodu uzależnienia od narkotyków. Tendencja spadkowa daje się wyraźnie zauważyć w przypadku osób używających heroiny, które podejmują leczenie, przy czym najbardziej jest widoczna w krajach Europy Zachodniej, choć można ją dostrzec również w niektórych państwach Europy Wschodniej. Ogólnie ujmując, niewiele więcej niż jedna trzecia (36%) osób podejmujących leczenie z powodu uzależnienia od heroiny zgłasza iniekcję jako podstawowy sposób przyjmowania tego narkotyku. Dożylnie można przyjmować też inne narkotyki: około jednej czwartej osób podejmujących leczenie z powodu uzależnienia od amfetaminy przyjmuje narkotyk dożylnie, co czyni również około 3% osób podejmujących leczenie z powodu uzależnienia od kokainy. Odejście od iniekcji jest wyraźnie obiecujące. Dożylne przyjmowanie narkotyków nadal jednak stanowi podstawową przyczynę problemów zdrowotnych i zgonów wśród młodych Europejczyków, czego dałoby się uniknąć. Iniekcje są szczególnie powiązane z przedawkowaniem narkotyków i poważnymi zakażeniami. Nowe ogniska zakażeń HIV w Grecji i Rumunii przypominają nam, że mimo udanej walki Europy z przenoszeniem tego wirusa między osobami używającymi narkotyków w niektórych populacjach może on się szybko rozprzestrzeniać. Uwydatnia to potrzebę zapewnienia odpowiedniego zasięgu działania służb odpowiadających za zapobieganie szerzeniu się wirusa HIV i ograniczenie powodowanych przez niego szkód w zagrożonych populacjach. Inną potencjalnie poważną konsekwencją przyjmowania narkotyków dożylnie są zakażenia bakteryjne, które mogą zagrażać życiu. W czerwcu i lipcu 2012 r. w pięciu państwach członkowskich UE odnotowano przypadki zakażenia wąglikiem, które mogą być związane z jednym źródłem zanieczyszczonej heroiny. Ognisko to skłoniło EMCDDA i ECDC do wspólnego przeprowadzenia szybkiej oceny ryzyka.

Odkrycie nowych perspektyw dla nowych narkotyków

Internet zmniejszył wprowadzone ograniczenia, umożliwiając szybkie przekraczanie granic geograficznych nowym wzorcom i tendencjom w zakresie używania narkotyków. Liczne dowody potwierdzające to stwierdzenie przedstawiono na drugim międzynarodowym forum poświęconemu nowym substancjom psychoaktywnym, zorganizowanemu w tym roku przez EMCDDA i amerykański Krajowy Instytut ds. Nadużywania Środków Odurzających. Podobne legalne dopalacze sprzedaje się obecnie w Stanach Zjednoczonych, Japonii, w niektórych częściach Azji Południowo-Wschodniej oraz w krajach europejskich. Unia Europejska posiada zaawansowany mechanizm wczesnego ostrzegania i oceny ryzyka, oparty na międzynarodowych standardach, służący do reagowania na pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych. Obecnie mechanizm ten jest poddawany przeglądowi i planuje się wprowadzenie nowych ram prawnych. Reakcje w tym obszarze mogą być najskuteczniejsze, jeżeli będą koordynowane we wszystkich krajach i będą jednocześnie zapewniały wyraźną wartość dodaną, jaką oferuje mechanizm wprowadzony na poziomie UE. Zgłoszenia nowych substancji psychoaktywnych nadal wpływają do systemu w 2012 r. mniej więcej raz na tydzień. Syntetyczni agoniści receptorów kannabinoidowych i katynony nadal są w czołówce, ale coraz częściej też zgłaszane są substancje z dużo mniej znanych grup chemicznych. Dotychczasowe nowe substancje naśladują efekty użycia konopi indyjskich lub takich substancji pobudzających, jak ecstasy czy

kokaina, a ich opakowanie sugeruje, że są przeznaczone przede wszystkim na rynek narkotyków rekreacyjnych. Z niektórych krajów wpłynęły jednak zgłoszenia dotyczące osób problemowo zażywających narkotyki, które przechodzą na dożylnie przyjmowanie takich katynonów, jak mefedron i MDPV.

„Sole do kąpieli" i „nawóz do roślin": problem ze złożonymi i zmieniającymi się produktami oraz mieszankami

Ważnym zadaniem systemu wczesnego ostrzegania UE jest wymiana informacji kryminalistycznych i toksykologicznych. Zidentyfikowanie psychoaktywnych chemikaliów może być trudnym zadaniem, gdyż mogą one występować w postaci nieznanych związków lub mieszanek chemikaliów. Liczba produktów zawierających wiele substancji psychoaktywnych wydaje się rosnąć, a w niektórych próbkach zakupionych do celów badawczych stwierdzono występowanie zarówno substancji objętych, jak i nieobjętych kontrolą. Powszechnie używany termin „dopalacze" jest tu więc nie na miejscu i konsumenci tych produktów mogą być nieświadomi tego, co spożywają, lekceważąc tym samym następstwa zdrowotne i prawne. Zamieszanie widać również na poziomie międzynarodowym, na którym debatę utrudnia brak jasno określonej terminologii i informacji kryminalistycznych. W Stanach Zjednoczonych na przykład ogólny termin „sole do kąpieli" dotyczy całego zakresu produktów zawierających nowe substancje psychoaktywne, które często sprzedaje się w Unii Europejskiej jako „nawóz do roślin".

Nowe substancje psychoaktywne również stwarzają problem w badaniach ankietowych dotyczących używania narkotyków, gdyż wiele osób może nawet nie wiedzieć, co w rzeczywistości przyjęły. Kilka dostępnych badań daje obraz znacznych rozbieżności między poszczególnymi krajami, wskazując na stosunkowo niskie, aczkolwiek nie bez znaczenia, poziomy. Na ich podstawie można też wnioskować, że użycie tych substancji w określonych populacjach może się zwiększyć i szybko zmniejszyć. Ważnym czynnikiem wydaje się tu dostępność. Otwarciu licznych punktów sprzedaży detalicznej w Polsce towarzyszył wzrost zgłaszanych przypadków użycia i wizyt w szpitalnych oddziałach ratunkowych, przypisywany nowym substancjom psychoaktywnym, przy czym w obu przypadkach dane liczbowe zmniejszyły się po podjęciu działań ograniczających dostępność. Niektóre dane z Niemiec wskazują na spadek użycia spice, często zawierającego syntetycznych agonistów receptorów kannabinoidowych, której to substancji jednak nie wyeliminowano po wprowadzeniu ratunkowych środków zakazu. Podobnie okazuje się, że pomimo wprowadzenia środków kontroli na poziomie UE na rynku nielegalnych narkotyków w niektórych krajach nadal dostępny jest mefedron.

Dotychczasowa debata polityczna nad nowymi narkotykami w dużym stopniu koncentrowała się na opracowaniu środków kontroli, krajach stosujących zestaw regulacji rynkowych, obowiązującym prawodawstwie w sprawie kontroli oraz na specjalnie formułowanych nowych przepisach. Coraz bardziej jednak rośnie zainteresowanie rozwiązaniem problemów łączących się z nowymi narkotykami, zwłaszcza potrzebą zrozumienia potencjalnych skutków zdrowotnych i społecznych używania tych narkotyków, jak również potrzebą określenia właściwych strategii ukierunkowanych na ograniczenie popytu. EMCDDA otrzymało sprawozdania dotyczące ostrych przypadków medycznych na oddziałach ratunkowych oraz zgonów powodowanych zażyciem nowych substancji psychoaktywnych. W chwili obecnej trudno jest interpretować te dane, ale naszym zdecydowanym priorytetem jest lepszy nadzór z naszej strony i zwiększenie zdolności do przeprowadzania analiz w tym obszarze. Państwa członkowskie UE zaczynają również zgłaszać wprowadzanie określonych form reakcji na nowe substancje psychoaktywne. Wśród nowych badanych podejść znajdują się innowacyjne internetowe programy profilaktyczne oraz dostarczanie specjalnych profilaktycznych informacji do szkół.

Rozdział 1
Polityka i prawo

Wprowadzenie

W niniejszym rozdziale można zapoznać się z najnowszymi zmianami w polityce Unii Europejskiej, a także ocenić, w jakim stopniu państwa członkowskie zintegrowały swoje strategie w zakresie legalnych i nielegalnych narkotyków oraz utworzyły powiązania pomiędzy strategiami antynarkotykowymi i dotyczącymi bezpieczeństwa. Przedstawiono w nim również różne krajowe i ponadnarodowe strategie realizowane w państwach nienależących do UE, które rozpatruje się pod względem ich podobieństw lub różnic w stosunku do europejskiego podejścia do kwestii narkotyków.

Przeanalizowano stopień powiązania krajowych strategii antynarkotykowych z budżetami, a także dokonano aktualizacji danych dotyczących tendencji, uzyskanych w ramach badań nad wydatkami publicznymi związanymi z narkotykami. Ponadto przedstawiono w tym miejscu nową analizę sposobów, w jakie państwa członkowskie konfigurują swoje krajowe ustawodawstwa w celu sprostania coraz większemu wyzwaniu, jakim są nowe narkotyki. W końcowej części rozdziału uaktualniono europejskie dokonania w dziedzinie badań naukowych dotyczących narkotyków.

Zmiany w polityce unijnej i międzynarodowej

W kierunku nowej unijnej strategii antynarkotykowej

Obecna europejska strategia w zakresie narkotyków (2005–2012) była pierwszą, która została poddana ocenie zewnętrznej. Oceniający stwierdzili, że strategia wniosła wartość dodaną do działań państw członkowskich podejmowanych w dziedzinie narkotyków, oraz że zainteresowane podmioty wyrażały się pochlebnie na temat promowania w ramach europejskiej strategii działań interwencyjnych opartych na dowodach (Rand Europe, 2012). W sprawozdaniu zwrócono szczególną uwagę na obszar informacji, badań naukowych i oceny, w którym europejskie podejście i infrastruktury czynnie wspierają przekazywanie wiedzy na terytorium Europy. W odniesieniu do następnej strategii, która jest opracowywana w 2012 r., oceniający zalecili utrzymanie zróżnicowanego podejścia, przyjęcie zintegrowanych koncepcji politycznych w odniesieniu do legalnych i nielegalnych substancji, w tym nowych substancji psychoaktywnych, tworzenie bazy informacyjnej w zakresie ograniczania podaży narkotyków, a także doprecyzowanie roli organów koordynujących UE.

Biorąc pod uwagę obecne zainteresowanie polityczne omawianą tematyką, jak również jej wyraźny wymiar europejski, istotną kwestią wymagającą ujęcia w przygotowywanej strategii będą sposoby reagowania na nowe substancje psychoaktywne. Strategia będzie bazować na informacjach uzyskanych w ramach szeregu inicjatyw rozpoczętych w 2011 r., do których należą: europejski pakt w sprawie walki z narkotykami syntetycznymi ([1]) i operacyjny plan działania w zakresie narkotyków syntetycznych oraz nowych substancji psychoaktywnych ([2]), oba przyjęte przez Radę Unii Europejskiej, a także komunikat „Na rzecz bardziej zdecydowanej reakcji Europy na problem narkotyków", przyjęty przez Komisję Europejską i zapowiadający szereg działań w zakresie nielegalnych narkotyków ([3]). Środki te obejmują nowe prawodawstwo europejskie, opracowane w celu szybszego i skuteczniejszego zajęcia się pojawiającymi się szkodliwymi nowymi substancjami psychoaktywnymi (tzw. dopalaczami, zob. rozdział 8). Inne planowane zmiany legislacyjne dotyczą handlu narkotykami, kontroli prekursorów, prania brudnych pieniędzy oraz odzyskiwania majątków pochodzących z przestępstw. Ponadto przygotowywany jest wniosek w sprawie ustanowienia minimalnych norm jakości w zakresie profilaktyki, leczenia i redukcji szkód.

Polityka antynarkotykowa na Bałkanach Zachodnich

Przy dokonywaniu oceny europejskiej strategii w zakresie narkotyków zwrócono uwagę, że współpraca międzynarodowa, zwłaszcza z państwami kandydującymi

([1]) Dostępny w internecie.
([2]) Zob. ramka „COSI: Stały Komitet Współpracy Operacyjnej w zakresie Bezpieczeństwa Wewnętrznego" (rozdział 2).
([3]) COM(2011) 689/2.

i ubiegającymi się o członkostwo, stanowi użyteczne i wpływowe narzędzie polityki. Przed ostatnimi rozszerzeniami Unii Europejskiej w 2004 i 2007 r. przyszłym państwom członkowskim UE udzielono wsparcia na rzecz opracowania polityk antynarkotykowych zgodnych ze zrównoważonym i opartym na dowodach podejściem Unii Europejskiej.

Podobny proces jest obecnie realizowany na Bałkanach Zachodnich, gdzie wszystkie trzy państwa kandydujące i trzy potencjalne państwa kandydujące przyjęły ostatnio kompleksowe i zrównoważone strategie antynarkotykowe oraz stosowne plany działania (zob. tabela 1). W państwach tego regionu występuje wiele wspólnych kwestii, m.in. ich położenie wzdłuż jednego z europejskich historycznych szlaków handlu narkotykami oraz towarzyszące temu problemy związane z heroiną i innymi narkotykami ([4]). We wspomnianych krajowych dokumentach dotyczących polityki uwzględniono ograniczenie popytu na narkotyki i podaży narkotyków oraz, w niektórych przypadkach, przyjęto cele strategiczne, zadania i struktury stanowiące odzwierciedlenie założeń zawartych w dokumentach dotyczących polityki antynarkotykowej UE, które wprowadzają systemy monitorowania i oceny oraz mechanizmy koordynacji. Plany działania są często szczegółowe i uwzględniają harmonogram, strony odpowiedzialne, wskaźniki realizacji oraz szacunki kosztów w odniesieniu do każdego działania.

Krajowe strategie antynarkotykowe

Jednym z zaleceń w odniesieniu do następnej strategii antynarkotykowej UE jest stworzenie warunków dla bardziej zintegrowanego podejścia do legalnych i nielegalnych

Ponadnarodowe strategie antynarkotykowe

Kolejna europejska strategia w zakresie narkotyków będzie dziewiątą strategią lub planem działania w zakresie narkotyków przewidzianymi do przyjęcia przez Unię Europejską od 1990 r. W tym okresie organizacje ponadnarodowe w innych częściach świata także opracowują dokumenty tego typu.

W Afryce Unia Afrykańska opracowała „Plan działania w zakresie kontroli narkotyków i zapobiegania przestępczości" (2007–2012), natomiast 15 krajów członkowskich Wspólnoty Gospodarczej Państw Afryki Zachodniej (ECOWAS) uzgodniło deklarację polityczną oraz „Regionalny plan działania w zakresie nielegalnego handlu narkotykami, przestępczości zorganizowanej i narkomanii" (2008–2011). W Azji Stowarzyszenie Państw Azji Południowo-Wschodniej (ASEAN), w skład którego wchodzi 10 krajów, przyjęło „Plan prac ASEAN w zakresie zwalczania wytwarzania, handlu i używania nielegalnych narkotyków" (2009–2015). Ponadto w 2010 r. Organizacja Państw Amerykańskich (OAS) przyjęła „Strategię antynarkotykową dla półkuli zachodniej", obejmującą 35 państw amerykańskich.

Strategia OAS jest najbardziej zbliżona do podejścia UE, natomiast plany pozostałych organizacji ponadnarodowych koncentrują się głównie na ograniczaniu podaży i egzekwowaniu prawa. Przykładowo plan prac ASEAN jest ukierunkowany na wyeliminowanie wytwarzania, przetwarzania, handlu i nadużywania nielegalnych narkotyków i ma na celu przekształcenie ASEAN w obszar wolny od narkotyków do 2015 r. Ogólnym celem planu Unii Afrykańskiej jest wzmocnienie egzekwowania prawa w zakresie kontroli narkotyków, a sześć z siedmiu kluczowych obszarów priorytetowych skupia się na kontroli narkotyków i zapobiegania przestępczości. Mimo wprowadzenia bardziej zróżnicowanego podejścia strategia ECOWAS koncentruje się w znacznym stopniu na kwestiach bezpieczeństwa związanych z handlem narkotykami.

Tabela 1: Najnowsze dokumenty dotyczące polityki antynarkotykowej w państwach kandydujących i potencjalnych państwach kandydujących na Bałkanach Zachodnich.

Kraj	Nazwa dokumentu dotyczącego polityki	Okres	Główna tematyka	Uwagi
Albania	Krajowa strategia antynarkotykowa	2004–2010	nielegalne narkotyki	potencjalne państwo kandydujące
Bośnia i Hercegowina	Krajowa strategia w zakresie nadzoru nad środkami odurzającymi, profilaktyki i zwalczania nadużywania środków odurzających	2009–2013	nielegalne narkotyki	potencjalne państwo kandydujące
Była jugosłowiańska republika Macedonii	Krajowa strategia antynarkotykowa	2006–2012	nielegalne narkotyki	państwo kandydujące
Kosowo ([1])	Krajowa strategia antynarkotykowa i plan działania	2009–2012	nielegalne narkotyki	potencjalne państwo kandydujące
Czarnogóra	Krajowa strategiczna odpowiedź na narkotyki	2008–2012	nielegalne narkotyki	państwo kandydujące
Serbia	Krajowa strategia walki z narkotykami	2009–2013	nielegalne narkotyki	państwo kandydujące

([1]) Użycie tej nazwy nie ma wpływu na stanowiska w sprawie statusu Kosowa i jest zgodne z rezolucją Rady Bezpieczeństwa ONZ 1244/1999 oraz opinią MTS na temat ogłoszenia przez Kosowo niepodległości.

([4]) Zob. charakterystyki danych krajowych na stronie internetowej EMCDDA.

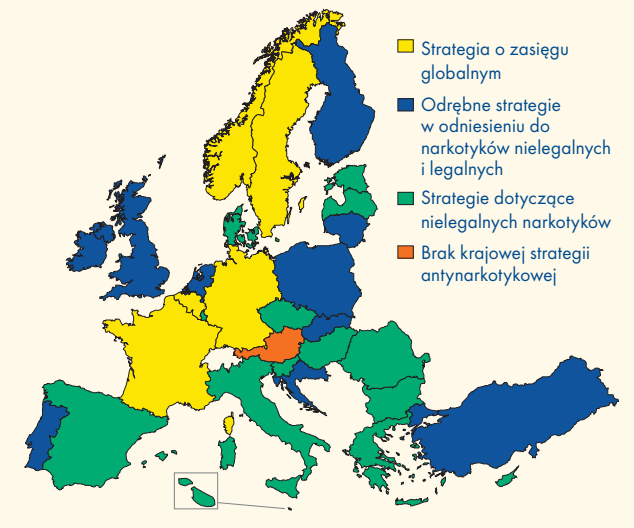
narkotyków, z ewentualnym uwzględnieniem także uzależnień behawioralnych. Kolejnym zagadnieniem do rozważania jest udoskonalenie powiązań pomiędzy polityką antynarkotykową i szerzej pojmowanymi politykami bezpieczeństwa, np. tymi skoncentrowanymi na przestępczości zorganizowanej. Poniżej przedstawiono analizę bieżącej sytuacji w zakresie obu kwestii w państwach członkowskich UE, Chorwacji, Norwegii i Turcji.

Integracja legalnych i nielegalnych narkotyków

Przyjęcie krajowych strategii antynarkotykowych i planów działania stanowi kamień węgielny polityki antynarkotykowej UE i jest uznanym narzędziem wykorzystywanym przez państwa europejskie przy określaniu celów i zadań ich polityk antynarkotykowych. Można dostrzec różnice co do stopnia, w jakim państwa poczyniły kroki w kierunku opracowania dokumentów dotyczących polityki, które uwzględniają zarówno legalne, jak i nielegalne narkotyki (wykres 1).

5 krajów przyjęło strategie bądź plany działania o zasięgu globalnym, uwzględniające legalne i nielegalne narkotyki oraz, w niektórych przypadkach, zachowania uzależniające. Szeroko zakrojone podejście znalazło odzwierciedlenie w tytułach dokumentów dotyczących polityki: „Kompleksowa i zintegrowana polityka antynarkotykowa" w Belgii; „Rządowy plan zwalczania narkotyków i narkomanii" we Francji; „Narodowa strategia polityki w zakresie narkotyków i uzależnień" w Niemczech; „Spójna strategia polityki w zakresie alkoholu, narkotyków, środków dopingujących i tytoniu (ANDT)" w Szwecji; a także „Plan działania w obszarze narkotyków i alkoholu" w Norwegii. Z wyjątkiem Norwegii, która posiada odrębne strategie dotyczące tytoniu i hazardu, we wspomnianych krajach nie istnieją osobne strategie krajowe w zakresie innych legalnych narkotyków lub zachowań uzależniających.

Wykres 1: Zasięg krajowych strategii antynarkotykowych



Uwaga: Strategie o zasięgu globalnym dotyczą legalnych i nielegalnych narkotyków oraz, w niektórych przypadkach, zachowań uzależniających. Niektóre strategie dotyczące nielegalnych narkotyków uwzględniają także narkotyki legalne. Chociaż Zjednoczone Królestwo posiada odrębne strategie dotyczące nielegalnych i legalnych narkotyków, zarówno Anglia, jak i Szkocja mają odrębne strategie dotyczące nielegalnych narkotyków, alkoholu i tytoniu, natomiast zarówno Walia, jak i Irlandia Północna posiadają strategie antynarkotykowe o zasięgu globalnym, które dotyczą także alkoholu, jak również odrębne strategie antytytoniowe.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

W 10 krajach istnieją odrębne strategie bądź plany działania w odniesieniu do nielegalnych i legalnych narkotyków. Kraje te różnią się swoim podejściem do kwestii legalnych narkotyków, których dotyczą określone dokumenty dotyczące polityki, oraz tym, czy dokumenty te uwzględniają poszczególne substancje, czy też nie. Niderlandy i Słowacja posiadają odrębne strategie w odniesieniu do alkoholu i tytoniu, natomiast Litwa posiada strategię obejmującą zarówno alkohol, jak i tytoń. W 7 pozostałych krajach strategie w zakresie legalnych narkotyków odnoszą się jedynie do alkoholu lub do tytoniu; zarówno Irlandia, jak i Portugalia są obecnie na etapie rozważania procesu zintegrowania strategii w zakresie nielegalnych narkotyków i alkoholu.

W 14 krajach istnieje tylko jedna strategia antynarkotykowa lub stosowny plan działania, koncentrujące się na nielegalnych narkotykach. Środki odnoszące się do legalnych narkotyków mogą być jednak w większym lub mniejszym stopniu uwzględnione we wspomnianych dokumentach dotyczących polityki. W niektórych z omawianych krajów (np. w Hiszpanii) istnieje silna tendencja uwzględniania, w stosownych przypadkach, określonych środków skoncentrowanych na używaniu alkoholu lub tytoniu. W innych krajach czyni się niekiedy odniesienia do legalnych narkotyków lub leków (Bułgaria, Malta), bądź wzywa do lepszej integracji kwestii narkotyków i alkoholu w przyszłości (Grecja i Luksemburg). Tylko 1 kraj (Estonia) posiada strategię skoncentrowaną wyłącznie na nielegalnych narkotykach.

Wydaje się, że tendencja w kierunku zintegrowanego podejścia do używania substancji istnieje przede wszystkim wśród krajów będących państwami członkowskimi UE przed 2004 r. To właśnie te kraje przyjęły globalną strategię, są w trakcie procesu integrowania swoich strategii w zakresie nielegalnych narkotyków i alkoholu lub uwzględniły wiele celów dotyczących legalnych narkotyków w swojej strategii w zakresie nielegalnych narkotyków. Sytuacja w Europie Środkowej i Wschodniej sprowadza się głównie do odrębnych strategii lub strategii odnoszących się jedynie do nielegalnych narkotyków, przy czym legalne narkotyki odnotowuje się w nich w ograniczonym zakresie.

Mimo omawianej tendencji w kierunku integracji legalnych i nielegalnych substancji w dokumentach dotyczących polityki środki wspierające koordynację na poziomie krajowym i struktury budżetowe mogły nie zostać zmodyfikowane w sposób dopełniający.

Strategie antynarkotykowe i kwestie bezpieczeństwa

Ograniczanie podaży stanowi główny element polityki antynarkotykowej w Europie. Planowanie i koordynacja działań w tym obszarze wiąże się nie tylko ze strategią antynarkotykową, ale jest również powiązane z szerzej pojmowanymi zmianami w polityce w dziedzinie bezpieczeństwa. Na przykład na poziomie UE poważna przestępczość zorganizowana i jej udział w handlu narkotykami stanowi jedno z zagrożeń będących celem strategii bezpieczeństwa wewnętrznego Unii Europejskiej (Rada Europejska, 2010).

Na szczeblu krajowym 15 państw zgłosiło posiadanie – oprócz swojej strategii antynarkotykowej – co najmniej jednego dokumentu dotyczącego polityki, określającego działania w obszarze ograniczania podaży narkotyków. 2 spośród tych państw wymieniły strategię w obszarze bezpieczeństwa, 11 wymieniło strategię na rzecz zwalczania przestępczości lub zorganizowanej przestępczości, a 2 wymieniły oba rodzaje strategii. 14 państw zgłosiło, że krajowa strategia antynarkotykowa jest jedynym dokumentem określającym działania na rzecz ograniczania podaży narkotyków, natomiast Austria w ogóle nie posiada krajowego dokumentu dotyczącego polityki w tej dziedzinie.

W większości tych państw, w których ograniczanie podaży jest uwzględnione zarówno w strategii antynarkotykowej, jak i w innej strategii, eksperci ds. narkotyków zgłaszają, że krajowa strategia antynarkotykowa stanowi najważniejszy dokument w tej dziedzinie. 2 kraje (Niderlandy i Zjednoczone Królestwo) zgłaszają, że oba dokumenty mają równe znaczenie, podczas gdy „Krajowy plan bezpieczeństwa" w Belgii i „Krajowy program zapobiegania i zwalczania przestępczości" w Słowenii uznawane są za ważniejsze w określaniu działań na rzecz ograniczania podaży niż strategia antynarkotykowa.

W ciągu ostatnich dwudziestu lat narkotyki stanowiły bardzo wyraźny priorytet polityczny – w dużej mierze z powodu rosnących wskaźników używania narkotyków i problemów związanych z narkotykami. Wydaje się, że bardziej stabilna sytuacja w zakresie narkotyków oraz nowe priorytety polityczne na szczeblu krajowym (deficyt publiczny, bezrobocie) przyczyniają się obecnie do coraz większej integracji polityki antynarkotykowej z polityką w szerszym wymiarze. W praktyce może to oznaczać, że ograniczanie popytu na narkotyki w coraz większym stopniu zbliża się do polityk w zakresie zdrowia i uzależnień behawioralnych, natomiast ograniczanie podaży narkotyków zbliża się do strategii bezpieczeństwa nastawionych na zwalczanie przestępczości zorganizowanej. W związku z tym pojawia się pytanie, czy obecne kompleksowe i zrównoważone strategie antynarkotykowe będą miały rację bytu w przyszłości.

Wydatki publiczne

Krajowe strategie antynarkotykowe oraz stosowne plany działania obejmują środki ograniczania problemów związanych z narkotykami, których wdrażanie finansuje przede wszystkim rząd. Rozliczanie tego rodzaju funduszy publicznych może stanowić ważne narzędzie w procesie oceny polityki. W niniejszej sekcji zamieszczono analizę powiązań określonych budżetów z dokumentami dotyczącymi polityki antynarkotykowej, a także sprawdzono, czy udostępniane są informacje dotyczące rzeczywistych wydatków. Biorąc jednak pod uwagę, że przydział środków dokonywany jest na różnych szczeblach rządowych oraz że praktyki rachunkowości są różne w poszczególnych krajach europejskich, dostępne jest jedynie wstępne omówienie krajowych praktyk w tej dziedzinie.

Na wydatki publiczne związane z problemami narkotykowymi mogą mieć wpływ programy oszczędnościowe, na przykład te wprowadzone przez niektóre państwa w następstwie ostatniej globalnej recesji ekonomicznej. Kwestia ta jest analizowana w ramach pierwszego przeglądu danych dotyczących tendencji w wydatkach publicznych związanych z narkotykami.

Strategie antynarkotykowe i budżety

Spośród 29 państw europejskich, które posiadają krajowe strategie antynarkotykowe lub stosowne plany działania, 7 zgłasza, że w ich bieżącym dokumencie dotyczącym polityki antynarkotykowej uwzględniono budżet całościowy lub przeznaczony na poszczególne sektory. Na Cyprze budżet roczny jest załączony do strategii antynarkotykowej 2009–2012, publikowane są także wydatki roczne. W Estonii przewidziane są środki w budżecie na krajowe strategie antynarkotykowe, dokonuje się także oszacowania wydatków rocznych. W Republice Czeskiej planowi działania na lata 2010–2012 towarzyszył, po raz pierwszy, budżet szacunkowy. W Grecji budżet towarzyszy planowi działania na lata 2011–2012. Budżet jest przewidziany także na realizację francuskiego planu krajowego na lata 2008–2011 (przedłużonego na 2012 r.), natomiast jego wykonanie nie jest poddawane

Doradztwo w zakresie polityki antynarkotykowej

Rządy zasięgają porad dotyczących polityki antynarkotykowej z wielu przyczyn, na przykład przy opracowywaniu nowych strategii antynarkotykowych, rozważaniu zmian legislacyjnych lub dokonywaniu oceny wcześniejszych decyzji politycznych.

28 spośród 30 państw zgłasza istnienie struktury pełniącej formalną rolę doradczą w odniesieniu do polityki antynarkotykowej: w niektórych przypadkach struktura ta jest ustanowiona prawem, w innych jest ona nieustawowa. W połowie państw istnieją specjalnie wyznaczone w tym celu podmioty doradcze; w pozostałych państwach istniejące struktury będące w większości krajowymi podmiotami koordynującymi kwestie związane z narkotykami, pełnią funkcję doradczą. W skład struktur doradczych wchodzi od 8 do ponad 30 osób; są to przede wszystkim decydenci, urzędnicy służby cywilnej, pracownicy naukowo-badawczy, pracownicy socjalni ds. uzależnień od narkotyków oraz przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego. Przewodniczącym może być polityk (Szwecja), nauczyciel akademicki (Belgia) lub urzędnik służby cywilnej wyższego szczebla (Estonia). Do ich zadań może należeć pomoc przy zamieszczaniu substancji w odpowiednich wykazach zgodnie z przepisami antynarkotykowymi, podejmowanie i finansowanie prac naukowo-badawczych oraz doradzanie decydentom.

Jedną z przykładowych struktur doradczych w Europie jest Narodowy Komitet Doradczy ds. Narkotyków (NACD) w Irlandii, liczący 16 członków, któremu przewodniczy nauczyciel akademicki. Rada konsultacyjna ds. nadużywania narkotyków (ACMD) w Zjednoczonym Królestwie, w skład której wchodzi 24 członków, zamieszcza substancje w wykazach narkotyków oraz doradza rządowi. Licząca 27 członków niemiecka rada ds. narkotyków i uzależnień, której przewodniczy Federalny Komisarz ds. Narkotyków, wspiera wdrażanie i rozwój krajowej strategii antynarkotykowej oraz współpracę pomiędzy podmiotami szczebla krajowego i lokalnego. W Republice Czeskiej zamieszczaniem substancji w wykazach narkotyków oraz pracami doradczymi zajmuje się 5 komitetów oraz kilka grup roboczych powiązanych z rządową radą ds. koordynacji polityki antynarkotykowej.

O ile wydaje się, że podmioty doradcze stanowią standardową strukturę polityczną w Europie, o tyle różnią się one pod względem formy, funkcji i liczby członków. Na ogół są wykorzystywane przez rząd oraz inne sektory jako forum służące komunikowaniu się oraz koordynowaniu i rozpatrywaniu informacji istotnych z punktu widzenia polityki.

publicznej ocenie. W ramach strategii antynarkotykowej Zjednoczonego Królestwa nie istnieje budżet centralny, natomiast w Irlandii Północnej, Szkocji i Walii istnieją budżety powiązane ze strategiami oraz publikowane są szacunkowe dane na temat wydatków. W Anglii, mimo braku specjalnie wyznaczonego budżetu, regularnie publikuje się sprawozdania z wydatków. W niektórych przypadkach wydzielone budżety uwzględniają jedynie część strategii antynarkotykowej – sytuacja taka ma miejsce w Rumunii, gdzie budżet przewidziany jest na działania w zakresie zdrowia i opieki społecznej w ramach antynarkotykowego planu działania na lata 2009–2012.

3 państwa zgłaszają, że nie posiadają już budżetów powiązanych z ich strategią antynarkotykową. W Irlandii, Portugalii i na Słowacji przewidywano budżety oraz szacunkowe wydatki roczne na wcześniejsze plany działania, natomiast nie na bieżący. Zarówno w Portugalii, jak i na Słowacji istnieją jednak komitety międzyresortowe pracujące nad rozwojem tej dziedziny.

W 8 państwach budżet, który obejmuje całość lub część krajowej strategii antynarkotykowej lub stosownego planu działania, określa się co roku w ramach ogólnego budżetu krajowego. W Luksemburgu wieloletni plan działania jest wspierany rocznym budżetem przeznaczonym na działania związane z narkotykami, udostępniane są także kompleksowe dane szacunkowe na temat wydatków. W Chorwacji roczny budżet związany z narkotykami jest ściśle powiązany z planem działania. W Bułgarii, Danii, na Węgrzech, w Szwecji, Finlandii i Norwegii rządy zatwierdzają roczne budżety na rzecz finansowania inicjatyw antynarkotykowych.

W 11 państwach nie powiązano ostatnio budżetów przeznaczonych na działania antynarkotykowe z krajowymi dokumentami dotyczącymi polityki. W takich przypadkach środki niezbędne do realizacji strategii antynarkotykowej lub planu działania pochodzą bezpośrednio z agencji odpowiedzialnych za ich wdrażanie.

Praktyki w Europie są bardzo zróżnicowane i jedynie kilka państw przyjęło jasno określone i przejrzyste podejście w odniesieniu do przydziału środków budżetowych oraz przeglądu budżetu w dziedzinie narkotyków. Choć powodem tego stanu rzeczy mogą być trudności techniczne, sytuacja ta przyczynia się jednak do problemów istniejących przy szacowaniu wydatków publicznych związanych z narkotykami w Europie, a także do rozwoju oceny ekonomicznej polityki antynarkotykowej.

Tendencje w wydatkach publicznych związanych z narkotykami

Najważniejszą kwestią bieżącą jest wpływ ostatniego kryzysu ekonomicznego i wynikających z niego środków oszczędnościowych na politykę antynarkotykową i budżety związane z narkotykami. Zagadnienie to jest analizowane w związku z ostatnimi szacunkami wydatków publicznych związanych z narkotykami w państwach

europejskich. Wymagana jest jednak pewna ostrożność, gdyż ilość i jakość dostępnych informacji różni się ogromnie w poszczególnych krajach; wynika to z badań obejmujących różne lata, stosowania różnych metodologii, a także szacowania nie zawsze tej samej części budżetów.

Pewna część środków przeznaczonych przez rządy na wydatki na rzecz zadań związanych z narkotykami jest określana (wyszczególniona) w budżecie w taki właśnie sposób. Często jednak przeważająca część wydatków związanych z narkotykami nie jest określona (jest niewyszczególniona), i konieczne jest szacowanie jej w ramach podejścia opartego na modelowaniu. Budżet łączny stanowi sumę zarówno wyszczególnionych, jak i niewyszczególnionych wydatków związanych z narkotykami.

W ostatnich latach w 6 krajach stwierdzono obniżenie wydatków publicznych związanych z narkotykami. W Zjednoczonym Królestwie obniżenie wyszczególnionych wydatków publicznych w latach 2010–2011 w Anglii ([5]) o 5% w porównaniu z poprzednim rokiem nie zostało zrekompensowane niewielkimi zwiększeniami wyszczególnionych wydatków w Irlandii Północnej, Szkocji i Walii. W 2010 r. wyszczególnione wydatki w Estonii uległy obniżeniu o 3% w porównaniu z 2009 r., ale o 54% w porównaniu z 2008 r.; w Irlandii wyszczególnione wydatki uległy obniżeniu o 3% w porównaniu z poprzednim rokiem. Na Węgrzech podczas śródrocznej rewizji budżetu na 2010 r. stwierdzono obniżenie kwoty środków na wyszczególnione działania o 25%. W Chorwacji dostępne dane wskazują na obcięcie o 10% wyszczególnionych wydatków publicznych związanych z narkotykami w budżecie na 2010 r. w porównaniu z 2009 r. W Republice Czeskiej, mimo lepszego zakresu danych wskazujących na zwiększenie wydatków w 2010 r., szczegółowa analiza wykazuje mniejszą ilość dostępnych środków na leczenie i redukcję szkód.

W przypadku kolejnych 4 państw w najnowszych szacunkach wydatków związanych z narkotykami nic nie wskazuje na cięcia budżetowe. W Belgii łączne wydatki publiczne związane z narkotykami uległy zwiększeniu o 18,5% w latach 2004–2008 (przed recesją). W Szwecji łączne wydatki publiczne związane z narkotykami w 2011 r. uległy istotnemu zwiększeniu w porównaniu z 2007 r. W Luksemburgu w 2010 r. miało miejsce zwiększenie łącznych wydatków związanych z narkotykami o 5,6% w skali roku. W Finlandii w 2009 r. łączne wydatki publiczne związane z narkotykami uległy zwiększeniu o 1,6%.

Badania przeprowadzone do chwili obecnej wskazują na istnienie znacznych różnic pomiędzy poszczególnymi krajami pod względem charakteru i nasilenia wpływu kryzysu ekonomicznego na ich budżety i wydatki związane z narkotykami.

Przepisy krajowe dotyczące nowych substancji psychoaktywnych

W ciągu ostatnich lat zaobserwowano w Europie pojawienie się całej gamy różnorodnych nowych substancji psychoaktywnych, które stawały się powszechnie dostępne w niespotykanym dotąd tempie. Szybkość, z jaką te nowe substancje są wypuszczane na rynek, w połączeniu z brakiem informacji na temat zagrożeń związanych z ich używaniem, stanowi wyzwanie dla ustalonej procedury dodawania poszczególnych substancji do wykazu środków objętych kontrolą przepisów antynarkotykowych. O ile większość państw europejskich robi to nadal, o tyle kilka z nich zareagowało wprowadzeniem nowatorskich zmian w swoim ustawodawstwie lub polityce egzekwowania prawa ([6]).

Do najbardziej zasadniczych zmian należało przyjęcie nowych przepisów prawa karnego przewidujących kary za dystrybucję substancji psychoaktywnych bez zezwolenia, co miało miejsce w Irlandii, Austrii i Rumunii. Między wspomnianymi 3 przykładami istnieją, obok pewnych podobieństw, także kluczowe różnice. W odniesieniu do substancji, wszystkie 3 kraje definiują substancję psychoaktywną jako taką, która pobudza lub działa depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy i może prowadzić do uzależnienia oraz powodować halucynacje lub zaburzenia funkcji ruchowych bądź sposobu zachowania. W Irlandii zaburzenia te powinny być „znaczne”; w Austrii substancje mogą zostać umieszczone w wykazie tylko wtedy, gdy istnieje prawdopodobieństwo ich nadużywania przez niektóre grupy społeczne, wiążącego się z możliwym zagrożeniem dla zdrowia konsumentów. W prawie rumuńskim nie istnieje już określony wymóg szkodliwości, w odróżnieniu od zarządzenia rządu wydanego wcześniej w tym samym roku, w którym był on uwzględniony. W Austrii minister zdrowia ma obowiązek podać nazwę substancji lub grupy substancji w rozporządzeniu, natomiast w Irlandii i Rumunii nie ma wymogu podawania nazwy substancji, gdyż każda substancja o właściwościach określonych w ustawodawstwie jest ujęta w wykazie z istoty rzeczy. W Austrii wprowadzanie do obrotu jest przestępstwem, jeżeli zamiarem dostawcy jest osiągnięcie korzyści, a także udostępnienie produktu do użycia z powodu jego

([5]) Na Anglię przypada 84% populacji Zjednoczonego Królestwa, natomiast jej budżet związany z narkotykami wynosi zazwyczaj ponad 80% całkowitej kwoty. Wydatki wyszczególnione stanowią niewielką część łącznych wydatków związanych z narkotykami w Zjednoczonym Królestwie.

([6]) Aby zapoznać się z krótkim opisem zagadnień politycznych w krajach europejskich, zob. EMCDDA (2011d).

psychoaktywnych skutków; w Irlandii niezbędna jest jedynie wiedza na temat prawdopodobnego użycia przez ludzi; w Rumunii nie obowiązuje żaden z powyższych wymogów. Maksymalne kary za wprowadzanie do obrotu to dwa lata pozbawienia wolności w Austrii, pięć lat w Irlandii i osiem lat w Rumunii. W Austrii i Rumunii wymiar kary ulega istotnemu zwiększeniu, w przypadku gdy wprowadzenie do obrotu prowadzi do poważnych obrażeń lub śmierci.

W niektórych krajach, które zachowują obowiązujące w nich przepisy antynarkotykowe, wprowadzono uściślenia w celu wzmocnienia lub przyspieszenia procedur stosowanych przy zamieszczaniu nowych substancji w wykazach narkotyków. Na Węgrzech (w 2010 r.) i w Finlandii (w 2011 r.) utworzono oficjalnie zespoły naukowe ds. oceny ryzyka w celu utworzenia bazy informacyjnej na potrzeby decyzji w sprawie kontrolowania nowych substancji. W 2011 r. w Zjednoczonym Królestwie uchwalono nową procedurę („rozporządzenia dot. wpisania na tymczasową listę narkotyków"), która umożliwiałaby szybkie objęcie kontrolą określonych substancji na mocy przepisów antynarkotykowych przez okres do jednego roku, w którym to czasie można rozpatrzyć potrzebę wprowadzenia stałej kontroli. Podobny wniosek w sprawie wykazu środków objętych tymczasową kontrolą został przyjęty przez parlament Słowacji, pozostał jednak w zawieszeniu do wyborów w 2012 r. Kolejne uściślenie wprowadzone przez niektóre kraje polega na rozszerzeniu zakresu obowiązujących przepisów antynarkotykowych poprzez zamieszczenie substancji w wykazie jako określonych grup, a nie jako poszczególnych substancji, jak miało to miejsce uprzednio. W 2009 i 2011 r. syntetyczne kannabinoidy zostały określone jako grupa substancji objętych kontrolą, odpowiednio w Luksemburgu i we Włoszech; w terminie późniejszym Włochy dodały definicję obejmującą całą grupę katynonów. W 2011 r. Cypr dodał do swoich przepisów antynarkotykowych definicję obejmującą całą grupę syntetycznych kannabinoidów, katynonów i fenetylamin, podczas gdy Francja i Niemcy prowadzą badania nad wykonalnością tego rodzaju podejścia.

Zmiany legislacyjne mogą być procesem długotrwałym – niektóre państwa wykorzystują inne obowiązujące przepisy, aby szybciej zareagować na nowe substancje. Przepisy dotyczące leków są wykorzystywane w celu kontrolowania substancji innych niż lecznicze w co najmniej 8 krajach. Ponadto we Włoszech, w Polsce, Portugalii i Zjednoczonym Królestwie wprowadzono różne rodzaje przepisów w zakresie bezpieczeństwa konsumentów, wymierzonych zasadniczo w produkty psychoaktywne (co doprowadziło do zamknięcia punktów sprzedaży) lub uwzględniające poszczególne substancje. Przykładowo mefedron był sprzedawany jako „nawóz do roślin" lub „sól do kąpieli", mimo że nie miał takich zastosowań. Szybkie działania interwencyjne nie tylko pomogły zająć się problemem przed ustanowieniem kontroli z wykorzystaniem przepisów antynarkotykowych, ale zapewniły także państwom czas na opracowanie nowatorskich sposobów reagowania.

Kolejnym dostępnym rozwiązaniem w zakresie objęcia kontrolą potencjalnie szkodliwych substancji jest dostosowanie istniejących przepisów. W 2010 r. Polska wyłączyła z definicji „środka zastępczego" (substancji, która może być używana zamiast narkotyku lub w tym samym celu) wymóg dotyczący szkodliwości oraz jakiegokolwiek zastosowania ogólnych przepisów w zakresie bezpieczeństwa produktów. Jednocześnie zaktualizowano prawo dotyczące ochrony zdrowia, tak by umożliwić jego wykonalność w razie podejrzenia, że środek zastępczy stwarza zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Na Węgrzech w 2012 r. dodano do Ustawy o lekach tymczasowy wykaz w celu zamieszczania w nim narkotyków niemających zastosowań leczniczych, które oddziałują na ośrodkowy układ nerwowy oraz są w stanie zmieniać stan psychiczny, sposób zachowania lub postrzegania, i tym samym stwarzają równie poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego co substancje wyszczególnione w wykazach narkotyków. Zgodnie z przepisami zmienionej sekcji kodeksu karnego dotyczącej narkotyków oferowanie lub rozprowadzanie tego rodzaju substancji jest zagrożone karą pozbawienia wolności do lat trzech. W Szwecji w 2011 r. przyznano organom ścigania nowe uprawnienia, dzięki którym mogą one działać w związku z ochroną bezpieczeństwa publicznego oraz konfiskować i niszczyć określone substancje, w przypadku których istnieje podejrzenie, że są stosowane w celu odurzania się oraz mogą spowodować obrażenia lub zgon. Zgodnie z nowymi przepisami obowiązującymi w Austrii i Zjednoczonym Królestwie w określonych warunkach policja może skonfiskować każdą ilość substancji – nawet jeżeli nie zostało popełnione przestępstwo.

Istnieje coraz większa liczba sposobów reagowania wymierzonych w reklamowanie i otwartą sprzedaż nowych substancji psychoaktywnych. Reklamowanie psychoaktywnych efektów substancji przeznaczonej do sprzedaży jest zagrożone karą pozbawienia wolności do lat pięciu w Irlandii i do lat trzech w Rumunii. W Republice Czeskiej za promowanie uzależnienia od substancji psychoaktywnej można być skazanym nawet na osiem lat pozbawienia wolności. W Rumunii stosowanie reklamy podającej, że produkty są sprzedawane zgodnie z prawem, jest zagrożone karą pozbawienia wolności od trzech do dziesięciu lat. W Polsce za podaż „środków zastępczych"

można zostać ukaranym wysoką grzywną, natomiast reklamowanie jest zagrożone karą do roku pozbawienia wolności. W Rumunii nałożona zostanie wysoka grzywna, jeżeli w ciągu 12 godzin od stosownego wniosku ministerstwa naruszająca przepisy strona internetowa nie zostanie usunięta.

Szybkie pojawianie się nowych i nieznanych narkotyków prowadzi do uruchomienia wielu różnych sposobów reagowania, które są ciągle udoskonalane: od 2009 r. co najmniej 7 państw wdrożyło jeden nowatorski sposób reagowania, a następnie wprowadziło kolejny. Wymiar sankcji karnych oraz stopień psychoaktywności lub potencjalne szkody, które mogą do nich doprowadzić, różnią się znacznie w całej Europie. Można jednak dostrzec dwie tendencje: stosowanie groźby pozbawienia wolności w celu zniechęcenia dostawców oraz rezygnowanie z sankcji karnych w stosunku do osób posiadających substancję na własny użytek.

Badania naukowe związane z narkotykami

Mając na względzie dopełnienie oraz wsparcie priorytetów określonych w europejskiej strategii w zakresie narkotyków, Komisja Europejska finansuje wiele badań naukowych i analiz. Od 2007 r. zainwestowano ponad 18 mln euro w ramach siódmego programu ramowego w zakresie badań i rozwoju technologicznego (7PR).

Dwa najważniejsze badania europejskie ukierunkowane są na uzależnienie od narkotyków i alkoholu w kontekście zaburzeń pracy mózgu. Zakończone niedawno badanie „Wyodrębnienie czynników psychospołecznych istotnych dla przebiegu zaburzeń psychicznych i neurologicznych w Europie" (PARADISE) wykazało, że zaburzenia na tle nadużywania substancji mają powiązanie z dużym obciążeniem i jego skutkami w życiu codziennym. Stwierdzono, że najpowszechniej występujące trudności dotyczyły funkcji poznawczych, funkcji emocjonalnych, samoobsługi, relacji z innymi osobami, zatrudnienia oraz sytuacji ekonomicznej. W 2011 r. ogłoszono w związku z kolejnym kluczowym projektem europejskim, że zaburzenia pracy mózgu, zmierzone z wykorzystaniem wskaźnika DALY (lata życia skorygowane niesprawnością), są najważniejszym czynnikiem przyczyniającym się do całkowitego wskaźnika obciążenia chorobami w UE, stanowiąc 26,6% wartości ogólnej (Wittchen i in., 2011). W następstwie tego badania zaklasyfikowano uzależnienie od narkotyków i alkoholu do najpowszechniej występujących zaburzeń pracy mózgu, ustępujących pod względem częstości jedynie zaburzeniom lękowym, bezsenności, ciężkiej depresji i zaburzeniom występującym pod postacią somatyczną.

W ramach projektu „Dostęp do leków opioidowych w Europie" (ATOME) przebadano przyczyny, dla których leki opioidowe służące do uśmierzania umiarkowanego do silnego bólu, a także do leczenia uzależnienia od opioidów, są często niedostępne w razie potrzeby oraz stosowane w nieodpowiedni sposób. Projekt będzie realizowany do końca 2014 r., przy czym do pierwszych jego wyników można zaliczyć opublikowanie nowych wytycznych WHO dotyczących polityki (2011), dostępnych w 14 językach, a także przegląd potencjalnych barier w zakresie dostępu do opioidów i ich dostępności. W następstwie realizacji projektu opracowane zostaną sprawozdania krajowe zawierające konkretne zalecenia dotyczące zmian legislacyjnych.

Projekt badawczy „Uzależnienia a styl życia we współczesnych społeczeństwach Europy – nowe ujęcie" (ALICE RAP) będzie realizowany do 2016 r. z udziałem ponad 100 pracowników naukowo-badawczych i 70 instytucji badawczych w ponad 30 krajach. Celem projektu, obejmującego siedem głównych pakietów roboczych, jest wspieranie dowodów naukowych, tak by informować ogół społeczeństwa i zasilać dialog polityczny na temat stojących przed społeczeństwem europejskim wyzwań niesionych przez narkotyki i inne uzależnienia, a także zachęcać do debaty na temat sposobów podejścia do uzależnień.

Realizację projektu badawczego „Uwzględnienie wszystkich ogniw łańcucha: zrozumienie niezamierzonych następstw międzynarodowych działań antynarkotykowych dla UE (LINKSCH)" rozpoczęto w lutym 2012 r. z udziałem 7 partnerów z 4 krajów; celem projektu jest wspieranie bardziej kompleksowej polityki antynarkotykowej ukierunkowanej na zminimalizowanie niezamierzonych następstw. Co więcej, finansowana w ramach 7PR Sieć Europejskiej Przestrzeni Badawczej (ERA-NET), zajmująca się nielegalnym narkotykami, będzie działać do 2013 r.

W ramach programu Komisji Europejskiej „Profilaktyka narkotykowa i informacje o narkotykach" (DPIP) sfinansowano wiele projektów badawczych, w tym badanie „Dalsza analiza rynku nielegalnych narkotyków w UE i reakcji na ten rynek", przy którego realizacji przeanalizowano cechy i funkcjonowanie unijnych rynków konopi indyjskich, kokainy, amfetamin i ecstasy, jak również projekt „Nowe narzędzia metodologiczne do celów oceny polityki i programów" (DPE), którego założeniem jest opracowanie wskaźników do celów monitorowania podaży i popytu na nielegalne narkotyki oraz oceny polityk i działań interwencyjnych ([7]).

([7]) Więcej informacji na temat badań naukowych związanych z problemem narkotykowym w Europie znajduje się na stronie internetowej EMCDDA dotyczącej badań naukowych.

DRUID: Prowadzenie pojazdu pod wpływem narkotyków, alkoholu i leków

Celem projektu DRUID, którego realizację zakończono w 2011 r., było zapewnienie nowego spojrzenia na kwestię wpływu alkoholu, nielegalnych narkotyków i leków na bezpieczeństwo na drodze, a także opracowanie zaleceń w odniesieniu do polityki w zakresie bezpieczeństwa drogowego. Wykorzystano zharmonizowane procedury gromadzenia danych, aby pobrać próbki płynów ustrojowych od około 50 tys. losowo wybranych kierowców w 13 krajach europejskich, a także od 4,5 tys. kierowców, którzy ulegli poważnym obrażeniom lub ponieśli śmierć w wypadku. W następstwie badania stwierdzono, że 3,5% przebadanych kierowców miało w organizmie alkohol. Ponadto u 1,5% kierowców przekroczone zostało wspólne dla badanych państw dopuszczalne stężenie alkoholu we krwi wynoszące 0,5 grama na litr, co znacznie zwiększało ryzyko poniesienia śmierci w wypadku drogowym w porównaniu z kierowcami, którzy nie spożywali wcześniej alkoholu.

Najczęściej wykrywane u kierowców poddanych losowym badaniom ślady nielegalnych narkotyków to tetrahydrokannabinol (THC) (1,3%) oraz kokaina (0,4%). Obecność THC wiązała się z nieco podwyższonym ryzykiem odniesienia przez kierowcę obrażeń lub ponoszenia odpowiedzialności za śmiertelny wypadek, natomiast obecność kokainy i amfetaminy była przyczyną znacznego zwiększenia ryzyka dla kierowcy. Leki psychoaktywne, głównie benzodiazepiny, stwierdzono u 1,4% kierowców; mogły one znacznie zwiększyć ryzyko poniesienia śmierci w wypadku drogowym. Wszelkie ryzyko znacznie wzrastało, gdy substancje były łączone z alkoholem lub innymi narkotykami, co często ma miejsce w Europie.

Jak wynika z analizy odpowiedzi, w wyniku realizacji projektu stwierdzono, że większość używanych w kontroli drogowej urządzeń i technik w zakresie wykrywania narkotyków nie jest wystarczająco dokładna. Do skutecznych działań interwencyjnych należy cofnięcie prawa jazdy na okres do 12 miesięcy oraz programy rehabilitacyjne. Ich skuteczność opiera się jednak na dokonaniu rozróżnienia pomiędzy różnymi rodzajami sprawców przestępstw. Jednym z najważniejszych wniosków sformułowanych w następstwie realizacji projektu DRUID było jednak stwierdzenie, że działania na rzecz powstrzymania kierowców przed prowadzeniem pojazdów pod wpływem narkotyków nie powinny prowadzić do przesunięcia środków przeznaczonych na działania na rzecz powstrzymania kierowców przed prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu.

Postępy w dziedzinie badań nad uzależnieniami ([1])

Liczba badań naukowych nad uzależnieniami zwiększyła się w państwach członkowskich UE niemal trzykrotnie w ciągu ostatniego roku, jednak jedna trzecia nowych publikacji w dalszym ciągu jest autorstwa naukowców amerykańskich. Liczba opracowań na temat alkoholu, nikotyny lub substancji psychostymulujących uległa w 2011 r. zwiększeniu, natomiast zdecydowany wzrost zaobserwowano również w dziedzinie badań genetycznych i obrazowych w zakresie uzależnień. Mniej niż 7% badań naukowych dotyczy jednak badań klinicznych nad nowymi strategiami terapeutycznymi w odniesieniu do uzależnień, w której to dziedzinie niezbędny jest rozwój.

Do najistotniejszych badań klinicznych opublikowanych w tej dziedzinie należały te, w ramach których badano zastosowanie terapii substytucyjnej lub leków łagodzących dążenie do zaspokojenia nałogu w przypadku uzależnienia od metamfetaminy, zastosowanie buprenorfiny lub naloksonu w przypadku uzależnienia od opioidów lub nowe terapie leczenia objawów odstawienia opioidów przy zastosowaniu np. tetrodotoksyny. Inne badania koncentrowały się na behawioralnym, fizjologicznym i molekularnym podłożu asocjacyjnego, czyli warunkowego uczenia się wzorców nadużywania narkotyków, eksplorując nowe potencjalne cele w zakresie rozwoju terapii.

Znaczna liczba badań neuronaukowych nad uzależnieniami dotyczy w szczególności układu nagrody w mózgu oraz dopaminy, jednak nowe dane wskazują inne możliwości. Na przykład badania w zakresie neuroobrazowania prowadzone na zwierzętach i ludziach wykazały, że na zachowania związane z używaniem narkotyków ogromny wpływ ma kora przedczołowa. Interakcje pomiędzy grzbietowym i brzusznym obszarem kory przedczołowej ulegają zmianom w trakcie procesu uzależnienia, co wskazuje na udział neuroprzekaźników, takich jak noradrenalina, serotonina, glutaminian i kannabinoidy.

([1]) Materiał opracowany przez członków Komitetu Naukowego EMCDDA Fernando Rodrígueza de Fonsekę i Jean-Pola Tassina.

Rozdział 2

Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie

Wprowadzenie

Niniejszy rozdział stanowi przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie. Uwydatniono w nim, w miarę możliwości, tendencje i osiągnięcia. W pierwszej kolejności dokonano przeglądu środków dotyczących profilaktyki, a następnie interwencji w dziedzinie leczenia, reintegracji społecznej i redukcji szkód. Wszystkie te środki stanowią część kompleksowego systemu ograniczania popytu na narkotyki i są coraz lepiej koordynowane i zintegrowane. W końcowej sekcji skoncentrowano się na ustanawianiu priorytetów w zakresie egzekwowania prawa antynarkotykowego oraz na przestępstwach związanych z narkotykami.

Profilaktyka

Profilaktykę antynarkotykową można dzielić na różne poziomy lub strategie – od skierowanych do całości społeczeństwa (profilaktyka środowiskowa) po koncentrujące się na osobach zagrożonych (profilaktyka wskazująca). Główne wyzwania stojące przed polityką profilaktyki to dopasowanie tych różnych strategii do stopnia narażenia grup docelowych (Derzon, 2007) i dopilnowanie, aby interwencje były oparte na dowodach i miały wystarczający zakres. Większość strategii profilaktyki skupia się na używaniu substancji w ujęciu ogólnym, a także na powiązanych z nimi problemach, np. przemocy i ryzykownych zachowaniach seksualnych; jedynie ograniczona liczba programów dotyczy określonych substancji, na przykład alkoholu, tytoniu lub konopi indyjskich.

Strategie środowiskowe

Strategie profilaktyki środowiskowej są opracowywane w celu zmiany środowiska kulturowego, społecznego, fizycznego i ekonomicznego, w którym ludzie dokonują wyborów co do używania narkotyków. Strategie te obejmują zazwyczaj takie środki, jak ustalanie cen alkoholu oraz zakaz reklamowania i palenia tytoniu, o ile istnieją przekonujące dowody ich efektywności. Inne strategie środowiskowe skupiają się na tworzeniu opiekuńczego środowiska szkolnego. Oto kilka przykładów zgłoszonych przez kraje europejskie: promowanie pozytywnego i wspierającego klimatu uczenia się (Polska i Finlandia); kształcenie w zakresie norm i wartości obywatelskich (Francja); a także zwiększanie bezpieczeństwa szkół przez zapewnienie obecności policji w sąsiedztwie (Portugalia).

Stwierdzono, że pewne problemy społeczne, w tym używanie substancji, ciąże nastolatek i przemoc, występują częściej w krajach o wysokich wskaźnikach nierówności społecznych i zdrowotnych (Wilkinson i Pickett, 2010). Wiele państw skandynawskich (np. Finlandia) inwestuje w znacznie szerzej zakrojone polityki środowiskowe, które są ukierunkowane na zwiększanie integracji społecznej na poziomie rodziny, szkoły, społeczności i społeczeństwa, a także przyczyniają się do obniżania wskaźników używania narkotyków i pomagają utrzymać je na niższym poziomie. W krajach tych programy i interwencje w zakresie profilaktyki, skoncentrowane na określonych problemach lub narkotykach, są wykorzystywane w mniejszym stopniu.

Profilaktyka uniwersalna

Profilaktyka uniwersalna zajmuje się całymi populacjami, głównie w warunkach szkolnych i w środowiskach lokalnych. Ma ona na celu ograniczanie ryzykownych zachowań związanych z substancjami przez rozwijanie u młodzieży umiejętności niezbędnych do uniknięcia, bądź odroczenia, rozpoczęcia używania substancji. Przeprowadzona ostatnio ocena programu profilaktyki „Unplugged" w Republice Czeskiej wykazała, że uczestniczący w nim uczniowie zgłosili znacznie obniżone wskaźniki palenia, jak również mniej częste palenie, upijanie się, używanie konopi indyjskich oraz używanie wszelkiego rodzaju narkotyków (Gabrhelik i in., 2012). Jak wynika jednak z przekazanych ostatnio sprawozdań, w Grecji i Hiszpanii miało miejsce ograniczenie świadczenia profilaktyki uniwersalnej, natomiast na Łotwie doszło do zmniejszenia obsady pracowników w dziedzinie profilaktyki, co potwierdza wcześniejsze wskazania, że profilaktyka jest obszarem dotkniętym przez cięcia budżetowe w obecnym okresie pogorszenia koniunktury gospodarczej (EMCDDA, 2011a).

Profilaktyka: kontekst środowiskowy

Wyniki ostatnich badań w dziedzinie neuronauki społecznej (Steinberg, 2008) potwierdzają dane uzyskane w ramach badań społecznych, zgodnie z którymi kontekst środowiskowy ma ogromny wpływ na angażowanie się nastolatków w zachowania ryzykowne.

Mniej więcej w okresie dojrzewania zwiększa się dążenie do podejmowania ryzyka, wynikające ze zmian w układzie w mózgu odpowiedzialnym za funkcje społeczno-emocjonalne, co prowadzi do zwiększonego dążenia do uzyskania nagrody oraz do obniżenia kontroli impulsów w obecności rówieśników. Taka podwyższona podatność na opinie innych osób oraz postrzegane normy mogą pomóc w wyjaśnieniu, dlaczego duża część zachowań związanych z podejmowaniem ryzyka wśród młodocianych (np. niekontrolowane używanie narkotyków i alkoholu oraz lekkomyślne prowadzenie pojazdów) ma miejsce niemal wyłącznie w kontekstach społecznych. W decydujących momentach młodzi ludzie w grupie mogą nie być w stanie podejmować „świadomych" decyzji ani racjonalnie ocenić zagrożenia.

Z badań wynika, że zamiast koncentrować się na przekazywaniu informacji, profilaktyczne działania interwencyjne skierowane do osób w młodym wieku powinny przede wszystkim dotyczyć norm i postrzegania normalności. Z punktu widzenia profilaktyki podkreśla to znaczenie szczególnego uwzględnienia kontekstów środowiskowych, np. szkoły, rodziny czy obiektów rozrywkowych. Wyniki badania uwydatniają także znaczenie kontroli rodzicielskiej i wspierają środki ukierunkowane na ograniczanie możliwości prowadzących do szkodliwych następstw w tych środowiskach, w których dochodzi do interakcji młodych ludzi w grupie, zwłaszcza w obiektach rozrywkowych i klubach nocnych. Uzyskane dane uzasadniają przede wszystkim podejście oparte na profilaktyce środowiskowej, która opiera się w większym stopniu na zmianie kontekstów niż na samej perswazji.

Unijny podręcznik dotyczący norm profilaktyki (EMCDDA, 2011b) ma za zadanie wspierać państwa członkowskie w zapewnianiu jakości ich programów profilaktyki, przy czym wiele krajów zgłosiło poprawę sytuacji. W ostatnim czasie Irlandia dokonała oceny wdrażania swojego krajowego programu prewencji w szkołach ponadpodstawowych. W Republice Czeskiej udoskonalono program dotacji na profilaktykę przez wprowadzenie pierwszego w Europie systemu certyfikacji, w ramach którego finansowanie otrzymują jedynie certyfikowane programy. Certyfikacja specjalistów ma na celu podniesienie jakości realizacji programów profilaktyki, a także zapewnienie, aby fundusze publiczne były wydatkowane w sposób efektywny.

Profilaktyka selektywna

Profilaktyka selektywna funkcjonuje w odniesieniu do określonych grup, rodzin i całych środowisk, w przypadku których – z uwagi na rozluźnione więzi społeczne i ograniczone zasoby – może istnieć większe prawdopodobieństwo rozpoczęcia używania narkotyków lub wejścia w uzależnienie. Niemcy, Dania, Hiszpania, Portugalia i Austria wdrożyły działania interwencyjne w zakresie profilaktyki ukierunkowane na uczniów szkół zawodowych, czyli grupę osób w młodym wieku uznaną za objętą podwyższonym ryzykiem popadnięcia w problemy związane z używaniem narkotyków. Irlandia przyjęła bardziej całościowe podejście w zakresie pracy profilaktycznej z zagrożoną młodzieżą przez realizację działań na rzecz poprawy umiejętności czytania, pisania i liczenia wśród uczniów znajdujących się w niekorzystnej sytuacji. Działania interwencyjne na poziomie społeczności ukierunkowane na grupy wysokiego ryzyka wśród osób w młodym wieku, takie jak te zgłoszone przez Włochy oraz gminy miejskie na północy Europy, łączą strategie indywidualne i środowiskowe przez pracę środowiskową, pracę z młodzieżą oraz formalną współpracę pomiędzy władzami lokalnymi i organizacjami pozarządowymi. Celem tego rodzaju podejścia jest dotarcie do młodzieży w grupach podwyższonego ryzyka bez włączania ich do konkretnych programów.

Podejście oparte na wczesnej interwencji było często zgłaszane w Europie, jednak cele i treść takich programów różniły się w poszczególnych krajach. Przyjęta ostatnio w Zjednoczonym Królestwie polityka profilaktyki przywróciła pojęciu „wczesna interwencja" jego pierwotne znaczenie: zapewnienie wsparcia społecznego, emocjonalnego i edukacyjnego w początkowym okresie życia dzieciom żyjącym w niekorzystnych warunkach ([8]). Celem jest odroczenie lub zapobieganie wystąpieniu problemów (w tym używania substancji) zamiast czekania i reagowania, gdy problemy już się pojawią (Allen, 2011). Programy rodzicielskie także mogą odegrać istotną rolę w podejściu opartym na wczesnej interwencji, jednak czynna praca rodzicielska i stosowne szkolenie w dalszym ciągu należą do rzadkości w obszarze profilaktyki selektywnej.

Profilaktyka wskazująca

Profilaktyka wskazująca ma doprowadzić do wskazania jednostek z zaburzeniami zachowania lub problemami psychicznymi, w przypadku których można podejrzewać, iż w późniejszym okresie ich życia pojawi się problem związany z używaniem substancji, oraz ma umożliwić objęcie właśnie tych osób specjalnymi interwencjami. W większości państw europejskich profilaktyka wskazująca nadal funkcjonuje z wykorzystaniem świadczenia usług doradczych użytkownikom substancji w młodym wieku. Wyjątek stanowi Preventure ([9]) – kanadyjski program

([8]) Różni się od rozpowszechnionego ostatnio stosowania pojęcia „wczesna interwencja" w znaczeniu „na wczesnym etapie" używania substancji.

dostosowany do sytuacji w Zjednoczonym Królestwie, ukierunkowany wybiórczo na młodych konsumentów alkoholu szukających wrażeń. Jest to jeden z najlepiej ocenianych obecnie dostępnych programów; wdrażany jest teraz także w Republice Czeskiej i Niderlandach.

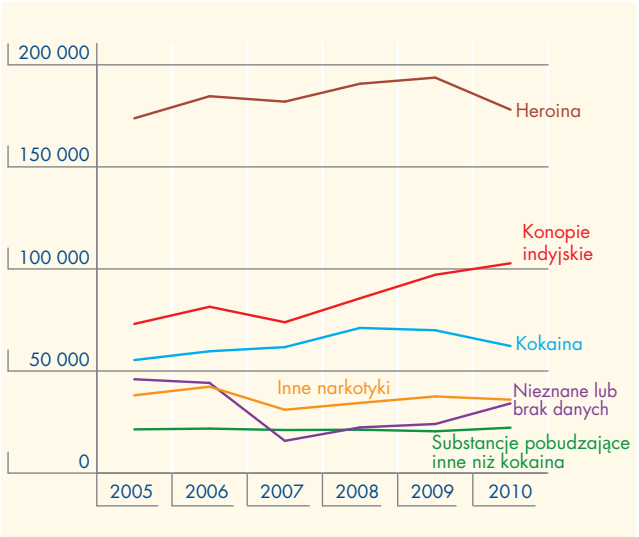
Leczenie

Interwencje psychospołeczne, leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów i detoksykacja są najczęściej stosowanymi metodami leczenia problemów narkotykowych w Europie. Na względne znaczenie różnych metod leczenia w każdym z krajów wpływa kilka czynników, w tym organizacja krajowego systemu opieki zdrowotnej. Leczenie uzależnienia od narkotyków można zapewnić w różnorodnych warunkach: w specjalistycznych jednostkach leczniczych, m.in. w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego i zamkniętego, w klinikach i szpitalach zdrowia psychicznego, w oddziałach w zakładach karnych, jednostkach niskoprogowych oraz przez lekarzy pierwszego kontaktu prowadzących samodzielną praktykę.

Nie istnieje żaden zbiór danych, który umożliwiałby opisanie pełnej populacji osób używających narkotyków i objętych obecnie leczeniem odwykowym w Europie. Jednakże informacje o ważnej podgrupie tej populacji są gromadzone dzięki wskaźnikowi zgłaszalności do leczenia EMCDDA, w ramach którego gromadzone są dane o osobach rozpoczynających terapię w placówkach świadczących specjalistyczne usługi leczenia odwykowego w ciągu danego roku kalendarzowego, co umożliwia wgląd w ich charakterystyki i profile używania narkotyków ([10]). W 2010 r. dzięki wskaźnikowi odnotowano około 472 tys. osób rozpoczynających leczenie, z których 38% (178 tys.) rozpoczęło leczenie uzależnienia od narkotyków po raz pierwszy w życiu. Podstawowymi narkotykami najczęściej zgłaszanymi przez osoby rozpoczynające leczenie w ciągu ostatnich pięciu lat były heroina, konopie indyjskie i kokaina, przy czym największy wzrost odnotowano w przypadku konopi indyjskich (zob. wykres 2).

Na podstawie wielu różnych źródeł, w tym wskaźnika zgłaszalności do leczenia oraz krajowych rejestrów dotyczących leczenia substytucyjnego uzależnienia od opioidów, można oszacować, że w 2010 r., w Unii Europejskiej, Chorwacji, Turcji i Norwegii, 1,1 mln osób

Wykres 2: Tendencje dotyczące szacunkowej liczby pacjentów rozpoczynających leczenie w zależności od narkotyku podstawowego



Uwaga: Aby uzyskać więcej informacji, zob. wykres TDI-1 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

poddało się leczeniu z powodu używania nielegalnych narkotyków ([11]). Podczas gdy ponad połowa tych pacjentów została objęta leczeniem substytucyjnym uzależnienia od opioidów, znaczna ich liczba poddała się innym formom leczenia w związku z problemami wynikającymi z używania opioidów, substancji pobudzających, konopi indyjskich oraz innych nielegalnych narkotyków ([12]). Te szacunkowe dane dotyczące leczenia uzależnienia od narkotyków w Europie, mimo że nadal wymagają uściślenia, wskazują na znaczny poziom dostępu do leczenia, przynajmniej w odniesieniu do osób używających opioidów. Jest to skutek przede wszystkim dużej ekspansji wyspecjalizowanych usług ambulatoryjnych, do jakiej doszło w ciągu ostatnich dwóch dekad, przy znaczącym zaangażowaniu podstawowej opieki zdrowotnej, placówek podstawowej opieki w zakresie zdrowia psychicznego, placówek prowadzących prace środowiskowe oraz placówek niskoprogowych.

Leczenie ambulatoryjne

Dostępne są informacje o około 400 tys. osób używających narkotyków, które w 2010 r. rozpoczęły specjalistyczne

([9]) Dostępny na stronie internetowej zawierającej system wymiany danych o działaniach na rzecz ograniczania popytu na narkotyki.
([10]) Do wskaźnika zgłaszalności do leczenia przekazano dane dotyczące specjalistycznych placówek leczenia uzależnienia od narkotyków w 29 krajach. Większość krajów przekazała dane dotyczące ponad 60% swoich jednostek leczniczych, jednak w przypadku niektórych krajów odsetek uwzględnionych jednostek jest nieznany (zob. tabela TDI-7 w biuletynie statystycznym za 2012 r.).
([11]) Zob. ramka „Szacowanie liczby osób używających narkotyków i objętych leczeniem w Europie" oraz tabela HSR-10 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([12]) Więcej szczegółowych informacji na temat szczególnych rodzajów leczenia w zakresie poszczególnych substancji zamieszczono w stosownych rozdziałach.

leczenie ambulatoryjne. Niemal połowa osób rozpoczynających leczenie (48%) zgłosiła opioidy, głównie heroinę, jako swój narkotyk podstawowy, podczas gdy 27% zgłosiło konopie indyjskie, 17% – kokainę, a 4% – substancje pobudzające inne niż kokaina ([13]). Najczęstszym sposobem kierowania na leczenie jest zgłoszenie z własnej woli (35%), a w dalszej kolejności skierowanie przez jednostki opieki zdrowotnej lub społecznej (29%) oraz przez system wymiaru sprawiedliwości (20%). Pozostali pacjenci kierowani są przez rodzinę, przyjaciół i sieci nieformalne ([14]).

Średni wiek osób używających narkotyków i rozpoczynających leczenie ambulatoryjne wynosi 31 lat. W grupie tej przewaga liczebna mężczyzn nad kobietami wynosi niemal cztery do jednego, co po części odzwierciedla przewagę mężczyzn wśród osób bardziej problemowo używających narkotyków. Liczba mężczyzn przypadających na jedną kobietę jest wysoka w przypadku wszystkich substancji, ale różni się w zależności od narkotyku i kraju ([15]). Wskaźniki dotyczące płci są zasadniczo wyższe w krajach Europy Południowej i wśród pacjentów leczących się z uzależnienia od kokainy i konopi indyjskich; niższe wskaźniki zgłaszane są w krajach na północy Europy i wśród pacjentów leczących się z uzależnienia od substancji pobudzających i opioidów ([16]). Wśród pacjentów rozpoczynających leczenie ambulatoryjne osoby używające konopi indyjskich jako narkotyku podstawowego są o niemal dziesięć lat młodsze (25 lat) niż osoby używające jako narkotyku podstawowego kokainy (33 lata) i opioidów (34 lata). Przeciętnie najmłodszych pacjentów leczonych z uzależnienia od narkotyków (26–27 lat) zgłosiły Węgry, Polska, Rumunia i Słowacja, a najstarszych Włochy, Portugalia i Norwegia (34–35 lat) ([17]).

Dwie najczęściej stosowane metody w leczeniu ambulatoryjnym w Europie to interwencje psychospołeczne i leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów. Interwencje psychospołeczne obejmują doradztwo, rozmowy motywacyjne, terapię poznawczo-behawioralną, zarządzanie przypadkiem, terapię grupową i rodzinną, a także zapobieganie powrotowi do nałogu. Interwencje psychospołeczne zapewniają wsparcie osobom używającym narkotyków podejmującym próbę przezwyciężenia problemów narkotykowych, są także podstawową formą leczenia osób używających narkotyków pobudzających, takich jak kokaina i amfetaminy ([18]). Są również stosowane wobec osób używających opioidów, często w połączeniu z leczeniem substytucyjnym.

W niemal wszystkich krajach odpowiedzialność za świadczenie ambulatoryjnej terapii psychospołecznej ponoszą wspólnie instytucje publiczne i organizacje pozarządowe. Podczas gdy głównym świadczeniodawcą w 20 krajach są instytucje publiczne, organizacje pozarządowe są głównym świadczeniodawcą w 8 krajach ([19]) oraz drugim pod względem ważności świadczeniodawcą w kategoriach udziału pacjentów w dalszych 11 krajach. Świadczeniodawcy komercyjni odgrywają na ogół mniejszą rolę w udostępnianiu omawianej metody leczenia, są jednak drugim pod względem ważności świadczeniodawcą w 8 krajach (Belgia, Bułgaria, Dania, Cypr, Łotwa, Litwa, Słowacja i Turcja), przy czym udział pacjentów w tym przypadku wynosi 5–35%.

W następstwie badania ankietowego przeprowadzonego w 2010 r. eksperci krajowi zgłosili, że ambulatoryjne leczenie psychospołeczne w Europie jest dostępne w 14 krajach dla niemal wszystkich osób pragnących z niego skorzystać, natomiast w 11 krajach dla większości osób pragnących z niego skorzystać. Szacuje się jednak, że w 3 krajach (Bułgaria, Estonia i Rumunia) do ambulatoryjnego leczenia psychospołecznego dostęp ma mniej niż połowa osób, które czynnie poszukują możliwości skorzystania z terapii. Przytoczone wskaźniki mogą przesłonić znaczne zróżnicowanie w poszczególnych krajach oraz różnice w zakresie dostępności specjalistycznych programów terapeutycznych dla konkretnych grup docelowych, takich jak osoby w starszym wieku używające narkotyków lub mniejszości etniczne. Niektóre kraje zgłaszają trudności w świadczeniu specjalistycznych usług w okresie recesji gospodarczej i cięć budżetowych.

Jeżeli chodzi o dostęp do ambulatoryjnego leczenia psychospołecznego, eksperci z 12 spośród 29 krajów przekazujących sprawozdanie zgłosili brak konieczności oczekiwania, natomiast w 11 krajach średni czas oczekiwania szacuje się na niecały miesiąc. W Norwegii średni czas oczekiwania szacuje się na około ośmiu tygodni. W przypadku 4 krajów eksperci nie byli w stanie przedstawić szacunkowej liczby. W Danii zgodnie z wymogami prawa leczenie musi zostać rozpoczęte w terminie 14 dni.

Leczenie substytucyjne stanowi w Europie dominującą metodę leczenia osób używających opioidów. Zasadniczo

([13]) Zob. tabela TDI-19 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([14]) Zob. tabela TDI-16 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([15]) Informacje na temat leczenia pacjentów w zależności od podstawowej substancji zamieszczono w stosownych rozdziałach.
([16]) Zob. tabela TDI-21 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([17]) Zob. tabela TDI-9 (część iv) i TDI-103 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([18]) Informacje nt. leczenia w zależności od podstawowej substancji zamieszczono w stosownych rozdziałach.
([19]) W Bułgarii instytucje publiczne i organizacje pozarządowe są w równym stopniu zaangażowane pod względem udziału pacjentów w terapii psychospołecznej w warunkach lecznictwa ambulatoryjnego (oraz zamkniętego).

jest ono zapewniane w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych, chociaż w niektórych krajach dostępne jest także w placówkach lecznictwa zamkniętego i w coraz większym stopniu dostępne w więzieniach ([20]). Coraz większą rolę odgrywają również lekarze pierwszego kontaktu prowadzący samodzielną praktykę, często w ramach ustaleń dotyczących wspólnej opieki zawartych z placówkami specjalistycznymi. Leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów dostępne jest we wszystkich państwach członkowskich UE, a także w Chorwacji, Turcji i Norwegii ([21]). Ogółem szacuje się, że w 2010 r. w Europie miało miejsce około 710 tys. przypadków leczenia substytucyjnego. W porównaniu z 2009 r. liczba pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym wzrosła w większości krajów, natomiast Hiszpania i Słowacja zgłosiły niewielki spadek ([22]).

Leczenie w placówkach lecznictwa zamkniętego

Dostępne są dane dotyczące około 50 tys. osób używających narkotyków, które w 2010 r. rozpoczęły leczenie uzależnienia od narkotyków w placówkach lecznictwa zamkniętego w Europie ([23]). Połowa tych pacjentów (48%) zgłosiła opioidy jako podstawowy narkotyk, natomiast w dalszej kolejności plasowały się konopie indyjskie (16%), amfetaminy i substancje pobudzające inne niż kokaina (13%) oraz kokaina (6%). Pacjenci leczeni w placówkach lecznictwa zamkniętego to głównie młodzi mężczyźni, których średnia wieku to 31 lat, przy czym na każdą kobietę przypada około trzech mężczyzn ([24]).

Leczenie w ośrodkach zamkniętych wymaga od pacjenta pozostania tam przez okres od kilku tygodni do kilku miesięcy. W wielu przypadkach programy te zasadniczo skupiają się na umożliwieniu pacjentom powstrzymania się od używania narkotyków i nie zezwalają na leczenie substytucyjne. Detoksykacja jest krótkoterminową, nadzorowaną medycznie interwencją, mającą na celu zlikwidowanie objawów odstawiennych związanych z zaprzestaniem nałogowego używania narkotyków, a czasami jest warunkiem wstępnym rozpoczęcia długoterminowego leczenia w placówkach lecznictwa zamkniętego, opartego na abstynencji. Zazwyczaj detoksykacja jest interwencją stosowaną w lecznictwie zamkniętym, przeprowadzaną w szpitalach, specjalistycznych placówkach leczniczych lub placówkach stacjonarnych wyposażonych w oddział medyczny lub psychiatryczny.

W warunkach lecznictwa zamkniętego pacjenci otrzymują zakwaterowanie i indywidualnie zorganizowaną terapię psychospołeczną, a także biorą udział w działaniach mających na celu rehabilitację oraz reintegrację ze społeczeństwem. W tym kontekście stosowane jest często podejście związane ze wspólnotą terapeutyczną ([25]). Leczenie uzależnienia od narkotyków w placówkach lecznictwa zamkniętego jest także prowadzone w szpitalach psychiatrycznych, zwłaszcza w przypadku pacjentów, u których stwierdzono współwystępowanie zaburzeń psychicznych.

Instytucje publiczne są głównym świadczeniodawcą detoksykacji w 22 krajach, natomiast placówki sektora prywatnego są głównym świadczeniodawcą na Cyprze i w Luksemburgu, a także drugim co do wielkości w 12 innych krajach. Organizacje pozarządowe są największym świadczeniodawcą w Niderlandach, a drugim pod względem liczby w kolejnych 8 krajach. Eksperci krajowi szacują, że w 12 krajach detoksykacja jest dostępna dla niemal wszystkich osób, które pragną

Szacowanie liczby osób używających narkotyków i objętych leczeniem w Europie

Począwszy od 2008 r., EMCDDA gromadzi co roku dane dotyczące łącznej liczby pacjentów, którzy poddali się leczeniu odwykowemu w Europie. W ramach ostatniego gromadzenia danych 14 państw przedstawiło wiarygodne minimalne szacunki dotyczące łącznej liczby osób korzystających z usług leczenia w 2010 r., co pozwoliło oszacować łączną liczbę pacjentów na 900 tys. W przypadku pozostałych 16 państw wykorzystano podzbiór danych, mianowicie liczbę zgłoszeń na leczenie lub liczbę pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym uzależnienia od opioidów w danym roku, w zależności od tego, która z nich była najwyższa. Tym samym dane dotyczące osób objętych leczeniem substytucyjnym uzależnienia od opioidów wykorzystano w przypadku 7 krajów (171 tys. pacjentów), natomiast dane uzyskane dzięki wskaźnikowi zgłaszalności do leczenia wykorzystano w przypadku 9 krajów (48 tys. pacjentów). Łącznie dane te wskazują, że co najmniej 1,1 mln osób skorzystało z usług leczenia w Europie w 2010 r. EMCDDA współpracuje z państwami członkowskimi nad zapewnieniem jakości krajowych szacunków dotyczących całkowitej populacji objętej leczeniem, co wpłynie na dalszą poprawę szacowania na poziomie europejskim.

([20]) Zob. „Wybrane zagadnienie" dotyczące osób używających narkotyków w więzieniach.
([21]) Zob. tabele HSR-1 i HSR-2 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([22]) Zob. tabela HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2012 r. Aby uzyskać więcej informacji na temat dostępności, osiągalności oraz tendencji w zakresie leczenie substytucyjnego, zob. rozdział 6.
([23]) Wartość tę należy interpretować z pewną ostrożnością, gdyż nie uwzględnia ona wszystkich osób używających narkotyków, które podejmują terapię w warunkach lecznictwa zamkniętego.
([24]) Zob. tabele TDI-7, TDI-10, TDI-19, TDI-21 i TDI-24 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([25]) Zob. ramka „Rola wspólnot terapeutycznych w rehabilitacji osób używających narkotyków w Europie".

się jej poddać, a ponadto jest dostępna dla większości osób, które pragną się jej poddać, w kolejnych 9 krajach. Szacuje się, że w 7 krajach (Estonia, Irlandia, Grecja, Węgry, Łotwa, Rumunia i Norwegia) detoksykacja jest dostępna dla mniej niż połowy osób, które czynnie jej poszukują. W 15 krajach szacowany średni czas oczekiwania na detoksykację wynosi mniej niż dwa tygodnie. W 8 krajach szacowany średni czas oczekiwania wynosi jeden miesiąc, natomiast w Austrii i Słowenii szacuje się go na ponad miesiąc. Eksperci z 3 krajów nie przekazali szacunkowych danych. Krajowe szacunki czasu oczekiwania na którąkolwiek z metod leczenia mogą jednak przesłaniać istotne różnice w obrębie krajów.

Instytucje publiczne są głównym świadczeniodawcą leczenia w placówkach lecznictwa zamkniętego w 14 krajach, natomiast organizacje pozarządowe są głównym świadczeniodawcą w 11 krajach. Instytucje prywatne są głównym świadczeniodawcą w Danii, a także drugim pod względem wielkości świadczeniodawcą w 6 krajach. Eksperci krajowi szacują, że leczenie psychospołeczne w placówkach lecznictwa zamkniętego w 10 krajach jest dostępne dla niemal wszystkich osób, które pragną z niego skorzystać, a ponadto w 11 krajach jest dostępne dla większości osób, które pragną z niego skorzystać. Stwierdzono jednak, że w 7 krajach (Bułgaria, Dania, Estonia, Cypr, Węgry, Rumunia i Finlandia) ta metoda leczenia jest dostępna dla mniej niż połowy osób czynnie poszukujących możliwości skorzystania z niej.

Eksperci z Grecji, Polski, Portugalii, ze Słowacji i z Chorwacji oszacowali, że brak jest konieczności oczekiwania na leczenie w placówkach lecznictwa zamkniętego. W 13 krajach średni czas oczekiwania oszacowano na mniej niż jeden miesiąc, natomiast w 4 krajach na więcej niż jeden miesiąc.

Reintegracja społeczna

Poziom wykluczenia społecznego wśród osób problemowo używających narkotyków jest zazwyczaj wysoki, zwłaszcza wśród osób używających opioidów. Dane dotyczące warunków socjalnych osób, które w 2010 r. rozpoczęły leczenie uzależnienia od narkotyków, wykazują że ponad połowa z nich była bezrobotna (56%), przy czym w ciągu ostatnich pięciu lat odsetek ten wzrósł w 15 spośród 24 krajów zgłaszających dane dotyczące tendencji. Pacjenci rozpoczynający leczenie często mają niski poziom wykształcenia, przy czym 38% posiada wyłącznie wykształcenie podstawowe, a 2% nie osiągnęło nawet tego poziomu. Ponadto wiele z tych osób to bezdomni – 10% pacjentów poddanych leczeniu odwykowemu zgłasza brak stałego miejsca zamieszkania.

Rola wspólnot terapeutycznych w rehabilitacji osób używających narkotyków w Europie

Sformułowana w przeszłości definicja wspólnoty terapeutycznej określa ją jako wolne od narkotyków środowisko, w którym osoby z problemami narkotykowymi (i innymi) żyją wspólnie w zorganizowany i uporządkowany sposób, co ma na celu wspieranie zmiany społecznej i psychologicznej. Pacjenci uważani są za aktywnych uczestników procesu leczenia samych siebie i pozostałych osób, a odpowiedzialność za codzienne funkcjonowanie wspólnoty ponoszą wspólnie pacjenci i personel. W ciągu ostatnich lat podejście to było w coraz większym stopniu dostosowywane w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów poddanych substytucyjnemu leczeniu uzależnienia od opioidów, młodocianych, bezdomnych mężczyzn i kobiet, matek z dziećmi, osób zakażonych wirusem HIV lub mających problemy natury psychicznej.

W przeznaczonym do publikacji w 2013 r. opracowaniu z serii „Insights" EMCDDA dokonany zostanie przegląd roli wspólnot terapeutycznych w leczeniu osób używających narkotyków w Europie.

Poprawa zdolności danej osoby do zdobycia i utrzymania zatrudnienia, określanej jako zdolność do zatrudnienia, jest kluczowym elementem społecznej reintegracji osób używających narkotyków. Jak wynika z interwencji w tym obszarze, używanie narkotyków i związane z tym problemy mogą zagrozić nie tylko wejściu lub ponownemu wejściu na rynek pracy, ale także zdolności utrzymania zatrudnienia. Kształcenie zawodowe w Europie obejmuje szeroką gamę programów, których celem jest doskonalenie umiejętności i cech niezbędnych do znalezienia pracy i utrzymania się w niej, w tym umiejętności prowadzenia rozmów kwalifikacyjnych i autoprezentacji, zarządzania czasem, obsługi komputera, poczucia własnej skuteczności oraz zaangażowania w pracy. Ponadto służby zajmujące się leczeniem odwykowym oraz wyspecjalizowani świadczeniodawcy (np. krajowe organy szkoleniowe i służby ds. zatrudnienia) mogą oferować programy ukierunkowane na rozwijanie określonych kompetencji i kwalifikacji zawodowych (EMCDDA, 2011a).

Jedno z obiecujących podejść uwzględnia włączanie wsparcia w tej dziedzinie, np. doradztwa zawodowego, szkoleń w zakresie rozwijania umiejętności oraz pośrednictwa pracy, do programów leczenia uzależnienia od narkotyków. Przebadano wiele modeli, m.in. ten uwzględniający prowadzenie szkoleń w zakresie rozwijania umiejętności dla bezrobotnych osób używających narkotyków i objętych leczeniem psychospołecznym w warunkach lecznictwa

ambulatoryjnego. Oceniono także efektywność indywidualnego doradztwa zawodowego, wsparcia przy poszukiwaniu pracy, pracy chronionej, zarządzania sprawami oraz innych działań interwencyjnych w odniesieniu do pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym. W następstwie wielu przeprowadzonych badań uzyskano zachęcające wyniki w zakresie wskaźników oceny efektywności interwencji, w tym stopy zatrudnienia, dochodów i wykorzystania pomocy społecznej (EMCDDA, 2012b). Nie zidentyfikowano jednak interwencji, która dawałaby niezmiennie pozytywne wyniki, a różnice w zakresie podejścia, badanych zbiorowości i ocenianych wyników, a także brak replikacji, uniemożliwiają wyciągnięcie zdecydowanych wniosków na temat ogólnej efektywności tych środków (Foley i in., 2010). Co więcej, dostępne dane dotyczą niemal wyłącznie działań interwencyjnych w zakresie reintegracji społecznej przeznaczonych dla osób używających opioidów, natomiast potrzeby objętych leczeniem pacjentów używających innych narkotyków nie są jak dotąd systematycznie uwzględniane.

Praca oraz inne czynności wspierające poczucie integracji i zapewniające możliwości kontaktów społecznych mogą pomóc w zapobieganiu nawrotowi i powrotowi do nałogu u osób używających narkotyków (McIntosh i in., 2008). W niektórych krajach europejskich (Belgia, Republika Czeska, Hiszpania, Łotwa i Finlandia) organizacje przedsiębiorczości społecznej prowadzą eksperymenty z tzw. spółdzielniami „pracy w ramach powrotu do zdrowia", mającymi ułatwiać przejście od leczenia do zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Są to niewielkie przedsiębiorstwa w obrębie społeczności, które pomagają osobom wchodzącym lub powracającym na otwarty rynek pracy, a jednocześnie zajmują się wsparciem, pracami społecznymi oraz uczestnictwem w życiu społeczności. Istnieją także inne specjalistyczne działania interwencyjne, które w przypadku włączenia ich do leczenia odwykowego i programów rehabilitacji są w stanie zwiększyć prawdopodobieństwo osiągnięcia pozytywnych rezultatów. Należy do nich wspieranie zatrudnienia w przypadku grup, dla których znalezienie pracy jest trudne, takich jak przestępcy używający narkotyków lub osoby używające narkotyków i mające problemy natury psychicznej (EMCDDA, 2012b). Mimo że w ramach programów można się z powodzeniem nauczyć umiejętności w zakresie zdolności do zatrudnienia, osoby używające narkotyków i tak są zmuszone do konkurowania na rynku pracy z innymi kandydatami w okresie wysokiego bezrobocia w wielu krajach.

Opracowanie z serii „Insight" na temat poprawy uczestnictwa w rynku pracy w przypadku osób używających narkotyków i objętych leczeniem

Nowa publikacja EMCDDA stanowi przegląd ostatnich zmian w zakresie reintegracji społecznej osób używających narkotyków, a także danych dotyczących efektywności interwencji mających na celu zwiększenie zdolności do zatrudnienia. Celem publikacji jest pomaganie decydentom oraz pracownikom służby zdrowia zajmującym się problematyką narkotykową w opracowywaniu efektywnych strategii na rzecz wspierania reintegracji społecznej osób używających narkotyków.

„Wybrane zagadnienie" dotyczące osób używających narkotyków i mających dzieci

„Wybrane zagadnienie" EMCDDA opublikowane w tym roku koncentruje się na osobach używających narkotyków i mających dzieci. Oto niektóre z przeanalizowanych tematów: możliwości leczenia w przypadku kobiet w ciąży używających narkotyków, usuwanie barier na drodze do podjęcia leczenia w przypadku używających narkotyków rodziców z dziećmi, a także programy profilaktyki opracowane z myślą o rodzicach używających narkotyków.

Publikacje te są dostępne w formie drukowanej oraz na stronie internetowej EMCDDA jedynie w języku angielskim.

Redukcja szkód

Od czasu wystąpienia epidemii zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków, co miało miejsce ponad 25 lat temu, w Europie odnotowuje się rozwój i umacnianie się sposobów reagowania na używanie narkotyków nastawionych na redukcję szkód, a także coraz większą integrację tych sposobów z rozmaitymi innymi usługami w zakresie zdrowia, leczenia i opieki społecznej. W ramach redukcji szkód uwzględnia się obecnie szeroko pojmowane zdrowie i potrzeby społeczne osób problemowo używających narkotyków, zwłaszcza osób społecznie wykluczonych. Do kluczowych interwencji w zakresie redukcji szkód należy leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów oraz programy wymiany igieł i strzykawek, które to działania są ukierunkowane na zapobieganie zgonom spowodowanym przedawkowaniem i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Dodatkowe sposoby podejścia obejmują pracę środowiskową, promocję zdrowie i edukację, a także zapewnianie sprzętu do iniekcji innego niż igły i strzykawki. Redukcja szkód uwzględnia szeroką gamę zachowań i szkód, także tych związanych ze spożywaniem alkoholu oraz rekreacyjnym używaniem narkotyków (EMCDDA, 2010b).

W 2003 r. Rada Europejska zaleciła państwom członkowskim UE wprowadzenie kilku polityk i działań interwencyjnych ukierunkowanych na redukcję i naprawianie szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków ([26]). Komisja Europejska potwierdziła w sprawozdaniu uzupełniającym z 2007 r., że profilaktyka i redukcja szkód związanych z narkotykami stanowi cel w zakresie zdrowia publicznego we wszystkich krajach ([27]). Krajowe polityki antynarkotykowe w coraz większym stopniu uwzględniają cele związane z redukcją szkód, określone w europejskiej strategii w zakresie narkotyków; co więcej, istnieje obecnie szerokie porozumienie pomiędzy krajami w kwestii znaczenia, jakie ma ograniczanie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych oraz zachorowalności i umieralności związanej z przedawkowaniem, a także innych szkód.

W ciągu ostatnich dwudziestu lat polityki w zakresie redukcji szkód promowały przyjęcie podejść opartych na dowodach, a także pomagały w usuwaniu barier w dostępności usług. Jednym z rezultatów jest znaczny wzrost liczby osób używających narkotyków, które pozostają w kontakcie z placówkami służby zdrowia i przechodzą leczenie w Europie. Interwencje w zakresie redukcji szkód, ukierunkowane na osoby używające narkotyków, istnieją obecnie we wszystkich państwach członkowskich UE; o ile w przypadku niektórych z nich usługi są dopiero od niedawna opracowywane, o tyle w przypadku większości zgłaszane są wysokie wskaźniki dostępu i zakresu.

Mimo że działania na rzecz redukcji szkód przyczyniły się do zwalczania HIV wśród osób używających narkotyków w formie iniekcji w Europie (co wiąże się ze znacznym spadkiem liczby zgłoszeń nowych zakażeń) HIV jest w dalszym ciągu głównym problemem w dziedzinie zdrowia publicznego i zgłaszane są nowe ogniska epidemii ([28]). EMCDDA, wraz z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), wydało wytyczne dla decydentów w zakresie narkotyków i chorób zakaźnych, w których przedstawiono syntezę bieżących danych dotyczących profilaktyki i zwalczania chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków w formie iniekcji (ECDC i EMCDDA, 2011). Celem tych wspólnych wytycznych jest zwiększenie europejskich szans na zapobieżenie większości przypadków (o ile nie wszystkim przypadkom) zakażeń wirusem HIV związanych z używaniem narkotyków w formie iniekcji.

Normy jakości

Celem zleconego przez Komisję Europejską badania EQUS było osiągnięcie na szczeblu europejskim porozumienia w sprawie minimalnych norm jakości w zakresie ograniczania popytu na narkotyki. W sprawozdaniu końcowym z 2012 r. zaproponowano 33 minimalne normy w odniesieniu do profilaktyki antynarkotykowej, 22 w odniesieniu do leczenia odwykowego lub rehabilitacji oraz 16 w odniesieniu do redukcji szkód w Europie ([29]). Te minimalne normy funkcjonują na trzech różnych poziomach (interwencja, usługa i system), adekwatnych do różnych potrzeb pracowników służby zdrowia, kierowników ds. usług oraz osób opracowujących polityki.

Badanie EQUS objęło również dokonany z udziałem ekspertów z 24 państw europejskich przegląd obowiązujących norm jakości wprowadzonych już na szczeblu krajowym. Jeżeli chodzi o procesy związane z leczeniem uzależnienia od narkotyków, normy najczęściej zgłaszane jako już wprowadzone dotyczyły poufności danych pacjentów oraz oceny wywiadu chorobowego pacjentów dotyczących używania przez nich narkotyków, natomiast normy dotyczące rutynowej współpracy z innymi służbami, jak również te koncentrujące się na ciągłym szkoleniu personelu, okazały się być rzadziej wprowadzane. Jeśli chodzi o wyniki leczenia, dwa rodzaje norm najczęściej zgłaszanych jako już wprowadzone były związane z celami w zakresie poprawy stanu zdrowia oraz ograniczenia używania substancji. Wśród norm, w przypadku których prawdopodobieństwo zastosowania było mniejsze, znajdowały się normy dotyczące oceny zewnętrznej oraz monitorowania pacjenta po wypisaniu, przy czym zgłaszano problemy związane z wprowadzaniem tych norm.

W badaniach wykazano szeroko rozumiany konsensus w sprawie zestawu minimalnych norm jakości w obszarze ograniczania popytu na narkotyki w Europie, co może stanowić użyteczny stan wyjściowy dla przyszłego rozwoju monitorowania w Europie. Pełen wykaz norm uwzględnionych w badaniu EQUS, jak również jego wyników, znajduje się w portalu najlepszych praktyk.

Egzekwowanie prawa antynarkotykowego i przestępstwa związane z narkotykami

Egzekwowanie prawa antynarkotykowego jest ważnym składnikiem polityki antynarkotykowej na poziomie krajowym i w UE. Obejmuje ono wiele różnych interwencji, które są wdrażane głównie przez policję i instytucje

([26]) Zalecenie Rady z dnia 18 czerwca 2003 r.: 2003/88/WE.
([27]) COM(2007) 199 wersja ostateczna.
([28]) Zob. ramka „Epidemiczny wzrost zakażeń HIV w Grecji i Rumunii" (rozdział 7).
([29]) Sprawozdanie końcowe jest dostępne w internecie.

„Wybrane zagadnienie" dotyczące narkotyków i więzienia

Osoby używające narkotyków stanowią istotny odsetek populacji więziennej i są w sposób niewspółmierny dotknięte problemami zdrowotnymi i społecznymi związanymi z używaniem narkotyków. W europejskich więzieniach dostępna jest pomoc dla osób uzależnionych od narkotyków, przy czym istnieją różne rodzaje interwencji, leczenia i usług.

Opublikowane w tym roku „Wybrane zagadnienie" EMCDDA dotyczące narkotyków i więzienia stanowią uaktualniony przegląd w zakresie używania narkotyków przez więźniów oraz związanych z tym problemów, ich stanu zdrowia i warunków socjalnych oraz interwencji wymierzonych w konsumpcję narkotyków i jej następstwa.

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

pokrewne (np. organy celne). W sekcji tej zamieszczono zwięzły przegląd kwestii istotnych z punktu widzenia organów ścigania, czyli ustanawiania priorytetów strategicznych i operacyjnych. W części końcowej znajduje się zestawienie przestępstw związanych z narkotykami.

Ustanawianie priorytetów strategicznych i operacyjnych

Większość przestępstw narkotykowych to przestępstwa dokonywane za obopólną zgodą, które podlegają indywidualnej lub instytucjonalnej ocenie co do tego, czy śledztwo jest uzasadnione, jaki powinien być jego zasięg i jak długo będzie ono trwać. Jednostka policji nie ma możliwości prowadzenia działań w związku ze wszystkimi wykrywalnymi przestępstwami przeciwko przepisom antynarkotykowym, dlatego niezbędny jest pewien stopień swobody w podejmowaniu tych działań (Dvorsek, 2006). Proces ustanawiania priorytetów opiera się zarówno na danych organów ścigania oraz doświadczeniu śledczym, jak i na wiedzy funkcjonariuszy wydziału antynarkotykowego. O ile priorytety jednostek egzekwujących prawo antynarkotykowe nie zawsze są przejrzyste, o tyle nie są jednak arbitralne, gdyż podlegają na ogół ograniczeniom wynikającym z licznych zobowiązań prawnych i organizacyjnych. Niekiedy jednostka może otrzymać zadanie przeprowadzenia dochodzenia w sprawie określonego rodzaju przestępstwa, np. pośrednictwa lub sprawy związanej z hurtowymi ilościami narkotyków, bądź uzyskać oficjalne upoważnienie do skoncentrowania się na jednym obszarze, np. na odzyskaniu majątku pochodzącego z przestępstw. Przy innych okazjach, w związku z powodowanymi szkodami lub naruszaniem porządku publicznego, a nawet z powodu dużego oddźwięku w środkach masowego przekazu, priorytetowe znaczenie może uzyskać konkretny narkotyk (Kirby i in., 2010). Na ustanawianie priorytetów może mieć także wpływ potrzeba podniesienia wskaźników wykrywalności (Stock i Kreuzer, 1998). Wysoki poziom spraw objętych dochodzeniem może pomóc w zwróceniu uwagi na znaczenie problemu narkotykowego i konieczność natychmiastowego podjęcia działań w porównaniu z innymi zagrożeniami dla bezpieczeństwa, a także może uzasadnić potrzebę prowadzenia określonych działań w zakresie egzekwowania prawa w tej dziedzinie. We wszystkich przypadkach dostępność zasobów ludzkich i środków finansowych ułatwia realizację niektórych opcji przy jednoczesnym ograniczeniu możliwości realizacji innych.

O ile przy ustanawianiu priorytetów strategicznych i operacyjnych korzysta się z danych, same priorytety także mogą wpływać na dane, które zostaną zgromadzone i przekazane do publicznej wiadomości (Stock i Kreuzer, 1998). Na przykład konfiskaty narkotyków mogą zarówno wpływać na proces ustanawiania priorytetów, jak i być jednym z jego rezultatów. Informacje dotyczące wielkości konfiskat mogą zostać wykorzystane w ramach postępowania sądowego jako wskaźnik wagi przestępstwa objętego oskarżeniem. Co więcej, istotne wielkości konfiskat mogą wskazywać na konieczność przeprowadzenia dodatkowych dochodzeń oraz zapotrzebowanie na środki. Przyjmuje się powszechnie, że dane liczbowe dotyczące konfiskat są przede wszystkim wskaźnikiem aktywności organów ścigania, a do ich interpretacji niezbędne jest zrozumienie kontekstu, w jakim zostały odnotowane. Konfiskaty dokonywane są w wyniku aktywnej pracy dochodzeniowej w sprawie konkretnych podejrzanych lub, bardziej ogólnie, w wyniku rozmieszczenia funkcjonariuszy organów ścigania w określonych miejscach, takich jak porty morskie i lotnicze. W szczególności stosowanie niejawnego nadzoru i operacji pod przykryciem skoncentrowanych na dostawach nielegalnych narkotyków może prowadzić do znaczących konfiskat narkotyków. Mniej oczywisty wydaje się stosunek liczby konfiskat narkotyków wynikających bezpośrednio z ustanowienia priorytetów operacyjnych do liczby konfiskat dokonanych w sposób przypadkowy.

Dane dotyczące przestępstw związanych z narkotykami (zob. następna sekcja) są bezpośrednim wskaźnikiem działań w zakresie egzekwowania prawa, gdyż odnoszą się do przestępstw dokonanych za obopólną zgodą, które zazwyczaj nie są zgłaszane przez potencjalne ofiary. Często są one postrzegane jako pośrednie wskaźniki używania narkotyków i handlu nimi, chociaż obejmują one tylko te działania, które zwróciły uwagę organów ścigania. Dla zrozumienia danych organów ścigania – czy to dotyczących przestępstw narkotykowych, zatrzymań

czy konfiskat – niezbędne jest zatem uwzględnienie zasadniczych procesów ustanawiania priorytetów strategicznych i operacyjnych, jak i ich następstw.

Przestępstwa związane z narkotykami

Wstępne raporty na temat przestępstw przeciwko krajowym przepisom antynarkotykowym, głównie sporządzane przez policję, są jedynym źródłem danych dotyczących przestępstw związanych z narkotykami zazwyczaj dostępnych w Europie ([30]). Dane te dotyczą przeważnie przestępstw związanych z używaniem narkotyków (używanie i posiadanie na własny użytek) lub z podażą narkotyków (produkcja, handel i sprzedaż uliczna), chociaż w niektórych krajach mogą być zgłaszane także inne rodzaje przestępstw (np. dotyczące prekursorów narkotyków). Dane te prawdopodobnie odzwierciedlają różnice w krajowych przepisach, priorytetach i zasobach. Co więcej, krajowe systemy informowania w całej Europie są różne, zwłaszcza w odniesieniu do praktyk rejestrowania i sprawozdawczości. Z tych powodów wiarygodne porównywanie sytuacji w różnych krajach jest utrudnione, właściwsze jest więc podejście polegające na porównywaniu tendencji, a nie bezwzględnych danych liczbowych.

Ogólnie rzecz biorąc, tendencja wzrostowa w odniesieniu do liczby zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami ulega zwolnieniu od 2009 r. Indeks UE oparty na danych dostarczonych przez 22 państwa członkowskie, które reprezentują 93% ludności Unii Europejskiej w wieku 15–64 lata, wskazuje na to, że w latach 2005–2010 nastąpił wzrost liczby zgłoszonych przestępstw, szacowany na 15%, przy czym od 2008 r. sytuacja utrzymuje się na bardziej stabilnym poziomie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę wszystkie kraje przedstawiające sprawozdanie, dane wskazują w tym okresie tendencje wzrostowe w 19 krajach oraz ogólny spadek w 7 krajach ([31]).

Przestępstwa związane z używaniem i podażą

W porównaniu z danymi z poprzednich lat nie doszło do większych zmian w proporcji przestępstw związanych z narkotykami w odniesieniu do używania i podaży. W większości krajów europejskich (22) przestępstwa związane z używaniem i posiadaniem narkotyków na własny użytek wciąż stanowiły w 2010 r. większość przestępstw związanych z narkotykami, przy czym najwyższe odsetki zgłosiły Hiszpania, Francja, Węgry, Austria i Turcja (85–93%) ([32]).

COSI: Stały Komitet Współpracy Operacyjnej w zakresie Bezpieczeństwa Wewnętrznego

Ustanawianie priorytetów na szczeblu europejskim w obszarze działalności operacyjnej związanej z egzekwowaniem prawa antynarkotykowego leży w gestii Stałego Komitetu Współpracy Operacyjnej w zakresie Bezpieczeństwa Wewnętrznego ustanowionego w ramach Rady (COSI) i opiera się na ocenach zagrożenia przestępczością zorganizowaną dokonywanych przez Europol ([1]). COSI ustanowiono w 2010 r. na podstawie Traktatu z Lizbony i powołano decyzją Rady (Rada Unii Europejskiej, 2009). Komitet, w skład którego wchodzą wysokiego szczebla urzędnicy ministerstw spraw wewnętrznych z państw członkowskich oraz przedstawiciele Komisji, ma szeroki zakres odpowiedzialności: jego rola polega na ułatwianiu, promowaniu i wzmacnianiu koordynacji działań operacyjnych organów właściwych w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego.

Do najważniejszych zadań COSI należy opracowywanie, monitorowanie i wdrażanie strategii bezpieczeństwa wewnętrznego, a także wspieranie realizacji wieloletniego cyklu politycznego, którego celem jest zwalczanie najistotniejszych zagrożeń związanych z przestępczością stojących przed Unią Europejską przez wzmożoną współpracę pomiędzy organami ścigania państw członkowskich i instytucjami UE oraz agencjami UE. Dzięki wsparciu COSI Rada przyjęła ostatnio osiem priorytetów politycznych na lata 2011–2013, z których trzy dotyczą egzekwowania prawa antynarkotykowego. Celem jednego z tych priorytetów jest ograniczenie produkcji i dystrybucji narkotyków syntetycznych w UE, w tym nowych substancji psychoaktywnych. W ramach powiązanego planu działań operacyjnych Europol i EMCDDA mają za zadanie wprowadzenie rutynowego monitorowania likwidacji obiektów, w których produkuje się syntetyczne narkotyki w Europie. Następny cykl polityczny, obejmujący lata 2013–2017, będzie opierał się na ocenie zagrożenia poważną i zorganizowaną przestępczością w UE z 2013 r.

([1]) Ustanawianie priorytetów na szczeblu europejskim w obszarze polityki antynarkotykowej jest zadaniem Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków.

Szacuje się, że w latach 2005–2010 miał miejsce wzrost liczby przestępstw związanych z używaniem narkotyków w Europie o 19%. W ramach tej analizy można dostrzec pewne różnice pomiędzy poszczególnymi krajami, gdyż liczba przestępstw związanych z używaniem w tym okresie wzrosła w 18 krajach, natomiast w 7 spadła. Jak jednak wynika z najnowszych danych (za lata 2009–2010), zgłoszono ogólny spadek przestępstw związanych z używaniem narkotyków (wykres 3). Szacuje się, że w latach 2005–2010 nastąpił wzrost liczby przestępstw związanych

([30]) Aby zapoznać się omówieniem zależności pomiędzy narkotykami i przestępstwami, a także z definicją „przestępstwa związanego z narkotykami", zob. EMCDDA (2007b).
([31]) Zob. wykres i tabela w biuletynie statystycznym za 2011 r.
([32]) Zob. tabela DLO-2 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

z podażą narkotyków o około 17% w skali Unii Europejskiej. W okresie tym 20 krajów zgłosiło wzrost liczby przestępstw związanych z podażą, podczas gdy Niemcy, Estonia, Niderlandy, Austria i Polska zgłosiły ogólny spadek ([33]).

Tendencje dotyczące poszczególnych narkotyków

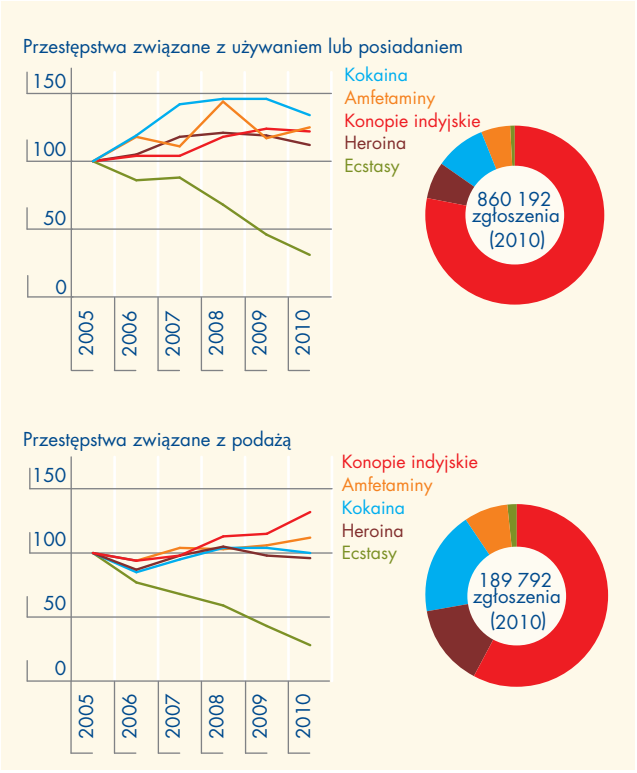
Konopie indyjskie są w dalszym ciągu nielegalnym narkotykiem najczęściej wymienianym w odniesieniu do zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami w Europie ([34]). W większości państw europejskich przestępstwa związane z konopiami indyjskimi stanowiły 50–90% zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami w 2010 r. Przestępstwa związane z innymi narkotykami przewyższyły liczebnie te związane z konopiami indyjskimi jedynie w 4 krajach: w Republice Czeskiej i na Łotwie w odniesieniu do metamfetaminy (54% i 34%) oraz na Litwie i na Malcie w odniesieniu do heroiny (34% i 30%).

W latach 2005–2010 liczba przestępstw związanych z konopiami indyjskimi wzrosła w 15 krajach przedstawiających sprawozdanie, dając w efekcie szacunkowy wzrost o 20% na poziomie Unii Europejskiej. Tendencje spadkowe zgłosiły Niemcy, Włochy, Malta, Niderlandy i Austria ([35]).

Liczba przestępstw związanych z kokainą wzrosła w latach 2005–2010 w 12 krajach przedstawiających sprawozdanie, natomiast Niemcy, Grecja, Austria i Chorwacja zgłosiły tendencje spadkowe. Ogólnie rzecz biorąc, w Unii Europejskiej liczba przestępstw związanych z kokainą wzrosła w tym samym czasie o około 12%, jednak w ciągu ostatnich dwóch lat nastąpił jej spadek ([36]).

Stwierdzony w 2009 r. spadek liczby przestępstw związanych z heroiną utrzymał się w 2010 r. Średnia liczba tego rodzaju przestępstw na poziomie UE utrzymuje się ogólnie na stosunkowo stabilnym poziomie, przy czym szacuje się, że w latach 2005–2010 nastąpił wzrost o 7%. Liczba przestępstw związanych z heroiną spadła w ponad połowie krajów przedstawiających sprawozdanie (12), podczas gdy w 9 innych krajach w tym samym okresie odnotowano ogólny wzrost ([37]).

Wykres 3: Zgłoszenia dotyczące przestępstw związanych z używaniem lub posiadaniem narkotyków na własny użytek, oraz z podażą narkotyków w państwach członkowskich UE: zindeksowane tendencje w latach 2005–2010 i podział według narkotyku ze zgłoszeń za 2010 r.



Uwaga: Tendencje oparte są na dostępnych informacjach o liczbie przestępstw związanych z narkotykami (sprawy karne i pozostałe) zgłoszonych w państwach członkowskich UE. Wszystkie serie są indeksowane – za podstawę (100) przyjmuje się 2005 r. – i ważone według liczby ludności krajów w celu uzyskania ogólnej tendencji w UE; podział według narkotyku odnosi się do ogólnej liczby zgłoszeń za 2010 r. Więcej informacji – zob. wykresy DLO-4 i DLO-5 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Szacuje się, że liczba zgłaszanych w Unii Europejskiej przestępstw związanych z amfetaminami zwiększyła się w latach 2005–2010 o 24%, chociaż wydaje się, że w ciągu ostatnich dwóch lat sytuacja w tym zakresie ustabilizowała się. Liczba przestępstw związanych z ecstasy spadła jednak w tym samym czasie, jak się szacuje, o dwie trzecie (spadek o 71%).

([33]) Zob. wykres DLO-1 i tabela DLO-5 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([34]) Zob. tabela DLO-3 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([35]) Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-6 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([36]) Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-8 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([37]) Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-7 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Eurojust: współpraca sądowa w Unii Europejskiej

Zorganizowane sieci przestępcze działają ponad granicami, dlatego też w celu zapewnienia, aby przestępcy zostali zatrzymani i osądzeni bez względu na to, gdzie się znajdują, niezbędna jest współpraca między poszczególnymi krajami. Eurojust, jednostka współpracy sądowej Unii Europejskiej, została utworzona w 2002 r. w celu zajęcia się tą sytuacją. Stanowi ona ostatni krok w historycznym procesie, w ramach którego współpraca sądowa w Unii Europejskiej rozwinęła się z koncepcji czysto międzyrządowej w obszar bardziej bezpośredniego współdziałania organów sądowych.

Rola Eurojustu w odniesieniu do transgranicznych spraw karnych polega na ułatwianiu i koordynowaniu działań w zakresie: wymiany informacji, wspólnych zespołów dochodzeniowych, przesyłek niejawnie nadzorowanych, wykonywania europejskich nakazów aresztowania, przekazywania dowodów lub postępowań karnych, realizacji wniosków o wzajemną pomoc prawną, zapobiegania i rozwiązywania kolizji jurysdykcyjnych oraz odzyskiwania mienia na poziomie międzynarodowym. Jak wynika z przeprowadzonej niedawno analizy, handel narkotykami jest najczęstszym typem przestępstw, w odniesieniu do których Eurojust prowadzi sprawy, i dotyczy go około jedna piąta wszystkich zarejestrowanych spraw (Eurojust, 2012). W 2011 r. do Eurojustu skierowano 242 sprawy związane z handlem narkotykami, przy czym w obszarze tym czynnie działało osiem wspólnych zespołów dochodzeniowych. Dane wykazują, że państwami członkowskimi najczęściej zaangażowanymi we współpracę sądową w odniesieniu do handlu narkotykami są Niderlandy i Hiszpania, w dalszej kolejności zaś Włochy, Niemcy i Francja.

Rozdział 3
Konopie indyjskie

Wprowadzenie

Konopie indyjskie są najpowszechniej dostępnym nielegalnym narkotykiem w Europie. Pochodzą zarówno z importu, jak i z produkcji krajowej. W większości krajów europejskich w latach dziewięćdziesiątych XX w. i na początku XXI w. miał miejsce wzrost użycia konopi indyjskich. Europa przypuszczalnie wkracza obecnie w nową fazę, ponieważ zarówno dane z badań ankietowych przeprowadzonych wśród populacji ogólnej, jak i nowe dane zgromadzone podczas badań ankietowych ESPAD przeprowadzonych w szkołach wskazują na względnie stabilne tendencje w zakresie używania konopi indyjskich w wielu krajach. Niemniej jednak wskaźniki używania pozostają wysokie w porównaniu z poziomami obserwowanymi w przeszłości. W ciągu ostatnich kilku lat wzrastała również świadomość następstw dla zdrowia publicznego, wynikających z długotrwałego i szeroko rozpowszechnionego używania tego narkotyku, a także miał miejsce wzrost zgłaszanego zapotrzebowania na leczenie związane z problemami powodowanymi przez konopie indyjskie.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

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

Tabela 2: Konfiskaty, cena i siła działania marihuany i haszyszu

	Haszysz	Marihuana	Konopie indyjskie ([1])
Globalna skonfiskowana ilość	1136 t	6251 t	n.d.
Skonfiskowana ilość **UE i Norwegia** **(łącznie z Chorwacją i Turcją)**	534 t (563 t)	62 t (106 t)	3,1 mln roślin i 35 t (3,1 mln roślin i 35 t) ([2])
Liczba konfiskat **UE i Norwegia** **(łącznie z Chorwacją i Turcją)**	341 000 (358 000)	332 000 (382 000)	25 000 (37 000)
Średnia cena detaliczna **(w euro za gram)** **Rozstęp** **(Rozstęp międzykwartylowy) ([3])**	3–17 (7,0–10,2)	3–25 (6,5–9,9)	n.d.
Średnia siła działania **(zawartość THC w %)** **Rozstęp** **(Rozstęp międzykwartylowy) ([3])**	1–12 (4,5–10,0)	1–12 (4,5–10,0)	n.d.

([1]) Kraje zgłaszają skonfiskowane ilości jako liczbę skonfiskowanych roślin lub ich masę; w tabeli podane są obydwie wielkości.
([2]) Połowę łącznej liczby roślin konopi indyjskich skonfiskowanych w 2010 r. zgłosiły Niderlandy. Dane liczbowe nie są kompletne, ale można je uznać za właściwe wskazania.
([3]) Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych danych.
Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2010 r.; n.d. – nie dotyczy.
Źródło: Wartości globalne – UNODC (2012), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Uprawa konopi indyjskich w Europie jest szeroko rozpowszechniona i wydaje się, że w tym zakresie ma miejsce tendencja wzrostowa. Wszystkie 29 państw europejskich przedstawiających sprawozdanie EMCDDA wspomniało o krajowej uprawie konopi indyjskich, choć skala i charakter tego zjawiska wydają się bardzo zróżnicowane. Znaczna część konopi indyjskich używanych w Europie pochodzi jednak prawdopodobnie z handlu wewnątrzregionalnego. Jak wynika z niedawno przeprowadzonej analizy EMCDDA, Szwajcaria i Rosja także są wymieniane jako źródła marihuany dostępnej w Europie. Albania oraz w mniejszym stopniu Kosowo ([38]), była jugosłowiańska republika Macedonii i Serbia także dostarczają znaczne ilości marihuany skonfiskowanej w Europie Środkowej i Południowo-Wschodniej (EMCDDA, 2012a).

Część marihuany w Europie pochodzi także z importu – głównie z Afryki (zwłaszcza z Republiki Południowej Afryki) oraz, rzadziej, z obu Ameryk (szczególnie z Wysp Karaibskich) (EMCDDA, 2012a).

Najnowsze badania ankietowe wskazują na to, że Afganistan wyparł Maroko z pozycji największego producenta haszyszu. Wielkość produkcji haszyszu w Afganistanie szacuje się na 1200–3700 ton rocznie (UNODC, 2011a). Mimo że część haszyszu produkowanego w Afganistanie jest sprzedawana w Europie, prawdopodobnie to Maroko pozostaje głównym dostawcą tego narkotyku na rynek europejski. Haszysz z Maroka jest przemycany do Europy głównie przez Półwysep Iberyjski, przy czym Niderlandy i Belgia odgrywają rolę wtórnych ośrodków dystrybucji i przechowywania. Jak wynika z najnowszych sprawozdań, marokański haszysz jest przewożony przez terytorium Estonii, Litwy i Finlandii do Rosji.

Konfiskaty

Szacuje się, że w 2010 r. na całym świecie skonfiskowano 6251 ton marihuany i 1136 ton haszyszu (tabela 2), co wskazuje na ogólnie stabilną sytuację w porównaniu z ubiegłymi latami. Ponownie największą ilość marihuany (69%) skonfiskowano w Ameryce Północnej, podczas gdy w Europie Zachodniej i Środkowej na najwyższym poziomie pozostawała ilość skonfiskowanego haszyszu (47%) (UNODC, 2012).

Liczba dokonanych w Europie konfiskat marihuany stale wzrastała od 2005 r., i biorąc pod uwagę liczbę konfiskat w 2010 r., szacowaną na 382 000, przekroczyła po raz pierwszy liczbę konfiskat haszyszu (tabela 2). W 2010 r. przechwycono marihuanę w ilości szacowanej na 106 ton, z czego niemal połowę (44 tony) – co stanowi rekordową ilość – skonfiskowano w Turcji ([39]). Odnotowuje się tam odmienne tendencje, gdyż ilość marihuany przechwyconej w latach 2005–2010 w Unii Europejskiej utrzymywała się na stosunkowo stabilnym poziomie, natomiast w Turcji wzrosła czterokrotnie.

W 2010 r., po stałym wzroście w ciągu ostatniej dekady, liczba konfiskat haszyszu spadła do 358 tys. Ogólnie rzecz biorąc, ilość przechwyconego haszyszu spadała w ciągu ostatnich dziesięciu lat, osiągając nowy najniższy poziom w 2010 r. – skonfiskowano ilość szacowaną na 563 tony. Ilości odzyskanego haszyszu w dalszym ciągu przekraczają w ogromnym stopniu ilości odzyskanej marihuany ([40]). W 2010 r., tak jak w latach ubiegłych, Hiszpania zgłosiła połowę całkowitej liczby konfiskat haszyszu i około dwóch trzecich ilości skonfiskowanego narkotyku.

Od 2005 r. liczba konfiskat roślin konopi indyjskich wzrastała, przy czym szacuje się, że w 2010 r. miało miejsce 37 tys. przypadków. Skonfiskowane ilości są zgłaszane jako szacunkowa liczba roślin lub szacunkowa masa. Konfiskaty wyrażone w liczbie roślin pozostawały w Europie na stabilnym poziomie 2,5 mln w latach 2005–2007 ([41]); ze względu na brak wiarygodnych danych z Niderlandów, który to kraj zgłaszał w przeszłości znaczne konfiskaty, nie można określić tendencji w tym zakresie w 2008 i 2009 r. Jak wynika z szacunkowych wyliczeń, w 2010 r. na kraj ten przypadała ponad połowa z 3,1 mln roślin skonfiskowanych w Europie; na drugim miejscu uplasowało się Zjednoczone Królestwo. Liczba konfiskat zgłaszanych jako masa roślin zwiększyła się w okresie 2005–2008 trzykrotnie, po czym zmniejszyła się nieco do poziomu 35 ton w 2010 r.; większą część roślin skonfiskowano po raz kolejny w Hiszpanii (27 ton) i Bułgarii (4 tony).

Siła działania i cena

Siłę działania produktów otrzymywanych z konopi indyjskich określa się na podstawie zawartości delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), czyli głównego składnika czynnego. Siła działania konopi indyjskich różni się znacznie zarówno w poszczególnych krajach,

([38]) Użycie tej nazwy nie ma wpływu na stanowisko w sprawie statusu Kosowa i jest zgodne z rezolucją Rady Bezpieczeństwa ONZ 1244/1999 oraz opinią MTS na temat ogłoszenia przez Kosowo niepodległości.

([39]) Dane dotyczące konfiskat narkotyków w Europie, przytoczone w niniejszym rozdziale, znajdują się w tabelach SZR-1 do SZR-6 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

([40]) Ze względu na różnice w zakresie rozmiarów przesyłki i pokonywanych odległości, jak również konieczność przekraczania granic międzynarodowych, haszysz może być bardziej narażony na konfiskatę niż wyprodukowana w kraju marihuana.

([41]) Analiza nie uwzględnia konfiskat dokonanych w Turcji, gdyż nie zgłaszano ich od 2005 r. Wcześniejsze dane wykazują znaczące konfiskaty dokonywane w Turcji (20 mln roślin konopi indyjskich w 2004 r.).

jak i pomiędzy krajami, a także w zależności od rodzaju produktów otrzymanych z konopi indyjskich i od odmiany genetycznej. Informacje na temat siły działania konopi indyjskich są oparte głównie na analizach kryminalistycznych wybranych próbek skonfiskowanych konopi. Stopień, w jakim analizowane próbki stanowią odzwierciedlenie całego rynku, jest niejasny, dlatego też dane na temat siły działania należy interpretować z pewną ostrożnością.

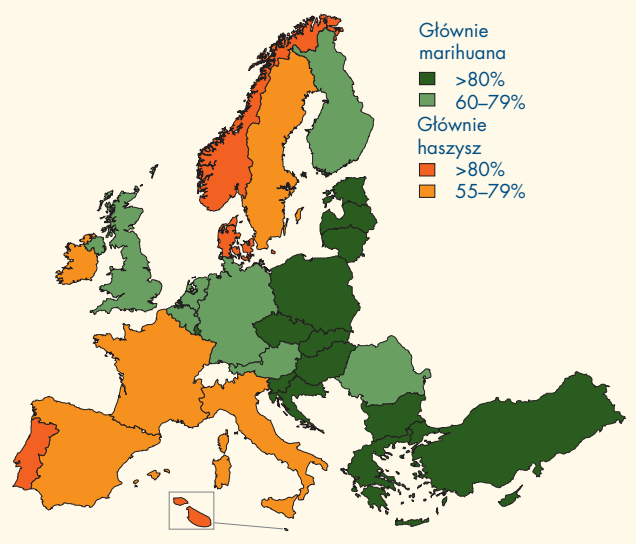
W 2010 r. zgłoszona średnia zawartość THC w próbkach haszyszu wahała się w granicach 1–12%. Średnia siła działania marihuany (w tym sinsemilli – postaci marihuany o największej sile działania) wynosiła 1–16,5%. Średnią siłę działania sinsemilli podały tylko 3 kraje: Szwecja – 8%, Niemcy – 11% i Niderlandy – 16,5%. W latach 2005–2010 średnia siła działania haszyszu była różna w 15 krajach, które przekazały wystarczające dane. Siła działania marihuany pozostawała na stosunkowo stałym poziomie lub uległa zmniejszeniu w 10 krajach, wzrosła natomiast w Bułgarii, Estonii, we Francji, Włoszech, na Słowacji i w Finlandii. W latach 2005–2010 siła działania sinsemilli utrzymywała się w Niemczech na stabilnym poziomie, natomiast w Niderlandach uległa nieznacznemu zmniejszeniu ([42]).

W 2010 r. średnia cena detaliczna haszyszu wahała się w granicach 3–17 euro za gram w 26 krajach, które przekazały informacje, przy czym 14 krajów podało ceny rzędu 7–10 euro. Średnia cena detaliczna marihuany wahała się w granicach 3–25 euro za gram w 23 krajach, które dostarczyły dane, przy czym 13 z nich podało ceny w granicach 6–10 euro. W latach 2005–2010 średnia cena detaliczna zarówno haszyszu, jak i marihuany pozostawała stabilna lub wzrosła w większości krajów, które przekazały dane.

Szacunkowe udziały w rynku produktów otrzymywanych z konopi indyjskich

Różne źródła danych wskazują na przewagę marihuany w całej Europie w 2009 r. Wydaje się, że marihuana jest najczęściej używanym produktem uzyskiwanym z konopi indyjskich w dwóch trzecich spośród 30 krajów przekazujących sprawozdanie, natomiast haszysz jest produktem preferowanym w pozostałej jednej trzeciej krajów (zob. wykres 4). Przytoczone wielkości udziałów w rynku wydają się na przestrzeni czasu pozostawać na stabilnym poziomie w niektórych krajach, gdzie prawdopodobnie odzwierciedlają utrwalone od dawna wzory konsumpcji; w innych krajach wynikają one z zachodzących ostatnio zmian (EMCDDA, 2012a).

Wykres 4: Szacunkowe udziały w rynku produktów otrzymywanych z konopi indyjskich konsumowanych w Europie, 2008–2009



Źródło: EMCDDA, 2012a.

Wskaźniki i wzory używania

Używanie konopi indyjskich w populacji ogólnej

Według ostrożnych szacunków około 80,5 mln Europejczyków, czyli niemal co czwarta osoba w przedziale wiekowym 15–64 lata, przynajmniej jeden raz w życiu użyło konopi indyjskich (wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia narkotyku; zestawienie danych – zob. tabela 3). Istnieją znaczne różnice między krajami, przy czym wskaźniki krajowe wahają się w granicach 1,6–32,5%. W większości krajów szacowany wskaźnik używania tego narkotyku wynosi 10–30% w grupie wszystkich osób dorosłych.

Szacuje się, że w ciągu ostatniego roku konopi indyjskich używało 23 mln Europejczyków, co stanowi średnio 6,8% wszystkich osób w przedziale wiekowym 15–64 lata. Szacunkowe dane dotyczące wskaźnika używania tego narkotyku w ciągu ostatniego miesiąca uwzględniają osoby używające tego narkotyku w sposób bardziej regularny, choć niekoniecznie codziennie czy intensywnie. Szacuje się, że około 12 mln Europejczyków użyło tego narkotyku w ciągu ostatniego miesiąca, co stanowi średnio około 3,6% wszystkich osób w przedziale wiekowym 15–64 lata.

Używanie konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych

Używanie konopi indyjskich dotyczy głównie grupy osób młodych (15–34 lata), przy czym najwyższy

([42]) Zob. tabele PPP-1 i PPP-5 w biuletynie statystycznym za 2012 r. w odniesieniu do danych dotyczących siły działania i ceny. Aby zapoznać się z definicjami produktów otrzymywanych z konopi indyjskich, zob. glosariusz.

Tabela 3: Rozpowszechnienie używania konopi indyjskich w populacji ogólnej – zestawienie danych

Grupa wiekowa	Okres używania		
	przynajmniej raz w życiu	ostatni rok	ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	80,5 mln	23 mln	12 mln
Średnia europejska	23,7%	6,8%	3,6%
Przedział	1,6–32,5%	0,3–14,3%	0,1–7,6%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (1,6%) Bułgaria (7,3%) Węgry (8,5%) Grecja (8,9%)	Rumunia (0,3%) Grecja (1,7%) Węgry (2,3%) Bułgaria, Polska (2,7%)	Rumunia (0,1%) Grecja, Polska (0,9%) Szwecja (1,0%) Litwa, Węgry (1,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Dania (32,5%) Hiszpania, Francja (32,1%) Włochy (32,0%) Zjednoczone Królestwo (30,7%)	Włochy (14,3%) Hiszpania (10,6%) Republika Czeska (10,4%) Francja (8,4%)	Hiszpania (7,6%) Włochy (6,9%) Francja (4,6%) Republika Czeska, Niderlandy (4,2%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	42,5 mln	16 mln	8,5 mln
Średnia europejska	32,5%	12,4%	6,6%
Przedział	3,0–49,3%	0,6–20,7%	0,2–14,1%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (3,0%) Grecja (10,8%) Bułgaria (14,3%) Polska (16,1%)	Rumunia (0,6%) Grecja (3,2%) Polska (5,3%) Węgry (5,7%)	Rumunia (0,2%) Grecja (1,5%) Polska (1,9%) Szwecja, Norwegia (2,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (49,3%) Francja (45,1%) Dania (44,5%) Hiszpania (42,4%)	Republika Czeska (20,7%) Włochy (20,3%) Hiszpania (19,4%) Francja (17,5%)	Hiszpania (14,1%) Włochy (9,9%) Francja (9,8%) Republika Czeska (8,0%)
15–24 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	18 mln	9,5 mln	5 mln
Średnia europejska	29,7%	15,4%	7,8%
Przedział	3,0–52,2%	0,9–23,9%	0,5–17,2%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (3,0%) Grecja (9,0%) Cypr (14,4%) Portugalia (15,1%)	Rumunia (0,9%) Grecja (3,6%) Portugalia (6,6%) Słowenia, Szwecja (7,3%)	Rumunia (0,5%) Grecja (1,2%) Szwecja (2,2%) Norwegia (2,3%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (52,2%) Hiszpania (39,1%) Francja (38,1%) Dania (38,0%)	Hiszpania (23,9%) Republika Czeska (23,7%) Włochy (22,3%) Francja (20,8%)	Hiszpania (17,2%) Francja (11,8%) Włochy (11,0%) Zjednoczone Królestwo (9,0%)

Uwaga: Europejskie wartości szacunkowe obliczono na podstawie krajowych szacunkowych wskaźników używania narkotyku ważonych populacją danej grupy wiekowej w każdym kraju. Aby uzyskać wartości szacunkowe ogólnej liczby osób używających w Europie, w przypadku krajów nieposiadających danych dotyczących wskaźników używania narkotyku (reprezentujących nie więcej niż 3% populacji docelowej) zastosowano średnią unijną. Przyjęte bazowe liczebności populacji: 15–64 lata: 338 mln, 15–34 lata: 130 mln, 15–24 lata: 61 mln. Ponieważ europejskie wartości szacunkowe oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych w latach 2004–2010/11 (głównie 2008–2010), nie odnoszą się do jednego roku. Dane zestawione w tym miejscu znajdują się w biuletynie statystycznym za 2012 r. w części „Badania ankietowe na populacji ogólnej".

wskaźnik używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku zgłaszany jest na ogół w przedziale wiekowym 15–24 lata ([43]).

Dane z badań ankietowych populacji wskazują na to, że przeciętnie 32,5% młodych osób dorosłych w Europie (15–34 lata) użyło konopi indyjskich przynajmniej jeden raz w życiu, podczas gdy 12,4% użyło tego narkotyku w ciągu ostatniego roku, a 6,6% w ciągu ostatniego miesiąca. Szacuje się, że jeszcze wyższy odsetek Europejczyków w grupie wiekowej 15–24 lata użył konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku (15,4%) lub w ciągu ostatniego miesiąca (7,8%). Krajowe szacunki wskaźników używania konopi indyjskich różnią się znacznie pod każdym względem w zależności od kraju (tabela 3).

([43]) Zob. wykres GPS-1 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Używanie konopi indyjskich jest na ogół bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn, na przykład wśród młodych osób dorosłych zgłaszających używanie tego narkotyku w ciągu ostatniego roku stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosił od nieco ponad 6:1 w Portugalii do niespełna 1:1 w Norwegii ([44]).

Porównania międzynarodowe

Wszystkie dane liczbowe z Australii, Kanady i ze Stanów Zjednoczonych dotyczące przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich i używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku w grupie młodych osób dorosłych przekraczają średnie wartości europejskie, które wynoszą odpowiednio 32,5% i 12,4%. Na przykład w Kanadzie (2010) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich w grupie młodych osób dorosłych wynosił 50,4%, a wskaźnik używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku – 21,1%. W Stanach Zjednoczonych w badaniach SAMHSA (2010) oszacowano wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich na 52,1% (w grupie osób w wieku 16–34 lata, przeliczone przez EMCDDA), a wskaźnik używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku na 24,5%, natomiast w Australii (2010) wskaźniki te w odniesieniu do młodych osób dorosłych wynoszą 43,3% i 19,3%.

Tendencje w używaniu konopi indyjskich

Pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX w. i na początku XXI w. wiele krajów europejskich zgłaszało wzrost używania konopi indyjskich, widoczny zarówno w wynikach badań ankietowych populacji ogólnej, jak i badań przeprowadzonych w szkołach. Od tamtej pory wiele krajów zgłaszało ustabilizowanie sytuacji lub nawet tendencje spadkowe w używaniu konopi indyjskich ([45]).

Mimo że w ciągu ostatnich lat niemal wszystkie kraje europejskie przeprowadziły badania ankietowe populacji ogólnej, jedynie 16 krajów przekazało dane wystarczające do przeanalizowania tendencji w używaniu konopi indyjskich w dłuższej perspektywie czasowej. 5 spośród tych krajów (Bułgaria, Grecja, Węgry, Szwecja i Norwegia) zawsze zgłaszało w grupie wiekowej 15–34 lata niski wskaźnik używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku, tj. na poziomie nieprzekraczającym 10%.

Kolejnych 6 krajów (Dania, Niemcy, Estonia, Irlandia, Słowacja i Finlandia) zgłaszało wyższe wskaźniki używania, ale według ostatnich badań ankietowych w nich przeprowadzonych wskaźniki te nie przekraczają 15%.

Dania, Niemcy i Irlandia zgłaszały znaczący wzrost używania konopi indyjskich w latach dziewięćdziesiątych XX w. i na początku XXI w., po czym następowało stabilizowanie się sytuacji lub rozpoczynała się tendencja spadkowa. Wzrost obserwowany w Estonii i Finlandii w ostatnim dziesięcioleciu lub w dłuższym okresie nie wykazuje oznak stabilizacji.

Hiszpania, Francja, Włochy, Zjednoczone Królestwo i Republika Czeska – wszystkie te kraje, w pewnym momencie w ciągu ostatnich dziesięciu lat, zgłaszały wskaźnik używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych na poziomie 20% lub więcej. Wzory używania we wspomnianych krajach różniły się od tych odnotowanych w połowie pierwszej dekady XXI w., przy czym w Hiszpanii i we Francji stwierdzono na ogół stabilną sytuację, podczas gdy Włochy zgłosiły wzrost w 2008 r., natomiast w Zjednoczonym Królestwie miał miejsce znaczny spadek, w związku z czym wskaźnik używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych osiągnął obecnie poziom średniej unijnej.

W latach 2010–2011 nowe dane z badań ankietowych przekazało 7 krajów, co umożliwiło rozpatrzenie najnowszych tendencji w używaniu konopi indyjskich. W porównaniu z wynikami poprzednich badań ankietowych, które przeprowadzono w tych krajach 1–5 lat wcześniej, 6 z nich zgłosiło wskaźniki używania narkotyku w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych na stosunkowo stabilnym poziomie, natomiast w 1 kraju (Finlandia) odnotowano wzrost.

Wzory używania konopi indyjskich

Dostępne dane wskazują na występowanie różnorodnych wzorów używania konopi indyjskich – od używania eksperymentalnego po uzależnienie. Wiele osób na ogół zaprzestaje używania tego narkotyku po jedno- lub dwukrotnym użyciu w celach eksperymentalnych, inne używają go sporadycznie lub przez ograniczony czas. Postrzeganie zagrożenia odgrywa pewną rolę we wzorach używania, przy czym warto zauważyć, że jak wynika z badania ankietowego postaw przeprowadzonego na terenie całej UE, większość młodych Europejczyków (91%) jest świadoma zagrożeń dla zdrowia towarzyszących regularnemu używaniu konopi indyjskich; postrzeganie zagrożenia dla zdrowia wynikającego ze sporadycznego używania narkotyku było na niższym poziomie (52%).

Wśród osób w wieku 15–64 lata, które przynajmniej jednokrotnie użyły konopi indyjskich, 70% nie zrobiło tego w ciągu ostatniego roku ([46]). Wśród osób, które używały tego narkotyku w ciągu ostatniego roku, średnio niemal

([44]) Zob. tabela GPS-5 (część iii) i (cześć iv) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([45]) Zob. wykres GPS-4 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([46]) Zob. wykres GPS-2 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

połowa uczyniła to w ciągu ostatniego miesiąca, co może wskazywać na bardziej regularne używanie. Proporcje te różnią się jednak znacznie w zależności od kraju i płci. W określonych grupach młodych osób, na przykład wśród częstych bywalców niektórych klubów nocnych lub lokali związanych z elektroniczną muzyką taneczną, stwierdzono wskaźniki używania konopi indyjskich na poziomie znacznie przewyższającym średnią europejską. Używanie konopi indyjskich często wiąże się także z nadużywaniem alkoholu: w przypadku młodych osób dorosłych (15–34 lata), które spożywały alkohol często lub w dużych ilościach, prawdopodobieństwo zgłoszenia przez nie używania konopi indyjskich było 2–6 razy większe niż w przypadku populacji ogólnej.

Rodzaje produktów otrzymanych z konopi indyjskich i sposoby ich używania mogą wiązać się z odmiennymi zagrożeniami. Wzory używania konopi indyjskich, których wynikiem jest przyjmowanie dużych dawek narkotyku, mogą narażać osoby używające tego narkotyku na większe ryzyko rozwinięcia się uzależnienia lub innych problemów (EMCDDA, 2008). Przykłady takich praktyk obejmują używanie konopi indyjskich o bardzo wysokiej zawartości THC lub w dużych ilościach, a także stosowanie fajki wodnej. W badaniach ankietowych rzadko ma miejsce rozróżnienie pomiędzy używaniem różnych rodzajów konopi indyjskich. W ramach badań przestępczości przeprowadzonych w Zjednoczonym Królestwie w latach 2009–2010 oszacowano jednak, że około 12,3% osób dorosłych (w grupie wiekowej 15–59 lat) przynajmniej jednokrotnie użyło narkotyku, który uważały za „skunk" (nazwa uliczna odmiany tego narkotyku charakteryzującej się na ogół dużą siłą działania). Chociaż podobny odsetek osób używających konopi indyjskich deklaruje przynajmniej jednokrotne użycie marihuany (50%) i haszyszu (49%), osoby używające tego narkotyku w ciągu ostatniego roku przypuszczalnie częściej używały marihuany (71%) niż haszyszu (38%) (Hoare i Moon, 2010). Dane z badań ankietowych populacji ogólnej w 17 krajach ([47]), liczących niemal 80% dorosłej ludności Unii Europejskiej i Norwegii, wskazują na to, że nieco ponad 40% osób używających konopi indyjskich, które zgłosiły użycie tego narkotyku w ciągu ostatniego miesiąca, używała tego narkotyku przez okres 1–3 dni. Można oszacować, że około 1% osób dorosłych (w wieku 15–64 lata) w Unii Europejskiej i Norwegii, czyli w przybliżeniu 3 mln osób ([48]), używa konopi indyjskich codziennie lub niemal codziennie (wskaźnik używania w poszczególnych krajach wynosi 0,1–2,6%). Około trzy czwarte spośród tych osób używających narkotyku to młode osoby dorosłe w wieku 15–34 lata. W tej grupie wiekowej liczba mężczyzn używających konopi indyjskich codziennie przekracza liczbę kobiet mniej więcej 3,5-krotnie. Spośród 11 krajów (zamieszkanych przez 70% populacji UE), w przypadku których możliwe jest określenie tendencji intensywnego używania konopi indyjskich, 9 krajów zgłasza sytuację utrzymującą się na stabilnym poziomie od mniej więcej 2000 r. ([49]). W 2 pozostałych krajach stwierdzono zmiany w ciągu 5–6 lat: w Zjednoczonym Królestwie prawdopodobnie miał miejsce spadek intensywnego używania konopi indyjskich, natomiast Portugalia zgłosiła wzrost w 2007 r.

Coraz częściej uzależnienie uznaje się za potencjalne następstwo regularnego używania konopi indyjskich, nawet wśród młodszych osób, przy czym w niektórych krajach europejskich rośnie liczba osób poszukujących pomocy w związku z używaniem konopi indyjskich (zob. poniżej). Niektóre osoby używające konopi indyjskich, zwłaszcza intensywnie, mogą doświadczać powiązanych z tym problemów, przy czym osoby te niekoniecznie spełniają kliniczne kryteria uzależnienia.

Używanie konopi indyjskich wśród uczniów

W ramach badania ankietowego ESPAD przeprowadzonego w 2011 r. (Hibell i in., 2012) zebrano od uczniów z 26 spośród 30 krajów członkowskich EMCDDA informacje na temat wzorów i tendencji w używaniu konopi indyjskich. Najwyższe wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów w wieku 15–16 lat zgłosiły Republika Czeska (42%) i Francja (39%) (wykres 5). Żaden z pozostałych krajów objętych badaniem, jak również Hiszpania, nie zgłosiły wskaźnika przynajmniej jednokrotnego użycia na poziomie przekraczającym 27%. Jedynie Republika Czeska i Francja zgłosiły wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich przekraczające wskaźniki zgłoszone w odniesieniu do porównywalnej grupy wiekowej w Stanach Zjednoczonych w 2011 r. (35%).

Zgłaszane użycie konopi indyjskich w ciągu ostatniego miesiąca w przypadku uczniów w wieku 15–16 lat wahało się od 24% we Francji do 2% w Rumunii.

Proporcje pomiędzy płciami są w Europie zróżnicowane – wśród uczniów, którzy przynajmniej raz w życiu użyli konopi indyjskich, stosunek liczby chłopców do dziewcząt wynosi od 1:1 w Hiszpanii, we Francji i w Rumunii do około 2,5:1 w Grecji i na Cyprze.

([47]) Badania ankietowe zakończone w latach 2003–2011 przy zastosowaniu szerokiej gamy metodologii i kontekstów. Zob. tabele GPS-10 i GPS-121 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

([48]) Jest to minimalna wartość szacunkowa ze względu na: niedoszacowanie w badaniach ankietowych; fakt, iż niektóre populacje osób intensywnie używających konopi indyjskich nie znalazły się w operacie losowania; a także wyłączenie osób, w przypadku których w ciągu ostatniego roku miały miejsce epizody intensywnego używania konopi indyjskich, natomiast wskaźniki używania w ciągu ostatniego miesiąca są niskie.

([49]) W analizie tej uwzględniono jedynie dane zebrane po 2000 r.

Sprawozdanie ESPAD za 2011 r.: Badania ankietowe w europejskich szkołach dotyczące używania substancji

W ramach europejskiego projektu obejmującego badania ankietowe w szkołach dotyczące używania alkoholu i narkotyków (ESPAD) prowadzone są regularne badania wyrywkowe dotyczące wskaźników, tendencji i postaw w odniesieniu do używania narkotyków wśród 15- i 16-letnich uczniów w całej Europie.

Znormalizowane badanie ankietowe przeprowadzane jest co cztery lata i umożliwia uzyskanie porównywalnych danych dotyczących używania nielegalnych narkotyków, alkoholu, papierosów i innych substancji przez uczniów. Dostarcza ono również informacji na temat postrzeganej dostępności, wieku pierwszego kontaktu z tymi substancjami oraz postrzegania zagrożeń i szkód.

W ramach badania przeprowadzonego w 2011 r. (Hibell i in., 2012) o wypełnienie ankiet poproszono urodzonych w 1995 r. uczniów z 36 krajów europejskich, w tym z 26 spośród 30 krajów członkowskich EMCDDA. Po raz pierwszy zastosowano metody statystyczne w celu ustalenia, czy różnice są istotne (na poziomie 95%) – zarówno pomiędzy wynikami badań ankietowych z 2011 i 2007 r., jak i pomiędzy chłopcami i dziewczętami. W poprzednich sprawozdaniach ESPAD za istotne uznawano jedynie różnice wynoszące co najmniej cztery punkty procentowe.

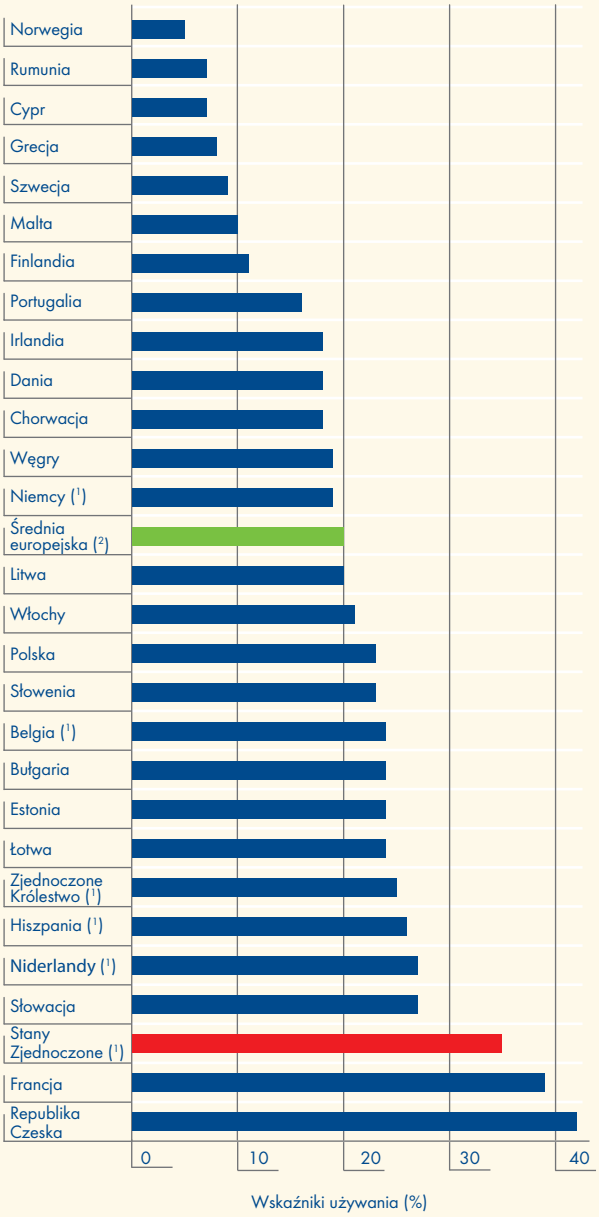
W niniejszym rozdziale analizowane są ustalenia ESPAD dotyczące używania konopi indyjskich. W stosownych przypadkach przedstawiono także wyniki porównywalnych badań ankietowych przeprowadzonych w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie. Ustalenia dotyczące używania ecstasy, amfetamin i kokainy przytoczono w następnych rozdziałach.

Tendencje wśród uczniów

W ciągu 16 lat objętych badaniami ankietowymi ESPAD wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów europejskich szkół na ogół wzrósł. W okresie tym tendencja wzrostowa w zakresie przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów w wieku 15–16 lat, którą stwierdzono do 2003 r., uległa odwróceniu w 2007 r. i utrzymała się na tym samym poziomie w 2011 r. Spośród 23 krajów, które uczestniczyły zarówno w rundzie badań w 2011 r., jak i w rundzie badań w 1995 lub 1999 r., wskaźniki używania konopi indyjskich są obecnie wyższe o co najmniej cztery punkty procentowe w 14 krajach, a w 2 niższe.

Tendencje w tym okresie można zgrupować według wskaźników użycia i położenia geograficznego. 8 krajów, głównie z północnej lub południowej Europy (wykres 6, po lewej), zgłosiło niski wskaźnik przynajmniej

Wykres 5: Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów w wieku 15–16 lat w badaniu ankietowym ESPAD oraz porównywalnych badaniach przeprowadzonych w 2010 i 2011 r.



(1) Ograniczona porównywalność: dane dotyczące Belgii odnoszą się do wspólnoty flamandzkiej; dane dotyczące Niemiec odnoszą się do pięciu landów; jedynie niewielki odsetek uwzględnionych szkół uczestniczył w badaniach ankietowych ESPAD, jednak mające długą historię krajowe badania ankietowe wykazały bardzo podobne wskaźniki używania w 2010 r. (27%); dane dotyczące Hiszpanii, która nie uczestniczy w ESPAD, pochodzą z krajowych badań ankietowych przeprowadzonych w 2010 r.; dane dotyczące Stanów Zjednoczonych, które także nie uczestniczą w ESPAD, zebrano w 2011 r., przy czym średni wiek oszacowano na 16,2 lat, czyli więcej od średniej ESPAD wynoszącej 15,8 lat.

(2) W tym miejscu przedstawiono średnią nieważoną w odniesieniu do krajów europejskich.

Źródło: ESPAD i krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox w przypadku danych dotyczących Europy; Johnston i in. (2012) w przypadku danych dotyczących Stanów Zjednoczonych.

jednokrotnego użycia konopi indyjskich dla całego tego okresu. W 5 spośród tych krajów wskaźniki używania konopi indyjskich w 2011 r. nie odbiegają o więcej niż trzy punkty procentowe od wskaźników określonych w ramach wcześniejszych badań ankietowych ESPAD prowadzonych w 1995 lub 1999 r. W 3 spośród tych krajów wskaźniki używania konopi indyjskich są jednak obecnie znacznie wyższe w porównaniu z wynikami wcześniejszych badań przeprowadzonych w latach dziewięćdziesiątych XX w.: w Portugalii (o dziewięć punktów procentowych), Finlandii (o sześć punktów procentowych) i Rumunii (o sześć punktów procentowych). W latach 2007–2011 spośród omawianych krajów 5 zgłaszało statystycznie istotny wzrost, natomiast 1 zgłosił znaczący spadek.

W skład drugiej grupy wchodzi 8 krajów zachodnioeuropejskich, które zgłaszały stosunkowo wysoki wskaźnik używania konopi indyjskich w ramach wcześniejszych badań ankietowych ESPAD (wykres 6, w środku). W 2 spośród tych krajów wskaźnik używania konopi indyjskich wśród uczniów uległ w ciągu ostatnich 16 lat radykalnemu obniżeniu: w Irlandii o 19 punktów procentowych i w Zjednoczonym Królestwie o 16 punktów procentowych. Obniżenie wskaźników stwierdzono także w Niemczech (o dziewięć punktów procentowych) i Belgii (o siedem punktów procentowych) w okresie pomiędzy badaniem przeprowadzonym tam po raz pierwszy w 2003 r. i najnowszym badaniem z 2011 r. Wchodzące w skład omawianej grupy 2 kraje o najniższych wskaźnikach używania konopi indyjskich w 1995 r., Dania i Włochy, zgłosiły podobne wskaźniki w 2011 r. W grupie tej w samej Francji stwierdzono wzrost o co najmniej cztery punkty procentowe w okresie pomiędzy pierwszym (1999) i najnowszym badaniem ankietowym ESPAD. Co więcej, mimo że w latach 2007–2011 w 7 spośród 8 krajów stwierdzono tendencję spadkową lub ustabilizowanie się sytuacji, Francja zgłasza wzrost (o osiem punktów procentowych).

W trzeciej grupie, w skład której wchodzi 10 krajów położonych pomiędzy Morzem Bałtyckim i Półwyspem Bałkańskim, wskaźniki używania konopi indyjskich wzrosły w okresie pomiędzy pierwszym badaniem, przeprowadzonym w 1995 lub 1999 r., i najnowszym z 2011 r., przy czym 8 krajów zgłosiło wzrost o co najmniej dziesięć punktów procentowych (wykres 6, po prawej). Republika Czeska wyróżnia się jako kraj o wskaźniku używania narkotyku wyższym niż w pozostałych krajach. W większości pozostałych krajów w tej grupie wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów wzrósł z niskiego poziomu do wartości zbliżonej do średniej europejskiej lub przewyższającej tę średnią.

Duża część zmian w zakresie wskaźników używania konopi indyjskich w omawianej grupie krajów miała miejsce przed 2003 r., natomiast w okresie przed 2007 r. pojawiły się oznaki stabilizowania się sytuacji. Począwszy od 2007 r., wskaźniki używania konopi indyjskich wśród uczniów znacznie wzrosły w 3 spośród omawianych krajów (Łotwa, Węgry i Polska), uległy spadkowi w 1 kraju (Słowacja), a w 6 utrzymały się na stabilnym poziomie.

Jeżeli porównamy dwie ostatnie rundy badań ankietowych ESPAD, stabilną sytuację w zakresie przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów obserwuje się w połowie z 26 uczestniczących w badaniach krajów członkowskich EMCDDA, znaczący spadek stwierdzono w 4 krajach, natomiast w 9 odnotowano znaczący wzrost. Najbardziej wyraźny wzrost – od sześciu do ośmiu punktów procentowych – zgłosiły Francja, Łotwa, Węgry i Polska.

Wzory używania wśród uczniów

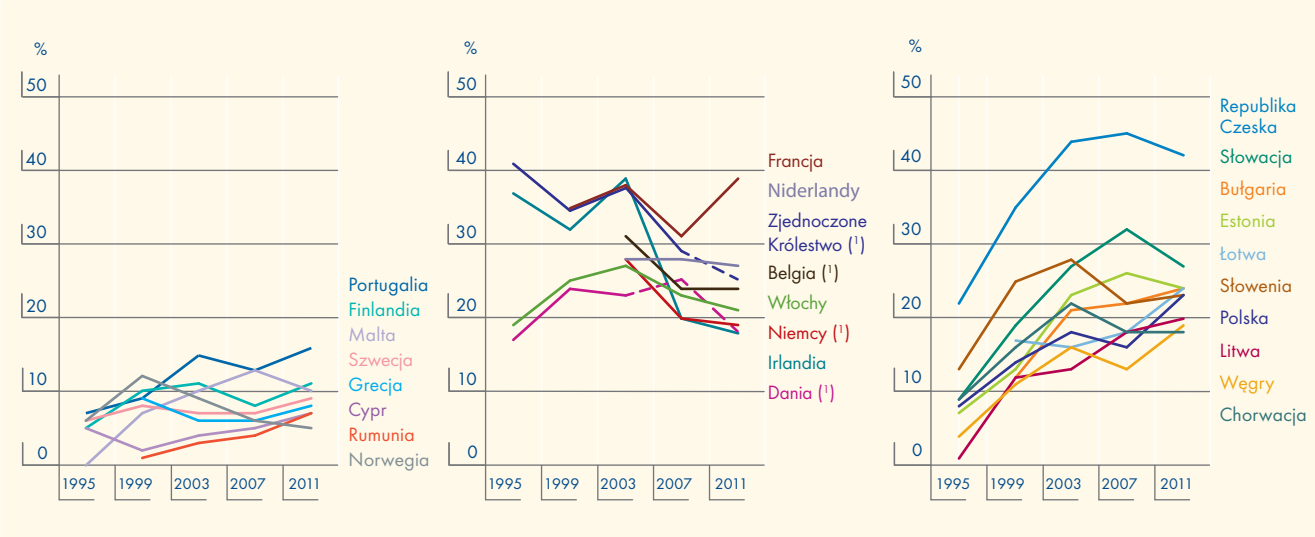
Jak wynika z badań ankietowych ESPAD z 2011 r., na ogół używanie konopi indyjskich jest postrzegane jako bardziej ryzykowne przez uczniów w krajach, w których osób używających tego narkotyku jest mniej. Jeżeli chodzi o postrzeganie zagrożeń i szkód, uczniowie dokonują wyraźnego rozróżnienia pomiędzy używaniem eksperymentalnym i regularnym, przy czym 12–47% uczniów zgłasza, że jedno- lub dwukrotne spróbowanie konopi indyjskich stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia, natomiast regularne używanie tego narkotyku uznawane jest za poważne zagrożenie dla zdrowia przez 56–80% uczniów ([50]).

Wczesne rozpoczęcie używania konopi indyjskich wiąże się z późniejszym rozwijaniem się bardziej intensywnych i problematycznych form konsumpcji narkotyków; 8 krajów (Bułgaria, Republika Czeska, Hiszpania, Estonia, Francja, Niderlandy, Słowacja i Zjednoczone Królestwo) zgłosiło, że odsetek osób, które rozpoczęły używanie konopi indyjskich w wieku 13 lat lub młodszym, wynosi 5% lub więcej ([51]); dla porównania w Stanach Zjednoczonych odsetek ten wyniósł 15%.

Prawdopodobieństwo zgłoszenia zarówno wczesnego rozpoczęcia, jak i częstego używania konopi indyjskich jest większe w przypadku chłopców niż dziewcząt, przy czym 5–11% uczniów płci męskiej w wieku 15–16 lat w 9 krajach europejskich zgłosiło, że używało konopi indyjskich przy 40 lub większej liczbie okazji w życiu. W większości krajów odsetek ten był co najmniej dwukrotnie większy niż w przypadku uczennic.

([50]) Zob. wykres EYE-1 (część iv) i w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([51]) Zob. tabela EYE-23 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Wykres 6: Różne wzory tendencji w zakresie wskaźnika przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów w wieku 15–16 lat w ciągu pięciu rund badania ankietowego ESPAD



(1) Ograniczona porównywalność: dane dotyczące Belgii odnoszą się do wspólnoty flamandzkiej; dane dotyczące Niemiec odnoszą się do pięciu landów; dane za 2011 r. dotyczące Zjednoczonego Królestwa oraz dane za 2007 r. dotyczące Danii są oparte na niewielkim odsetku szkół objętych badaniem.
Źródło: ESPAD i krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Negatywne skutki zdrowotne używania konopi indyjskich

Powszechnie przyjmuje się, że ryzyko dla zdrowia poszczególnych osób związane z używaniem konopi indyjskich jest niższe niż ryzyko związane z heroiną czy kokainą. Ze względu na znaczne rozpowszechnienie używania konopi indyjskich wpływ tego narkotyku na zdrowie publiczne może być jednak znaczny.

Zidentyfikowano wiele ostrych i przewlekłych problemów zdrowotnych związanych z używaniem konopi indyjskich. Do ostrych szkodliwych skutków ubocznych należą mdłości, zaburzenia koordynacji i obniżona sprawność, lęki oraz objawy psychotyczne, które mogą być częściej zgłaszane przez osoby używające tego narkotyku po raz pierwszy. Obserwacyjne badania epidemiologiczne wykazały, że konsumpcja konopi indyjskich przez kierowców zwiększa także ryzyko udziału w zderzeniach pojazdów (Asbridge i in., 2012).

Do przewlekłych skutków używania konopi indyjskich należy uzależnienie oraz choroby układu oddechowego. Regularne używanie konopi indyjskich w okresie dorastania może negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne młodych osób dorosłych, przy czym istnieją dowody na rosnące wraz z częstością używania i wielkością przyjmowanych dawek ryzyko wystąpienia objawów psychotycznych i zaburzeń psychicznych (Hall i Degenhardt, 2009).

Leczenie

Zapotrzebowanie na leczenie

W 2010 r. konopie indyjskie stanowiły podstawowy narkotyk w około 108 tys. zgłoszonych przypadków rozpoczęcia leczenia w 29 krajach (25% ogółu osób rozpoczynających leczenie z powodu narkotyków), co daje temu narkotykowi drugą po heroinie pozycję wśród najczęściej zgłaszanych narkotyków. Konopie indyjskie były także najczęściej zgłaszanym narkotykiem dodatkowym, deklarowanym przez około 98 tys. pacjentów. Osoby używające konopi indyjskich jako podstawowego narkotyku stanowią ponad 30% osób rozpoczynających leczenie w Belgii, Danii, Niemczech, we Francji, na Cyprze, na Węgrzech, w Niderlandach i Polsce, ale mniej niż 10% w Bułgarii, Estonii, Luksemburgu, na Malcie, w Rumunii i Słowenii, oraz 10–30% w pozostałych krajach ([52]). Niemal 70% wszystkich osób używających konopi indyjskich i podejmujących leczenie w Europie zgłaszanych jest przez Niemcy, Hiszpanię, Francję i Zjednoczone Królestwo.

Różnice we wskaźnikach używania konopi indyjskich i związanych z tym problemów pomagają wyjaśnić niektóre różnice między krajami pod względem wskaźników dotyczących podejmowania leczenia. Ważne są również inne czynniki, takie jak praktyki w zakresie kierowania na leczenie oraz rodzaj dostępu do leczenia. Przykładowo we Francji istnieje system ośrodków doradztwa, które kierują swoją działalność do młodych

([52]) Zob. wykres TDI-2 (część ii) oraz tabele TDI-5 (część ii) i TDI-22 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.

osób używających przede wszystkim konopi indyjskich ([53]), natomiast na Węgrzech osoby naruszające prawo narkotykowe w zakresie konopi indyjskich mają możliwość podjęcia leczenia odwykowego jako alternatywę kary; oba systemy będą przyczyniać się do wzrostu liczby osób podejmujących leczenie.

W ciągu ostatnich pięciu lat miał miejsce ogólny wzrost (z 73 tys. pacjentów w 2005 r. do 106 tys. w 2010 r.) liczby osób podejmujących leczenie w związku z konopiami indyjskimi w 25 krajach, w odniesieniu do których dostępne są dane – zwłaszcza tych, które rozpoczęły leczenie po raz pierwszy w życiu.

Profil pacjentów

Pacjenci używający konopi indyjskich podejmują przeważnie leczenie ambulatoryjne i – zgodnie z przekazanymi danymi – stanowią jedną z najmłodszych grup pacjentów rozpoczynających leczenie, których średnia wieku wynosi 25 lat. Młode osoby deklarujące konopie indyjskie jako podstawowy narkotyk stanowią 76% zgłoszonej liczby osób w wieku 15–19 lat, które rozpoczynają leczenie, i 86% osób w wieku poniżej 15 lat. Stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet należy do najwyższych wśród pacjentów używających narkotyków (około pięciu mężczyzn przypada na jedną kobietę). W sumie około połowy pacjentów deklarujących konopie indyjskie jako narkotyk podstawowy to osoby używające tego narkotyku codziennie, około 21% używa go od dwóch do sześciu razy w tygodniu, 13% używa konopi indyjskich raz w tygodniu lub rzadziej, a 17% to osoby używające tego narkotyku sporadycznie, przy czym niektóre z nich nie używały go w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia. Proporcje te różnią się znacznie w zależności od kraju. Na przykład na Węgrzech, gdzie większość osób używających konopi indyjskich i rozpoczynających leczenie jest na nie kierowana przez system wymiaru sprawiedliwości; są to w większości osoby używające narkotyku sporadycznie lub takie, które nie używały go w ciągu miesiąca poprzedzającego podjęcie leczenia ([54]).

Dostęp do leczenia

Leczenie uzależnienia od konopi indyjskich w Europie obejmuje wiele różnych środków, w tym leczenie z wykorzystaniem internetu, doradztwo i systemowe interwencje psychospołeczne, a także leczenie w ośrodkach zamkniętych. Ponadto często dochodzi do pokrywania się profilaktyki selektywnej, profilaktyki wskazującej oraz interwencji w zakresie leczenia (zob. rozdział 2).

W 2011 r. ponad połowa państw europejskich zgłosiła, że specjalne programy leczenia uzależnienia od konopi indyjskich są dostępne dla osób używających narkotyku, które czynnie starają się podjąć leczenie – od 2008 r. nastąpił wzrost o jedną trzecią. Eksperci krajowi z Grecji, Niemiec, Włoch, Chorwacji, Litwy, Luksemburga, Niderlandów, ze Słowenii, Słowacji i Zjednoczonego Królestwa oszacowali w swojej najnowszej ocenie, że programy te są dostępne dla większości osób używających konopi indyjskich potrzebujących możliwości leczenia, natomiast eksperci z Belgii, Republiki Czeskiej, Danii, Hiszpanii, Austrii, Portugalii, Rumunii i Norwegii oszacowali, że są one dostępne jedynie dla mniejszości tych osób. Bułgaria, Estonia, Cypr, Węgry i Polska zgłosiły, że specjalne programy leczenia dla osób używających konopi indyjskich są planowane na kolejne trzy lata.

Leczenie uzależnienia od konopi indyjskich jest prowadzone głównie w placówkach ambulatoryjnych, przy czym system wymiaru sprawiedliwości, szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć, a także placówki lecznictwa psychiatrycznego pełnią funkcję ważnych instytucji kierujących na leczenie. Na Węgrzech około dwóch trzecich spośród wszystkich osób rozpoczynających leczenie uzależnienia od konopi indyjskich zgłoszonych w 2010 r. skorzystało z usług doradczych świadczonych przez sieć akredytowanych organizacji. Młodzi ludzie z problemami związanymi z używaniem konopi indyjskich, jak również ich rodzice mają możliwość skorzystania z wielowymiarowej terapii rodzinnej oraz terapii poznawczo-behawioralnej w Belgii, Niemczech, we Francji i w Niderlandach w trakcie trwającego badania klinicznego, które prowadzone jest także w Szwajcarii (zob. poniżej). W Danii wprowadzana jest – w następstwie zakończonej z powodzeniem w Kopenhadze fazy pilotażowej – krótkoterminowa terapia grupowa jako opcja leczenia osób z problemami związanymi z używaniem konopi indyjskich. Leczenie obejmuje elementy rozmowy motywacyjnej, terapii poznawczo-behawioralnej oraz terapii ukierunkowanej na rozwiązania.

W coraz większej liczbie państw europejskich oferuje się możliwość leczenia uzależnienia od konopi indyjskich z wykorzystaniem internetu, co ma na celu ułatwienie dostępu do leczenia osobom, które nie mogą lub nie chcą szukać pomocy w ramach specjalistycznego systemu leczenia uzależnień. Na Węgrzech w ramach internetowego programu terapeutycznego oferuje się za pośrednictwem sieci możliwość leczenia osobom, które pragną ograniczyć lub zakończyć używanie konopi indyjskich, a także umożliwia połączenie z placówkami

([53]) Ponadto wiele osób używających opioidów we Francji jest leczonych przez lekarzy pierwszego kontaktu i dane ich dotyczące nie są przekazywane do wskaźnika zgłaszalności do leczenia, co powoduje zawyżenie odsetka osób używających innych narkotyków.
([54]) Zob. tabele TDI-10 (część iii), (część iv), TDI-21 (część ii) i TDI-111 (część viii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.

leczenia ambulatoryjnego w Budapeszcie. Ten program samopomocy wykorzystuje doświadczenia innych krajów europejskich w zakresie leczenia osób używających konopi indyjskich z wykorzystaniem internetu.

Najnowsze badania naukowe nad leczeniem osób używających konopi indyjskich

Odnotowano stopniowy wzrost dostępności badań dotyczących oceny leczenia uzależnienia od konopi indyjskich, których większość skoncentrowana jest na interwencjach psychospołecznych, takich jak terapia rodzinna oraz terapia poznawczo-behawioralna.

EMCDDA zleciło niedawno przeprowadzenie metaanalizy europejskich i amerykańskich badań dotyczących wielowymiarowej terapii rodzinnej. Jeżeli chodzi o ograniczenie używania substancji i zachowań przestępczych, w ramach prowadzonych w USA badań wykazano w przypadku tego podejścia wiele pozytywnych wyników w porównaniu zarówno z indywidualną terapią poznawczo-behawioralną, jak i z prowadzoną na podstawie podręczników metodycznych terapią grupową dla osób młodocianych, opartą na zasadach społecznego uczenia się oraz na terapii poznawczo-behawioralnej (Liddle i in., 2009). Jeśli chodzi o osoby w młodym wieku objęte leczeniem w zakładach karnych w USA, wielowymiarowa terapia rodzinna przyniosła rezultaty w postaci ograniczenia używania konopi indyjskich w cięższych przypadkach (Henderson i in., 2010). Jak wynika również z analizy przeprowadzonej w Europie, jest to realna możliwość leczenia osób młodocianych używających substancji w sposób intensywny oraz wykazujących zaburzenia zachowania. Tak brzmią wstępne wnioski z europejskich wieloośrodkowych międzynarodowych badań nad zapotrzebowaniem na leczenie wśród osób używających konopi indyjskich (INCANT), które od 2003 r. prowadzone są w Belgii, Niemczech, we Francji, w Niderlandach i Szwajcarii.

Interwencje krótkoterminowe można zdefiniować jako poradnictwo, doradztwo lub ich połączenie, ukierunkowane na ograniczenie konsumpcji narkotyków – zarówno legalnych, jak i nielegalnych. W ramach najnowszych badań międzynarodowych połączono badania przesiewowe pod kątem alkoholu, palenia tytoniu i używania substancji z interwencjami krótkoterminowymi; zgłoszono ograniczenie używania konopi indyjskich podczas wizyty kontrolnej (Humeniuk i in., 2011).

Prowadzone są także badania nad środkami farmaceutycznymi, które mogą wspierać interwencje psychospołeczne w leczeniu problemów związanych z konopiami przez łagodzenie objawów odstawiennych lub głodu narkotykowego bądź pomoc w ograniczeniu używania. Jeżeli chodzi o uzależnienie od konopi indyjskich, badane są możliwości doustnego podawania syntetycznego THC w ramach terapii substytucyjnej; wykazano także pozytywne skutki podawania rimonabantu, środka z grupy agonistów, w ograniczaniu dotkliwych problemów fizjologicznych związanych z paleniem konopi indyjskich (Weinstein i Gorelick, 2011).

Rozdział 4
Amfetaminy, ecstasy, substancje halucynogenne, GHB i ketamina

Wprowadzenie

W wielu krajach europejskich amfetaminy (nazwa rodzajowa obejmująca zarówno amfetaminę, jak i metamfetaminę) lub ecstasy to druga po konopiach indyjskich grupa najczęściej używanych nielegalnych substancji. Ponadto w niektórych krajach używanie amfetamin stanowi ważny element problemu narkotykowego, odpowiedzialny za znaczny odsetek osób wymagających leczenia.

Amfetamina i metamfetamina to substancje pobudzające ośrodkowy układ nerwowy. Spośród tych dwóch narkotyków amfetamina jest narkotykiem bardziej dostępnym w Europie, natomiast znaczne wskaźniki używania metamfetaminy ograniczały się w przeszłości do Republiki Czeskiej i, od niedawna, Słowacji. W ciągu ostatnich kilku lat metamfetamina pojawiła się także na rynkach narkotykowych innych krajów, zwłaszcza na północy Europy (na Łotwie, w Szwecji, Norwegii oraz, w mniejszym stopniu, w Finlandii), gdzie prawdopodobnie wyparła w pewnej części amfetaminę. W 2010 r. dalsze oznaki problemowego używania metamfetaminy, choć prawdopodobnie na bardzo niskim poziomie, zgłaszały Niemcy, Grecja, Węgry, Cypr i Turcja, natomiast w Estonii i Austrii miał miejsce wzrost liczby konfiskat tego narkotyku.

Nazwa „ecstasy" odnosi się do substancji syntetycznych o składzie chemicznym zbliżonym do amfetamin, ale różniącym się w pewnym stopniu skutkami działania. Najbardziej znaną substancją z grupy ecstasy jest 3,4-metylenodioksymetamfetamina (MDMA), chociaż w tabletkach ecstasy znajdują się czasem również inne analogi (MDA, MDEA). Popularność tego narkotyku jest historycznie związana ze sceną elektronicznej muzyki tanecznej. W ostatnich latach miał miejsce pewien spadek używania i dostępności ecstasy w Europie. Jak jednak wynika z najnowszych danych, w niektórych krajach europejskich odnotowano ponowne pojawienie się MDMA.

Ogólne wskaźniki używania narkotyków halucynogennych, takich jak dwuetyloamid kwasu lizergowego (LSD) i grzyby halucynogenne, są na ogół niskie i w ubiegłych latach pozostawały w znacznej mierze stabilne.

Od połowy lat dziewięćdziesiątych XX w. rekreacyjne używanie ketaminy i kwasu gamma-hydroksymasłowego (GHB), będących środkami znieczulającymi, zgłaszano w pewnych podgrupach osób używających narkotyków w Europie. Staje się to coraz bardziej uznanym problemem, przy czym służby rozpoczynają namierzanie osób używających tych narkotyków. Wzrasta także świadomość problemów zdrowotnych związanych z tymi substancjami, zwłaszcza chorób pęcherza moczowego będących wynikiem długotrwałego używania ketaminy.

Podaż i dostępność

Prekursory narkotyków

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

Międzynarodowe działania na rzecz zapobiegania zmianie zastosowania chemikaliów będących prekursorami stosowanymi do nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych są koordynowane za pośrednictwem projektu Pryzmat. W projekcie tym wykorzystywany jest system przedeksportowych powiadomień w przypadku legalnego handlu oraz zgłaszanie zatrzymanych i skonfiskowanych przesyłek w razie wystąpienia podejrzanych transakcji (INCB, 2012b).

Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających (INCB) donosi, że liczba globalnych konfiskat 1-fenylo-2-propanonu (P2P, BMK), który może być stosowany do nielegalnego wytwarzania zarówno amfetaminy, jak i metamfetaminy, zwiększyła się pięciokrotnie z 4,9 tys. litrów w 2009 r. do 26,3 tys. litrów w 2010 r. Konfiskaty w Meksyku (14,2 tys. litrów w 2010 r.), Kanadzie (6000 litrów) i Belgii (5 tys. litrów) stanowiły 95% całkowitej globalnej

Tabela 4: Konfiskaty, cena i czystość amfetaminy, metamfetaminy, ecstasy i LSD

	Amfetamina	Metamfetamina	Ecstasy	LSD
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	19	45	3,8	b.d.
Skonfiskowana ilość			tabletki	jednostki
UE i Norwegia	5,1 t	500 kg	3,0 mln	97 900
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(5,4 t)	(600 kg)	(3,9 mln)	(98 000) ([1])
Liczba konfiskat				
UE i Norwegia	36 200	7 300	7 800	970
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(36 600)	(7 300)	(9 300)	(990)
Średnia cena detaliczna (w euro)	gram	gram	tabletka	dawka
Rozstęp	6–41	10–70	2–17	3–26
(Rozstęp międzykwartylowy) ([2])	(9,6–21,2)		(3,9–8,4)	(6,5–13,1)
Średnia czystość (lub zawartość MDMA w przypadku ecstasy)				
Rozstęp	5–39%	5–79%	3–104 mg	b.d.
(rozstęp międzykwartylowy)	(7,8–27,2%)	(28,6–64,4%)	(33,0–90,4 mg)	

([1]) Łączna ilość LSD skonfiskowana w 2010 r. jest oszacowana zbyt nisko z uwagi na brak najnowszych danych za 2010 r. dotyczących Szwecji – kraju, który do 2009 r. zgłaszał stosunkowo duże konfiskaty.
([2]) Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych danych.
Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2010 r.; b.d. – brak danych, n.d. – nie dotyczy.
Źródło: Wartości globalne – UNODC (2012); dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

ilości zgłoszonej do INCB (2012a). W Unii Europejskiej liczba konfiskat P2P również zdecydowanie wzrosła, z 863 litrów w 2009 r. do 7493 litrów w 2010 r. (Komisja Europejska, 2011). Liczba globalnych konfiskat kwasu fenylooctowego, prekursora P2P, zwiększyła się w 2010 r. czterokrotnie (INCB, 2012a). Skonfiskowana ilość tej substancji w Unii Europejskiej w 2010 r. była niewielka (1,5 kg) w porównaniu z 2009 r. (277 kg) (Komisja Europejska, 2011). Liczba światowych konfiskat efedryny i pseudoefedryny, dwóch głównych prekursorów metamfetaminy, zmniejszyła się w 2010 r. (INCB, 2012a). W Unii Europejskiej liczba konfiskat tych prekursorów zwiększyła się jednak w 2010 r.: do 1,2 ton efedryny (685 kg w 2009 r.) i 1,5 tony pseudoefedryny (186 kg w 2009 r.) (Komisja Europejska, 2011).

Do wytwarzania MDMA stosuje się głównie dwa prekursory: 3,4-metylenodioksyfenylo-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK) oraz safrol. W 2010 r. na całym świecie skonfiskowano 2 litry PMK, w porównaniu z 40 litrami w 2009 r., natomiast ilość skonfiskowanego safrolu spadła z 1048 litrów w 2009 r. do 168 litrów w 2010 r. W Unii Europejskiej w 2010 r. nie skonfiskowano PMK, miały natomiast miejsce cztery konfiskaty safrolu w ilości 85 litrów.

W 2010 r. gamma-butyrolakton, prekursor GHB, był nadal przechwytywany w Unii Europejskiej – miało miejsce 139 konfiskat tej substancji w ilości 253 litrów.

Amfetamina

Globalna produkcja amfetaminy nadal koncentruje się w Europie, gdzie znajdowały się niemal wszystkie laboratoria amfetaminy zgłoszone w 2010 r. (UNODC, 2012). W 2010 r. ilości amfetaminy skonfiskowanej na całym świecie zmalały o 42% do około 19 ton (zob. tabela 4). W 2010 r. w zachodniej i środkowej Europie nadal konfiskowano duże ilości amfetaminy, odnotowano jednak spadek skonfiskowanych tam ilości z 8,9 tony w 2009 r. do 5,4 tony w 2010 r. Największy spadek w konfiskatach amfetaminy odnotowano w regionie Bliskiego Wschodu oraz w południowo-zachodniej Azji. Duża część amfetaminy skonfiskowanej w tym regionie występuje w postaci tabletek „Captagon" (UNODC, 2012), z których pewna ilość pochodzi prawdopodobnie z Unii Europejskiej.

Większość amfetaminy konfiskowanej w Europie jest wytwarzana w Niderlandach, Belgii, Polsce, Bułgarii, Turcji i Estonii (uszeregowanie według znaczenia miejsca produkcji). W 2010 r. wykryto w Unii Europejskiej 28 obiektów, w których zajmowano się produkcją, wytwarzaniem tabletek lub magazynowaniem amfetaminy, oraz zgłoszono je do Europolu ([55]).

Szacuje się, że w 2010 r. w Europie dokonano 36,6 tys. konfiskat, które doprowadziły do przechwycenia w sumie 5 ton amfetaminy w proszku oraz 1,4 mln tabletek amfetaminy ([56]). W ramach ogólnej tendencji spadkowej liczba konfiskat amfetaminy ulegała zmianom w ciągu

([55]) 10 spośród tych 28 obiektów było także uwikłanych w produkcję, wytwarzanie tabletek lub przechowywanie innych narkotyków, w większości przypadków metamfetaminy.
([56]) Trzy czwarte skonfiskowanych tabletek amfetaminy było oznakowane jako „Captagon" i przechwycone w Turcji. Stwierdzono, że tabletki sprzedawane na rynku nielegalnych narkotyków jako „Captagon" zawierają często amfetaminę zmieszaną z kofeiną.

ostatnich pięciu lat. Liczba tabletek amfetaminy skonfiskowanych w Europie znacznie zmalała w latach 2005–2010 z powodu mniejszej liczby konfiskat w Turcji. Po rekordowo wysokich przejęciach około 8 ton pomiędzy 2007 i 2009 r. ilość przechwyconej amfetaminy w proszku uległa zmniejszeniu do około 5 ton w 2010 r. ([57]).

Czystość próbek amfetaminy przechwyconej w Europie w 2010 r. była w dalszym ciągu bardzo zróżnicowana – wynosiła od niespełna 8% w Bułgarii, we Włoszech, w Portugalii, Austrii, Słowenii, Chorwacji i Turcji do około 20% w krajach, w których istnieją informacje o produkcji amfetaminy (Belgia, Łotwa, Litwa i Niderlandy) lub gdzie wskaźniki konsumpcji są stosunkowo wysokie (Finlandia, Szwecja i Norwegia), a także w Republice Czeskiej i na Słowacji ([58]). W ciągu ostatnich pięciu lat czystość amfetaminy spadła lub utrzymywała się na stabilnym poziomie w większości krajów, które przekazały dane wystarczające do analizy tendencji.

W 2010 r. w ponad połowie z 18 państw, które przekazały dane, średnia cena detaliczna amfetaminy wynosiła 10–22 euro za gram. W latach 2005–2010 ceny detaliczne amfetaminy zmalały lub pozostawały na stabilnym poziomie w 14 spośród 20 krajów, które przekazały dane ([59]).

Metamfetamina

W 2010 r. na całym świecie skonfiskowano 45 ton metamfetaminy, co stanowiło znaczący wzrost w stosunku do 31 ton skonfiskowanych w 2009 r. Większość narkotyku skonfiskowano w Ameryce Północnej (34%), z czego w Meksyku, w którym produkuje się znaczne jego ilości, odnotowano przechwycenie w 2010 r. wyjątkowo dużej ilości – 13 ton. Duże ilości – 20 ton, czyli 32% łącznej ilości skonfiskowanej na całym świecie w 2010 r. – przechwycono również w południowo-wschodniej Azji; w regionie tym najważniejszym krajem produkującym metamfetaminę jest Birma (UNODC, 2012).

W Europie produkcja nielegalnej metamfetaminy skoncentrowana jest w Republice Czeskiej, gdzie w 2010 r. wykryto 307 miejsc produkcji, głównie małe laboratoria „kuchenne" (spadek w porównaniu z 342 obiektami wykrytymi w 2009 r.). Produkcja tego narkotyku ma także miejsce na Słowacji, jak również w Niemczech, na Litwie, w Niderlandach i Polsce. Niemcy zgłosiły znaczny wzrost ilości skonfiskowanej metamfetaminy w 2010 r. (26,8 kg w porównaniu z 7,2 kg w 2009 r.); większą część narkotyku przechwycono w Saksonii i Bawarii, graniczącymi z Republiką Czeską, skąd – jak się wydaje – narkotyk pochodził.

W 2010 r. w Europie zgłoszono niemal 7300 konfiskat metamfetaminy, w wyniku których przechwycono łącznie około 600 kg narkotyku. W latach 2005–2010 wzrosły zarówno liczba konfiskat, jak i ilość skonfiskowanej metamfetaminy, przy czym w latach 2008–2009 odnotowano znaczny wzrost, natomiast w 2010 r. nastąpiła stabilizacja.

Badana w 2010 r. czystość metamfetaminy była bardzo zróżnicowana w 20 krajach, które przekazały dane – średnia czystość wynosiła od niespełna 15% w Belgii i Danii do ponad 60% w Republice Czeskiej, na Słowacji, w Zjednoczonym Królestwie i Turcji. Zakres cen detalicznych metamfetaminy w 2010 r. również był szeroki; w 7 krajach, które dostarczyły informacji na ten temat, wynosił 10–15 euro za gram w Bułgarii, na Łotwie, Litwie i Węgrzech do około 70 euro za gram w Niemczech i na Słowacji.

Ecstasy

Zgłoszona liczba zlikwidowanych laboratoriów zajmujących się produkcją ecstasy spadła w 2010 r. do 44 (52 w 2009 r.). Większość tych laboratoriów znajdowała się w Australii (17), Kanadzie (13) i Indonezji (12). Wygląda na to, że produkcja tego narkotyku w dalszym ciągu ulegała rozproszeniu geograficznemu – wytwarzanie odbywa się bliżej rynków konsumenta we wschodniej i południowo-wschodniej Azji, w Ameryce Północnej i Południowej oraz Oceanii. Mimo to Europa Zachodnia prawdopodobnie pozostaje ważnym miejscem z punktu widzenia produkcji ecstasy.

W skali światowej ilość skonfiskowanej ecstasy wyniosła w 2010 r. 3,8 tony (UNODC, 2012), przy czym Ameryka Północna zgłosiła 20% całkowitej ilości, natomiast na dalszej pozycji uplasowała się Europa zachodnia i środkowa (13%).

Na ogół zarówno liczba konfiskat ecstasy jak i przechwycone ilości uległy w Europie zmniejszeniu od 2005 r. W latach 2005–2010 liczba tabletek ecstasy skonfiskowanych w Europie spadła czterokrotnie, natomiast w 2010 r. odnotowano wzrost – przede wszystkim w związku z konfiskatami w Turcji i we Francji. W 2010 r. w Europie odnotowano około 9300 konfiskat ecstasy, co doprowadziło do przechwycenia ponad 3,9 mln tabletek

([57]) Dane dotyczące europejskich konfiskat narkotyków przytoczone w niniejszym rozdziale znajdują się w tabelach SZR-11 do SZR-18 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

([58]) Dane dotyczące czystości narkotyków w Europie, przytoczone w niniejszym rozdziale, znajdują się w tabeli PPP-8 w biuletynie statystycznym za 2012 r. Wskaźniki dotyczące tendencji w UE znajdują się w wykresie PPP-2 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

([59]) Dane dotyczące cen narkotyków w Europie, przytoczone w niniejszym rozdziale, znajdują się w tabeli PPP-4 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

ecstasy, z czego 1,6 mln skonfiskowano we Francji i w Turcji.

W 19 krajach, które przekazały dane, średnia zawartość MDMA w tabletkach ecstasy przebadanych w 2010 r. wynosiła 3–104 miligramów. Ponadto w kilku krajach (Belgia, Bułgaria, Niemcy, Niderlandy i Chorwacja) odnotowano dostępność bardzo silnych tabletek ecstasy, zawierających ponad 130 miligramów MDMA. W latach 2005–2010 zawartość MDMA w tabletkach ecstasy uległa zmniejszeniu w 10 krajach i zwiększyła się w 9 innych.

W ciągu ostatnich kilku lat w Europie miała miejsce zmiana zawartości nielegalnych tabletek tego narkotyku – wcześniej jedyną substancją psychoaktywną w większości przebadanych tabletek było MDMA lub inna substancja podobna do ecstasy (MDEA, MDA), natomiast obecnie skład tabletek jest bardziej zróżnicowany, przy czym substancje podobne do MDMA występują w mniejszej ilości. Zmiana ta była najbardziej widoczna w 2009 r., kiedy to jedynie 3 kraje zgłosiły, że substancje podobne do MDMA stanowiły znaczną część przebadanych tabletek. W 2010 r. liczba krajów zgłaszających przeważającą ilość tabletek zawierających substancje podobne do MDMA wzrosła do 8.

Amfetaminy, czasem w połączeniu z substancjami podobnymi do MDMA, stosunkowo powszechnie występują w tabletkach badanych w Polsce, Słowenii i Turcji. Większość krajów przedstawiających sprawozdanie wspomina, że w znacznej części przebadanych tabletek występowały piperazyny, w szczególności *m*CPP, samodzielnie lub w połączeniu z innymi substancjami; obecność tych substancji stwierdzono w ponad 20% tabletek przebadanych w Belgii, Danii, Niemczech, na Cyprze, na Węgrzech, w Austrii, Finlandii, Zjednoczonym Królestwie i Chorwacji.

Ecstasy jest obecnie znacznie tańsza niż w latach dziewięćdziesiątych XX w.: większość krajów podaje średnie ceny detaliczne w granicach 4–9 euro za tabletkę. W latach 2005–2010 cena detaliczna ecstasy spadała lub pozostawała na stabilnym poziomie w 18 z 23 krajów, w przypadku których możliwe było przeprowadzenie analizy.

Substancje halucynogenne i inne

W Europie używanie i handlowanie LSD jest uznawane za zjawisko marginalne. W latach 2005–2010 wzrosła liczba konfiskat LSD, natomiast skonfiskowane ilości – po szczytowym poziomie w 2005 r., kiedy to skonfiskowano rekordową ilość 1,8 mln jednostek – wahały się w zakresie 50–150 tys. W tym samym okresie cena detaliczna LSD spadała lub pozostawała stabilna w większości krajów przedstawiających sprawozdanie. W 2010 r. średnia cena wynosiła 6–14 euro za jednostkę w większości z 14 krajów, które przekazały dane.

Konfiskaty grzybów halucynogennych, ketaminy, GHB i GBL zgłosiły w 2010 r. zaledwie 3 lub 4 kraje, w zależności od narkotyku. Nie jest jasne, w jakim stopniu zgłoszone konfiskaty odzwierciedlają ograniczoną dostępność tych substancji; być może wynika to z faktu, że nie są one zazwyczaj celem organów ścigania.

Wskaźniki i wzory używania

W nielicznych krajach używanie amfetamin, często w formie iniekcji, dotyczy znacznej części ogólnej liczby osób problemowo używających narkotyków i osób poszukujących pomocy z powodu problemów narkotykowych. Jednocześnie amfetaminy i ecstasy, zazwyczaj przyjmowane doustnie lub wciągane przez nos, związane są z bywaniem w nocnych klubach i na imprezach z elektroniczną muzyką taneczną. Odnotowano łączenie używania ecstasy lub amfetamin z alkoholem, przy czym osoby spożywające alkohol często lub w dużych ilościach zgłaszają dużo wyższe wskaźniki używania amfetamin czy ecstasy, niż wynosi średnia dla populacji (EMCDDA, 2009b).

Amfetaminy

Szacunkowe wskaźniki używania narkotyków wskazują na to, że około 13 mln Europejczyków spróbowało amfetamin oraz że około 2 mln używało tych narkotyków w ciągu ostatniego roku (zestawienie danych – zob. tabela 5). Wśród młodych osób dorosłych (w wieku 15–34 lata) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia amfetamin różni się znacznie w zależności od kraju i wynosi 0,1–12,9%, przy czym europejska średnia ważona wynosi 5,5%. Wskaźnik używania amfetamin w ciągu ostatniego roku w tej grupie wiekowej wynosi 0,0–2,5%, przy czym większość krajów podała wskaźniki rzędu 0,5–2,0%. Ocenia się, że około 1,5 mln (1,2%) młodych Europejczyków używało amfetamin w ciągu ostatniego roku. W ramach badań ankietowych prowadzonych wśród osób w młodym wieku, powiązanych ze sceną elektronicznej muzyki tanecznej bądź klubami nocnymi, zgłaszano wyższe wskaźniki używania amfetamin w ciągu ostatniego roku; wyniki badań przeprowadzonych w 2010 r. w Republice Czeskiej, Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie mieściły się w granicach 8–27%.

Jak wynika z badań ankietowych ESPAD przeprowadzonych w 2011 r., wśród uczniów w wieku

15–16 lat, wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia amfetamin wynosił 1–7% w 24 państwach członkowskich UE oraz w Chorwacji i Norwegii, natomiast jedynie Belgia, Bułgaria i Węgry zgłosiły wskaźniki przekraczające 4% ([60]). Hiszpania, na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach, zgłosiła 1%, podczas gdy Stany Zjednoczone zgłosiły 9%.

W latach 2005–2010 wskaźnik używania amfetamin w ciągu ostatniego roku utrzymywał się na względnie niskim i stabilnym poziomie w populacji ogólnej w większości krajów europejskich i wynosił mniej niż 3% we wszystkich krajach przedstawiających sprawozdanie. W tym okresie wzrost zgłosił tylko jeden kraj, Bułgaria, w której stwierdzono wzrost wskaźnika używania amfetamin w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe o jeden punkt procentowy (wykres 7). Wyniki badań ankietowych ESPAD przeprowadzonych w szkołach w 2011 r. wskazują na ogół na małą zmianę sytuacji w zakresie eksperymentowania z amfetaminami i ecstasy przez uczniów w wieku 15–16 lat.

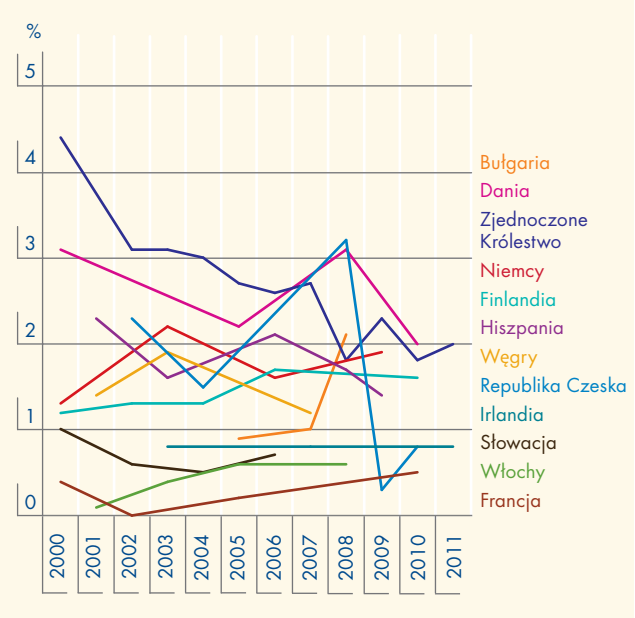
Problemowe używanie amfetamin

Najnowsze szacunki dotyczące wskaźników problemowego używania amfetamin są dostępne w odniesieniu do dwóch krajów ([61]). W 2010 r. liczbę osób problemowo używających metamfetaminy w Republice Czeskiej szacowano na 27,3–29,3 tys. (3,7–3,9 przypadków na 1000 osób w wieku 15–64 lata); oznacza to wzrost w porównaniu z poprzednimi latami, przy czym liczba ta przekracza ponad dwukrotnie szacowaną liczbę osób problemowo używających opioidów. Na Słowacji w 2007 r. liczbę osób problemowo używających metamfetaminy szacowano na 5,8–15,7 tys. (1,5–4,0 przypadków na 1000 osób w wieku 15–64 lata), czyli jest to około 20% mniej niż wynosi szacunkowa liczba osób problemowo używających opioidów.

Metamfetamina pojawiła się również na rynkach narkotykowych w innych krajach, zwłaszcza na północy Europy (Łotwa, Szwecja, Norwegia oraz, w mniejszym stopniu, Finlandia), gdzie wydaje się częściowo wypierać amfetaminę. W 2010 r. dalsze oznaki problemowego używania metamfetaminy, choć prawdopodobnie na bardzo niskim poziomie, zgłaszały Niemcy, Grecja, Węgry, Cypr i Turcja, natomiast w Estonii i Austrii miał miejsce wzrost liczby konfiskat tego narkotyku.

W Europie niewielki odsetek osób podejmujących leczenie wymienia amfetaminę jako narkotyk podstawowy: jest to około 6% pacjentów używających narkotyków, odnotowanych w 2010 r. (23 tys. pacjentów) ([62]). Ponadto prawie 20 tys. pacjentów rozpoczynających leczenie z powodów związanych z innymi narkotykami podstawowymi zgłasza jako narkotyk dodatkowy substancje pobudzające (inne niż kokaina). Osoby używające amfetamin jako narkotyku podstawowego stanowią znaczący odsetek zgłoszonych pacjentów rozpoczynających leczenie w Szwecji (28%), Polsce (24%), na Łotwie (19%) i w Finlandii (17%), natomiast metamfetamina wskazywana jest jako narkotyk podstawowy przez duży odsetek zgłoszonych pacjentów rozpoczynających leczenie w Republice Czeskiej (63%) i na Słowacji (35%). Osoby leczący się z uzależnienia od amfetamin stanowią 5–15% zgłoszonych pacjentów podejmujących leczenie w 6 innych krajach (Belgia, Dania, Niemcy, Węgry, Niderlandy i Norwegia); w pozostałych krajach odsetek ten wynosi mniej niż 5%. W latach 2005–2010 tendencje w zakresie liczby osób używających amfetamin i podejmujących leczenie utrzymywały się w większości krajów na stabilnym

Wykres 7: Tendencje dotyczące wskaźnika używania amfetamin w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata)



Uwaga: Przedstawiono dane tylko w odniesieniu do państw, w których co najmniej trzykrotnie przeprowadzono badania ankietowe. Aby uzyskać więcej informacji, zob. wykres GPS-8 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox, informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

([60]) Zob. tabela EYE-11 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([61]) Jako problemowe używanie amfetamin określa się przyjmowanie w formie iniekcji, długotrwałe lub regularne używanie tych substancji.
([62]) W Niemczech, na Litwie i w Norwegii nie jest możliwe dokonanie rozróżnienia w danych zgłaszanych do EMCDDA pomiędzy osobami używającymi amfetaminy, MDMA i innych substancji pobudzających, gdyż są one zgłaszane jako osoby używające „substancji pobudzających innych niż kokaina". Ogólnie rzecz biorąc, w krajach, w których zgłaszane są dane, osoby używające amfetamin stanowią około 90% wszystkich osób należących do kategorii „używających substancji pobudzających innych niż kokaina".

Tabela 5: Rozpowszechnienie używania amfetamin w populacji ogólnej – zestawienie danych

Grupa wiekowa	Okres używania	
	przynajmniej raz w życiu	ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	13 mln	2 mln
Średnia europejska	3,8%	0,6%
Przedział	0,1–11,6%	0,0–1,1%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Grecja, Rumunia (0,1%) Cypr (0,7%) Portugalia (0,9%) Słowacja (1,2%)	Rumunia, Grecja (0,1%) Francja, Portugalia (0,2%) Republika Czeska, Cypr, Słowacja (0,3%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (11,6%) Dania (6,2%) Szwecja (5,0%) Irlandia (4,5%)	Estonia, Zjednoczone Królestwo (1,1%) Bułgaria, Łotwa (0,9%) Szwecja, Finlandia (0,8%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	7 mln	1,5 mln
Średnia europejska	5,5%	1,2%
Przedział	0,1–12,9%	0,0–2,5%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Grecja (0,2%) Cypr (1,2%) Portugalia (1,3%)	Rumunia (0,0%) Grecja (0,1%) Portugalia (0,4%) Francja (0,5%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (12,9%) Dania (10,3%) Irlandia (6,4%) Łotwa (6,1%)	Estonia (2,5%) Bułgaria (2,1%) Dania, Zjednoczone Królestwo (2,0%) Niemcy, Łotwa (1,9%)

Uwaga: Europejskie wartości szacunkowe obliczono na podstawie krajowych szacunkowych wskaźników używania narkotyku ważonych populacją danej grupy wiekowej w każdym kraju. Aby uzyskać wartości szacunkowe ogólnej liczby osób używających w Europie, w przypadku krajów nieposiadających danych dotyczących wskaźników używania narkotyku (reprezentujących nie więcej niż 6% populacji docelowej w przypadku młodych osób dorosłych, szacunkowe wartości dotyczące używania w ciągu ostatniego roku, oraz nie więcej niż 3% populacji docelowej w przypadku pozostałych wartości szacunkowych) zastosowano średnią unijną. Przyjęte bazowe liczebności populacji: 15–64 lata: 338 mln, 15–34 lata: 130 mln. Ponieważ europejskie wartości szacunkowe oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych w latach 2004–2010/11 (głównie 2008–2010), nie odnoszą się do jednego roku. Dane zestawione w tym miejscu znajdują się w biuletynie statystycznym za 2012 r. w części „Badania ankietowe na populacji ogólnej".

poziomie; wyjątek stanowi Republika Czeska i Słowacja: oba kraje zgłaszają wzrost liczby oraz wzrost ogólnego odsetka nowych pacjentów rozpoczynających leczenie w związku z metamfetaminą w tym okresie, a także znaczący wzrost w latach 2009–2010 ([63]).

Średni wiek osób używających amfetamin i rozpoczynających leczenie wynosi 30 lat, przy czym stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet (2:1) jest niższy niż w przypadku innych nielegalnych narkotyków. W krajach, w których osoby używające amfetamin stanowią wysoki odsetek pacjentów rozpoczynających leczenie, wielu z nich zgłasza przyjmowanie narkotyku w formie iniekcji. W Republice Czeskiej, na Łotwie, w Finlandii, Szwecji i Norwegii 63–80% pacjentów używających amfetamin jako narkotyku podstawowego zgłosiło przyjmowanie ich jako iniekcji ([64]). Niższy wskaźnik używania omawianych narkotyków w formie iniekcji zgłosiła Słowacja (34%), gdzie spada on od 2005 r. ([65]).

Ecstasy

Szacunkowe wskaźniki używania narkotyków wskazują na to, że około 11,5 mln Europejczyków spróbowało ecstasy i że około 2 mln osób używało tego narkotyku w ciągu ostatniego roku (zestawienie danych – zob. tabela 6). Wskaźnik używania ecstasy w ciągu ostatniego roku był najwyższy wśród młodych osób dorosłych, przy czym we wszystkich krajach zgłaszane wskaźniki używania w odniesieniu do mężczyzn są dużo wyższe niż w przypadku kobiet. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia ecstasy w grupie wiekowej 15–34 lata wynosi

([63]) Zob. tabele TDI-5 (część ii) i TDI-22 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([64]) Zob. tabele TDI-5 (część iv) i TDI-37 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([65]) Zob. tabele TDI-2 (część i), TDI-3 (część iii), TDI-5 (część ii) i TDI-36 (część iv) w biuletynie statystycznym za 2012 r. Zob. także tabela TDI-17 w biuletynach statystycznych za 2007 i 2012 r.

od niespełna 0,6% do 12,4%, przy czym większość krajów zgłasza szacunkowe wartości w przedziale 2,1–5,8% ([66]).

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia ecstasy w grupie uczniów w wieku 15–16 lat wynosił 1–4% w krajach europejskich objętych badaniami ankietowymi w 2011 ([67]), przy czym jedynie Zjednoczone Królestwo zgłosiło wskaźnik na poziomie 4%, zarówno w ramach badań ankietowych ESPAD, jak i krajowych angielskich badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach. W następstwie krajowego badania ankietowego przeprowadzonego w szkołach w Hiszpanii zgłoszono 2%. Dla porównania wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia tego narkotyku wśród uczniów w zbliżonym wieku w Stanach Zjednoczonych ocenia się na 7%.

W całej Europie ukierunkowane badania wskazują na rekreacyjne używanie narkotyków pobudzających wśród młodych osób dorosłych, które bywają w różnego rodzaju nocnych lokalach rozrywkowych. Informacje dotyczące wskaźników używania ecstasy w ciągu ostatniego roku wśród bywalców imprez z elektroniczną muzyką taneczną i klubów nocnych w latach 2010–2011 są dostępne w odniesieniu do dwóch krajów: Republiki Czeskiej (43%) i Niderlandów (Amsterdam, 33%). W obu przebadanych próbach używanie ecstasy było bardziej rozpowszechnione niż używanie amfetamin. W następstwie badania przeprowadzonego z wykorzystaniem internetu w 2012 r. w Zjednoczonym Królestwie zgłoszono, że w przypadku Brytyjczyków uczęszczających regularnie do klubów nocnych wskaźnik używania ecstasy w ciągu ostatniego roku przekroczył wartość wskaźnika dotyczącego używania konopi indyjskich (Mixmag, 2012). Podczas przeprowadzonego w Danii badania ankietowego dotyczącego klubów nocnych 40% respondentów (średnia wieku 21 lat) zgłosiło, że spróbowali w jakimś okresie swojego życia nielegalnego narkotyku innego niż konopie indyjskie (zazwyczaj była to kokaina, amfetamina lub ecstasy). Dane z prób przebadanych na miejscu oraz badań ankietowych przeprowadzonych za pośrednictwem internetu należy jednak interpretować z rezerwą.

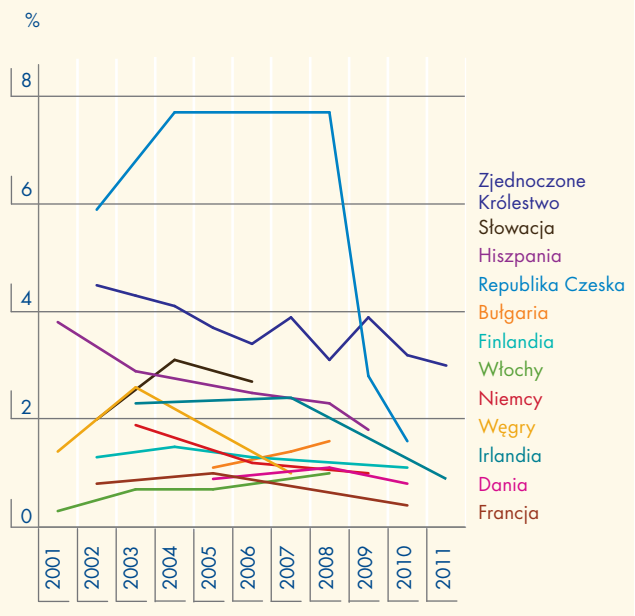
W 5 z 6 krajów, które zgłaszają wyższe od średnich wskaźniki używania ecstasy w ciągu ostatniego roku i w przypadku których możliwe jest określenie tendencji, konsumpcja tego narkotyku wśród osób w wieku 15–34 lata osiągała zazwyczaj szczytowy poziom na początku XXI w., po czym zaczynał się jej spadek (Republika Czeska, Estonia, Hiszpania, Słowacja i Zjednoczone Królestwo). W latach 2005–2010 kraje te zgłaszały stabilną sytuację lub tendencje spadkowe w odniesieniu do używania narkotyku w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe (15–34 lata).

Niewiele osób używających narkotyków rozpoczyna leczenie z powodu problemów związanych z ecstasy. W 2010 r. nie więcej niż 1% (łącznie niemal 1000 pacjentów) zgłoszonych osób rozpoczynających leczenie we wszystkich krajach europejskich wskazało ecstasy jako narkotyk podstawowy ([68]).

Substancje halucynogenne, GHB i ketamina

Wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia LSD wynosi w Europie 0,1–5,4%. Zgłoszone wskaźniki używania w ciągu ostatniego roku są dużo niższe ([69]). Większość z nielicznych krajów, które dostarczają porównywalnych danych, zgłasza wyższe wskaźniki używania grzybów halucynogennych niż LSD, zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród uczniów. Wśród młodych osób dorosłych szacowany wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia grzybów halucynogennych wynosi 0,3–8,1%, a szacowany wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku mieści się w przedziale 0,0–2,2%. Większość krajów zgłasza, że wśród uczniów w wieku 15–16 lat szacowany

Wykres 8: Tendencje dotyczące wskaźnika używania ecstasy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata)



Uwaga: Przedstawiono dane tylko w odniesieniu do państw, w których co najmniej trzykrotnie przeprowadzono badania ankietowe. Aby uzyskać więcej informacji, zob. wykres GPS-21 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox, informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

([66]) Zob. tabela GPS-1 (część iii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([67]) Zob. tabela EYE-11 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([68]) Zob. tabele TDI-5, TDI-8 i TDI-37 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([69]) Zob. tabela GPS-1 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

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

Grupa wiekowa	Okres używania	
	przynajmniej raz w życiu	ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	11,5 mln	2 mln
Średnia europejska	3,4%	0,6%
Przedział	0,4–8,3%	0,1–1,6%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Grecja (0,4%) Rumunia (0,7%) Norwegia (1,0%) Polska (1,2%)	Szwecja (0,1%) Grecja, Rumunia, Francja (0,2%) Dania, Polska, Norwegia (0,3%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (8,3%) Irlandia (6,9%) Niderlandy (6,2%) Hiszpania (4,9%)	Słowacja (1,6%) Łotwa (1,5%) Niderlandy, Zjednoczone Królestwo (1,4%) Estonia (1,2%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	7,5 mln	1,5 mln
Średnia europejska	5,7%	1,3%
Przedział	0,6–12,4%	0,2–3,1%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Grecja (0,6%) Rumunia (0,9%) Polska, Norwegia (2,1%) Portugalia (2,6%)	Szwecja (0,2%) Grecja, Rumunia, Francja (0,4%) Norwegia (0,6%) Polska (0,7%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (12,4%) Niderlandy (11,6%) Irlandia (10,9%) Łotwa (8,5%)	Niderlandy (3,1%) Zjednoczone Królestwo (3,0%) Słowacja, Łotwa (2,7%) Estonia (2,3%)

Uwaga: Europejskie wartości szacunkowe obliczono na podstawie krajowych szacunkowych wskaźników używania narkotyku ważonych populacją danej grupy wiekowej w każdym kraju. Aby uzyskać wartości szacunkowe ogólnej liczby osób używających w Europie, w przypadku krajów nieposiadających danych dotyczących wskaźników używania narkotyku (reprezentujących nie więcej niż 3% populacji docelowej) zastosowano średnią unijną. Przyjęte bazowe liczebności populacji: 15–64 lata: 338 mln, 15–34 lata: 130 mln. Ponieważ europejskie wartości szacunkowe oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych w latach 2004–2010/11 (głównie 2008–2010), nie odnoszą się do jednego roku. Dane zestawione w tym miejscu znajdują się w biuletynie statystycznym za 2012 r. w części „Badania ankietowe na populacji ogólnej".

wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia grzybów halucynogennych wynosi 1–4% ([70]).

Wśród dorosłych i młodzieży szkolnej szacunkowe wskaźniki używania GHB i ketaminy są znacznie niższe niż wskaźniki dotyczące używania ecstasy. W Niderlandach, gdzie w 2009 r. po raz pierwszy wymieniono GHB w badaniu ankietowym populacji ogólnej, 0,4% populacji osób dorosłych (15–64 lata) zgłosiło, że używało tego narkotyku w ciągu ostatniego roku, co daje wynik zbliżony do wskaźnika używania amfetaminy w ciągu ostatniego roku. W następstwie badań przestępczości przeprowadzonych w Zjednoczonym Królestwie, które jako jedne z niewielu krajowych badań ankietowych monitorują ketaminę, stwierdzono wzrost w zakresie używania ketaminy w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 16–24 lata: z 0,8% w latach 2006–2007 do 2,1% w latach 2010–2011.

Ukierunkowane badania ankietowe w klubach nocnych umożliwiają zdobycie informacji na temat narkotyków, które są w tych obiektach dostępne, natomiast wskaźniki używania są niełatwe do zinterpretowania. Wyniki badań przeprowadzonych niedawno w Republice Czeskiej i Niderlandach, jak również wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w Zjednoczonym Królestwie z wykorzystaniem internetu wskazują na szacunkowy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia GHB, wahający się w zakresie 4–11%, natomiast szacunkowe wartości w odniesieniu do ketaminy wynoszą 8–48% – w zależności od miejsca lub grupy respondentów. Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w Danii w klubach nocnych wskazują, że około 10% respondentów używało ketaminy, GHB, grzybów halucynogennych lub LSD. Wyniki badania przeprowadzonego w 2011 r. w „przyjaznych gejom" dyskotekach w południowym Londynie wskazują na wysokie wskaźniki używania tych

([70]) Dane z badania ESPAD dotyczą wszystkich krajów z wyjątkiem Hiszpanii. Zob. wykres EYE-3 (część v) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

substancji wśród niektórych podgrup populacji, przy czym 24% respondentów oceniło GHB jako ulubiony narkotyk i wyraziło zamiar użycia go tej nocy, kiedy badanie było przeprowadzane, natomiast ponad 10% udzieliło podobnej odpowiedzi w przypadku ketaminy (Wood i in., 2012b). Spośród brytyjskich respondentów badania ankietowego przeprowadzonego przez internet, określonych jako regularni bywalcy klubów nocnych, 40% zgłosiło używanie w ciągu ostatniego roku ketaminy, natomiast 2% zgłosiło używanie w ciągu ostatniego roku GHB (Mixmag, 2012).

Konsekwencje zdrowotne używania amfetamin

Wiele badań dotyczących konsekwencji zdrowotnych używania amfetamin przeprowadzono w krajach, w których palenie krystalicznej metamfetaminy – niemalże niespotykane w Europie – stanowi istotną część problemu narkotykowego. Mimo że duża liczba skutków zdrowotnych udokumentowanych we wspomnianych badaniach była zgłaszana także wśród osób używających amfetamin w Europie, nie jest jasne, czy dotyczące ich ustalenia można bezpośrednio przełożyć na sytuację w Europie.

Używanie nielegalnych amfetamin wiąże się z licznymi ostrymi szkodliwymi skutkami ubocznymi, takimi jak pobudzenie, bóle głowy, drgawki, nudności, skurcze brzucha, pocenie się, zawroty głowy oraz obniżenie apetytu (EMCDDA, 2010c). Osoby używające omawianych narkotyków i mające współistniejące problemy natury psychicznej są w najwyższym stopniu narażone na ostre psychologiczne i psychiatryczne skutki uboczne, od obniżenia nastroju, lęków, agresji i depresji aż po ostrą psychozę paranoidalną. Gdy mijają efekty pobudzające narkotyku, osoby go używające mogą doświadczać senności oraz upośledzenia zdolności dokonywania oceny i uczenia się.

Do przewlekłych szkodliwych działań ubocznych związanych z używaniem amfetamin należą powikłania sercowo-naczyniowe ze względu na skumulowane ryzyko wystąpienia chorób serca i choroby wieńcowej, a także nadciśnienia płucnego. W kontekście istniejącej patologii układu sercowo-naczyniowego używanie amfetamin może wywołać poważne i potencjalnie śmiertelne zdarzenia (niedokrwienie mięśnia sercowego i zawał). Co więcej, długotrwałe używanie może prowadzić do uszkodzenia mózgu i układu nerwowego, psychozy oraz licznych zaburzeń osobowości i nastroju.

Istnieją potwierdzone dowody na występowanie zespołu uzależnienia od amfetamin w następstwie regularnego intensywnego używania. Objawy odstawienne mogą obejmować głód narkotykowy oraz depresję w połączeniu ze zwiększonym ryzykiem podejmowania prób samobójczych (Jones i in., 2011).

Używanie amfetamin w formie iniekcji zwiększa ryzyko wystąpienia chorób zakaźnych (HIV i wirusowe zapalenie wątroby), natomiast wysokie wskaźniki ryzykownych zachowań seksualnych narażają osoby używające narkotyków na choroby przenoszone drogą płciową. Co więcej brak pożywienia i snu także może mieć negatywne następstwa zdrowotne. Używanie amfetamin w ciąży wiąże się z niską urodzeniową masą ciała, wcześniactwem oraz zwiększoną zachorowalnością płodu.

Profilaktyka w obiektach rozrywkowych

Pomimo wysokich wskaźników konsumpcji narkotyków, które stwierdzono w niektórych obiektach rozrywkowych, zaledwie 11 krajów zgłosiło strategie w zakresie profilaktyki lub redukcji szkód w tym otoczeniu. Strategie te skupiają się na ogół na poszczególnych jednostkach lub na całym środowisku. Do projektów skoncentrowanych na jednostkach należą działania interwencyjne z wykorzystaniem edukacji koleżeńskiej oraz zespoły działające w terenie – wprowadzono je w Belgii, Republice Czeskiej oraz Zjednoczonym Królestwie; zespoły te udzielają porad i przekazują informacje na temat narkotyków, zapewniają opiekę medyczną oraz rozprowadzają materiały dotyczące redukcji szkód. Inne zgłoszone rodzaje podejścia skoncentrowane na jednostkach obejmują interwencje na festiwalach muzycznych i dużych imprezach rozrywkowych, ukierunkowane na młode osoby, które mogą być w znacznym stopniu narażone na problemy. Przykłady tego rodzaju działań interwencyjnych obejmują szybką analizę służącą wykrywaniu problemów związanych z narkotykami, udzielanie pierwszej pomocy oraz interwencje w przypadku epizodów psychotycznych po zażyciu substancji halucynogennych.

Zestaw podejść regulacyjnych jest ukierunkowany na środowisko klubów nocnych i często koncentruje się na kwestiach związanych z koncesjonowaniem lokali sprzedających alkohol oraz na odpowiedzialnym podawaniu alkoholu. Wspomniane interwencje mają na celu poprawę bezpieczeństwa pracowników klubów nocnych i osób je odwiedzających przez ustanowienie formalnej współpracy pomiędzy najważniejszymi zainteresowanymi stronami środowiska lokali rozrywkowych (władze lokalne, policja i właściciele obiektów).

Na poziomie środowiska rozwijane są inicjatywy w zakresie panowania nad tłumem, dostępu do bezpłatnej wody pitnej oraz bezpiecznej komunikacji publicznej w godzinach nocnych. W ramach realizowanego w Słowenii projektu „After taxi" dotuje się przejazdy taksówkami dla młodych osób w wieku 16–30 lat. Dowody wskazują, że może to pomóc w ograniczeniu liczby wypadków, ale nie ogranicza szkód związanych z alkoholem i narkotykami (Calafat i in., 2009). Inne przykładowe podejścia w zakresie profilaktyki środowiskowej w obiektach rozrywkowych obejmują tzw. etykiety jakości sprzyjające bezpiecznemu uczestnictwu w imprezach rozrywkowych, promowane w ramach europejskiego projektu „Party+" w Belgii, Danii, Hiszpanii, Niderlandach, Słowenii i Szwecji. Dowody wskazują, że powodzenie działań regulacyjnych na rzecz zapobiegania ryzykownym zachowaniom w klubach nocnych będzie zależeć od czynników wdrożeniowych. Ważne jest także, z punktu widzenia działań interwencyjnych w zakresie profilaktyki antynarkotykowej prowadzonych w pubach i klubach, objęcie nimi pracowników tych obiektów w związku z używaniem przez nich samych narkotyków i alkoholu oraz ich nastawieniem do tych substancji.

W ramach rozpoczętej niedawno inicjatywy Healthy Nightlife Toolbox uruchomiono trzy bazy danych (ocenione interwencje, przegląd literatury oraz szczegółowe dane ekspertów pracujących w tej dziedzinie) oraz wydano podręcznik zawierający wskazówki dotyczące zdrowego i bezpiecznego trybu życia w kontekście odwiedzania nocnych lokali rozrywkowych. Twórcy inicjatywy zwracają uwagę, że środki zapobiegawcze w lokalach rozrywkowych powinny dotyczyć zarówno używania alkoholu, jak i nielegalnych narkotyków, gdyż substancje te prowadzą do podobnych problemów i są często używane w połączeniu. Podkreśla się również fakt, że profilaktyczne działania interwencyjne w obiektach rozrywkowych mogą mieć korzystne oddziaływanie w przypadku licznych zachowań problemowych i szkód – od ostrych problemów zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków i alkoholu aż po przemoc, prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, uprawianie seksu bez zabezpieczenia oraz niechciane kontakty seksualne.

Leczenie

Problemowe używanie amfetamin

Możliwości leczenia dostępne dla osób używających amfetamin w Europie różnią się znacznie w zależności od kraju. W tych krajach północnej i środkowej Europy, w których istnieje długa historia leczenia w związku z używaniem amfetamin, niektóre programy są dostosowane do potrzeb osób używających tych narkotyków. W krajach środkowej i wschodniej Europy, gdzie znaczne problemowe używanie amfetamin pojawiło się stosunkowo niedawno, systemy leczenia są przede wszystkim ukierunkowane na osoby problemowo używające opioidów, aczkolwiek w coraz większym stopniu uwzględniają one potrzeby osób używających amfetamin. W krajach zachodniej i południowej Europy, w których wskaźniki problemowego używania amfetamin są niskie, brak specjalistycznych usług w tym zakresie może utrudniać dostęp do leczenia osobom używającym amfetaminy (EMCDDA, 2010c).

W 2011 r. 12 krajów zgłosiło dostępność specjalistycznych programów leczenia osób używających amfetamin, które aktywnie ubiegają się o leczenie, co stanowi wzrost w porównaniu z 8 krajami w 2008 r. Eksperci krajowi z Republiki Czeskiej, Niemiec, Litwy, ze Słowacji i Zjednoczonego Królestwa oszacowali, że programy są dostępne dla większości osób używających amfetaminy i potrzebujących leczenia, natomiast w przypadku pozostałych siedmiu krajów są one dostępne jedynie dla mniejszości tych osób. Bułgaria i Węgry zgłosiły, że planuje się wprowadzenie specjalnych programów leczenia dla osób używających amfetaminy w ciągu następnych trzech lat.

Interwencje psychospołeczne zapewniane w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego stanowią główną metodę leczenia osób używających amfetamin. Należą do nich rozmowy motywacyjne, terapia poznawczo-behawioralna, szkolenie w zakresie samokontroli oraz doradztwo dotyczące zachowań. Psychologiczne rodzaje podejścia, które były częściej niż inne badane w kontekście uzależnienia od amfetaminy i metamfetaminy, to terapia poznawczo-behawioralna oraz wzmacnianie motywacji do pozytywnych zachowań, czasami stosowane w połączeniu (Lee i Rawson, 2008). Wydaje się, że oba te rodzaje podejścia prowadzą do pozytywnych wyników. Osoby bardziej problemowo używające amfetamin, na przykład te, których uzależnienie od amfetamin jest komplikowane współwystępowaniem zaburzeń psychicznych, mogą być leczone w placówkach lecznictwa zamkniętego dla osób uzależnionych lub w klinikach bądź szpitalach psychiatrycznych. W Europie leki (np. przeciwdepresyjne, uspokajające lub antypsychotyczne) podawane są w ramach leczenia objawów abstynencyjnych na początku detoksykacji, która jest zwykle prowadzona w specjalistycznych zamkniętych oddziałach psychiatrycznych.

Długotrwałe leczenie przy użyciu leków antypsychotycznych jest czasem przepisywane w przypadkach trwałych psychopatologii wynikających z przewlekłego używania amfetamin. Europejscy specjaliści zgłaszają, że objawy psychologiczne, np. zachowania autodestrukcyjne, przemoc, pobudzenie lub depresja, często występujące u osób problemowo używających amfetamin, mogą wymagać pełnej oceny stanu zdrowia psychicznego, leczenia oraz dokładnego monitorowania. Przypadki takie są często prowadzone w ścisłej współpracy z placówkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Badania dotyczące leczenia uzależnienia od amfetamin

Wskaźniki samoczynnej remisji uzależnienia od amfetaminy, bez interwencji obejmującej leczenie, były wyższe w przypadku osób używających amfetamin niż u osób używających innych substancji uzależniających, przy czym u niemal jednej na dwie osoby dochodziło do remisji w trakcie danego roku (Calabria i in., 2010).

Trwają badania nad szeregiem leków pod kątem wykorzystania ich w leczeniu uzależnienia od amfetaminy i metamfetaminy, jednak przed wprowadzeniem ich do jakiejkolwiek terapii farmakologicznej konieczne jest dostarczenie solidnych dowodów ich skuteczności (Karila i in., 2010). Mimo że w przypadku terapii opartej na modafinilu, bupropionie lub naltreksonie zgłaszano pewne obniżenie używania amfetaminy lub metamfetaminy, niezbędne są dalsze badania w celu wyjaśnienia możliwej roli tych substancji w leczeniu pacjentów uzależnionych od amfetamin.

Wykazano, że istnieje możliwość wykorzystania deksamfetaminy i metylofenidatu w terapii substytucyjnej w przypadku uzależnienia od amfetaminy lub metamfetaminy. Zgodnie z wynikami badań pilotażowych deksamfetamina może zwiększać zaangażowanie w leczenie u pacjentów wykazujących uzależnienie od amfetaminy (Shearer i in., 2001), natomiast podawanie deksamfetaminy o przedłużonym uwalnianiu wspomagało kontynuowanie terapii oraz prowadziło do obniżenia poziomu uzależnienia od metamfetaminy u pacjentów w ostatnim badaniu (Longo i in., 2010). W następstwie randomizowanego badania wykazano, że metylofenidat może efektywnie ograniczyć używanie dożylne u pacjentów z ciężkim uzależnieniem od amfetaminy (Tiihonen i in., 2007).

Uzależnienie od kwasu gamma-hydroksymasłowego i leczenie

Uzależnienie od kwasu gamma-hydroksymasłowego (GHB) jest rozpoznanym stanem klinicznym o potencjalnie poważnych objawach odstawiennych w przypadku raptownego przerwania przyjmowania narkotyku po regularnym lub nałogowym używaniu. Istnieją dowody na to, że u osób używających narkotyku rekreacyjnie może wystąpić uzależnienie fizyczne, przy czym udokumentowano przypadki wystąpienia objawów odstawiennych w sytuacji zaprzestania używania GHB i jego prekursorów. Uzależnienie od GHB zgłaszano także u byłych alkoholików (Richter i in., 2009).

Dotychczasowe badania skupiały się przede wszystkim na określeniu objawów odstawienia GHB i związanych z nimi komplikacji, które mogą być trudne do rozpoznania w nagłych przypadkach (van Noorden i in., 2009). Do objawów tych mogą należeć drgawki, niepokój, bezsenność i pobudzenie. Po odstawieniu narkotyku u pacjentów może także wystąpić psychoza i delirium. Łagodne objawy odstawienne można łagodzić w warunkach ambulatoryjnych, w pozostałych przypadkach zalecany jest nadzór w placówkach lecznictwa zamkniętego. Nie opracowano jak dotąd standardowych procedur leczenia zespołu odstawienia GHB.

Benzodiazepiny i barbiturany są środkami farmaceutycznymi najczęściej stosowanymi w leczeniu objawów odstawienia GHB. W Niderlandach prowadzone są obecnie badania nad kontrolowaną detoksykacją osób używających GHB przy użyciu farmaceutycznego GHB w odpowiednio dostosowanej dawce.

Rozdział 5
Kokaina i crack

Wprowadzenie

Kokaina jest w dalszym ciągu drugim najpowszechniej używanym nielegalnym narkotykiem w całej Europie, chociaż wskaźniki jej używania i tendencje różnią się znacznie w poszczególnych krajach. Wysokie wskaźniki używania kokainy odnotowuje się jedynie w niewielkiej liczbie europejskich krajów, głównie zachodnich, podczas gdy używanie tego narkotyku w innych miejscach ma ograniczony zasięg. Istnieje także znaczne zróżnicowanie wśród osób używających kokainy: są osoby używające kokainy sporadycznie, zintegrowane społecznie osoby regularnie używające tego narkotyku, a także bardziej zmarginalizowane i niejednokrotnie uzależnione osoby, które przyjmują kokainę w formie iniekcji lub używają cracku.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Uprawa krzewu kokainowego, z którego uzyskuje się kokainę, w dalszym ciągu koncentruje się w trzech krajach w regionie Andów: w Kolumbii, Peru i Boliwii. UNODC (2012) oszacowało, że powierzchnia obszaru, na którym uprawiano krzew kokainowy w 2010 r., wynosiła łącznie 149 tys. ha, co stanowi spadek o 6% w stosunku do szacowanej powierzchni 159 tys. ha upraw w 2009 r. Spadek ten w znacznej mierze przypisywano ograniczeniu obszaru upraw krzewu kokainowego w Kolumbii, który został częściowo zrównoważony w następstwie jego zwiększenia w Peru i Boliwii. Uprawa krzewu kokainowego na powierzchni 149 tys. ha przekładała się na możliwość wyprodukowania 788–1060 ton czystej kokainy, w porównaniu z szacowaną ilością 842–1111 ton w 2009 r. (UNODC, 2012; zob. także tabela 7).

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

	Proszek kokainowy (chlorowodorek kokainy)	Crack (kokaina w formie zasady) (1)
Szacowana globalna produkcja (w tonach czystej kokainy)	788–1060	b.d.
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach kokainy, czystość nieznana)	694	b.d.
Skonfiskowana ilość (w tonach)		
UE i Norwegia	61	0,07
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(61)	(0,07)
Liczba konfiskat		
UE i Norwegia	86 000	7000
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(88 000)	(7000)
Średnia cena detaliczna (w euro za gram)		
Rozstęp	45–144	49–58
(Rozstęp międzykwartylowy) (2)	(49,9–73,4)	
Średnia czystość (w %)		
Rozstęp	22–55	10–62
(Rozstęp międzykwartylowy) (2)	(27,9–45,9)	

(1) Ze względu na niewielką liczbę państw, które przedstawiły informacje, należy zachować ostrożność przy interpretowaniu danych. (2) Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych danych.
(2) Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych danych.
Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2010 r.; b.d. – brak danych.
Źródło: Wartości globalne – UNODC (2012); dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Przetwarzanie liści krzewu kokainowego na chlorowodorek kokainy odbywa się głównie w Kolumbii, Peru i Boliwii, chociaż może mieć także miejsce w innych krajach. Ważną rolę Kolumbii w produkcji kokainy potwierdzają informacje na temat zlikwidowanych laboratoriów oraz konfiskat nadmanganianu potasu – odczynnika chemicznego stosowanego przy wytwarzaniu chlorowodorku kokainy. W 2010 r. w Kolumbii zlikwidowano 2623 laboratoria wytwarzające kokainę (UNODC, 2012), a także skonfiskowano łącznie 26 ton nadmanganianu potasu (81% konfiskat w skali ogólnoświatowej) (INCB, 2012a).

Wydaje się, że przesyłki kokainy do Europy są przewożone przez większość krajów Ameryki Południowej i Środkowej, głównie jednak przez Argentynę, Brazylię, Ekwador, Meksyk i Wenezuelę. Przeładunek narkotyku kierowanego do Europy często ma również miejsce na wyspach karaibskich. W ciągu ostatnich lat wykryto alternatywne szlaki prowadzące przez Afrykę Zachodnią (EMCDDA i Europol, 2010) oraz Republikę Południowej Afryki (INCB, 2012b).

Hiszpania, Niderlandy, Portugalia i Belgia wydają się stanowić główne punkty wprowadzania kokainy do Europy. Jeżeli chodzi o terytorium Europy, w sprawozdaniach często wymienia się Niemcy, Francję i Zjednoczone Królestwo jako ważne kraje tranzytowe lub docelowe. Szacuje się, że do Zjednoczonego Królestwa przywożone jest 25–30 ton kokainy rocznie. Najnowsze sprawozdania wskazują również, że zasięg handlu kokainą rozszerza się w kierunku wschodnim (EMCDDA i Europol, 2010). Kokainę w coraz większym stopniu przemyca się przez terytorium Europy Południowo-Wschodniej i Wschodniej, w szczególności szlakami bałkańskimi (INCB, 2012b), a także do portów na Łotwie i Litwie. Niezwykle duże ilości kokainy przechwycono w 2010 r. – w szczególności w Estonii, na Łotwie, Litwie i w Turcji.

Konfiskaty

Po marihuanie i haszyszu najczęściej sprzedawanym narkotykiem na świecie jest kokaina. W 2010 r. konfiskaty kokainy w skali globalnej utrzymywały się w znacznej mierze na stabilnym poziomie około 694 ton (tabela 7) (UNODC, 2012). Największą skonfiskowaną ilość, stanowiącą 52% wartości ogólnoświatowej, ponownie zgłosiła Ameryka Południowa, a następnie kolejno Ameryka Północna – 25%, Ameryka Środkowa – 12% i Europa – 9% (UNODC, 2012).

Po utrzymującej się przez dwadzieścia lat tendencji wzrostowej liczba konfiskat kokainy w Europie osiągnęła szczytowy poziom 100 tys. przypadków w 2008 r., po czym spadła do szacunkowej liczby 88 tys. przypadków w 2010 r. Całkowita ilość przechwyconego narkotyku osiągnęła szczytowy poziom w 2006 r., a następnie uległa zmniejszeniu o połowę do 59 ton w 2009 r., w dużej mierze z powodu spadku ilości przechwytywanych w Hiszpanii i Portugalii ([71]). Ilość kokainy przechwyconej w Europie w 2010 r. zwiększyła się nieznacznie do szacunkowej liczby 61 ton, przede wszystkim z powodu znaczącego wzrostu liczby konfiskat w Belgii oraz zatrzymania tendencji zniżkowej zgłaszanej w Portugalii i Hiszpanii. W 2010 r. Hiszpania nadal była krajem zgłaszającym zarówno największą liczbę konfiskat kokainy, jak i największą ilość skonfiskowanego narkotyku w Europie.

Czystość i cena

W 2010 r. średnia czystość badanych próbek kokainy mieściła się w zakresie 27–46% w połowie krajów przekazujących dane. Najniższe wartości zgłoszono na Węgrzech (22%), w Danii i Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Walia) (w przypadku obu jedynie handel detaliczny, 24%), natomiast najwyższe w Belgii (55%), Turcji (53%) i Niderlandach (52%) ([72]). Spośród 23 krajów, które przekazały dane wystarczające do analizy tendencji w zakresie czystości kokainy w latach 2005–2010, 20 krajów zgłosiło spadek, a w 3 stwierdzono stabilną sytuację bądź tendencję wzrostową (Niemcy, Łotwa i Portugalia). Szacuje się, że w latach 2005–2010 czystość kokainy w Unii Europejskiej na ogół zmalała średnio o 22% ([73]).

W większości krajów, które przekazały dane, w 2010 r. średnia cena kokainy wynosiła 49–74 euro za gram. Niderlandy i Polska zgłosiły najniższą średnią cenę (45 euro), natomiast Luksemburg zgłosił cenę najwyższą (144 euro). Spośród 23 krajów dysponujących danymi wystarczającymi do przeprowadzenia porównania 20 krajów zgłosiło ustabilizowanie lub spadek cen detalicznych kokainy w latach 2005–2010. Szacuje się, że w tym samym okresie cena detaliczna kokainy w Unii Europejskiej zmalała średnio o 18% ([74]).

Wskaźniki i wzory używania

W niektórych krajach europejskich znaczna liczba osób używa kokainy eksperymentalnie – zaledwie jedno- lub dwukrotnie (Van der Poel i in., 2009). Wśród

([71]) Zob. tabele SZR-9 i SZR-10 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([72]) Aby zapoznać się z danymi dotyczącymi siły działania i ceny, zob. tabele PPP-3 i PPP-7 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([73]) Zob. wykres PPP-2 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([74]) Zob. wykres PPP-1 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Handel narkotykami z wykorzystaniem lotnictwa ogólnego

Handel narkotykami drogą lotniczą stał się w ciągu ostatnich lat istotną kwestią; UNODC (2011b) zgłosiło, że większość pochodzących z Afryki przesyłek heroiny, kokainy oraz substancji pobudzających w rodzaju amfetaminy trafia do Europy na pokładach samolotów. Grupa ds. Portów Lotniczych, wchodząca w skład Grupy Pompidou Rady Europy, została utworzona w celu opracowywania i ujednolicania narzędzi i systemów mających za zadanie zwiększenie skuteczności wykrywania narkotykach w europejskich portach lotniczych. Przy wsparciu ze strony Regionalnego Biura Łącznikowego dla Europy Zachodniej oraz Światowej Organizacji Celnej urzędnicy z 35 państw, głównie europejskich, dokonują corocznie przeglądu danych dotyczących konfiskat związanych z transportem powietrznym lub przewozem poczty. W 2010 r. agencje celne w krajach uczestniczących przechwyciły w portach lotniczych i centrach pocztowych około 15 ton nielegalnych narkotyków, z czego ponad połowę stanowiła kokaina.

Lotnictwo ogólne – które w celach niehandlowych wykorzystuje średnie i małe samoloty, najczęściej startujące z niewielkich lotnisk – zostało zidentyfikowane jako istotny problem, gdyż może być wykorzystywane przez organizacje przestępcze do handlu narkotykami. Mając na względzie ujednolicenie podejść, Grupa ds. Portów Lotniczych opublikowała w 2003 r. podręcznik w sprawie organizowania i przeprowadzania kontroli lotnictwa ogólnego. W odpowiedzi na konkluzje Rady UE z 2010 r., w których zachęca się państwa członkowskie do poświęcenia temu zagrożeniu większej uwagi, Grupa ds. Portów Lotniczych także utworzyła grupę roboczą, która opracowała dwadzieścia kluczowych wskaźników ryzyka związanych z handlem narkotykami z wykorzystaniem lotnictwa ogólnego.

Analiza ścieków: badanie w 19 miastach

Epidemiologia ścieków, czyli analiza ścieków, to dynamicznie rozwijająca się dyscyplina naukowa umożliwiająca monitorowanie tendencji w zakresie konsumpcji nielegalnych narkotyków na poziomie populacji. Przez pobieranie próbek ścieków – na przykład doprowadzanych do oczyszczalni – naukowcy mogą oszacować łączną ilość narkotyków skonsumowanych przez daną społeczność w drodze pomiaru stężenia metabolitów nielegalnych narkotyków wydalanych z moczem.

W marcu 2011 r. w ramach europejskiego badania pilotażowego pobrano i poddano analizie próbki ścieków w 19 miastach w 12 państwach europejskich ([1]), zamieszkanych przez łączną populację około 15 mln Europejczyków (Thomas i in., w druku).

Używanie kokainy oceniono na podstawie pomiaru stężenia metabolitu kokainy – benzoilolekgoniny – w ściekach. Wyniki różniły się znacznie w poszczególnych miastach i państwach, przy czym najwyższe poziomy stwierdzono w miastach w Belgii i Niderlandach, gdzie konsumpcję kokainy w obrębie społeczności oszacowano na 500–2000 miligramów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców dziennie. Najniższe wartości szacunkowe stwierdzono w miastach północnych i wschodnich państw europejskich (2–146 miligramów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców dziennie). W większości miast wskaźniki używania kokainy ulegały zwiększeniu w czasie weekendu, co odzwierciedla rekreacyjny charakter używania tego narkotyku.

Wyniki badań ścieków należy interpretować z pewną ostrożnością. Nie można ekstrapolować ustaleń na podstawie badań wyrywkowych dotyczących danego miasta w celu określenia wskaźników konsumpcji na poziomie krajowym. Ponadto wyniki uzyskane w różnych miastach nie zawsze muszą być porównywalne ze względu na różnice przy pobieraniu próbek oraz niepewność dotyczącą wiarygodności pomiarów prowadzonych w różnych laboratoriach. O ile jednak metody takie nie dostarczają szczegółowych danych na temat wskaźników używania, jakie można uzyskać w badaniach ankietowych (np. użycie przynajmniej raz w roku, używanie w ostatnim czasie, bieżące używanie), o tyle pomagają obiektywnie i terminowo oszacować poziom konsumpcji nielegalnych narkotyków w populacji docelowej, dzięki czemu stanowią użyteczne dopełnienie istniejących narzędzi monitorowania.

([1]) Więcej informacji znajduje się na stronie internetowej EMCDDA.

osób używających kokainy bardziej regularnie można wyróżnić dwie grupy. Pierwszą grupę stanowią osoby używające bardziej zintegrowane społecznie, które na ogół używają kokainy w weekendy, na imprezach lub przy innych specjalnych okazjach, czasem w dużych ilościach. Wiele z tych osób zgłasza samodzielne kontrolowanie używania kokainy przez ustalanie zasad dotyczących na przykład używanej ilości, częstości lub kontekstu używania narkotyku. Druga grupa to osoby używające kokainy i cracku w sposób intensywny, należące do środowisk bardziej zmarginalizowanych społecznie lub znajdujących się niekorzystnej sytuacji, i może obejmować osoby dawniej lub obecnie używające opioidów, które używają cracku lub używają kokainy w formie iniekcji.

Używanie kokainy w populacji ogólnej

W ciągu ostatnich dziesięciu lat kokaina ugruntowała swoją pozycję najbardziej powszechnie używanego nielegalnego narkotyku pobudzającego w Europie, aczkolwiek większość używających jej osób znajduje się w niewielkiej liczbie krajów o wysokich wskaźnikach używania, z których niektóre zamieszkiwane są przez dużą liczbę ludności. Szacuje się, że przynajmniej raz w życiu użyło kokainy około 15,5 mln Europejczyków, czyli średnio 4,6% dorosłych w wieku 15–64 lata (zestawienie danych – zob. tabela 8). Dane liczbowe z poszczególnych krajów wahają się w granicach 0,3–10,2%, przy czym połowa z 24 krajów

przedstawiających sprawozdanie, w tym większość krajów Europy Środkowej i Wschodniej, podaje niskie wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia narkotyku (0,5–2,5%).

Szacuje się, że około 4 mln Europejczyków użyło tego narkotyku w ciągu ostatniego roku (średnio 1,2%). Jak wynika z najnowszych krajowych badań ankietowych, wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku szacowany jest na 0,1–2,7%. Szacuje się, że wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego miesiąca w Europie wynosi około 0,5% w przypadku populacji osób dorosłych, czyli około 1,5 mln osób.

Wskaźniki używania kokainy w ciągu ostatniego roku przewyższające średnią europejską zostały zgłoszone przez Irlandię, Hiszpanię, Włochy i Zjednoczone Królestwo. We wszystkich tych krajach dane dotyczące wskaźników używania w ciągu ostatniego roku wykazują, że kokaina jest najczęściej używanym nielegalnym narkotykiem pobudzającym.

Używanie kokainy wśród młodych osób dorosłych

Ocenia się, że w Europie około 8 mln młodych osób dorosłych (15–34 lata), czyli średnio 6,3%, użyło kokainy przynajmniej raz w życiu. Wielkości dotyczące poszczególnych krajów wahają się w granicach 0,7–13,6%. Szacuje się, że europejski wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku w tej grupie wiekowej wynosi średnio 2,1% (około 3 mln), natomiast w odniesieniu do używania w ciągu ostatniego miesiąca jest to 0,8% (1 mln).

Poziom używania kokainy jest szczególnie wysoki w grupie młodych mężczyzn (15–34 lata), przy czym wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wynosi 4,0–6,5% w Danii, Irlandii, Hiszpanii, we Włoszech

Tabela 8: Rozpowszechnienie używania kokainy w populacji ogólnej – zestawienie danych

Grupa wiekowa	Okres używania		
	przynajmniej raz w życiu	ostatni rok	ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	1,5 mln	4 mln	1,5 mln
Średnia europejska	4,6%	1,2%	0,5%
Przedział	0,3–10,2%	0,1–2,7%	0,0–1,3%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,3%) Litwa (0,5%) Grecja (0,7%) Polska (0,8%)	Grecja, Rumunia (0,1%) Węgry, Polska, Litwa, Finlandia (0,2%) Republika Czeska (0,3%)	Rumunia, Grecja, Finlandia (0,0%) Republika Czeska, Szwecja, Polska, Litwa, Estonia (0,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Hiszpania (10,2%) Zjednoczone Królestwo (8,9%) Włochy (7,0%) Irlandia (6,8%)	Hiszpania (2,7%) Zjednoczone Królestwo (2,2%) Włochy (2,1%) Irlandia (1,5%)	Hiszpania (1,3%) Zjednoczone Królestwo (0,8%) Cypr, Włochy (0,7%) Austria (0,6%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	8 mln	3 mln	1 mln
Średnia europejska	6,3%	2,1%	0,8%
Przedział	0,7–13,6%	0,2–4,4%	0,0–2,0%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Litwa, Rumunia (0,7%) Grecja (1,0%) Polska (1,3%) Republika Czeska (1,6%)	Grecja, Rumunia (0,2%) Polska, Litwa (0,3%) Węgry (0,4%) Republika Czeska (0,5%)	Rumunia, Finlandia (0,0%) Grecja, Polska, Litwa, Norwegia (0,1%) Republika Czeska, Węgry, Estonia (0,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Hiszpania (13,6%) Zjednoczone Królestwo (12,8%) Irlandia (9,4%) Dania (8,9%)	Hiszpania (4,4%) Zjednoczone Królestwo (4,2%) Włochy (2,9%) Irlandia (2,8%)	Hiszpania (2,0%) Zjednoczone Królestwo (1,6%) Cypr (1,3%) Włochy (1,1%)

Uwaga: Europejskie wartości szacunkowe obliczono na podstawie krajowych szacunkowych wskaźników używania narkotyku ważonych populacją danej grupy wiekowej w każdym kraju. Aby uzyskać wartości szacunkowe ogólnej liczby osób używających w Europie, w przypadku krajów nieposiadających danych dotyczących wskaźników używania narkotyku (reprezentujących nie więcej niż 3% populacji docelowej w przypadku szacunkowych wartości dotyczących przynajmniej jednokrotnego użycia lub używania w ciągu ostatniego roku, natomiast 18% w przypadku wartości szacunkowych dotyczących używania w ciągu ostatniego miesiąca) zastosowano średnią unijną. Przyjęte bazowe liczebności populacji: 15–64 lata: 338 mln, 15–34 lata: 130 mln. Ponieważ europejskie wartości szacunkowe oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych w latach 2004–2010/11 (głównie 2008–2010), nie odnoszą się do jednego roku. Dane zestawione w tym miejscu znajdują się w biuletynie statystycznym za 2012 r. w części „Badania ankietowe na populacji ogólnej".

i w Zjednoczonym Królestwie ([75]). W 16 krajach przedstawiających sprawozdanie w grupie młodych osób dorosłych stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet w odniesieniu do wskaźnika używania kokainy w ciągu ostatniego roku wynosi co najmniej 2:1 ([76]).

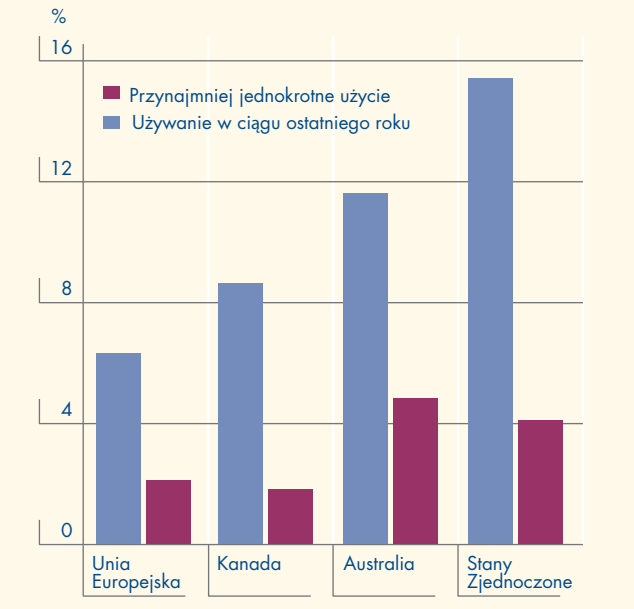
Wyniki ukierunkowanych badań zwracają uwagę na zwiększony poziom używania kokainy wśród regularnych bywalców klubów i innych lokali rozrywkowych. Przykładowo wyniki badania przeprowadzonego w 2010 r. na poziomie miejskim wśród osób odwiedzających puby w Amsterdamie świadczą o wskaźniku używania kokainy w ciągu ostatniego roku wynoszącym 24%. W Republice Czeskiej spośród ponad 1000 respondentów, którzy wypełnili w 2010 r. internetowy kwestionariusz rozpropagowany przez media związane z elektroniczną muzyką taneczną, 29% zgłosiło, że używało kokainy w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Jak wynika z internetowego badania ankietowego przeprowadzonego w 2011 r., 42% spośród ponad 7 tys. respondentów w Zjednoczonym Królestwie używało kokainy w ciągu ostatniego roku (Mixmag, 2012).

W obiektach rozrywkowych używanie kokainy jest silnie powiązane ze spożywaniem alkoholu i innych nielegalnych narkotyków. Dane z przeprowadzonych w 9 krajach badań ankietowych populacji ogólnej wskazują na to, że wskaźnik używania kokainy jest 2–9 razy wyższy wśród osób okazjonalnie spożywających duże ilości alkoholu ([77]) niż w populacji ogólnej (EMCDDA, 2009b). Jak wynika z analizy danych uzyskanych w ramach badań przestępczości przeprowadzonych w latach 2010–2011 w Zjednoczonym Królestwie, w przypadku osób dorosłych, które piją alkohol regularnie, istnieje większe prawdopodobieństwo, że uznają one zażycie kokainy za dopuszczalne niż w przypadku osób pijących alkohol rzadziej lub niepijących w ogóle; stwierdzono ponadto zależność pomiędzy zwiększoną częstotliwością bywania w nocnych klubach lub pubach a zwiększającymi się wskaźnikami używania kokainy.

Porównania międzynarodowe

W porównaniu z niektórymi innymi częściami świata, w odniesieniu do których istnieją wiarygodne dane, szacowany wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych w Europie (2,1%) jest niższy niż wskaźniki zgłoszone w odniesieniu do młodych osób dorosłych w Australii (4,8%) i Stanach Zjednoczonych (4,0% wśród osób w wieku 16–34 lata), natomiast jest zbliżony do wskaźnika zgłoszonego przez Kanadę (1,8%). Dwa kraje europejskie – Hiszpania (4,4%) i Zjednoczone Królestwo (4,2%) – zgłaszają dane liczbowe zbliżone do danych z Australii i Stanów Zjednoczonych (wykres 9).

Wykres 9: Wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku oraz przynajmniej jednokrotnego użycia tego narkotyku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata) w Unii Europejskiej, Australii, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych



Uwaga: Europejskie wartości szacunkowe obliczono na podstawie krajowych szacunkowych wskaźników używania narkotyku ważonych populacją danej grupy wiekowej w każdym kraju. Ponieważ europejskie wartości szacunkowe oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych w latach 2004–2010/2011 (głównie 2008–2010), nie odnoszą się do jednego roku. Badania ankietowe w krajach pozaeuropejskich przeprowadzono w 2010 r. Przedział wiekowy w przypadku badania przeprowadzonego w USA wynosi 16–34 lata (przeliczono z pierwotnych danych).

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

Używanie kokainy wśród uczniów

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy wśród uczniów w wieku 15–16 lat, którzy wzięli udział w najnowszych badaniach ankietowych ESPAD przeprowadzonych w szkołach, wynosi 1–2% w 13 z 24 uczestniczących państw członkowskich UE, Chorwacji i Norwegii. Niemal wszystkie (z wyjątkiem 1) z pozostałych 12 krajów zgłosiły wskaźniki używania na poziomie 3–4%, natomiast wyniki zarówno badań ESPAD przeprowadzonych w Zjednoczonym Królestwie, jak i krajowych badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach angielskich wskazują 5% ([78]). W następstwie krajowego badania ankietowego przeprowadzonego w szkołach w Hiszpanii zgłoszono wskaźnik na poziomie 3%. Dla porównania wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia tego narkotyku wśród uczniów

([75]) Zob. wykres GPS-13 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([76]) Zob. tabela GPS-5 (część iii) i (część iv) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([77]) Okazjonalne spożywanie dużych ilości alkoholu, nazywane również ciągiem picia, definiuje się tu jako spożywanie sześciu lub więcej szklanek napoju alkoholowego przy jednej okazji co najmniej raz w tygodniu w ciągu ostatniego roku.
([78]) Zob. tabela EYE-11 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

w zbliżonym wieku w Stanach Zjednoczonych ocenia się na 3%. W przypadku gdy dostępne są dane dotyczące uczniów w starszym wieku (17–18 lat), wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy jest na ogół wyższy i wynosi nawet do 7% w Hiszpanii ([79]).

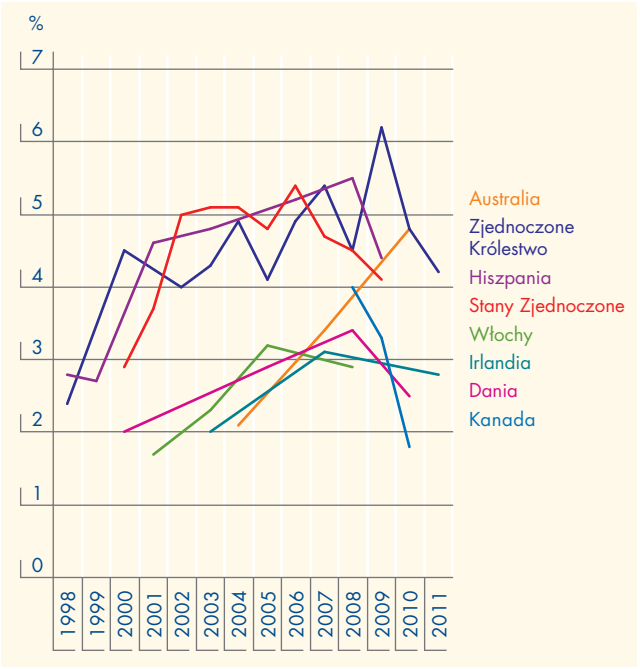
Tendencje w używaniu kokainy

Przez ponad dziesięć lat w sprawozdaniach wykazywano tendencje wzrostowe w używaniu kokainy w przypadku niewielkiej liczby państw europejskich o najwyższych wskaźnikach używania, przy czym w latach 2008–2009 osiągnięte zostały szczytowe wartości. Najnowsze badania ankietowe dotyczące używania kokainy ujawniają pewne pozytywne oznaki w tych krajach i wskazują na istnienie większego prawdopodobieństwa, że popularność tego narkotyku maleje. Badania jakościowe przeprowadzone w obiektach rozrywkowych wykazują także, iż dokonuje się być może pewna zmiana w postrzeganiu kokainy, która dotychczas uznawana była za narkotyk dla osób o wysokim statusie (w Danii i Niderlandach).

7 krajów zgłosiło wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata) przewyższający średnią unijną, która wynosi 2,1% ([80]). W następstwie najnowszych badań ankietowych przeprowadzonych w Danii, Irlandii, Hiszpanii, we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie, wszystkie te kraje odnotowały spadek lub ustabilizowanie się sytuacji w zakresie używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych, co stanowi odzwierciedlenie tendencji zaobserwowanych w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych – ale nie w Australii, gdzie zgłaszany jest wzrost (wykres 10). Spośród 2 pozostałych krajów o najwyższych wskaźnikach używania Cypr zgłosił w następstwie najnowszego przeprowadzonego tam badania ankietowego wzrost z 0,7% w 2006 r. do 2,2% w 2009 r. Mimo że Niderlandy zgłosiły wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych na poziomie 2,4% w 2009 r., co było spowodowane zmianami w metodologii, porównanie z wynikami wcześniejszych badań ankietowych nie jest właściwe.

Używanie kokainy utrzymuje się na względnie niskim i w większości przypadków stabilnym poziomie w 12 pozostałych krajach, w których przeprowadzono trzy powtórzone badania ankietowe. Możliwe wyjątki od tej reguły mają miejsce w przypadku Bułgarii, Francji i Szwecji, które zgłosiły oznaki wzrostu, a także Norwegii, gdzie tendencja wydaje się spadkowa. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że niewielkie zmiany przy niskim wskaźniku używania należy interpretować z pewną ostrożnością.

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



Uwaga: Aby uzyskać więcej informacji, zob. wykres GPS-14 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2012 r. Przedziały wiekowe w przypadku badań ankietowych przeprowadzanych poza Europą są następujące: Stany Zjednoczone: 16–34 lata; Kanada: 15–34 lata; Australia: 15–34 lata w przypadku 2010 r., 14–39 lat w przypadku wcześniejszych badań ankietowych.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

W Bułgarii wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych wzrósł z 0,7% w 2005 r. do 1,5% w 2008 r., natomiast we Francji wzrósł z 1,2% w 2005 r. do 1,9% w 2010 r., a w Szwecji z 0% w 2000 r. do 1,2% w 2008 r. ([81]). Norwegia zgłosiła spadek z 1,8% w 2004 r. do 0,8% w 2009 r.

Spośród 23 krajów, które uczestniczyły zarówno w rundzie badań ESPAD przeprowadzonych w 2011 r., jak i w rundzie badań ESPAD przeprowadzonych w 1995 lub 1999 r., 18 zgłosiło wzrost wskaźnika przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy wynoszący 1–3 punkty procentowe, natomiast w żadnym kraju nie stwierdzono spadku. Chociaż wskaźniki używania utrzymują się na ogół na niskim poziomie, ogólny wzrost obserwowany w niektórych krajach wymaga zachowania stałej czujności.

Konsekwencje zdrowotne używania kokainy

Konsekwencje zdrowotne używania kokainy są prawdopodobnie zbyt nisko szacowane. Może to wynikać

([79]) Zob. tabele od EYE-10 do EYE-30 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([80]) Zob. tabela GPS-2 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([81]) Zob. wykres GPS-14 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.

z często nieokreślonego lub przewlekłego charakteru zmian patologicznych wywoływanych zazwyczaj długotrwałym używaniem kokainy (zob. rozdział 7). Regularne używanie kokainy, w tym wciąganie jej przez nos, może wiązać się z problemami o charakterze sercowo-naczyniowym, neurologicznym i psychiatrycznym, a także z ryzykiem wypadków oraz przenoszenia się chorób zakaźnych wskutek uprawiania seksu bez zabezpieczenia (Brugal i in., 2009) oraz prawdopodobnie dzielenia się rurkami do wciągania narkotyku przez nos (Aaron i in., 2008). Badania przeprowadzone w krajach o wysokim wskaźniku używania tego narkotyku sugerują, że znaczny odsetek problemów kardiologicznych u młodych osób może być związany z używaniem kokainy.

Używanie kokainy w formie iniekcji oraz używanie cracku wiąże się z największymi zagrożeniami dla zdrowia osób używających kokainy, w tym z problemami sercowo-naczyniowymi i psychicznymi (EMCDDA, 2007a). W porównaniu z szerszą populacją osób używających kokainy najnowsze dane ze szpitalnych izb przyjęć w Hiszpanii wskazują nadmierną liczbę osób używających tego narkotyku, które przyjmują go w drodze iniekcji lub palą go.

Problemowe używanie kokainy

Do bardziej szkodliwych form używania kokainy należy regularne lub długoterminowe używanie narkotyku bądź używanie go w formie iniekcji. Ponieważ nie istnieją najnowsze pośrednie krajowe dane szacunkowe dotyczące problemowego używania kokainy w odniesieniu do któregokolwiek kraju europejskiego, głównymi źródłami dostępnych informacji na temat zakresu bardziej szkodliwych form używania kokainy są badania ankietowe populacji ogólnej, dane dotyczące osób używających narkotyków i podejmujących leczenie oraz badania nad używaniem cracku.

W pewnej liczbie krajów zebrano w ramach badań ankietowych populacji ogólnej dane dotyczące intensywnego używania kokainy. Chociaż w badaniach ankietowych tego rodzaju pomija się na ogół zmarginalizowane osoby używające narkotyku, umożliwiają one jednak dotarcie do zintegrowanych społecznie osób intensywnie używających kokainy. W następstwie badania ankietowego populacji ogólnej, przeprowadzonego w 2009 r. w Hiszpanii przy użyciu pomiarów częstości używania, liczbę osób intensywnie używających kokainy oszacowano na ponad 140,5 tys. ([82]), czyli około 4,5 przypadku na 1000 osób w wieku 15–64 lata. Wyniki badania przeprowadzonego na poziomie miejskim w Oslo w Norwegii – także opartego na pomiarze częstości używania przy pomocy zestawu badań ankietowych (w populacji ogólnej, wśród więźniów i osób używających narkotyków w formie iniekcji) – wykazały 1,6–2,0 tys. osób problemowo używających kokainy ([83]), czyli cztery osoby na 1000 mieszkańców w wieku15–64 lata. W Niemczech wskaźnik częstości występowania problemów związanych z kokainą oszacowano, przy użyciu skali głębokości uzależnienia, na około 2 przypadki na 1000 osób w wieku 15–64 lata.

Nagłe wypadki związane z kokainą: możliwość wczesnej interwencji?

W ramach najnowszego europejskiego przeglądu w niektórych krajach stwierdzono trzykrotny wzrost nagłych wypadków wymagających opieki szpitalnej związanych z kokainą, począwszy od końca lat dziewięćdziesiątych XX w., przy czym szczytowy wskaźnik przypadł mniej więcej na 2008 r. w Zjednoczonym Królestwie i Hiszpanii (Mena i in., w druku). Odpowiada to tendencjom w zakresie wskaźników używania w populacji ogólnej, a także sprawozdaniom dotyczącym zgonów związanych z kokainą. 5 z 6 krajów, które zgłosiły najwyższą liczbę nagłych wypadków wymagających opieki szpitalnej związanych z kokainą w latach 2008–2010 (Dania, Irlandia, Hiszpania, Niderlandy i Zjednoczone Królestwo), zgłasza także wskaźniki używania kokainy przewyższające średnią europejską. Fakt, że większość nagłych wypadków wymagających opieki szpitalnej dotyczyła młodych osób dorosłych, z których dwie trzecie to mężczyźni, stanowi kolejne potwierdzenie danych dotyczących wskaźników używania.

W niektórych krajach europejskich monitoruje się obecnie szkody związane z kokainą przez wykorzystywanie danych dotyczących przyjęć na szpitalne oddziały przypadków nagłych oraz hospitalizacji pacjentów. Dane dotyczące poszczególnych przypadków mogą także pochodzić z oddziałów toksykologicznych, placówek udzielających pierwszej pomocy osobom używającym narkotyków, zgłoszeń do ośrodków leczenia zatruć oraz ewidencji policyjnych wydziałów antynarkotykowych. W szczególności Hiszpania i Niderlandy przekazują stosunkowo solidne dane. Pozostałe kraje często korzystają z informacji sieci ośrodków leczenia uzależnień na podstawie danych z wybranych szpitali.

Europejskie dane dotyczące nagłych przypadków wymagających opieki szpitalnej, mimo swojej heterogeniczności, stanowią użyteczny wskaźnik tendencji, a także zwracają uwagę na obszar możliwości w znacznej mierze niezbadanych: dotyczących oceny, wczesnej interwencji oraz kierowania na leczenie tysięcy osób używających kokainy każdego roku.

([82]) Określone jako osoby, które przekroczyły wiek 20 lat i używały kokainy przez co najmniej 30 dni w ciągu ostatniego roku lub co najmniej 10 dni w ciągu ostatniego miesiąca, bądź jako osoby, które nie przekroczyły wieku 20 lat i używały kokainy przez 10 lub więcej dni w ciągu ostatniego roku i co najmniej jeden dzień w ciągu ostatniego miesiąca.

([83]) Określone jako osoby, które używały narkotyku częściej niż raz w tygodniu.

Używanie cracku jest niezwykle rzadko spotykane wśród społecznie zintegrowanych osób używających kokainy i ograniczone głównie do grup zmarginalizowanych i znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby świadczące usługi seksualne oraz osoby problemowo używające opioidów. W Europie jest to w dużej mierze zjawisko miejskie (Connolly i in., 2008; Prinzleve i in., 2004), wykazujące oznaki bardzo niskiego ogólnego wskaźnika używania. W Londynie używanie cracku jest uznawane za główny problem narkotykowy w tym mieście. Regionalne szacunki dotyczące cracku dostępne są wyłącznie w przypadku Anglii, gdzie w latach 2009–2010 liczbę osób problemowo używających cracku oszacowano na 184 tys., co odpowiada 5,4 (5,4–5,8) przypadku na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lata. Większość tych osób używających cracku zgłoszono także jako osoby używające opioidów.

Zapotrzebowanie na leczenie

Dogłębny wgląd w bardziej problemowe formy używania kokainy można uzyskać na podstawie danych o liczbie i cechach osób rozpoczynających leczenie w związku z używaniem kokainy. Niemal wszyscy zgłoszeni pacjenci leczeni z powodu używania kokainy są leczeni w warunkach ambulatoryjnych, chociaż niektóre osoby mogą leczyć się w klinikach prywatnych, skąd dane nie są dostępne. Wiele osób problemowo używających kokainy nie zwraca się jednak o pomoc lekarską (Reynaud-Maurupt i Hoareau, 2010).

Kokaina była wymieniana jako podstawowy powód rozpoczęcia leczenia przez 15% wszystkich zgłoszonych osób używających narkotyków, które podjęły leczenie w 2010 r. Wśród pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie po raz pierwszy w życiu, odsetek osób używających kokainy jako narkotyku podstawowego był wyższy (21%).

Istnieją znaczne różnice pomiędzy krajami w zakresie odsetka i liczby pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od kokainy, przy czym najwyższy odsetek zgłaszają Hiszpania (44%), Włochy (29%) i Niderlandy (26%). W Belgii, Irlandii, na Cyprze, w Luksemburgu, na Malcie, w Portugalii i Zjednoczonym Królestwie osoby leczone z powodu używania kokainy stanowią 10–15% wszystkich pacjentów leczonych w związku z narkotykami. W pozostałych krajach europejskich osoby używające kokainy stanowią 10% lub mniej osób, które rozpoczęły leczenie z uzależnienia od narkotyków, przy czym 7 krajów zgłosiło, że niecały 1% wszystkich osób rozpoczynających leczenie wskazuje kokainę jako swój narkotyk podstawowy.

Ogólnie rzecz biorąc, w 5 krajach (Hiszpania, Niemcy, Włochy, Niderlandy i Zjednoczone Królestwo) znajduje się około 90% wszystkich pacjentów leczonych z uzależnienia od kokainy, zgłoszonych przez 29 krajów europejskich ([84]).

Jak wynika z danych z 25 krajów, które przekazały informacje za lata 2005–2010, tendencja w zakresie zgłaszanej liczby pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu używania kokainy jako narkotyku podstawowego była wzrostowa do 2008 r. (z 55 tys. do 71 tys. pacjentów), sytuacja ustabilizowała się w 2009 r. (70 tys.), natomiast w 2010 r. tendencja była nieznacznie spadkowa (67 tys.) ([85]). Liczba pacjentów leczących się z uzależnienia od kokainy spadła w 13 krajach w okresie od 2007–2008 do 2010 r., przy czym niektóre kraje (Hiszpania, Niderlandy, Portugalia i Zjednoczone Królestwo) zgłosiły zmniejszenie liczby pacjentów podejmujących leczenie po raz pierwszy w życiu nawet o 40%. W Niderlandach liczba nowych pacjentów leczących się z uzależnienia od kokainy uległa w latach 2009–2010 zmniejszeniu, natomiast liczba pacjentów ponownie przyjętych na leczenie odwykowe od kokainy, zwłaszcza tych wymieniających opioidy jako narkotyk dodatkowy, utrzymuje się na stabilnym poziomie (Ouwehand i in., 2011).

Profil pacjentów leczonych ambulatoryjnie

Wśród pacjentów rozpoczynających leczenie ambulatoryjne, którzy jako narkotyk podstawowy zadeklarowali kokainę, występuje jeden z najwyższych stosunków liczby mężczyzn do liczby kobiet (około 5:1), a także jedna z najwyższych średnich wieku (około 33 lat) w grupie wszystkich pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków. Osoby używające kokainy jako podstawowego narkotyku zgłaszają pierwsze użycie tego narkotyku przeciętnie w wieku 22 lat, przy czym 87% osób rozpoczęło używanie kokainy przed ukończeniem 30 roku życia ([86]).

Większość pacjentów leczonych z powodu używania kokainy zgłasza wciąganie przez nos (65%) lub palenie (27%) jako główną metodę przyjmowania narkotyku, natomiast jedynie 6% jako główną metodę jego przyjmowania zgłasza iniekcję. Niemal połowa pacjentów leczonych w związku z kokainą używała narkotyku 1–6 razy w ciągu tygodnia w miesiącu poprzedzającym rozpoczęcie leczenia, natomiast około jedna czwarta używała tego narkotyku codziennie, podczas gdy pozostała jedna czwarta nie używała go w tym okresie lub robiła to wyłącznie sporadycznie ([87]).

([84]) Zob. tabele TDI-5 (część i) i (część ii) oraz TDI-24 w biuletynie statystycznym za 2012 r.; dane dotyczące Hiszpanii odnoszą się do 2009 r.
([85]) Zob. wykresy TDI-1 i TDI-3 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([86]) Zob. tabele TDI-4 (część ii), TDI-10 (część iii), TDI-11 (część iii) i TDI-18 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([87]) Zob. tabele TDI-17 i TDI-18 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Kokaina jest często używana w połączeniu z innymi używkami lub narkotykami, szczególnie z alkoholem, konopiami indyjskimi, innymi substancjami pobudzającymi i heroiną. Jak wynika z przeprowadzonej w Niderlandach w 2011 r. analizy, większość pacjentów leczonych z powodu kokainy używa tego narkotyku razem innym substancjami (64%), najczęściej z alkoholem (Ouwehand i in., 2011).

Wśród wszystkich osób używających kokainy i rozpoczynających leczenie ambulatoryjne w Europie istnieje podgrupa 7,5 tys. osób używających cracku jako narkotyku podstawowego ([88]). Stanowią oni 13% wszystkich pacjentów leczących się z powodu kokainy oraz poniżej 2% wszystkich leczących się z powodu narkotyków pacjentów rozpoczynających leczenie ambulatoryjne. Większość (około 5 tys.) tych osób używających cracku rozpoczęła leczenie w Zjednoczonym Królestwie, gdzie stanowią one 36% pacjentów leczonych w kraju z powodu kokainy jako narkotyku podstawowego i 4% wszystkich pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu narkotyków. Pozostałe 2 tys. pacjentów leczących się z powodu cracku zgłosiły głównie Francja i Niderlandy, gdzie stanowią oni odpowiednio 23% i 30% wszystkich pacjentów leczących się z powodu kokainy, a także Hiszpania i Włochy (3% i 1% wszystkich pacjentów leczących się z powodu kokainy). Pacjenci leczący się z powodu cracku często używają tego narkotyku łącznie z innymi substancjami, w tym z heroiną używaną jako iniekcja (EMCDDA, 2007a; Escot i Suderie, 2009).

Leczenie i redukcja szkód

W przeszłości leczenie problemów związanych z używaniem narkotyków w Europie dotyczyło przede wszystkim uzależnienia od opioidów. Jednakże wraz z rosnącymi obawami dotyczącymi zdrowia publicznego w związku z używaniem kokainy i cracku w wielu krajach większą uwagę poświęca się reagowaniu na problemy związane z tymi właśnie narkotykami. Podstawowe możliwości leczenia uzależnienia od kokainy to interwencje psychospołeczne, w tym rozmowy motywacyjne, terapie kognitywno-behawioralne, behawioralne szkolenie w zakresie samokontroli, interwencje zapobiegające powrotowi do nałogu oraz doradztwo.

11 państw członkowskich, w tym wszystkie kraje charakteryzujące się wysokimi wskaźnikami używania kokainy i liczby pacjentów rozpoczynających leczenie, zgłosiło, że oprócz ogólnych usług w zakresie leczenia istnieją także specjalne programy terapeutyczne dostępne dla osób używających kokainy lub cracku. O ile jednak krajowi eksperci z Niemiec, Włoch, Litwy i ze Zjednoczonego Królestwa oszacowali, że specjalne programy są dostępne dla większości osób używających kokainy i potrzebujących leczenia, o tyle eksperci z Belgii, Danii, Irlandii, Hiszpanii, Austrii, Rumunii i Słowenii ocenili, że są one dostępne jedynie dla mniejszości tych osób.

Niektóre kraje zgłosiły, że dostosowują swoje działania w zakresie leczenia osób uzależnionych od kokainy do potrzeb konkretnych grup pacjentów. Na przykład w Zjednoczonym Królestwie specjalistyczne jednostki ds. leczenia odwykowego uszeregowują pod względem ważności usługi leczenia w odniesieniu do osób problemowo używających narkotyków, w tym osób używających cracku. Zarówno Dania, jak i Austria zgłosiły, że zapewniają leczenie osobom używającym kokainy w ramach programu dla osób używających jednocześnie wielu substancji. W Danii przebadano pilotażową wersję modelu leczenia w przypadku osób mających problemy z kokainą, konopiami indyjskimi i alkoholem. Planowane jest opracowanie wytycznych klinicznych, przy czym model zostanie wdrożony w pewnej liczbie gmin miejskich w ciągu kolejnych czterech lat i otrzyma budżet w wysokości około 1 mln euro. Ponadto Bułgaria, Malta i Niderlandy zgłosiły, że w ciągu najbliższych trzech lat planują specjalne programy leczenia dla osób używających kokainy.

Badania dotyczące leczenia uzależnienia od kokainy

EMCDDA wraz z Grupą Cochrane'a ds. Narkotyków i Alkoholu opublikowało ostatnio omówienie przeglądu terapii farmakologicznych uzależnienia od kokainy (Amato i in., w druku). Przeanalizowano w nim akceptowalność, skuteczność i bezpieczeństwo substancji psychostymulujących, leków przeciwdrgawkowych, leków z grupy agonistów dopaminy oraz disulfiramu w leczeniu uzależnienia od kokainy. Większość z wymienionych substancji może blokować lub ograniczać wpływ kokainy na układ nagrody w mózgu. Ponadto leki przeciwpsychotyczne mogą łagodzić wywołane przez kokainę objawy psychozopodobne. Badania te nie są bezpośrednio porównywalne, gdyż mają różne cele i wskaźniki oceny efektywności – począwszy od ograniczenia używania, zmniejszenia lub leczenia objawów odstawiennych, aż po określenie terapii substytucyjnej.

W ramach przeglądu badań nad substancjami psychostymulującymi stwierdzono pewne pozytywne

([88]) Zob. tabela TDI-115 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

wyniki w odniesieniu do wspomagania osób używających kokainy w osiągnięciu abstynencji. Szczególnie obiecujące były wyniki dotyczące leczenia pacjentów uzależnionych jednocześnie od opioidów i kokainy przy użyciu bupropionu i deksamfetaminy. Nie stwierdzono jednak, aby substancje psychostymulujące były skuteczne w przypadku terapii substytucyjnej. Oceny leków przeciwpsychotycznych i przeciwdrgawkowych w odniesieniu do pacjentów uzależnionych od kokainy były niejednoznaczne. Dostępne aktualnie dane nie uzasadniają stosowania leków z grupy agonistów dopaminy w leczeniu uzależnienia od kokainy. Chociaż disulfiram wykazał pozytywne wyniki w zakresie wspomagania pacjentów w kontynuowaniu leczenia, jednak wydaje się, że możliwe szkodliwe skutki uboczne substancji przeważają nad wszelkimi korzyściami.

Spośród niefarmakologicznych działań interwencyjnych ukierunkowanych na leczenie uzależnienia od kokainy interwencją psychospołeczną o najwyższej skuteczności pozostaje w dalszym ciągu wzmacnianie motywacji do pozytywnych zachowań (Vocci i Montoya, 2009). W następstwie najnowszych badań przeprowadzonych w Belgii wykazano, że po sześciu miesiącach uczestnictwa w programie wzmacniania motywacji do pozytywnych zachowań wskaźnik abstynencji wśród osób używających kokainy był trzy razy wyższy niż przypadku pacjentów objętych leczeniem standardowym (Vanderplasschen i in., 2011).

Szczepionki przeciwko nielegalnym narkotykom

Badania prowadzone na zwierzętach w celu opracowania szczepionek antynarkotykowych zostały zapoczątkowane w 1972 r. (Berkowitz i Spector), natomiast zainteresowanie opracowaniem farmakologicznej reakcji na uzależnienie od kokainy doprowadziło ostatnio do postawienia tego zagadnienia w centrum uwagi.

Działanie szczepionek antynarkotykowych polega na wywoływaniu wytwarzania przeciwciał w krwiobiegu, przy czym – o ile się to uda – może dojść do zredukowania psychoaktywnych efektów narkotyków i zmniejszenia głodu narkotykowego (Fox i in., 1996). Obecnie prowadzone są badania nad szczepionkami antynarkotykowymi w odniesieniu do kokainy, nikotyny, metamfetaminy i heroiny (Shen i in., 2011). Najbardziej zaawansowane szczepionki są wymierzone w uzależnienie od kokainy i nikotyny, przy czym okazały się skuteczne we wspomaganiu pacjentów w utrzymywaniu abstynencji. Głównym stwierdzonym ograniczeniem jest to, że wytwarzanie przeciwciał u większości pacjentów jest na niskim poziomie (Hatsukami i in., 2005; Martell i in., 2005). Prowadzone są jednak badania nad poprawą tego stanu i być może niedługo dostępne będą w handlu tego typu produkty, przynajmniej w odniesieniu do nikotyny (Polosa i Benowitz, 2011). Badania naukowe nad szczepionkami antymetamfetaminowymi są jak dotąd w fazie przedklinicznej i koncentrują się na charakterystyce przeciwciał. Opracowano szczepionki antyopioidowe, które są skuteczne w przypadku szczurów, natomiast obecnie badania koncentrują się na strategiach służących ograniczeniu liczby podawanych dawek niezbędnych do utrzymania stężenia przeciwciał we krwi (Stowe i in., 2012).

Redukcja szkód

Interwencje w zakresie redukcji szkód, ukierunkowane na bardziej socjalnie zintegrowane osoby używające kokainy (w większości przypadków osoby używające kokainy w proszku), mogą być wdrażane za pośrednictwem specjalnych programów środowiskowych realizowanych w klubach nocnych. Można w tym miejscu przytoczyć dwa przykłady: przeprowadzoną niedawno w Szkocji kampanię świadomości dotyczącą kokainy „Znam wszystkie za i przeciw" (ang. *Know the Score Cocaine Awareness Campaign*) oraz belgijską kampanię Partywise „Jak się ma twój przyjaciel na kokainie?". Kampanie te mają na celu podnoszenie świadomości oraz informowanie (więcej o interwencjach w obiektach rozrywkowych – zob. rozdział 4).

Interwencje ukierunkowane na redukcję szkód wywoływanych problemowym używaniem kokainy i cracku stanowią nowy obszar działania w wielu państwach członkowskich. Na ogół usługi i świadczenia zapewniane osobom przyjmującym kokainę w formie iniekcji zostały opracowane w celu zaspokojenia potrzeb osób używających opioidów. Iniekcjom kokainy towarzyszy jednakże szczególne zagrożenie. Łączy się to z potencjalnie większą częstotliwością iniekcji, chaotycznym zachowaniem związanym z iniekcjami oraz wyższym poziomem ryzykownych zachowań seksualnych. Zalecenia w zakresie bezpieczniejszego używania muszą być dostosowane do potrzeb tej konkretnej grupy. Ze względu na potencjalnie dużą częstotliwość iniekcji podaż sterylnego sprzętu do iniekcji nie powinna być ograniczana, ale raczej oparta na lokalnych ocenach wzorów używania kokainy i sytuacji społecznej osób używających narkotyku w tej formie (Des Jarlais i in., 2009).

Zapewnianie określonych programów redukcji szkód dla osób palących crack jest w Europie ograniczone. W trzech krajach (Niemcy, Hiszpania i Niderlandy) niektóre placówki zapewniające warunki do konsumpcji narkotyków udostępniają sprzęt do wdychania narkotyków, w tym cracku. W Belgii, Niemczech,

Hiszpanii, we Francji, w Luksemburgu i Niderlandach zgłoszono, że pewne placówki niskoprogowe sporadycznie zapewniają osobom palącym crack higieniczny sprzęt inhalacyjny, w tym czyste fajki do palenia cracku lub zestawy do palenia cracku (szklany cybuch z ustnikiem, metalowe sitko, balsam do ust i chusteczki do wytarcia rąk). W niektórych niskoprogowych placówkach w 13 państwach członkowskich UE osobom palącym heroinę lub kokainę udostępnia się również folię. W Zjednoczonym Królestwie Rada Konsultacyjna ds. Nadużywania Narkotyków (ACMD) przeanalizowała wykorzystanie folii jako działania interwencyjnego mającego na celu redukcję szkód, przy czym uzyskano dowody świadczące o tym, że udostępnianie folii może pomóc w propagowaniu palenia narkotyku zamiast używania go w formie iniekcji.

Rozdział 6

Używanie opioidów i używanie narkotyków w formie iniekcji

Wprowadzenie

Używanie heroiny, szczególnie w formie iniekcji, jest od lat siedemdziesiątych XX w. ściśle związane z problemami zdrowotnymi i społecznymi w Europie. Obecnie narkotyk ten w dalszym ciągu stanowi przyczynę największej zachorowalności i umieralności w powiązaniu z używaniem narkotyków w Unii Europejskiej. Po dwudziestu latach narastających przeważnie problemów związanych z używaniem heroiny w Europie pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX w. i na początku obecnego wieku odnotowano spadek w zakresie używania heroiny i występowania powiązanych z tym szkód. W ciągu ostatniej dekady tendencja stała się jednak mniej wyraźna. Sytuacja jest w dalszym ciągu niejednoznaczna, stwierdza się jednak w coraz większym stopniu, że w niektórych częściach Europy nastąpił spadek liczby osób rozpoczynających używanie heroiny, zmniejszyła się dostępność tego narkotyku oraz w niektórych krajach w ostatnim czasie wystąpiły poważne niedobory heroiny. Zmianom tym towarzyszyły doniesienia o wypieraniu heroiny przez inne narkotyki, m.in. syntetyczne opioidy w rodzaju fentanylu, a także o iniekcyjnym używaniu narkotyków pobudzających, takich jak amfetamina, metamfetamina i syntetyczne katynony. Każdy wzrost w zakresie iniekcyjnego używania narkotyków pobudzających jest przyczyną obaw związanych z rosnącym zagrożeniem dla zdrowia.

Podaż i dostępność

W przeszłości w Europie dostępne były dwie formy przywożonej heroiny: powszechniej dostępna – brązowa heroina (w jej podstawowej postaci chemicznej), pochodziła głównie z Afganistanu. Mniej powszechna – biała heroina (w postaci soli) zazwyczaj pochodziła z południowo-wschodniej Azji. Mimo że biała heroina stała się rzadko dostępna, niektóre kraje zgłosiły ostatnio pojawienie się produktów na bazie heroiny w formie białych kryształów, pochodzących prawdopodobnie z południowo-zachodniej Azji. Narkotyki opioidowe produkowane są także w ograniczonym zakresie w Europie; są to głównie wyroby z maku lekarskiego domowej produkcji (np. słoma makowa, koncentrat ze zmiażdżonych łodyg lub makówek), zgłaszane w Estonii, na Litwie i w Polsce.

Produkcja i handel

Afganistan odpowiada nie tylko za większość dostaw heroiny do Europy, ale jest nieprzerwanie głównym źródłem tego narkotyku dla całego świata. Inne kraje produkujące opium to Birma, zaopatrująca głównie rynki wschodniej i południowo-wschodniej Azji, Pakistan i Laos, a następnie Meksyk i Kolumbia, które są uważane za największych dostawców heroiny do Stanów Zjednoczonych (UNODC, 2012). Szacuje się, że globalna

Tabela 9: Produkcja, konfiskaty, cena i czystość heroiny

Produkcja i konfiskaty	Heroina
Szacowana globalna produkcja (w tonach)	467
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	81
Skonfiskowana ilość (w tonach) **UE i Norwegia** **(łącznie z Chorwacją i Turcją)**	 6 (19)
Liczba konfiskat **UE i Norwegia** **(łącznie z Chorwacją i Turcją)**	 50 000 (55 000)
Cena i czystość w Europie (1)	**heroina w postaci zasady („brązowa heroina")**
Średnia cena detaliczna (w euro za gram) **Rozstęp** **(Rozstęp międzykwartylowy) (2)**	 23–160 (24,6–73,6)
Średnia czystość (w %) **Rozstęp** **(Rozstęp międzykwartylowy) (2)**	 13–57 (17,7–28,0)

(1) Ponieważ niewiele krajów przekazuje informacje na temat ceny detalicznej i czystości chlorowodorku heroiny („białej heroiny"), dane te nie są przedstawione w tabeli. Można je sprawdzić w tabelach PPP-2 i PPP-6 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
(2) Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych danych.
Uwaga: Dane dotyczą 2010 r., z wyjątkiem szacowanej globalnej produkcji (2011 r.).
Źródło: Wartości globalne – UNODC (2012); dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

produkcja opium zwiększyła się z 4,7 tys. ton w 2010 r. do 7 tys. ton w 2011 r. i osiągnęła poziomy porównywalne do tych z poprzednich lat. Znaczna część tego wzrostu jest wynikiem ożywienia potencjalnej produkcji opium w Afganistanie, która zwiększyła się z 3,6 tys. ton w 2010 r. do 5,8 tys. ton w 2011 r. (UNODC, 2012). Według najnowszych danych szacunkowych wielkość globalnej potencjalnej produkcji heroiny wynosi 467 ton (zob. tabela 9), co stanowi wzrost w porównaniu z szacowanym poziomem 384 ton w 2010 r. (UNODC, 2012).

Heroina przywożona jest do Europy dwoma głównymi szlakami handlowymi, jednak różnorodność metod i szlaków wykorzystywanych do przemytu tego narkotyku jest coraz większa. Historycznie istotnym szlakiem bałkańskim dociera heroina produkowana w Afganistanie, a sprowadzana przez Pakistan, Iran i Turcję, a następnie – przez inne kraje tranzytu lub docelowe – kierowana jest ona głównie do zachodniej i południowej Europy. Heroina jest również przewożona „szlakiem jedwabnym" przez środkową Azję i w kierunku Rosji. Pewna ilość tej heroiny jest następnie przemycana przez Białoruś, Polskę i Ukrainę do innych krajów, np. skandynawskich. Afryka wydaje się zyskiwać w tej dziedzinie na znaczeniu – obecnie stała się głównym obszarem tranzytowym dla przemytu heroiny do Europy drogą powietrzną (INCB, 2012b). W Unii Europejskiej rolę wtórnych węzłów dystrybucyjnych pełnią Niderlandy oraz w mniejszym stopniu – Belgia.

Konfiskaty

Zgłoszone w skali całego świata ilości skonfiskowanego opium uległy zmniejszeniu z 635 ton w 2009 r. do 492 ton w 2010 r. Około 80% łącznej ilości skonfiskowano w Iranie, natomiast niemal 12% w Afganistanie. W 2010 r. zgłoszone na całym świecie ilości skonfiskowanej heroiny (81 ton) i morfiny (19 ton) zwiększyły się, w obu przypadkach, o 5 ton (UNODC, 2012).

Ocenia się, że 55 tys. konfiskat w Europie doprowadziło w 2010 r. do przechwycenia 19 ton heroiny, z czego dwie trzecie (12,7 tony) zgłosiła Turcja. Zjednoczone Królestwo (a w dalszej kolejności Hiszpania) ponownie zgłosiło największą liczbę konfiskat ([89]). Dane za lata 2005–2010 z 28 krajów przedstawiających sprawozdanie wskazują na ogólny wzrost liczby konfiskat, chociaż w 2010 r. miał miejsce nieznaczny spadek. W okresie 2005–2010 ilości narkotyków przechwyconych w Unii Europejskiej ulegały wahaniom, przy czym w 2010 r. zgłoszono znaczne zmniejszenie, głównie wskutek spadku skonfiskowanych ilości w Bułgarii i Zjednoczonym Królestwie. Turcja także zgłosiła istotny spadek ilości odzyskanych w 2010 r., co należy rozumieć w kontekście wcześniejszych działań przechwytujących, które – jak się wydaje – zdezorganizowały rynek heroiny w niektórych częściach Europy.

Ilości skonfiskowanego na całym świecie bezwodnika octowego, stosowanego w produkcji heroiny, wzrosły z 21 tys. litrów w 2009 r. do 59,7 tys. litrów w 2010 r. Dane liczbowe dotyczące Unii Europejskiej były w ostatnich latach bardzo zróżnicowane: od rekordowej ilości około 151 tys. litrów skonfiskowanych w 2008 r. do 912 litrów w 2009 r.; pojedyncza konfiskata około 21,1 tys. litrów tego odczynnika w Bułgarii to niemal całkowita ilość 21,2 tys. litrów przechwyconych w 2010 r. (INCB, 2012a).

W ostatnim dziesięcioleciu Estonia zgłaszała, że na rynku nielegalnych narkotyków heroina jest w znacznym stopniu wypierana przez fentanyl. Niedawno Słowacja poinformowała o podobnym zjawisku, jednak liczba konfiskat i przechwycone ilości pozostają na niskim poziomie. W 2010 r. Słowacja zgłosiła 17 konfiskat fentanylu; w Estonii przechwycono 0,5 kg tego syntetycznego opioidu.

Czystość i cena

Średnia czystość brązowej heroiny badanej w 2010 r. wynosiła17–28% w większości krajów przedstawiających sprawozdanie; niższe wartości średnie zgłoszono we Francji (13%) i w Austrii (wyłącznie handel detaliczny, 13%), natomiast wyższe na Malcie (30%), w Hiszpanii (32%) i Turcji (57%). W latach 2005–2010 czystość brązowej heroiny wzrosła w 4 krajach, podczas gdy w 4 innych pozostała na stałym poziomie, a w 2 zmniejszyła się. Średnia czystość białej heroiny była na ogół wyższa (25–45%) w 5 krajach europejskich, które przekazały dane ([90]).

W krajach nordyckich cena detaliczna brązowej heroiny w dalszym ciągu była znacznie wyższa niż w pozostałych krajach europejskich, przy czym w 2010 r. Szwecja podała średnią cenę 160 euro za gram (co było wynikiem gwałtownego wzrostu w 2010 r.), a Dania cenę 83 euro. Na ogół cena wahała się w przedziale 24–74 euro za gram w połowie krajów przedstawiających sprawozdanie. W latach 2005–2010 cena detaliczna brązowej heroiny spadła w 10 z 14 krajów europejskich przekazujących dane na temat tendencji czasowych. W 3 krajach europejskich przekazujących dane średnia cena białej heroiny była na ogół wyższa (61–251 euro).

Problemowe używanie narkotyków

EMCDDA definiuje problemowe używanie narkotyków jako używanie narkotyków w formie iniekcji lub

([89]) Zob. tabele SZR-7 i SZR-8 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([90]) Aby zapoznać się z danymi dotyczącymi siły działania i ceny, zob. tabele PPP-2 i PPP-6 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

długotrwałe bądź regularne używanie opioidów, kokainy lub amfetamin. Przyjmowanie narkotyków w formie iniekcji oraz używanie opioidów stanowi większą część problemowego używania narkotyków w Europie, choć w kilku krajach istotnym elementem są również osoby używające amfetamin lub kokainy. Osoby problemowo używające narkotyków to w większości przypadków osoby używające jednocześnie wielu substancji, przy czym wskaźniki używania są znacznie wyższe na obszarach miejskich i w grupach zmarginalizowanych. Z uwagi na stosunkowo niskie rozpowszechnienie i „konspiracyjny" charakter problemowego używania narkotyków, w celu uzyskania szacunkowych wskaźników używania na podstawie dostępnych źródeł danych konieczne jest dokonanie statystycznych ekstrapolacji (przede wszystkim na podstawie danych dotyczących leczenia odwykowego oraz danych organów ścigania).

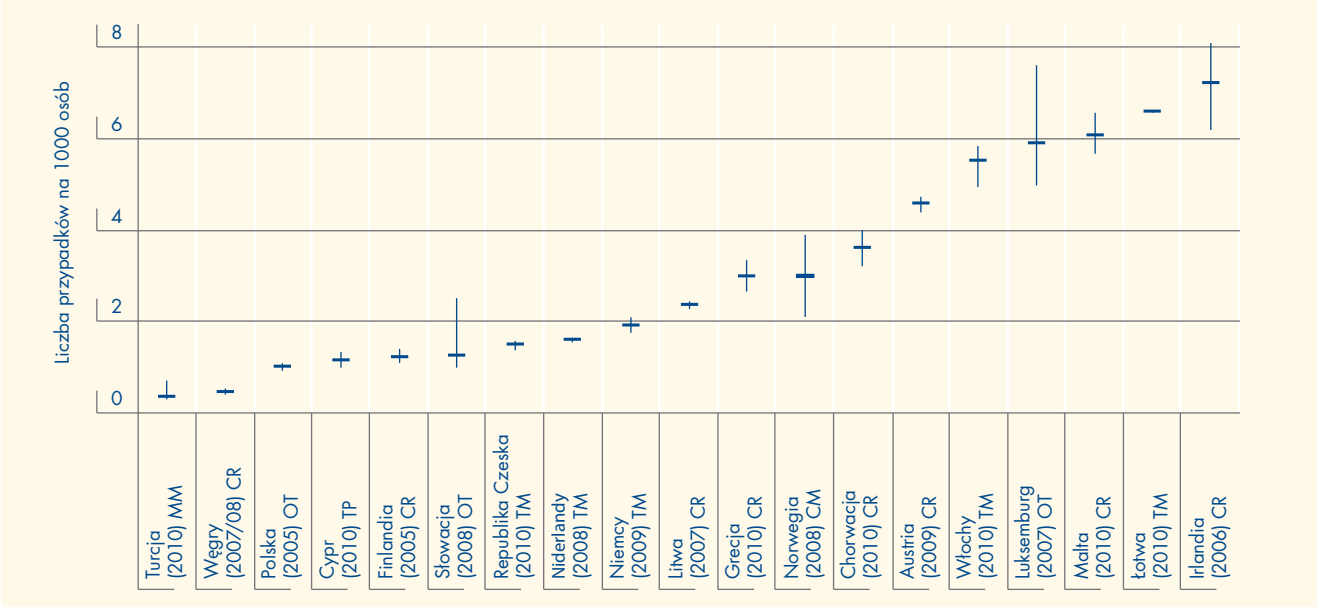
Problemowe używanie opioidów

Większość krajów europejskich jest obecnie w stanie przedstawić szacunkowe wskaźniki problemowego używania opioidów. Najnowsze krajowe dane szacunkowe mieszczą się w granicach od mniej niż 1 do 8 przypadków na 1000 osób w wieku 15–64 lata (wykres 11). Kraje zgłaszające najwyższe szacunkowe dane dotyczące problemowego używania opioidów to Irlandia, Łotwa, Luksemburg i Malta, natomiast najmniej przypadków zgłaszają Cypr, Węgry, Polska i Finlandia. Turcja zgłasza mniej niż 1 przypadek na 1000 osób w wieku 15–64 lata.

Średni wskaźnik problemowego używania opioidów w Unii Europejskiej i Norwegii, wyliczony na podstawie badań krajowych, szacuje się na 4,2 (3,6–4,4) przypadków na 1000 osób w wieku 15–64 lata. Odpowiada to około 1,4 mln osób problemowo używających opioidów w Unii Europejskiej i Norwegii w 2010 r. ([91]).

Dla porównania – wartości z danych szacunkowych dotyczących krajów sąsiadujących z Europą są wysokie: 16,4 osób używających problemowo opioidów na 1000 osób w wieku 15–64 lata w Rosji (UNODC, 2011b), natomiast na Ukrainie 10–13 na 1000 osób w wieku 15–64 lata (UNODC, 2010). Zarówno Australia, jak i Stany Zjednoczone podają wyższe dane szacunkowe dotyczące wskaźników problemowego używania opioidów – odpowiednio 6,3 i 5,8 przypadków na 1000 osób w wieku 15–64 lata, natomiast odpowiadająca wartość liczbowa w przypadku Kanady

Wykres 11: Dane szacunkowe dotyczące rocznego wskaźnika rozpowszechnienia problemowego używania opioidów (wśród osób w wieku 15–64 lata)



Uwaga: Kreska pozioma oznacza estymację punktową; kreska pionowa oznacza przedział niepewności: przedział ufności 95% lub przedział oparty na analizie wrażliwości. Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na różne metody szacowania i źródła danych, dlatego przy porównaniach wskazana jest ostrożność. Niestandardowe przedziały wiekowe zastosowano w badaniach w Finlandii (15–54 lata) i w Polsce (wszystkie przedziały wiekowe). Oba poziomy dostosowano do populacji w wieku 15–64 lata. Akronimy zastosowanych metod oszacowania: CR, capture–recapture (losowanie typu pojmanie–uwolnienie); TM, treatment multiplier (współczynnik leczeń); MM, mortality multiplier (współczynnik umieralności); CM, combined methods (metody łączone); TP, truncated Poisson (rozkład ucięty Poissona); OT, other methods (pozostałe metody). Aby uzyskać więcej informacji, zob. wykres PDU-1 (part ii) oraz tabelę PDU-102 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

([91]) Szacunkowe dane zgłoszone przez 18 krajów wykazują średni wskaźnik wynoszący 3,1 (3,0–3,2) przypadku na 1000 osób w wieku 15–64 lata. Uwzględnienie ważonych danych szacunkowych dotyczących problemowego używania narkotyków, zgłoszonych przez kolejne 8 krajów, zwiększa średni wskaźnik do wartości 4,2 (3,9–4,4) przypadku, co zastosowano w odniesieniu do populacji Unii Europejskiej i Norwegii w 2010 r.

wynosi 3 przypadki. Z uwagi na zróżnicowane definicje populacji docelowej należy zachować ostrożność przy dokonywaniu porównań pomiędzy krajami. Przykładowo w przypadku uwzględnienia pozamedycznego używania opioidów dostępnych na receptę wskaźnik używania wzrósłby do 39–44 przypadków na 1000 mieszkańców Ameryki Północnej w wieku 15–64 lata (UNODC, 2011b).

Osoby używające opioidów i rozpoczynające leczenie

Opioidy, głównie heroina, były wymieniane jako narkotyk podstawowy przez ponad 200 tys. zgłoszonych pacjentów rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w 29 krajach europejskich w 2010 r., czyli 48% wszystkich zgłoszonych osób, które podjęły leczenie. Na obszarze Europy istnieją jednak w tym zakresie znaczne różnice: pacjenci leczeni z powodu uzależnienia od opioidów stanowią ponad 70% osób rozpoczynających leczenie w 7 krajach, 40–70% w 12 krajach i poniżej 40% w 10 krajach (wykres 12). Niemal 80% wszystkich osób używających opioidów i rozpoczynających leczenie odwykowe w Europie zostało zgłoszone przez zaledwie 5 krajów: Niemcy, Hiszpanię, Francję, Włochy i Zjednoczone Królestwo ([92]).

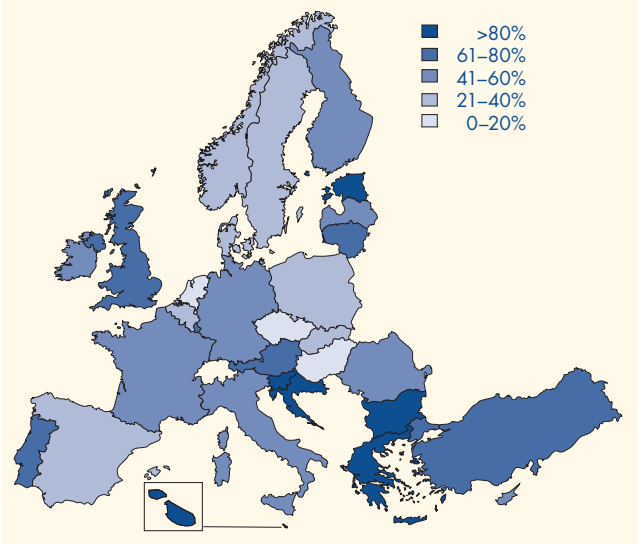
Duży odsetek osób rozpoczynających leczenie w szeregu krajów zgłasza jako podstawowy narkotyk opioidy inne niż heroina: fentanyl w Estonii, buprenorfinę w Finlandii oraz inne opioidy w Danii, na Łotwie i w Austrii ([93]).

Średni wiek osób używających opioidów i rozpoczynających specjalistyczne leczenie wynosi 33 lata, przy czym w większości krajów kobiety są na ogół młodsze ([94]). W całej Europie liczba mężczyzn leczonych z powodu uzależnienia od opioidów przewyższa liczbę kobiet w stosunku 3:1. Przeważająca większość pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od opioidów zgłosiła rozpoczęcie używania narkotyku przed 30 rokiem życia, przy czym niemal połowa (46%) wszystkich pacjentów leczonych z powodu opioidów zrobiła to przed osiągnięciem wieku 20 lat ([95]). Na ogół w przypadku osób używających opioidów zgłaszane są wyższe wskaźniki bezdomności i bezrobocia oraz niższy poziom wykształcenia w porównaniu z osobami używającymi innych substancji jako narkotyku podstawowego; osoby te są też zazwyczaj zamieszkałe na obszarach miejskich.

Tendencje w problemowym używaniu opioidów

Dane z 9 krajów, w których dokonywano wielokrotnych ocen wskaźnika problemowego używania opioidów

Wykres 12: Osoby używające opioidów jako narkotyku podstawowego stanowiące odsetek wszystkich zgłoszonych pacjentów rozpoczynających leczenie uzależnienia od narkotyków w 2010 r.



Uwaga: Dane wyrażone jako odsetek tych osób, dla których znany jest narkotyk podstawowy (92% zgłoszonych pacjentów). Dane z 2010 r. lub z ostatniego roku, za który dostępne są dane. Dane z Litwy odnoszą się do osób, które rozpoczęły leczenie po raz pierwszy w życiu. Liczba osób używających opioidów jako narkotyku podstawowego może być zaniżona w niektórych krajach, w tym w Belgii, Republice Czeskiej, Niemczech i we Francji, ponieważ wiele osób jest leczonych przez lekarzy pierwszego kontaktu lub placówki lecznictwa psychiatrycznego i mogą nie być uwzględnione we wskaźniku zgłaszalności do leczenia.
Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

w latach 2005–2010, wskazują na stosunkowo stabilną sytuację. Pomiary wskaźników używania mogą jednak nie uwzględniać tendencji w zakresie rozpoczynania używania narkotyków, przy czym należy je rozpatrywać w kontekście ustanowionym przez inne źródła danych. W latach 2005–2010 liczba pacjentów rozpoczynających po raz pierwszy w życiu specjalistyczne leczenie odwykowe w związku z używaniem heroiny jako narkotyku podstawowego w 24 krajach europejskich zwiększyła się z 51 tys. w 2005 r. do rekordowej liczby 61 tys. w 2007 r., po czym spadła do 46 tys. w 2010 r. ([96]). Spadek ten jest najlepiej widoczny w krajach zachodnioeuropejskich.

Okres pomiędzy pierwszym użyciem heroiny a rozpoczęciem leczenia może być znaczny. Z tego powodu liczba osób używających heroiny i podejmujących leczenie po raz pierwszy stanowi odzwierciedlenie zarówno historycznych tendencji w zakresie rozpoczęcia używania heroiny (częstość używania), jak i sytuacji współczesnej. Zastrzeżenie, jakie można zgłosić do tej interpretacji, wynika z tego, że mogą mieć na nie

([92]) Zob. tabele TDI-5 i TDI-22 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([93]) Zob. tabela TDI-113 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([94]) Zob. tabele TDI-10, TDI-21, TDI-32 i TDI-103 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([95]) Zob. tabele TDI-33, TDI-106 (część i) i TDI-107 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([96]) Zob. wykresy TDI-1 i TDI-3 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

wpływ zmiany praktyk w zakresie przekazywania sprawozdań; ponadto europejskie dane liczbowe mogą nieproporcjonalnie odzwierciedlać tendencje występujące w większych krajach. Mimo znacznych różnic pomiędzy poszczególnymi krajami dowody wskazują jednak, że ogólnie liczba osób rozpoczynających używanie heroiny w Europie spada.

Analizę tę można także rozpatrywać z uwzględnieniem tendencji w zakresie innych wskaźników, takich jak używanie narkotyków w formie iniekcji (zob. poniżej), zgony związane z narkotykami i przestępstwa związane z narkotykami, chociaż te źródła danych są prawdopodobnie lepszymi wskaźnikami rozpowszechnienia, a nie częstości używania. W ciągu ostatnich lat w Europie można zaobserwować spadek liczby przestępstw narkotykowych związanych z heroiną. Dane dotyczące zgonów związanych z narkotykami są bardziej niejednoznaczne. Wzrost lub stabilną sytuację odnotowywano w poszczególnych krajach aż do 2008 r.; w 2009 r. stwierdzono na ogół stabilną sytuację, natomiast wstępne dane za 2010 r. wskazują, że od niedawna ma miejsce spadek ([97]).

Wskaźniki dotyczące rynku opioidów także dostarczają dopełniających informacji w tej dziedzinie. W niektórych krajach zgłaszano pod koniec 2010 r. i na początku 2011 r. poważne niedobory heroiny (EMCDDA, 2011a), natomiast ostatni spadek liczby konfiskat heroiny wskazuje na zmiany w zakresie dostępności heroiny w Europie, co może także mieć związek ze zmianą wzorów używania narkotyków. Można tu wymienić doniesienia o wzmożonym przyjmowaniu w formie iniekcji katynonów (Węgry), mieszaninach zawierających kofeinę i kreatynę (Rumunia), wzroście używania benzodiazepin i innych leków (Irlandia, Słowenia i Zjednoczone Królestwo), wzmożonym przyjmowaniu amfetamin w formie iniekcji (Węgry i Łotwa), jak również niepokojące doniesienia o używaniu syntetycznego opioidu fentanylu (np. Estonia i Słowacja).

Łącznie informacje te wskazują, że w Europie odnotowuje się stopniowy spadek liczby osób rozpoczynających używanie heroiny, do którego doszło w kontekście zwiększającej się dostępności i zakresu leczenia. Wydaje się, że populacja osób używających heroiny jako całość starzeje się i charakteryzuje się na ogół stosunkowo wysokim wskaźnikiem utrzymywania kontaktu z placówkami świadczącymi usługi. Mimo że zjawisko to jest najlepiej widoczne w starych państwach członkowskich UE (sprzed 2004 r.), najnowsze dane wskazują obecnie, że może ono mieć miejsce także w wielu nowych państwach członkowskich.

Używanie narkotyków w formie iniekcji

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

Zaledwie 14 krajów było w stanie przedstawić najnowsze dane szacunkowe na temat wskaźników używania narkotyków w formie iniekcji ([98]). Dostępne dane wskazują na istnienie dużych różnic pomiędzy poszczególnymi krajami, przy czym szacunki wahają się od mniej niż 1 do 5 przypadków na 1000 osób w wieku 15–64 lata. W 13 krajach, które przekazały szacunkowe dane dotyczące osób używających obecnie narkotyków w formie iniekcji, osób takich było średnio 2,4 na 1000 osób w wieku 15–64 lata. Oprócz osób czynnie przyjmujących narkotyki w formie iniekcji w Europie istnieje duża liczba osób, które przyjmowały narkotyki w ten sposób w przeszłości (np. Sweeting i in., 2008), jednak dane liczbowe są niedostępne.

Około 37% pacjentów wskazujących opioidy jako narkotyk podstawowy i rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w 2010 r. – głównie osoby używające heroiny – zgłosiło używanie w formie iniekcji jako zwykły sposób przyjmowania narkotyków. Wśród osób używających opioidów odsetek osób przyjmujących je w formie iniekcji różni się w zależności od kraju i wynosi od 7% w Niderlandach do 94% na Łotwie. Wysoki odsetek osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji jest zamieszkały w Europie Środkowej i Wschodniej, a także w niektórych krajach północnych (wykres 13).

Wyciąganie wniosków co do tendencji czasowych dotyczących rozpowszechnienia przyjmowania narkotyków w formie iniekcji, na podstawie szacunkowych wskaźników używania uzyskanych w następstwie powtarzanych badań, jest utrudnione z braku danych oraz w niektórych przypadkach – z powodu niepewności statystycznej danych szacunkowych. Wśród 8 krajów dysponujących danymi wystarczającymi do przeanalizowania tendencji wydaje się, że wskaźniki przyjmowania narkotyków w formie iniekcji uległy obniżeniu w Zjednoczonym Królestwie, natomiast utrzymały się na stosunkowo stabilnym poziomie w Grecji, na Węgrzech, na Cyprze, w Słowacji, Chorwacji i Norwegii. Republika Czeska zgłosiła wzrost liczby osób przyjmujących

([97]) Zob. tabela DRD-2 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([98]) Zob. wykres PDU-2 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

narkotyki w formie iniekcji, głównie osób używających metamfetaminy, w latach 2005–2010 ([99]).

Przy uwzględnieniu danych dostępnych z innych wskaźników można zaryzykować stwierdzenie, że w Europie ma miejsce ogólny spadek przyjmowania opioidów w formie iniekcji, w szczególności heroiny. Większość krajów europejskich zgłosiła zmniejszenie odsetka osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji wśród osób używających heroiny jako podstawowego narkotyku i rozpoczynających leczenie odwykowe po raz pierwszy w życiu w latach 2005–2010, co zostało potwierdzone w ramach długofalowej analizy (2000–2009) dotyczącej osób używających heroiny i podejmujących specjalistyczne leczenie po raz pierwszy w życiu w Europie (EMCDDA, 2012c). Spadek przyjmowania heroiny w formie iniekcji stwierdzono we wszystkich krajach, choć jest on bardziej wyraźny w krajach zachodniej Europy. W 2009 r., podczas gdy kraje zachodnie zgłaszały, że palenie heroiny stało się główną metodą przyjmowania narkotyku w przypadku ponad połowy pacjentów leczących się z powodu heroiny (53%), w krajach wschodnich 70% pacjentów leczących się z powodu heroiny zgłosiło iniekcję jako główną metodę przyjmowania narkotyku (EMCDDA, 2012c). Ponadto w wyniku przeprowadzonych niedawno w Irlandii i Norwegii badań stwierdzono wydłużanie się odstępu czasowego pomiędzy pierwszym użyciem heroiny i pierwszym przyjęciem heroiny w formie iniekcji (Bellerose i in., 2011; Bretteville-Jensen i Skretting, 2010).

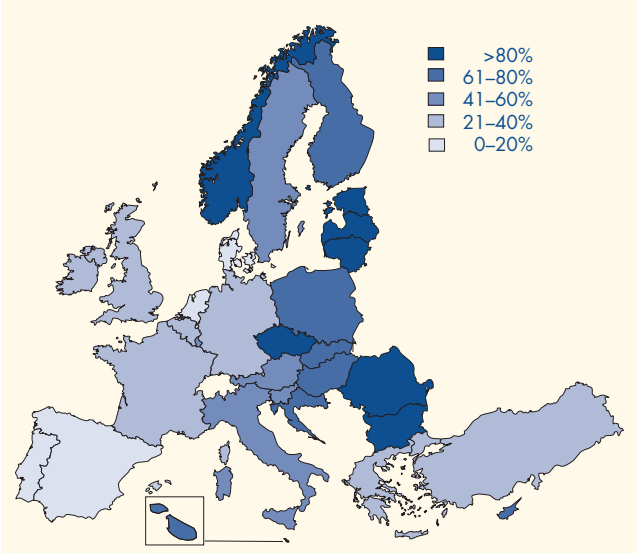
Leczenie problemowego używania opioidów

Dostęp do leczenia i zakres leczenia

We wszystkich państwach członkowskich UE oraz w Chorwacji, Turcji i Norwegii osoby używające opioidów mają dostęp zarówno do leczenia niefarmakologicznego, jak i leczenia substytucyjnego. W większości krajów leczenie odbywa się w warunkach ambulatoryjnych, co może obejmować ośrodki specjalistyczne, gabinety lekarzy pierwszego kontaktu i jednostki niskoprogowe. W kilku krajach leczenie w placówkach zamkniętych odgrywa ważną rolę w leczeniu uzależnienia od opioidów ([100]). W niewielkiej liczbie krajów wybrana grupa osób przewlekle używających heroiny ma możliwość podjęcia leczenia wspomaganego heroiną.

W przypadku osób używających opioidów leczenie niefarmakologiczne jest zazwyczaj poprzedzone programem detoksykacji, w ramach którego zapewnia się im farmaceutyczną pomoc w radzeniu sobie

Wykres 13: Iniekcja jako zwykły sposób przyjmowania narkotyku wśród osób używających opioidów jako narkotyku podstawowego, które rozpoczęły leczenie w 2010 r.



Uwaga: Dane wyrażone jako odsetek tych zgłoszonych pacjentów, dla których znany jest sposób przyjmowania narkotyku. Dane z 2010 r. lub z ostatniego roku, za który dostępne są dane. Zob. tabelę TDI-5 (część iii) oraz (część iv) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

z fizycznymi objawami odstawiennymi. Ta metoda terapeutyczna wymaga na ogół powstrzymywania się od używania wszelkiego rodzaju substancji, w tym leków substytucyjnych. Pacjenci uczestniczą w codziennych czynnościach oraz otrzymują intensywną pomoc psychologiczną. Chociaż leczenie niefarmakologiczne może odbywać się zarówno w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego, jak i zamkniętego, najczęstszymi zgłaszanymi rodzajami tego leczenia są niefarmakologiczne terapie stacjonarne i szpitalne.

Najbardziej powszechnym rodzajem leczenia uzależnienia od opioidów w Europie jest leczenie substytucyjne, na ogół zintegrowane z opieką psychospołeczną i prowadzone w specjalistycznych ośrodkach ambulatoryjnych. 16 krajów zgłosiło, że ten rodzaj leczenia jest również zapewniany przez lekarzy pierwszego kontaktu. W niektórych krajach lekarze pierwszego kontaktu zapewniają ten rodzaj leczenia w ramach uzgodnień dotyczących wspólnej opieki, dokonanych ze specjalistycznymi placówkami leczniczymi. Całkowita liczba osób używających opioidów, które korzystają z leczenia substytucyjnego w Unii Europejskiej, Chorwacji, Turcji i Norwegii, szacowana jest na 709 tys. (698 tys. w przypadku państw członkowskich UE) w 2010 r., co oznacza wzrost w stosunku do 650 tys. w 2008 r. i około 500 tys. w 2003 r. ([101]). Przeważająca

([99]) Zob. tabela PDU-6 (część iii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([100]) Zob. tabela TDI-24 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([101]) Zob. tabela HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Iniekcja i inne metody przyjmowania narkotyku

Dane uzyskiwane od osób używających narkotyków i rozpoczynających leczenie stanowią największe i najbardziej wszechstronne źródło informacji na temat zachowań związanych z używaniem narkotyków wśród osób mających problemy narkotykowe w Europie ([1]).

Na ogół iniekcja była drugą najczęściej zgłaszaną metodą przyjmowania narkotyków przez osoby ich używające i podejmujące leczenie przede wszystkim z powodu problemów związanych z opioidami w 2010 r. Spośród 140 tys. pacjentów wskazujących opioidy jako narkotyk podstawowy i podejmujących leczenie ambulatoryjne, w przypadku których znana jest metoda przyjmowania, 36% zgłosiło przyjmowanie narkotyku w formie iniekcji, natomiast 45% zgłosiło palenie lub wdychanie narkotyku, a 19% wskazało wciąganie narkotyku przez nos lub przyjmowanie doustne. Jednakże 3% spośród 53 tys. osób używających kokainy i rozpoczynających leczenie w warunkach ambulatoryjnych zgłosiło przyjmowanie narkotyku w formie iniekcji, 68% zgłosiło wciąganie go przez nos, a pozostali zgłosili palenie lub wdychanie narkotyku. Spośród 9 tys. osób używających amfetamin lub innych substancji pobudzających innych niż kokaina 24% zgłosiło iniekcję jako główną metodę przyjmowania narkotyku, 40% przyjmowało go doustnie, 32% wciągało przez nos, a 4% zgłosiło inne sposoby przyjmowania.

Wzory używania narkotyków ulegają zmianie na przestrzeni czasu. Jak wynika z analizy danych dotyczących podejmowania leczenia w latach 2000–2009, we wszystkich krajach europejskich miał miejsce spadek przyjmowania narkotyku w formie iniekcji wśród pacjentów wskazujących heroinę jako swój narkotyk podstawowy (z 58% do 36%), zwłaszcza w zachodniej części Europy (EMCDDA, 2012c). Ponadto wśród osób używających opioidów i rozpoczynających leczenie w placówkach ambulatoryjnych, począwszy od 2009 r., liczba osób palących ten narkotyk przewyższyła liczbę osób przyjmujących go w formie iniekcji ([2]).

([1]) Należy zaznaczyć, że danych dotyczących podejmowania leczenia nie można ekstrapolować na całą populację osób używających narkotyków i objętych leczeniem, a ponadto dane te mogą nie być reprezentatywne dla szerszej populacji osób używających narkotyków, w której znajdują się także osoby nieobjęte leczeniem. Więcej informacji na temat rozmiarów całkowitej populacji objętej leczeniem można znaleźć na stronie internetowej EMCDDA.

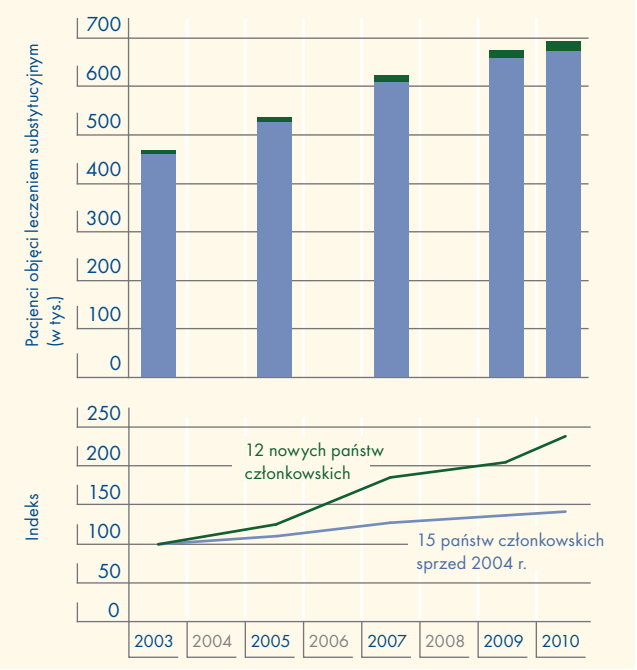
([2]) Zob. tabela TDI-17 w biuletynach statystycznych za lata 2010, 2011 i 2012.

większość przypadków leczenia substytucyjnego nadal ma miejsce w 15 krajach będących państwami członkowskimi UE przed 2004 r. (około 95% łącznej liczby), przy czym tendencje średniookresowe (2003–2010) wykazują ciągły wzrost (wykres 14). Spośród tych krajów największy wzrost w zakresie dostępności zaobserwowano w Grecji, Austrii i Finlandii, gdzie liczba przypadków leczenia niemal się potroiła.

Jeszcze szybsze tempo wzrostu odnotowano w 12 krajach, które wstąpiły do Unii Europejskiej w 2004 r. lub później. W krajach tych liczba pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym wzrosła z 7,8 tys. w 2003 r. do 20,4 tys. w 2010 r., przy czym duża część tego wzrostu miała miejsce po 2005 r. Proporcjonalnie rozwój leczenia substytucyjnego w tych krajach w ciągu siedmiu lat był największy w Estonii (16-krotny wzrost z 60 do ponad 1000 pacjentów, chociaż nadal leczenie to dociera zaledwie do 5% osób używających opioidów w formie iniekcji) i Bułgarii (8-krotny wzrost). Najmniejszy wzrost zgłosiły Litwa, Węgry i Słowacja.

Porównanie szacowanej liczby osób problemowo używających opioidów z liczbą pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne wskazuje, że zakres leczenia w Europie jest zróżnicowany. Spośród 18 krajów, w odniesieniu do których dostępne są wiarygodne dane szacunkowe dotyczące liczby osób problemowo używających opioidów, 9 zgłosiło liczbę pacjentów poddanych leczeniu substytucyjnemu odpowiadającą około 50% lub więcej populacji docelowej ([102]). 6 z tych krajów to państwa członkowskie należące do UE przed 2004 r., a pozostałe to Malta, Republika Czeska i Norwegia.

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



Uwaga: Lata, w odniesieniu do których nie zgromadzono danych, wydrukowano w kolorze szarym. Aby uzyskać więcej informacji, zob. wykres HSR-2 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

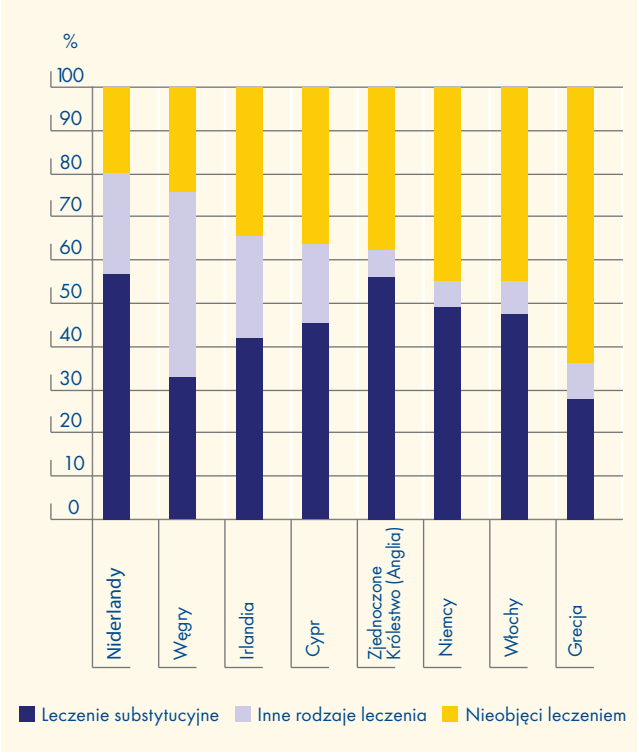
([102]) Zob. wykres HSR-1 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

O ile średnio mniej więcej połowa wszystkich osób problemowo używających opioidów w Unii Europejskiej i Norwegii ma dostęp do leczenia substytucyjnego, o tyle pomiędzy poszczególnymi krajami mają miejsce istotne różnice, przy czym znacznie niższy zakres stwierdzono w Grecji (28%), na Litwie (17%), na Słowacji (12%), w Polsce (8%) i na Łotwie (2%).

Szacunkowe dane dotyczące odsetka osób problemowo używających opioidów i objętych jakimkolwiek rodzajem leczenia można uzyskać w przypadku 8 krajów (wykres 15). W Irlandii, na Cyprze, na Węgrzech, w Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie (Anglia) szacuje się, że ponad 60% osób problemowo używających opioidów jest objętych leczeniem, natomiast w Grecji odsetek ten szacuje się na mniej niż 40%. Dane te wskazują ponadto na różnice w zakresie preferowanych metod leczenia uzależnienia od opioidów. Możliwości leczenia inne niż substytucyjne leczenie uzależnienia od opioidów, przede wszystkim metody niefarmakologiczne, stanowią mniej niż 10% wszystkich opcji leczenia zapewnianych osobom problemowo używającym opioidów w Niemczech, Grecji, we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie (Anglia). W Irlandii, na Cyprze i w Niderlandach metody leczenia inne niż substytucyjne leczenie uzależnienia od opioidów stanowią 15–25% wszystkich rodzajów leczenia dostępnych dla osób problemowo używających opioidów, natomiast na Węgrzech odsetek ten wynosi 43%. Chociaż i Grecja, i Węgry zgłosiły niskie dane szacunkowe dotyczące zakresu leczenia substytucyjnego uzależnienia od opioidów (około 30%), to odsetki osób problemowo używających opioidów, w przypadku których szacuje się, że nie pozostają w kontakcie z żadnymi placówkami oferującymi leczenie, różnią się znacznie – od ponad 60% w Grecji do około 25% na Węgrzech. Wskazuje to na potrzebę uwzględnienia zarówno wskaźników dostępu do leczenia substytucyjnego, jak i dostępności innych rodzajów podejścia w zakresie leczenia.

Długi czas oczekiwania na leczenie substytucyjne może stanowić istotną barierę na drodze do leczenia. Jak wynika z badania ankietowego przeprowadzonego w 2011 r., ograniczona dostępność leczenia oraz brak środków, a także opóźnienia wynikające z przyczyn proceduralnych są głównymi przyczynami długiego czasu oczekiwania. Eksperci z 12 spośród 29 krajów przekazujących sprawozdanie oszacowali, że średni czas oczekiwania wynosi mniej niż dwa tygodnie, natomiast w 6 olejnych krajach oszacowano, że wynosi on od dwóch tygodni do jednego miesiąca. W dalszych 5 krajach (Litwa, Węgry, Rumunia, Finlandia i Norwegia) czas oczekiwania wynosi od jednego do sześciu miesięcy,

Wykres 15: Zakres leczenia osób problemowo używających opioidów w wybranych krajach europejskich: odsetek (%) szacunkowej populacji osób problemowo używających opioidów i objętych leczeniem lub po zakończeniu leczenia



Uwaga: Uwzględnione kraje, w przypadku których istnieją wiarygodne dane szacunkowe dotyczące populacji osób problemowo używających opioidów, liczba osób objętych leczeniem substytucyjnym oraz łączna liczba osób problemowo używających opioidów i objętych leczeniem. Aby uzyskać więcej informacji, zob. tabela HSR-1 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

natomiast czas oczekiwania w Grecji jest dłuższy niż sześć miesięcy. Średnie krajowe czasy oczekiwania mogą jednak przesłaniać znaczne różnice występujące w poszczególnych regionach. Na przykład szacuje się, że w Atenach i Salonikach czas oczekiwania wydłużył się z uwagi na ograniczone możliwości do około trzech lat, natomiast w przypadku innych greckich miast w 2010 r. zgłaszano krótsze czasy oczekiwania. Eksperci z 4 krajów nie byli w stanie przekazać szacunkowych danych dotyczących czasu oczekiwania.

W Europie najczęściej przepisywanym lekiem substytucyjnym jest metadon – otrzymuje go do trzech czwartych pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym. Leki substytucyjne na bazie buprenorfiny przepisuje się nawet jednej czwartej pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym w Europie, i są one głównymi lekami substytucyjnymi w Republice Czeskiej, we Francji, na Cyprze, w Finlandii i Szwecji ([103]). Połączenie buprenorfiny z naloksonem jest dostępne w 15 krajach.

([103]) Zob. tabela HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Leczenie przy użyciu morfiny o powolnym uwalnianiu (Bułgaria, Austria i Słowenia), kodeiny (Niemcy, Cypr) i diacetylomorfiny (Belgia, Dania, Niemcy, Hiszpania, Niderlandy i Zjednoczone Królestwo) stanowi niewielki odsetek wszystkich przypadków leczenia.

Detoksykacja opioidowa, skuteczność i rezultaty

Coraz więcej dowodów wskazuje na to, że detoksykacja opioidowa przynosi lepsze rezultaty w przypadku wspomagania jej psychoterapią oraz, w terminie późniejszym, farmakologicznymi metodami zapobiegania powrotowi do nałogu. W ramach najnowszego przeglądu badań stwierdzono, że tego rodzaju połączenie metod leczenia może pomóc pacjentom w ukończeniu leczenia, ograniczeniu używania przez nich opioidów, a także w utrzymaniu abstynencji po zakończeniu obserwacji (Amato i in., 2011). Ponadto liczba wizyt opuszczonych w trakcie leczenia była niższa w przypadku pacjentów, którym zaproponowano pomoc psychospołeczną. Day i Strang (2011) stwierdzili, że placówki lecznictwa zamkniętego są skuteczniejsze niż placówki ambulatoryjne we wspomaganiu pacjentów w ukończeniu przez nich detoksykacji (51% skuteczności w porównaniu z 36% w grupie leczonej w warunkach ambulatoryjnych).

Zapobieganie powrotowi do nałogu po detoksykacji heroinowej może być wspierane przy użyciu naltreksonu – leku z grupy antagonistów receptorów opioidowych. Jednakże przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leku i wskaźniki kontynuowania leczenia w przypadku terapii wspomaganej naltreksonem pozostają w ogólnej badanej populacji na niskim poziomie. Stwierdzono, że naltrekson jest skuteczny w przypadku osób zobowiązanych do przestrzegania warunków leczenia w celu uniknięcia poważnych konsekwencji, np. pracowników służby zdrowia oraz osób objętych nadzorem prawnym (Minozzi i in., 2011). Chociaż wydaje się, że na ogół w przypadku uzależnienia od opioidów detoksykacja jest mniej skuteczna niż leczenie substytucyjne, Światowa Organizacja Zdrowia (2009) zaleca jednak oferowanie detoksykacji jako jednej z możliwości dostępnej dla mających motywację pacjentów szukających możliwości leczenia.

Jakość życia osób używających narkotyków i poddanych leczeniu substytucyjnemu

Jakość życia w przypadku używających narkotyków osób uzależnionych od opioidów jest niższa w porównaniu z jakością życia w populacji ogólnej oraz wśród osób cierpiących na inne choroby. Zagadnienie to jest przedmiotem najnowszych badań prowadzonych w Niemczech, na Łotwie i w Zjednoczonym Królestwie, przy czym wyniki potwierdzają korzyści wynikające z leczenia zastępczego. Czynniki wpływające na niską jakość życia są także wskaźnikami predykcyjnymi powrotu do nałogu, zwłaszcza wśród starszych osób używających narkotyków (EMCDDA, 2010d). W następstwie ostatnio przeprowadzonego systematycznego przeglądu (De Maeyer i in., 2010) wykazano, że uczestnictwo w leczeniu wpływało na poprawę jakości życia objętych nim osób, począwszy od pierwszych miesięcy terapii. Wszystkie opcje leczenia substytucyjnego wydały się równie skuteczne w podnoszeniu jakości życia, aczkolwiek osoby, którym przepisano metadon, zazwyczaj doświadczały poprawy wcześniej (po upływie około jednego miesiąca) niż osoby, którym podawano buprenorfinę. W subiektywnych sprawozdaniach buprenorfina oceniana była jednak wyżej niż metadon – być może z powodu braku konieczności codziennego podawania leku. Osiągnięcie rezultatów przyczyniających się do poprawy jakości życia jest zasadniczym celem leczenia odwykowego, przy czym korzystne mogą się okazać w tym względzie dalsze badania nad względną skutecznością dostępnych możliwości w zakresie leczenia substytucyjnego.

Rozdział 7

Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami

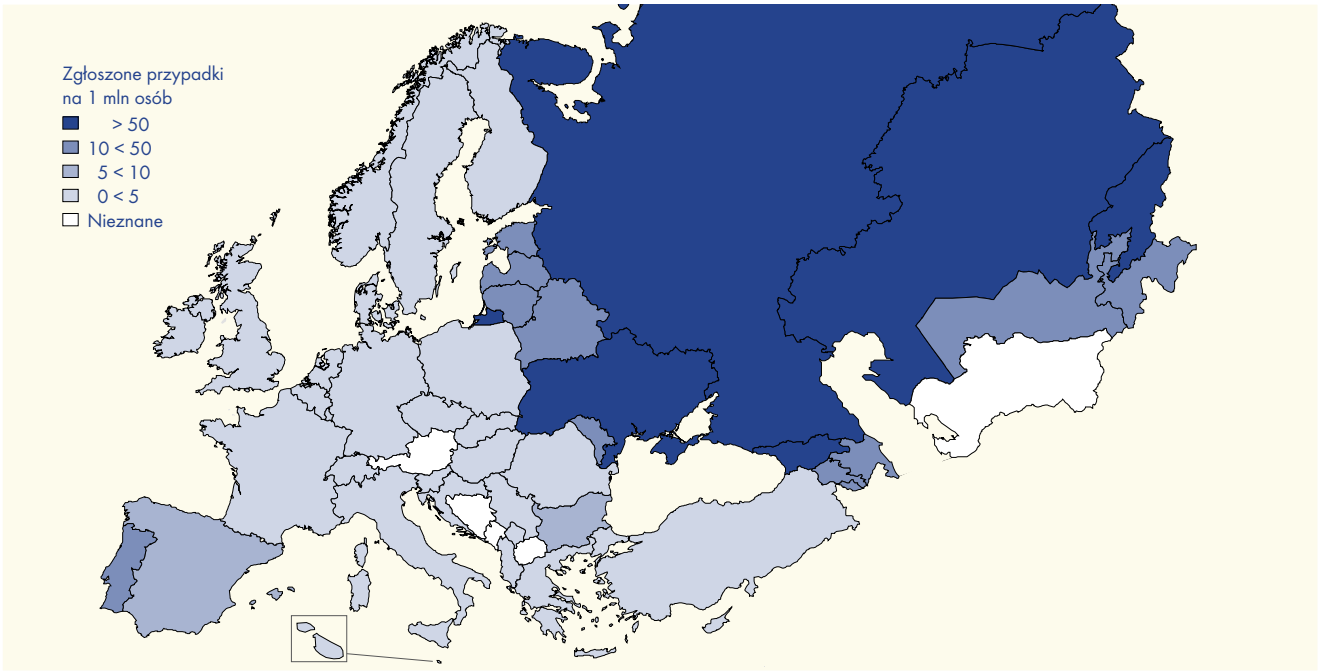
Wprowadzenie

Używanie narkotyków łączy się, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio, z szeregiem negatywnych skutków zdrowotnych i konsekwencji społecznych. Problemy stwierdza się w niewspółmiernie dużym stopniu wśród osób długotrwale używających opioidów i niektórych postaci substancji pobudzających, a także wśród osób stosujących iniekcje. Używanie narkotyków opioidowych wiąże się w szczególności ze zgonami spowodowanymi przedawkowaniem narkotyków, przy czym skalę problemu obrazuje fakt, że w ciągu ostatnich dziesięciu lat w Europie dochodziło do jednego zgonu spowodowanego przedawkowaniem na godzinę. Nie należy jednak zapominać, że osoby przewlekle używające narkotyków są także w dużo większym stopniu zagrożone śmiercią spowodowaną innymi przyczynami, w tym chorobami organicznymi, samobójstwem, wypadkami i urazami. Bez względu na rodzaj używanej substancji podawanie narkotyku w formie iniekcji stanowi w dalszym ciągu istotny wektor przenoszenia chorób zakaźnych, w tym HIV i wirusowego zapalenia wątroby typu C, przy czym pojawienie się nowych ognisk zakażeń HIV, stwierdzonych ostatnio w niektórych krajach europejskich, podkreśla znaczenie utrzymywania skutecznych reakcji w zakresie zdrowia publicznego w tym obszarze.

Choroby zakaźne związane z narkotykami

EMCDDA systematycznie monitoruje przypadki zakażenia HIV oraz wirusem zapalenia wątroby typu B i C wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji ([104]). Zachorowalność i śmiertelność spowodowane tymi zakażeniami należą do najpoważniejszych konsekwencji

Wykres 16: Nowo zdiagnozowane przypadki zakażenia wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji w 2010 r. w Europie i Azji Środkowej



Uwaga: Kolor wskazuje liczbę na 1 mln osób zgłoszonych nowo zdiagnozowanych przypadków HIV przypisywanych grupie ryzyka związanego z przyjmowaniem narkotyków w formie iniekcji, które to przypadki zdiagnozowano w 2010 r.
Dane dotyczące Federacji Rosyjskiej, Turcji i Albanii dotyczą 2009 r.

Źródło: ECDC i WHO, 2011.

([104]) Aby zapoznać się ze szczegółowymi informacjami dotyczącymi metod i definicji, zob. biuletyn statystyczny za 2012 r.

zdrowotnych używania narkotyków. Inne choroby zakaźne, w tym wirusowe zapalenie wątroby typu A i D, choroby przenoszone drogą płciową, gruźlica, tężec, zatrucie jadem kiełbasianym, wąglik i zakażenie ludzkim wirusem T-limfotropowym, również mogą mieć niewspółmiernie duży wpływ na osoby używające narkotyków.

HIV i AIDS

Do końca 2010 r. odsetek zgłaszanych nowych przypadków zdiagnozowanego zakażenia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji utrzymywał się w większości krajów Unii Europejskiej na niskim poziomie, przy czym ogólna sytuacja w UE przedstawia się korzystnie zarówno w kontekście globalnym, jak i w szerszym kontekście europejskim (wykres 16).

Średni wskaźnik nowo zdiagnozowanych przypadków w 26 państwach członkowskich UE, które były w stanie przekazać dane za 2010 r., osiągnął nowy niski poziom 2,54 przypadku na 1 mln mieszkańców, czyli 1292 nowo zgłoszone przypadki ([105]). Dla porównania wskaźnik ten wynosi 19,7 przypadku na 1 mln mieszkańców w USA (CDC, 2009), 104,3 przypadku na 1 mln mieszkańców w Rosji (dane za 2009 r.) oraz 151,5 przypadku na 1 mln mieszkańców na Ukrainie w 2010 r. (ECDC i WHO, 2011). Dostępne dane dotyczące częstości występowania zakażeń HIV w próbach osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji w Unii Europejskiej także wypadają pozytywnie na tle częstości występowania tego zakażenia w sąsiadujących krajach wschodnioeuropejskich ([106]), chociaż ze względu na różnice w metodach i zakresie badań porównania między poszczególnymi krajami należy przeprowadzać z rozwagą.

Może to wynikać – przynajmniej w pewnym stopniu – z większej dostępności środków profilaktyki, leczenia i redukcji szkód, w tym leczenia substytucyjnego oraz programów wymiany igieł i strzykawek. Inne czynniki, takie jak zgłaszany przez kilka krajów spadek w zakresie przyjmowania narkotyków w formie iniekcji, również mogły odegrać istotną rolę (EMCDDA, 2010e).

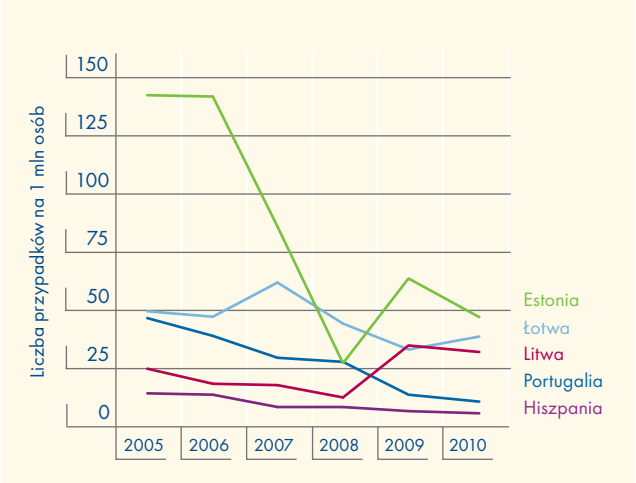
Pomimo ogólnie pozytywnego obrazu z nowych danych wynika, że przenoszenie HIV związane z przyjmowaniem narkotyków w formie iniekcji nadal miało miejsce w 2010 r., zwłaszcza w przypadku dwóch krajów (Grecja i Rumunia), które zgłosiły nowe ogniska zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji w 2011 r. ([107]). W obu krajach epidemiczny wzrost zakażeń był poprzedzony częstszym występowaniem wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji, z czego można wnioskować, że zwiększająca się częstość występowania HCV może służyć jako wczesny wskaźnik rosnącego ryzyka związanego ze stosowaniem iniekcji w populacji osób używających narkotyków tą drogą, prawdopodobnie przed rozpoczęciem rozprzestrzeniania się HIV (Vickerman i in., 2010).

Tendencje w zakażeniach wirusem HIV

Dane za 2010 r. dotyczące zgłoszonych nowo zdiagnozowanych przypadków związanych z przyjmowaniem narkotyków w formie iniekcji wskazują na to, że w Unii Europejskiej wskaźniki zakażeń – po osiągnięciu szczytowego poziomu w latach 2001–2002 – w zasadzie nadal spadają. Spośród 5 krajów zgłaszających najwyższe wskaźniki nowo zdiagnozowanych zakażeń w latach 2005–2010 wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji, w Hiszpanii i Portugalii utrzymywała się tendencja spadkowa, natomiast spośród pozostałych jedynie Łotwa zgłosiła niewielki wzrost (wykres 17) ([108]).

Przytoczone dane są obiecujące, nie należy jednak przy ich rozpatrywaniu zapominać, że w niektórych krajach w dalszym ciągu istnieje możliwość epidemicznego wzrostu

Wykres 17: Tendencje dotyczące nowo zgłoszonych zakażeń wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji w 5 państwach członkowskich UE zgłaszających najwyższą liczbę zakażeń



Uwaga: Dane zgłoszone do końca października 2011 r., zob. wykres INF-2 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
Źródło: ECDC i WHO, 2011.

([105]) Dane dotyczące Austrii i Turcji nie są dostępne. W przypadku państw członkowskich UE oraz Chorwacji, Turcji i Norwegii wskaźnik wynosił 2,52 przypadku na 1 mln mieszkańców, czyli 1204 nowo zgłoszonych przypadków w 2010 r.
([106]) Zob. tabele INF-1 i INF-108 oraz wykres INF-3 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([107]) Zob. ramka „Epidemiczny wzrost zakażeń HIV w Grecji i Rumunii".
([108]) Dane dotyczące Hiszpanii nie uwzględniają zakresu na poziomie krajowym. Niedawny wzrost w Estonii może wynikać ze zmian w systemie nadzorowania po 2009 r.; nie jest jednak jasne, w jakim stopniu.

zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji. Przy uwzględnieniu dwuletniej perspektywy w okresie pomiędzy 2008 i 2010 r. zaobserwowano wzrost w Estonii – z 26,8 przypadku na 1 mln mieszkańców do 46,3 przypadku na 1 mln mieszkańców, a także na Litwie – z 12,5 przypadku na 1 mln mieszkańców do 31,8 przypadku na 1 mln mieszkańców. W Bułgarii – kraju, w którym w przeszłości wskaźnik zakażeń był bardzo niski – również doszło do osiągnięcia szczytowej wartości 9,7 przypadku na 1 mln mieszkańców w 2009 r., po czym nastąpił spadek do 7,4 przypadku na 1 mln mieszkańców w 2010 r.

Dane dotyczące częstości występowania zakażeń uzyskane z prób osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji są dostępne w odniesieniu do 25 krajów europejskich za okres 2005–2010 ([109]), i mimo że różnice w zakresie pobierania prób wskazują na potrzebę ostrożnego interpretowania tych informacji, rzeczywiście stanowią one dopełniające źródło danych. W 17 spośród wspomnianych krajów szacowana częstość występowania zakażeń HIV pozostawała na niezmienionym poziomie. W 7 krajach (Niemcy, Hiszpania, Włochy, Łotwa, Polska, Portugalia i Norwegia) dane dotyczące częstości występowania zakażeń HIV wykazywały spadek. Tylko 1 kraj (Bułgaria) zgłosił wzrost częstości występowania HIV: w stolicy kraju, Sofii, co pokrywa się ze wzrostem liczby nowo zdiagnozowanych przypadków zakażeń. Wzrostu w zakresie przenoszenia HIV w Grecji i Rumunii, zgłoszonego w 201 r., nie stwierdzono w odniesieniu do częstości występowania zakażeń HIV ani danych ze sprawozdawczości dotyczącej przypadków zakażeń przed 2011 r. Dalsze potencjalne oznaki utrzymującego się poziomu przenoszenia HIV stwierdzono w niewielkich próbach młodych osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji (w wieku poniżej 25 lat) w 6 krajach; w latach 2005–2010 w Estonii, we Francji, na Łotwie, Litwie i w Polsce wskaźnik częstości występowania zakażeń wynosił ponad 5%, natomiast w Bułgarii miał miejsce wzrost częstości występowania zakażeń.

Zachorowalność na AIDS i dostęp do terapii HAART

Informacje na temat zachorowalności na AIDS mogą być ważne z punktu widzenia wykazywania nowych przypadków choroby objawowej, chociaż nie jest to dobry wskaźnik przenoszenia HIV. Wysokie współczynniki zachorowalności na AIDS mogą świadczyć o tym, że wiele osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji i zakażonych HIV nie zostaje objętych wysoce aktywną terapią antyretrowirusową na dostatecznie wczesnym etapie zakażenia, by móc w stopniu maksymalnym skorzystać z leczenia. Przegląd danych na poziomie globalnym wskazuje na to, że taka sytuacja może mieć w dalszym ciągu miejsce w niektórych krajach europejskich (Mathers i in., 2010).

Łotwa jest w dalszym ciągu krajem o najwyższym współczynniku zachorowalności na AIDS związanej z przyjmowaniem narkotyków w formie iniekcji: szacuje się, że w 2010 r. występowało w tym kraju 27,1 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców, co oznacza wzrost w porównaniu z 20,8 przypadku na 1 mln mieszkańców w 2009 r. Stosunkowo wysoki współczynnik zachorowalności na AIDS wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji zgłaszany jest także w Estonii (9,7 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców), Portugalii (8,3), Litwy (6,0) i Hiszpanii (5,7), mimo że we wszystkich tych krajach w latach 2005–2010 odnotowano tendencję spadkową ([110]).

Epidemiczny wzrost zakażeń HIV w Grecji i Rumunii

W 2011 r. systemy wczesnego ostrzegania wykryły epidemiczny wzrost przenoszenia HIV w Grecji i Rumunii, co spowodowało podjęcie w obu krajach szybkich działań ratunkowych. W odpowiedzi na wezwanie Komisji Europejskiej ECDC i EMCDDA przeprowadziły natychmiastową ocenę zagrożenia dalszym epidemicznym wzrostem zakażeń HIV w Europie (EMCDDA i ECDC, 2012).

Liczba nowo zdiagnozowanych przypadków zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji wzrosła w Grecji z 9–19 przypadków rocznie w okresie do 2010 r. do 241 przypadków w 2011 r., natomiast w Rumunii wzrosła z 1–6 przypadków rocznie w okresie do 2010 r. do 114 przypadków w 2011 r. Chociaż wzrost ten w obu przypadkach miał miejsce w kontekście niskich poziomów lub spadków w zakresie świadczenia usług profilaktycznych w Grecji i Rumunii, pewną rolę mogły także odegrać inne czynniki, na przykład wzrost używania substancji pobudzających.

W odpowiedzi na epidemiczny wzrost zakażeń Grecja znacznie zwiększyła zakres programów wymiany igieł i strzykawek oraz możliwości w zakresie leczenia odwykowego – do grudnia 2011 r. uruchomiono 22 nowe placówki prowadzące substytucyjne leczenie uzależnienia od opioidów.

Sprawozdanie z natychmiastowej oceny ryzyka wykazało, że istnieje możliwość wystąpienia podobnych epidemicznych wzrostów zakażeń w niektórych pozostałych krajach UE, biorąc pod uwagę zwiększoną liczbę zgłaszanych przypadków zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (wskaźnik ryzyka związanego ze stosowaniem iniekcji) oraz niewielki zakres usług dotyczących profilaktyki HIV.

([109]) Dane dotyczące tendencji nie są dostępne w odniesieniu do Estonii, Irlandii, Francji, Niderlandów i Turcji. Zob. tabela INF-108 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

([110]) Zob. tabela INF-104 (część iii) i wykres INF-1 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności zakażenie wywołane wirusem typu C (HCV), jest bardzo rozpowszechnione w całej Europie wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji (wykres 18). W latach 2009–2010 poziom przeciwciał HCV w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji wynosił 14–70%, przy czym 7 z 11 krajów dysponujących danymi krajowymi (Grecja, Włochy, Cypr, Austria, Portugalia, Finlandia i Norwegia) zgłosiło poziom przekraczający 40% ([111]), co może wskazywać, że ryzyko związane z przyjmowaniem narkotyków w formie iniekcji jest wystarczające do przenoszenia HIV (Vickerman i in., 2010). Poziomy częstości występowania przeciwciał HCV wynoszące ponad 40% zgłoszono także w najnowszych danych krajowych z Danii, Luksemburga i Chorwacji oraz z 9 innych krajów przekazujących dane subkrajowe (2005–2010). Republika Czeska, Węgry, Słowenia (we wszystkich przypadkach dane krajowe, 2009–2010) i Turcja (dane subkrajowe, 2008) zgłosiły częstość występowania HCV wynoszącą mniej niż 25% (5–24%); mimo to wskaźniki zakażeń na tym poziomie w dalszym ciągu stanowią istotny problem w obszarze zdrowia publicznego.

W latach 2005–2010 malejącą częstość występowania HCV na poziomie krajowym lub subkrajowym wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji zgłosiło 6 krajów, natomiast w 5 pozostałych (Austria, Bułgaria, Cypr, Grecja i Rumunia) zaobserwowano wzrost. Włochy zgłosiły spadek na poziomie krajowym w latach 2005–2009 (nowsze dane nie są dostępne) – przy jednoczesnym wzroście w 3 spośród 21 regionów (Abruzzo, Umbria i Valle D'Aosta).

Badania dotyczące młodych osób (w wieku poniżej 25 lat) przyjmujących narkotyki w formie iniekcji wskazują na to, że w Słowacji może mieć miejsce spadek częstości występowania HCV na poziomie subkrajowym, co może świadczyć o malejących wskaźnikach przenoszenia. Wzrost liczby młodych osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji zgłosiły Bułgaria, Grecja, Cypr i Austria, chociaż rozmiary prób w Grecji, na Cyprze i w Austrii były niewielkie. Rosnąca częstość występowania HCV wśród osób od niedawna (krócej niż dwa lata) przyjmujących narkotyki w formie iniekcji jest zgłaszana w Grecji (na poziomie krajowym oraz w jednym regionie) ([112]). Badania te, choć trudne do interpretacji z przyczyn metodologicznych, wskazują, że wiele osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji w dalszym ciągu ulega zakażeniu wirusem w początkowym okresie przyjmowania narkotyków tą drogą, co sugeruje, że odpowiedni czas na uruchomienie środków profilaktycznych HCV może być niejednokrotnie dość krótki.

Występują trudności z interpretacją tendencji w zakresie zgłoszonych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, gdyż jakość danych jest niska. Niemniej jednak odsetek osób używających narkotyków w formie iniekcji wśród wszystkich zgłoszonych przypadków, w których czynniki ryzyka są znane, może umożliwiać wgląd w epidemiologię tych zakażeń (Wiessing i in., 2008). W 16 krajach, w odniesieniu do których dostępne są dane za lata 2005–2010, przyjmowanie narkotyków w formie iniekcji jest przyczyną średnio 48% wszystkich zgłoszonych przypadków HCV oraz 32% zgłoszonych ostrych przypadków HCV, gdy znana jest kategoria ryzyka. Jeżeli chodzi o wirusowe zapalenie wątroby typu B, osoby przyjmujące narkotyki w formie iniekcji stanowią 6% wszystkich zgłoszonych przypadków oraz 12% przypadków ostrych. Dane te potwierdzają, że osoby używające narkotyków w formie iniekcji nadal stanowią w Europie pokaźną grupę zagrożoną zakażeniem wirusem zapalenia wątroby ([113]).

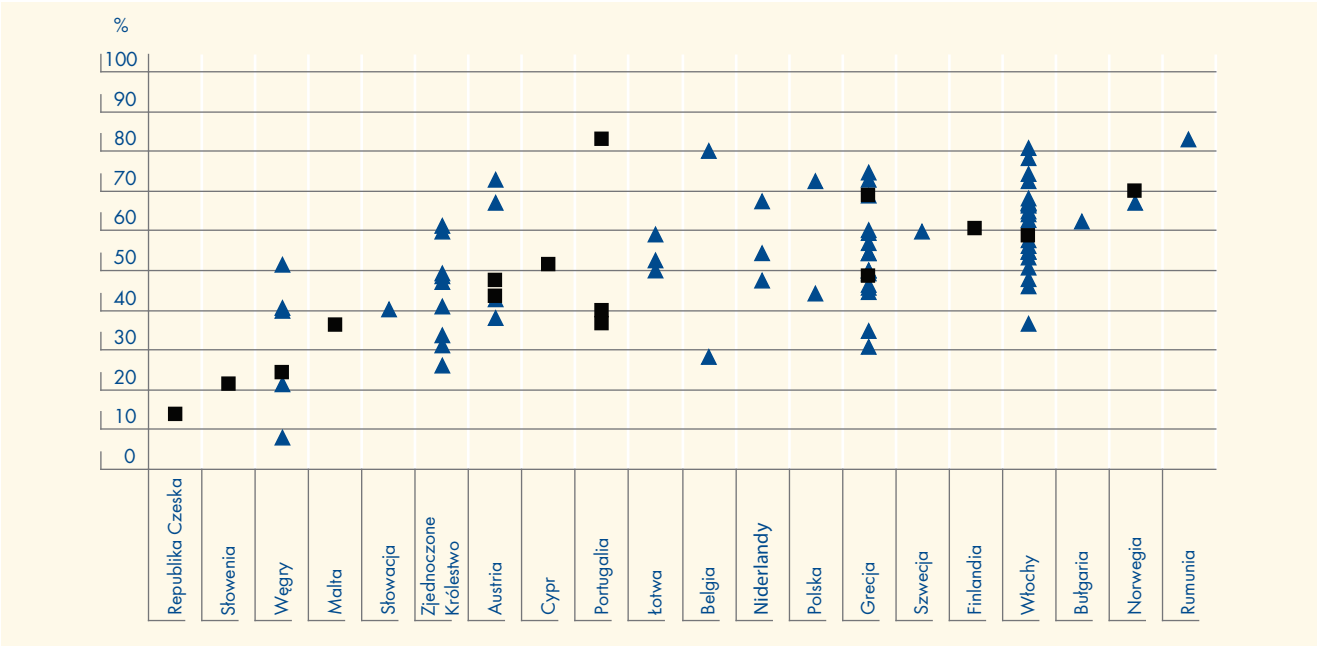
Inne zakażenia

Poza zakażeniami wirusowymi osoby przyjmujące narkotyki w formie iniekcji podatne są na choroby bakteryjne. Pojawienie się w Europie ogniska wąglika wśród osób używających narkotyków w formie iniekcji (zob. EMCDDA, 2010a) uwydatniło istniejący problem, jakim jest ciężka choroba spowodowana bakteriami tworzącymi formy przetrwalnikowe, występującymi wśród osób stosujących iniekcje. W ramach europejskich badań nad czterema zakażeniami bakteryjnymi (zatrucie jadem kiełbasianym, tężec, *Clostridium novyi* i wąglik) stwierdzono duże różnice w zakresie wskaźników wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji pomiędzy poszczególnymi krajami w latach 2000–2009, jak również niezrozumiałe skupienie zgłoszonych przypadków w północno-zachodniej części Europy: w Irlandii, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii (Hope i in., 2012).

W Europie gruźlica – choroba bakteryjna zazwyczaj atakująca płuca – w przeważającej mierze dotyczy grup wysokiego ryzyka, takich jak migranci, bezdomni, osoby używające narkotyków i więźniowie. Bycie nosicielem HIV zwiększa ryzyko zachorowania 20–30 razy (WHO, 2010). Dane dotyczące częstości występowania czynnej gruźlicy wśród osób używających narkotyków i objętych leczeniem są dostępne w odniesieniu do 5 krajów, w których wskaźnik ten wynosi od 0,0 (Austria i Słowacja) do 3,1% (Litwa), przy czym pośrednie poziomy zgłosiła Grecja (0,0–0,5%) i Portugalia (0,1–0,1%). Ponadto Norwegia zgłosiła, że przypadki są „bardzo rzadkie". Co więcej, 4 kraje zgłosiły odsetek „osób używających narkotyków" wśród nowych

([111]) Zob. tabele INF-2 i INF-111 oraz wykres INF-6 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([112]) Zob. tabele INF-112 i INF-113 oraz wykres INF-6 (część ii) i (część iii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([113]) Zob. tabele INF-105 i INF-106 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Wykres 18: Występowanie przeciwciał HCV wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji



Uwaga: Dane za 2009 i 2010 r. Czarny kwadracik oznacza próbki ogólnokrajowe; niebieski trójkącik oznacza próbki subkrajowe (lokalne lub regionalne). Różnice między poszczególnymi krajami należy interpretować ostrożnie z uwagi na różnice w warunkach i metodach badań. Krajowe strategie dotyczące pobierania próbek nie są jednakowe. O kolejności krajów decyduje liczba przypadków (narastająco) uzyskana na podstawie średnich danych krajowych, a w razie ich braku – na podstawie danych subkrajowych. Aby uzyskać więcej informacji, zob. wykres INF-6 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

przypadków gruźlicy wraz z informacjami na temat znanych czynników ryzyka w 2010 r.: 0,9% na Węgrzech, 1,2% w Belgii (osoby przyjmujące narkotyki w formie iniekcji), 3,3% w Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Walia, osoby problemowo używające narkotyków) oraz 5,9% na Łotwie.

Profilaktyka chorób zakaźnych oraz reagowanie na nie

Profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków stanowi ważny cel w zakresie zdrowia publicznego w Unii Europejskiej, a także element składowy polityki antynarkotykowej większości państw członkowskich. Kraje dążą do zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków oraz do kontrolowania go przez kombinację różnych rodzajów podejścia, w tym: zapewnienie sterylnego sprzętu do iniekcji, szczepienia, badanie i leczenie chorób zakaźnych, a także leczenie uzależnienia od narkotyków, w szczególności leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów. Ponadto placówki środowiskowe lub niskoprogowe udzielają informacji, zapewniają edukację i interwencje dotyczące zachowań. Środki te są promowane przez agencje UE jako kluczowe interwencje mające na celu zapobieganie i leczenie HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby, jak również opiekę nad osobami używającymi narkotyków w formie iniekcji (ECDC i EMCDDA, 2011).

Interwencje

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

W Europie dostępność i zakres programów wymiany igieł i strzykawek ulegają zwiększeniu: spośród 30 krajów biorących udział w badaniu ankietowym w 2011 r. 26 wskazało programy wymiany igieł i strzykawek jako priorytet w porównaniu z 23 krajami w 2008 r. W Szwecji – gdzie program wymiany strzykawek, choć ograniczony do regionu Skanii, funkcjonuje od 1986 r. – planowano uruchomienie w 2011 r. nowego programu w Sztokholmie. Ogólnie rzecz biorąc, o ile eksperci w dwóch trzecich krajów europejskich są zdania, że rozprowadzanie strzykawek na bieżącym poziomie zaspokaja potrzeby większości osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji, krajowi eksperci w 5 krajach wskazują, że darmowe, sterylne strzykawki oraz inny czysty sprzęt do iniekcji narkotyków są dostępne

jedynie dla mniejszości osób przyjmujących narkotyki tą drogą. Niemniej jednak w latach 2008–2011 liczba krajów zgłaszających pełny lub szeroki zakres programów wymiany igieł i strzykawek zwiększyła się o jedną trzecią – z 15 do 20.

Informacje dotyczące liczby strzykawek wydawanych w ramach specjalistycznych programów w 2005 i 2010 r. są dostępne w odniesieniu do 22 krajów UE oraz Norwegii ([114]). W tej podgrupie krajów stwierdzono znaczny wzrost liczby wydawanych strzykawek: z 34,5 mln w 2005 r. do ponad 51 mln w 2010 r. (37%). Ten ogólny wzrost może przesłonić różne tendencje na szczeblu podregionalnym. W 10 krajach, w odniesieniu do których dostępne są wiarygodne dane szacunkowe dotyczące przyjmowania narkotyków w formie iniekcji, średnia liczba strzykawek wydanych w ramach specjalistycznych programów w 2010 r. przekłada się na 110 strzykawek na osobę używającą narkotyków w formie iniekcji ([115]).

W Europie niewiele osób czynnie przyjmujących narkotyki w formie iniekcji zostaje objęte leczeniem antywirusowym pod kątem zapalenia wątroby typu C. Postępy w leczeniu choroby ([116]) oraz powiększająca się baza informacyjna w zakresie jego skuteczności wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji, w tym badania modelujące wskazujące potencjalną możliwość ograniczenia przenoszenia wirusa (Martin i in., 2011), sugerują jednak, że istnieje możliwość rozszerzenia strategii leczenia zakażenia wirusem wątroby typu C wśród osób używających narkotyków w formie iniekcji.

Doradztwo na zasadzie wolontariatu w połączeniu z badaniami przeprowadzanymi z zachowaniem poufności zostały określone przez ekspertów krajowych jako działania priorytetowe w zakresie reagowania na zakażenia wirusem wątroby typu C wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji w 19 krajach. Od 2008 r. ma miejsce wzrost o ponad 50% liczby krajów, w których eksperci zgłaszają wystarczający zakres badań pod kątem HCV, a także niewielki wzrost liczby krajów zgłaszających, że co najmniej połowa populacji docelowej mogłaby skorzystać z usług doradztwa na temat zagrożenia chorobami zakaźnymi. Spośród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji, które uczestniczyły w badaniu ankietowym Unlinked Anonymous Monitoring w Anglii w 2010 r. 83% zgłosiło, że poddało się dobrowolnie objętego poufnością badaniu pod kątem HCV – w porównaniu z 49% w 2000 r. Ponadto 55% osób zakażonych HCV było świadomych swojej statusu w 2010 r., w porównaniu z 40% w 2000 r. (HPA, 2011). W Budapeszcie uruchomiono w 2010 r. unikatowy program redukcji szkód, w ramach którego pracownicy środowiskowi przeprowadzają badania pod kątem HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, ukierunkowane na kobiety przyjmujące narkotyki w formie iniekcji lub pozostające w związku z osobami przyjmującymi narkotyki w taki sposób.

Inaczej niż w przypadku HCV istnieje bezpieczna i skuteczna szczepionka zapobiegająca rozprzestrzenianiu się wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV). Obecnie 25 krajów europejskich uwzględnia wirusowe zapalenie wątroby typu B w krajowych programach szczepień, natomiast 16 zgłasza, że istnieją specjalne programy szczepień przeciwko HBV przeznaczone dla osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji ([117]).

Leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w przypadku osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji: nowe środki farmaceutyczne

Pacjenci z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV), w tym osoby przyjmujące narkotyki w formie iniekcji, mają możliwość poddania się leczeniu w ramach terapii farmakologicznej.

Wprowadzone po raz pierwszy w 2001 r. pegylowane interferony (peg-IFN) alfa-2a i alfa-2b są standardowo wykorzystywane w leczeniu przewlekłego zakażenia wirusem wątroby typu C. W Europie obie te postaci peg-IFN są dopuszczone do stosowania razem ze zróżnicowanymi dawkami podawanej doustnie rybawiryny (w zależności od genotypu HCV), a także przy uwzględnieniu nieco innych zaleceń dotyczących dawkowania. Peg-IFN alfa w połączeniu z rybawiryną uznaje się za najlepszą dostępną terapię – wykazano jej skuteczność w co najmniej 50% przypadków u osób objętych leczeniem (Rosen, 2011), przy czym osiągano porównywalne wskaźniki odpowiedzi na leczenie w przypadku zakażonych HCV osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji (Hellard i in., 2009). U skutecznie leczonych pacjentów niski poziom obciążenia wirusowego utrzymuje się przez kilkanaście miesięcy po terapii, a ich jakość życia może być stosunkowo wysoka – oczywiście pod warunkiem, że będą prowadzili zdrowy tryb życia. Połączona terapia może być jednak toksyczna, dlatego też pracownicy naukowo-badawczy badają inne strategie terapeutyczne – po części, aby przezwyciężyć skutki uboczne, ale także w celu wzbogacenia oferty istniejących możliwości leczenia HCV. Do interwencji objętych badaniami należą inhibitory proteazy telaprevir i boceprevir, zatwierdzone w Stanach Zjednoczonych w 2011 r. po pozytywnych wynikach uzyskanych w trakcie badań klinicznych (Rosen, 2011).

([114]) Zob. tabela HSR-5 (część i) i (część ii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([115]) Zob. wykres HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([116]) Zob. ramka „Leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w przypadku osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji: nowe środki farmaceutyczne".
([117]) Zob. tabela HSR-6 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

Zgony związane z narkotykami i współczynniki umieralności

Używanie narkotyków to jedna z głównych przyczyn problemów zdrowotnych i zgonów wśród ludzi młodych w Europie. Umieralność związana z używaniem narkotyków obejmuje zgony spowodowane bezpośrednio lub pośrednio przez używanie narkotyków. Do zgonów tych zalicza się zgony wskutek przedawkowania narkotyków (zgony związane z narkotykami), HIV/AIDS, wypadków, przemocy, samobójstw i przewlekłych problemów zdrowotnych wywołanych regularnym używaniem narkotyków ([118]). Zgony tego rodzaju mają głównie miejsce wśród osób problemowo używających narkotyków, chociaż niektóre (np. w związku z wypadkami drogowymi) przytrafiają się osobom używającym narkotyków sporadycznie.

Szacunkowy ogólny poziom umieralności związanej z narkotykami można obliczyć na różne sposoby, na przykład łącząc informacje z badań kohortowych nad umieralnością z szacunkowymi wskaźnikami używania narkotyków. Inną metodą jest wykorzystanie istniejących statystyk umieralności ogólnej i oszacowanie odsetka zgonów związanych z używaniem narkotyków. Badania kohortowe umieralności mają na celu śledzenie w czasie tej samej grupy osób problemowo używających narkotyków i, przez powiązanie z rejestrami zgonów, zidentyfikowanie przyczyny wszystkich zgonów występujących w obrębie danej grupy. Ten rodzaj badania pozwala ustalić ogólne i szczegółowe współczynniki umieralności dla kohorty, a także oszacować nadmierną umieralności w grupie w porównaniu z populacją ogólną ([119]).

W zależności od doboru próby (np. w placówkach leczenia odwykowego) i kryteriów wpisania (np. osoby używające narkotyków w formie iniekcji, osoby używające heroiny) większość badań kohortowych wykazuje współczynniki umieralności na poziomie 1–2% rocznie wśród osób problemowo używających narkotyków. Opierając się na analizie danych z ponad 30 badań kohortowych, uwzględniających pacjentów aż do 2010 r., oszacowano, że w Europie umiera co roku 10–20 tys. osób używających opioidów (EMCDDA, 2011c). Zazwyczaj współczynniki umieralności w ciągu roku wynoszą 10–20 przypadków na 1000 osobolat, co stanowi nadmierną umieralność większą o 10–20 razy w porównaniu ze spodziewanymi wskaźnikami. Większość zgonów ma miejsce w przypadku mężczyzn w wieku około 35 lat. Można wyróżnić cztery obszerne kategorie przyczyn zgonów: przedawkowanie, choroba, samobójstwo i urazy. Względne znaczenie różnych przyczyn zgonu jest zróżnicowane w obrębie populacji, w zależności od kraju i na przestrzeni czasu. Na ogół jednak w Europie główną – i większości przypadków dobrze udokumentowaną – przyczyną zgonu wśród osób problemowo używających narkotyków jest przedawkowanie narkotyku.

Zgony związane z narkotykami

Najnowsze szacunki wskazują na to, że w 2010 r. w państwach członkowskich UE i w Norwegii miało miejsce około 7 tys. przedawkowań narkotyków lub zgonów związanych z narkotykami, co sugeruje spadek w porównaniu z ponad 7,6 tys. przypadków zgłoszonych w 2009 r. ([120]). Wartości te prawdopodobnie są zachowawcze, ponieważ dane krajowe w przypadku tego rodzaju zgonów mogą być zaniżone lub niedokładne. W latach 1996–2009 w państwach członkowskich UE i Norwegii co roku zgłaszano 6300–8400 zgonów związanych z narkotykami. W 2009 r., tj. w ostatnim roku, w odniesieniu do którego dostępne są dane dotyczące niemal wszystkich krajów, ponad połowa wszystkich zgłoszonych zgonów związanych z narkotykami miała miejsce w dwóch krajach – w Niemczech i Zjednoczonym Królestwie.

Średni współczynnik umieralności wskutek przedawkowania narkotyków w UE w 2010 r. szacowany jest na 20 zgonów na 1 mln mieszkańców w wieku 15–64 lata, przy czym pomiędzy poszczególnymi krajami istnieją znaczne różnice. W 14 spośród 30 krajów europejskich odnotowano współczynniki wynoszące powyżej 20 zgonów na 1 mln mieszkańców, natomiast w 7 krajach – ponad 40 zgonów na 1 mln mieszkańców.

Zgony związane z opioidami

Heroina

Opioidy, głównie heroina lub jej metabolity, występują w większości zgłoszonych w Europie przypadków zgonów związanych z narkotykami. W 23 krajach, które przekazały dane za 2009 lub 2010 r., opioidy związane były z ogromną większością wszystkich przypadków: 80% lub więcej w 15 krajach przekazujących sprawozdanie, z czego w 6 krajach współczynnik ten wynosił ponad 90%. Do substancji często wykrywanych oprócz heroiny należą: alkohol, benzodiazepiny, inne opioidy oraz, w niektórych krajach, kokaina. Wskazuje to, że znaczny odsetek wszystkich zgonów związanych z narkotykami występuje w kontekście jednoczesnego używania wielu substancji.

([118]) Zob. „Wybrane zagadnienia" z 2011 r. dotyczące śmiertelności związanej z używaniem narkotyków.
([119]) Aby uzyskać informacje dot. badań kohortowych nad śmiertelnością, zob. Kluczowe wskaźniki na stronie internetowej EMCDDA.
([120]) Szacunkowe wartości europejskie opierają się na danych za 2010 r. dotyczących 20 z 27 państw członkowskich UE, oraz na danych za 2009 r. dotyczących siedmiu pozostałych krajów oraz Norwegii. Belgia nie została uwzględniona, ponieważ dane nie są dostępne. Aby uzyskać więcej informacji, zob. tabela DRD-2 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.

W Europie najwięcej zgłoszonych zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków przypada na mężczyzn (ogółem 80%) ([121]). Wzorce są różne w poszczególnych krajach – wyższy odsetek mężczyzn zgłaszany jest w krajach południowych (Grecja, Włochy, Portugalia, Rumunia i Chorwacja) oraz w Estonii, na Łotwie i Litwie, a także w Turcji. W państwach członkowskich, które wstąpiły do UE w 2004 r. lub później, istnieje także większe prawdopodobieństwo, że zgłoszone przypadki zgonów związanych z narkotykami dotyczą mężczyzn i osób w młodszym wieku.

Dania, Hiszpania, Niderlandy i Norwegia zgłaszają wyższy odsetek zgonów wśród osób starszych. W większości krajów średnia wieku osób umierających w wyniku przedawkowania heroiny waha się w okolicach 35 lat, a w wielu krajach rośnie. Świadczy to o możliwym ustabilizowaniu się sytuacji lub o spadku liczby młodych osób używających heroiny, a także o starzeniu się grupy osób problemowo używających opioidów. W Europie ogólnie 11% zgłoszonych zgonów z powodu przedawkowania miało miejsce wśród osób w wieku poniżej 25 lat, natomiast 57% wśród osób w wieku 35 lat i starszych ([122]).

Ze śmiertelnymi, jak również z nieskutkującymi śmiercią przedawkowaniami heroiny wiąże się szereg czynników. Należą do nich iniekcje, jednoczesne używanie innych substancji, w szczególności alkoholu i benzodiazepin, współzachorowalność, wcześniejsze przypadki przedawkowania, nieobjęcie leczeniem uzależnienia od narkotyków oraz bezdomność. Jak wynika z szeregu przeprowadzonych badań długoterminowych, czas bezpośrednio po zwolnieniu z więzienia lub po wypisaniu z leczenia odwykowego jest okresem szczególnego ryzyka przedawkowania (EMCDDA, 2011c). Istnieje również podwyższone ryzyko zgonu spowodowanego samotnością w czasie przedawkowania narkotyku.

Inne opioidy

Poza heroiną w raportach toksykologicznych wymieniany jest szereg innych opioidów, w tym metadon (EMCDDA, 2011a) oraz, w ostatnim czasie, buprenorfina ([123]). Na całym świecie (a zwłaszcza w Australii, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych) narasta niepokój w związku ze zgonami spowodowanymi nadużywaniem przepisywanych na receptę środków przeciwbólowych, np. oksykodonu.

W Europie, chociaż dowody potwierdzające zgony w wyniku używania przepisywanych na receptę opioidowych leków przeciwbólowych są na razie ograniczone, w ciągu ostatnich lat dochodziło do „epidemii" przedawkowań powiązanych z syntetycznymi opioidami, takimi jak nielegalnie wytwarzany 3-metylofentanyl w Estonii, co wskazuje na potrzebę dokładnego monitorowania zmian w zakresie wzorów używania narkotyków, które mogą wiązać się z podwyższonym ryzykiem śmiertelności.

Zgony związane z innymi narkotykami

Zgony spowodowane ostrym zatruciem kokainą wydają się stosunkowo rzadkie, przy czym kokaina jest bardzo rzadko identyfikowana jako jedyna substancja przyczyniająca się do zgonu związanego z narkotykami. Ponieważ jednak przypadki przedawkowania kokainy są trudniejsze do ustalenia i wykrycia, niż ma to miejsce w przypadku opioidów, ich liczba może być zaniżona (zob. rozdział 5).

W 2010 r. w 16 krajach zgłoszono co najmniej 640 zgonów związanych z kokainą. Ze względu na ograniczoną możliwość porównania dostępnych danych trudno jest określić tendencje na poziomie europejskim. Najnowsze dane dotyczące Hiszpanii i Zjednoczonego Królestwa, czyli dwóch krajów o najwyższym wskaźniku używania kokainy, potwierdzają spadek liczby zgonów związanych z tym narkotykiem obserwowany od 2008 r.

Zgony, w przypadku których występują substancje pobudzające inne niż kokaina, np. amfetaminy i ecstasy (MDMA), są zgłaszane rzadko, a ponadto w wielu przypadkach narkotyk nie jest identyfikowany jako bezpośrednia przyczyna śmierci ([124]). Nagłą dostępność nieobjętych obecnie kontrolą substancji psychoaktywnych także wiązano w mediach i sprawozdaniach toksykologicznych ze zgonami wynikającymi z używania narkotyków, aczkolwiek monitorowanie tego obszaru jest trudne. Zgłaszano zgony związane z katynonami, m.in. z mefedronem i MDPV, jednak nie były one liczne. Niektóre zgony powiązano także z innymi nowymi substancjami, czego niedawnym przykładem jest 4-metyloamfetamina, w przypadku której dane dotyczące śmiertelności skłoniły EMCDDA i Europol do przeprowadzenia oceny na poziomie europejskim ([125]).

([121]) Ponieważ większość zgonów spowodowanych przez narkotyki i zgłaszanych do EMCDDA wiąże się z przedawkowaniem opioidów (głównie heroiny), w celu opisania i przeanalizowania zgonów związanych z używaniem tego narkotyku przedstawiono w tym miejscu ogólną charakterystykę zgłoszonych zgonów.
Zob. wykres DRD-1 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

([122]) Zob. wykresy DRD-2 i DRD-3 oraz tabela DRD-1 (część i) w biuletynie statystycznym za 2012 r.

([123]) Zob. tabela DRD-108 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

([124]) Aby zapoznać się z danymi dotyczacymi zgonów związanych z narkotykami innymi niż heroina, zob. tabela DRD-108 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

([125]) Aby uzyskać więcej informacji na temat nowych substancji oraz europejskiego systemu wczesnego ostrzegania, zob. rozdział 8.

Tendencje w zakresie zgonów związanych z narkotykami

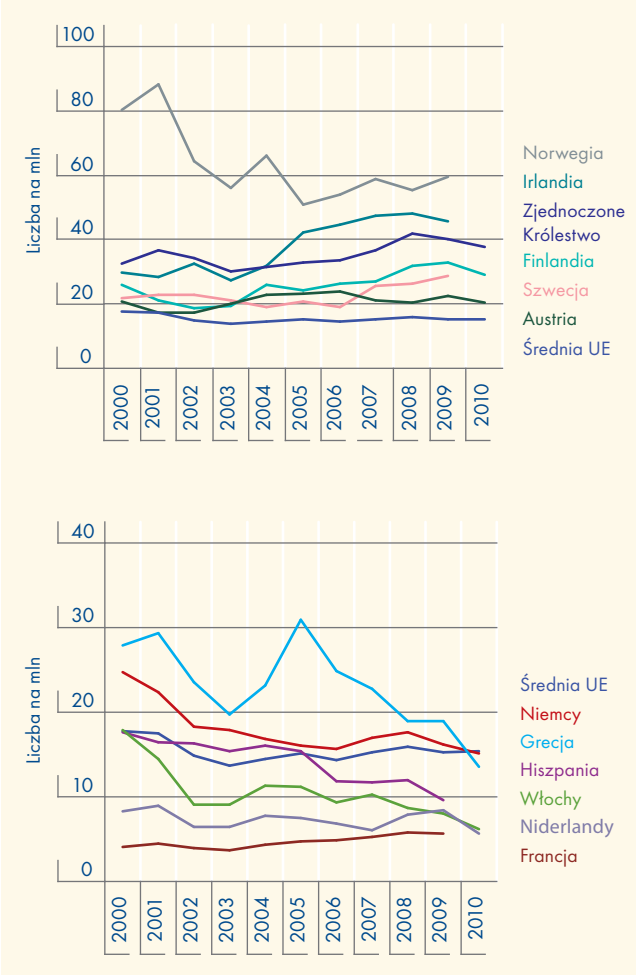
W latach osiemdziesiątych i na początku lat dziewięćdziesiątych XX w. nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów związanych z narkotykami, równolegle ze wzrostem używania heroiny i przyjmowania narkotyków w formie iniekcji, a następnie liczba ta utrzymywała się na wysokim poziomie ([126]). W latach 2000–2003 większość państw członkowskich UE zgłosiła spadek, po czym miał miejsce wzrost w latach 2003–2008/2009, kiedy to sytuacja się ustabilizowała. Dostępne wstępne dane za 2010 r. wskazują na ogólną wartość niższą niż ta za 2009 r., jak również ciągły spadek liczby zgonów zgłoszonych w Niemczech, Hiszpanii, we Włoszech, w Niderlandach, Austrii, Zjednoczonym Królestwie i Turcji.

Większość krajów o ponadprzeciętnych wskaźnikach śmiertelności w 2010 r. jest położonych na północy Europy, natomiast wiele krajów o wskaźnikach niższych niż średnia europejska położonych jest w Europie Południowej. Na wykresie 19 przedstawiono dane w odniesieniu do wybranych krajów, które wstąpiły do Unii Europejskiej przed 2004 r., a także do Norwegii. Przy porównywaniu danych dotyczących poszczególnych krajów należy zachować ostrożność w związku z różnicami w zakresie metodologii.

Dokonanie oceny tendencji w nowszych państwach członkowskich UE oraz w państwach kandydujących jest trudniejsze, gdyż liczba zgłoszonych zgonów jest niewielka, a poprawa w zakresie zdolności sprawozdawczej może wpłynąć na ograniczenie porównywalności danych na przestrzeni czasu. Pomimo wspomnianych trudności odnotowano wzrost wskaźnika śmiertelności powiązanej ze zgonami związanymi z narkotykami w Estonii oraz, w mniejszym stopniu, w Republice Czeskiej, na Węgrzech, na Litwie, w Chorwacji i Turcji.

Przyczyny utrzymywania się liczby zgłaszanych zgonów związanych z narkotykami w niektórych krajach są trudne do wyjaśnienia, szczególnie w kontekście oznak spadku używania narkotyków w formie iniekcji oraz rosnącej liczby osób używających opioidów, które kontaktują się z placówkami leczniczymi i działającymi na rzecz redukcji szkód. Możliwe przyczyny obejmują: większe występowanie jednoczesnego używania wielu substancji (EMCDDA, 2009b) lub zachowań wysokiego ryzyka; rosnącą liczbę osób powracających do używania opioidów i opuszczających więzienia lub terapię, oraz kohortę starzejących się osób używających narkotyków, które są bardziej zagrożone.

Wykres 19: Tendencje w zakresie wskaźników śmiertelności wśród populacji ogólnej w związku ze zgonami spowodowanymi narkotykami w wybranych krajach będących państwami członkowskimi UE przed 2004 r. oraz w Norwegii – kraje o wskaźnikach wyższych niż średnia UE w 2010 r. (na górze) oraz niższych niż średnia UE (na dole)



Uwaga: Średnią UE wyliczono w odniesieniu do 27 państw członkowskich UE oraz Norwegii. Dane liczbowe za 2010 r. są tymczasowe, gdyż dane były dostępne jedynie w odniesieniu do 20 krajów. Przedstawiono dane dotyczące Norwegii i krajów będących państwami członkowskimi UE przed 2004 r., które zgłosiły w ostatnim roku ponad 100 zgonów spowodowanych narkotykami.

Zgony pośrednio związane z używaniem narkotyków

W następstwie połączenia istniejących danych pochodzących z Eurostatu oraz monitorowania HIV/AIDS, EMCDDA szacuje, że w 2009 r. około 1830 osób w Unii Europejskiej zmarło z powodu HIV/AIDS związanego z używaniem narkotyków ([127]), przy czym do niemalże 90% tych zgonów doszło w Hiszpanii, we Francji, Włoszech i w Portugalii. W krajach, w których szacunkowe wskaźniki znacznie przekraczają te odnotowane w innych krajach, wskaźniki śmiertelności związane z HIV/AIDS,

([126]) Zob. wykresy DRD-8 i DRD-11 w biuletynie statystycznym za 2012 r.
([127]) Zob. tabela DRD-5 (część iii) w biuletynie statystycznym za 2012 r.

które można przypisać przyjmowaniu narkotyków w formie iniekcji, uległy obniżeniu w Hiszpanii, we Włoszech i w Portugalii, natomiast wzrosły na Łotwie i Litwie w porównaniu z 2008 r. Zgłoszone ostatnio przypadki epidemicznego wzrostu zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w formie iniekcji w Grecji i Rumunii (EMCDDA i ECDC, 2012) będą wymagały dokładnego monitorowania w odniesieniu do opieki nad pacjentami i wskaźników zgonów związanych z HIV/AIDS.

Do pozostałych chorób, które także stanowią przyczynę pewnej liczby zgonów wśród osób używających narkotyków, należą schorzenia przewlekłe, takie jak choroby wątroby, wywoływane głównie zakażeniem wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV) i często pogarszane wskutek nadużywania alkoholu i jednoczesnego zakażenia wirusem HIV. Konsekwencje zakażenia HCV mogą być szczególnie poważne w przypadku osób używających narkotyków, przy czym istnieją dowody wskazujące na to, że może ono dwukrotnie zwiększyć ryzyko zgonu związanego z narkotykami wśród starszych osób używających narkotyków (Merrall i in., 2012). Zgony spowodowane innymi chorobami zakaźnymi są rzadsze. Do takich przyczyn zgonów wśród osób używających narkotyków, jak samobójstwa, urazy i zabójstwa, przykłada się dużo mniejszą wagę – mimo oznak, że mają one znaczny wpływ na umieralność.

Chociaż długofalowa tendencja w zakresie śmiertelności związanej z HIV wśród osób używających narkotyków jest spadkowa, inne przyczyny śmiertelności wykazywały w ciągu ostatnich lat niewielkie oznaki spadku mimo intensyfikacji leczenia, zwłaszcza substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów oraz innych usług. W wyjaśnieniu tego trudnego do rozwiązania problemu może pomóc szereg wzajemnie powiązanych czynników. Oprócz tych wymienionych wcześniej, zwłaszcza w odniesieniu do czynników ryzyka w zakresie zgonów spowodowanych narkotykami, należą do nich: używanie alkoholu i innych narkotyków; wysokie wskaźniki złego stanu zdrowia; współzachorowalność; wykluczenie społeczne i marginalizacja. Mając na względzie ograniczenie w Europie tych poważnych kosztów zdrowotnych powiązanych z konsumpcją narkotyków, niezbędne jest podejmowanie większej liczby działań w celu lepszego zrozumienia i skoncentrowania się zarówno na bezpośrednich, jak i pośrednich czynnikach związanych ze śmiertelnością wśród osób problemowo używających narkotyków.

Ograniczanie liczby zgonów związanych z narkotykami

Ograniczanie liczby przypadków utraty życia w związku z używaniem narkotyków jest kluczowym priorytetem polityki w większości krajów europejskich, przy czym 16 z nich zgłosiło, że koncentrują się na tym zagadnieniu w swoich krajowych lub regionalnych dokumentach dotyczących polityki narkotykowej lub że jest ono przedmiotem konkretnego planu działania. W niektórych innych krajach europejskich, np. w Austrii i Norwegii, rosnąca liczba zgonów związanych z narkotykami odnotowana w poprzednich latach doprowadziła do wzrostu świadomości, że potrzebne jest skuteczniejsze reagowanie na ten problem.

Uczestniczenie w terapii odwykowej znacznie zmniejsza ryzyko śmiertelności u osób używających narkotyków, a w związku z lepszym farmakologicznym profilem bezpieczeństwa buprenorfina jest zalecanym lekiem w przypadku podtrzymującego leczenia uzależnienia od opioidów w niektórych krajach ([128]). Połączenie buprenorfiny i naloksonu ([129]) zostało dopuszczone do obrotu w połowie krajów europejskich ([130]). Zidentyfikowano także istotne zagrożenie związane z tolerancją na narkotyk w przypadku osób używających narkotyków i podejmujących lub kończących leczenie. Jak wynika z badań, ryzyko zgonu związanego z narkotykami znacznie wzrasta w przypadku powrotu do nałogu po okresie leczenia lub w ciągu kilku tygodni po zwolnieniu z więzienia.

Oprócz poprawiania dostępu do leczenia odwykowego istnieją inne działania interwencyjne mające na celu ograniczenie ryzyka przedawkowania wśród osób używających narkotyków, do których należy zapewnienie przeszkolenia oraz przekazywanie informacji na temat ryzyka przedawkowania. Szkolenie w zakresie postępowania w przypadku przedawkowania, połączone z wydzielaniem dawki naloksonu do stosowania w domu, jest przykładem interwencji, która może zapobiegać zgonom w wyniku przedawkowania opioidów. W 2011 r. dwie trzecie krajów europejskich zgłosiło, że załogi karetek pogotowia są przeszkolone w stosowaniu naloksonu, natomiast nieco ponad jedna trzecia krajów zgłosiła, że nalokson jest jednym ze standardowych leków przewożonych w karetkach pogotowia. Jedynie Włochy, Rumunia i Zjednoczone Królestwo zgłosiły istnienie realizowanych na szczeblu społeczności lokalnych programów redukcji szkód, które zapewniają wydzielanie dawek naloksonu do stosowania w domu osobom używającym opioidów, członkom ich rodzin

([128]) Zob. wytyczne dotyczące leczenia na portalu najlepszych praktyk.
([129]) Nalokson przeciwdziała efektom opioidów i jest powszechnie stosowany w szpitalach oraz w medycynie ratunkowej.
([130]) Zob. tabela HSR-1 w biuletynie statystycznym za 2012 r.

oraz opiekunom. Jednak jak udowodniono w Zjednoczonym Królestwie, wystarczy przeszkolenie na minimalnym poziomie, aby pracownicy ochrony zdrowia, w tym pracownicy socjalni ds. uzależnień od narkotyków, byli w stanie podnieść swój poziom wiedzy, umiejętności i pewności siebie na tyle, by radzić sobie w przypadku przedawkowania opioidów i w odpowiedni sposób stosować nalokson (Mayet i in., 2011).

Większość krajów zgłasza rozpowszechnianie informacji na temat ryzyka przedawkowania – często opracowywanych w kilku wersjach językowych, tak by dotrzeć do migrantów używających narkotyków – za pośrednictwem wyspecjalizowanych agencji antynarkotykowych i stron internetowych, a od niedawna również przez SMS-y i e-maile. W latach 2008–2011 trzy dodatkowe kraje zgłosiły pełny lub szeroki zakres materiałów informacyjnych dotyczących ryzyka przedawkowania.

Ponadto aby wyjść naprzeciw potrzebom szczególnie wrażliwych grup osób używających narkotyków, np. tych zakażonych HCV lub będących w starszym wieku, niezbędna może być dodatkowa opieka i wsparcie. Ocena dotycząca ryzyka przedawkowania, dokonana przez przeszkolonych pracowników socjalnych ds. uzależnień lub pracowników ochrony zdrowia, może pomóc we wczesnym wykryciu osób szczególnie zagrożonych, a także ewentualnie służyć jako katalizator ograniczania szkód. Chociaż krajowi eksperci wykazują, że dokonywanie oceny dotyczącej ryzyka przedawkowania wystarczy, aby zaspokoić potrzeby większości osób używających opioidów w nieco mniej niż połowie krajów europejskich, oznacza to istotny wzrost (o 44%) w okresie 2008–2011.

Konkretnie ukierunkowane interwencje, np. nadzorowane placówki zapewniające warunki do przyjmowania narkotyków w formie iniekcji, docierają do konkretnych podgrup wysoce zmarginalizowanych osób używających narkotyków oraz przyczyniają się do ograniczania zachorowalności i śmiertelności. W Danii prywatna organizacja uruchomiła w Kopenhadze w 2011 r. ruchomy punkt iniekcyjny, w którym zapewnia się bezpieczniejsze środowisko przyjmowania narkotyków w formie iniekcji oraz nadzór medyczny ([131]). Podobnie jak w przypadku nadzorowanych pomieszczeń do konsumpcji narkotyków w Niemczech, Hiszpanii, Luksemburgu, Niderlandach i Norwegii – nowy punkt iniekcyjny w Danii jest odpowiednio wyposażony, aby ograniczyć wpływ przedawkowań nieskutkujących zgonem.

([131]) Aby uzyskać więcej informacji, zob. stronę internetową Mobile Fixerum.

Rozdział 8
Nowe narkotyki i tendencje

Wprowadzenie

W Europie, jak również na całym świecie, nowe narkotyki i nowe wzory ich używania przyciągają coraz większą uwagę polityków, mediów i opinii publicznej. W pewnej mierze ma na to wpływ rozwój technologii komunikacyjnych, oddziałujących na wszystkie aspekty współczesnego życia, w tym na charakter rynku narkotykowego oraz na popyt konsumencki. Biorąc pod uwagę ten szybko zmieniający się kontekst, jeszcze ważniejsze niż dotychczas staje się przekazywanie aktualnych i obiektywnych informacji na temat nowych narkotyków i pojawiających się tendencji. Reakcja Europy na te kwestie opiera się na sieci wczesnego ostrzegania, w ramach której wykorzystuje się informacje z szeregu źródeł, np. kryminalistycznych, z badań ankietowych, monitorowania internetu oraz danych ze szpitalnych izb przyjęć.

Działania dotyczące nowych narkotyków

System wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej został opracowany jako mechanizm szybkiego reagowania na pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych. W następstwie przeglądu systemu w 2011 r. Komisja Europejska pracuje nad nowym instrumentem mającym zastąpić decyzję Rady 2005/387/WSiSW ([132]).

Nowe substancje psychoaktywne

W latach 2005–2011 za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania oficjalnie zgłoszono 164 nowe substancje psychoaktywne. W 2011 r., po raz trzeci z rzędu, wykryto po raz pierwszy w Europie rekordową liczbę (49) substancji, w porównaniu z 41 substancjami w 2010 r. i 24 w 2009 r.

Ten znaczący wzrost liczby zgłaszanych substancji ma miejsce w kontekście nieprzerwanie ewoluującego zjawiska tzw. dopalaczy (ang. *legal highs*) i stanowi odzwierciedlenie zarówno liczby substancji, które skierowano na europejski rynek narkotyków, jak i zwiększonych zdolności sprawozdawczych krajowych

Dyskusja na temat nowych narkotyków: nowe substancje psychoaktywne czy dopalacze?

Istnieje szereg terminów na określenie nowych narkotyków; poniżej przytoczono niektóre z definicji stosowanych przez EMCDDA i odnoszących się do pojęć będących w powszechnym użyciu.

Zgodnie z przepisami regulującymi funkcjonowanie systemu wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej, jako nową substancję psychoaktywną określa się nowy środek odurzający lub nowy lek psychotropowy, który nie został zamieszczony w wykazach załączonych do Jednolitej konwencji ONZ o środkach odurzających z 1961 i 1971 r., a który może stanowić porównywalne zagrożenie zdrowia publicznego jak substancje wymienione w wykazach ([1]).

Termin „narkotyk autorski" (ang. *designer drug*) został po raz pierwszy użyty w latach osiemdziesiątych XX w. wraz z pojawieniem się składników ecstasy (MDMA i innych) na rynku nielegalnych narkotyków. Odnosi się on do nieobjętych regulacjami substancji psychoaktywnych, zaprojektowanych w taki sposób, by naśladowały skutki objętych kontrolą narkotyków, przez wprowadzenie nieznacznych zmian w ich strukturze chemicznej w celu obejścia istniejących kontroli. Termin sugerował, że substancje te są zazwyczaj wytwarzane z prekursorów chemicznych w tajnych laboratoriach.

EMCDDA definiuje dopalacze jako ogólne pojęcie stosowane w odniesieniu do nieobjętych regulacjami substancji psychoaktywnych lub produktów podobno je zawierających, których szczególnym przeznaczeniem jest naśladowanie działania narkotyków objętych kontrolą. Pojęcie to dotyczy szerokiej gamy substancji syntetycznych lub pochodzenia roślinnego, które są zazwyczaj sprzedawane za pośrednictwem internetu lub w sklepach z akcesoriami narkotykowymi. Określanie tych substancji „legalnymi" może być niepoprawne lub wprowadzać w błąd: niektóre produkty mogą zawierać substancje objęte kontrolą na mocy przepisów antynarkotykowych, natomiast inne mogą być ujęte w przepisach dotyczących leków bądź bezpieczeństwa żywności (EMCDDA, 2011a).

Do innych używanych terminów należą „mieszanki ziołowe", które to pojęcie ma podkreślić rzekomo naturalne pochodzenie produktu.

Aby obejść przepisy dotyczące konsumentów i dopuszczania do obrotu, nowe substancje psychoaktywne są także sprzedawane pod różnymi nazwami, np. jako „substancje chemiczne w fazie badań", „sole do kąpieli" lub „nawóz do roślin".

([1]) Decyzja Rady 2005/387/WSiSW zawiera prawnie wiążącą definicję ujętych w niej substancji.

([132]) Decyzja Rady 2005/387/WSiSW w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych. Dz.U. L 127 z 20.5.2005.

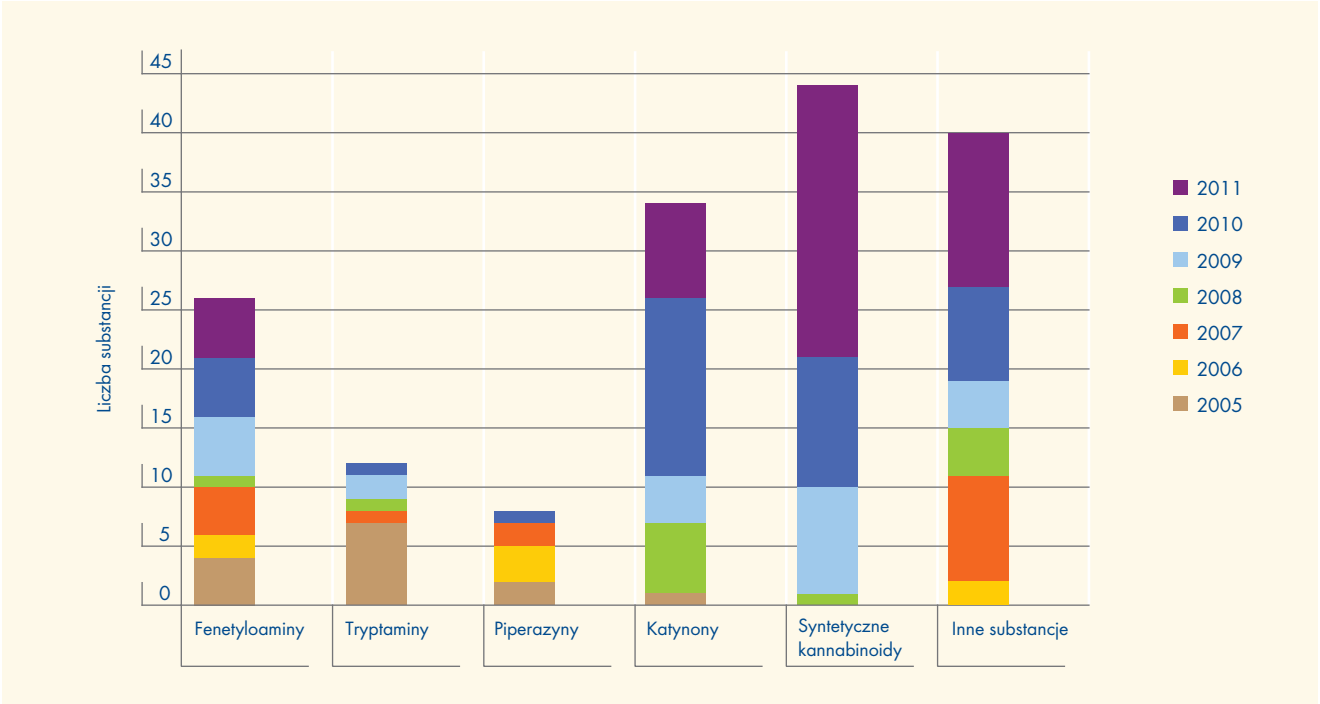
systemów wczesnego ostrzegania. Obecność niektórych z nowych narkotyków na rynku stwierdzono w drodze próbnych zakupów wyrobów określanych jako dopalacze, dokonanych za pośrednictwem internetu oraz w wyspecjalizowanych punktach sprzedaży. Jednak w większości przypadków wykryto je w drodze analizy kryminalistycznej skonfiskowanych materiałów. W 2010 ani 2011 r. nie stwierdzono przypadku identyfikacji po raz pierwszy substancji w próbkach biologicznych (krew, mocz), natomiast w próbkach biologicznych wykryto jedną czwartą substancji zgłoszonych w 2009 r.

Podobnie jak w 2010 r. około dwóch trzecich nowo zidentyfikowanych substancji zgłoszonych w 2011 r. to syntetyczne kannabinoidy lub syntetyczne katynony; te dwie grupy stanowią ponadto dwie trzecie wszystkich nowych substancji zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania od 2005 r. (EMCDDA i Europol, 2011). Syntetyczne kannabinoidy to największa spośród sześciu różnych monitorowanych grup (zob. wykres 20). Monitorowaniem objęto także pewną liczbę leków (np. fenazepam i etizolam), metabolity lub prekursory leków (5-hydroksytryptofan) oraz substancje na bazie leków (np. kamfetamina – pochodna fenkamfaminy). Jako przykład może tu posłużyć metoksetamina – pochodna ketaminy zgłoszona w 2010 r. i czynnie monitorowana w ramach systemu wczesnego ostrzegania. Jest to substancja mogąca wykazywać toksyczność ostrą (Wood i in., 2012a) i przewlekłą podobną do tej stwierdzonej w przypadku ketaminy.

Wytwarzanie i podaż nowych narkotyków

Jak wynika ze zgłoszeń, większość nowych substancji psychoaktywnych pojawiających się na europejskim rynku nielegalnych narkotyków jest syntetyzowana poza terytorium Europy; stwierdzono, że głównymi krajami pochodzenia są Chiny oraz, w mniejszym stopniu, Indie. Europejskie organy ścigania wykrywają obiekty powiązane z przywozem, mieszaniem i pakowaniem tych substancji. Zgłoszenia wskazują na udział zorganizowanych grup przestępczych zarówno w wytwarzaniu tabletek, jak i wprowadzaniu do obrotu substancji, które są sprzedawane głównie jako dopalacze za pośrednictwem internetu oraz w sklepach z akcesoriami narkotykowymi. W niektórych przypadkach sprzedaje się je jednak jako nielegalne narkotyki, np. ecstasy, opatrzone logo kojarzonym zazwyczaj z tego rodzaju narkotykiem.

Wykres 20: Główne grupy nowych substancji psychoaktywnych zidentyfikowanych za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania od 2005 r.



Uwaga: Liczba nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania na mocy decyzji Rady 2005/387/WZiZW. Aby uzyskać informacje na temat fenetyloamin, tryptamin, piperazyn, katynonów i syntetycznych kannabinoidów, zob. strona internetowa EMCDDA zawierająca profile dotyczące narkotyków. Kategoria „Inne substancje" obejmuje rozmaite substancje psychoaktywne pochodzenia roślinnego oraz substancje syntetyczne, które nie należą ściśle do żadnej z pozostałych rodzin chemicznych, a także niewielką liczbę produktów leczniczych i ich pochodnych.

Źródło: System wczesnego ostrzegania.

Jak wynika ze zgłoszeń, w ciągu ostatnich lat zwiększył się udział europejskich organów ścigania w ponadnarodowych sprawach związanych z handlem, mieszaniem oraz pakowaniem nowych substancji psychoaktywnych. Śledztwa prowadzone pod kątem mefedronu wykazały, że narkotyk jest w dużej mierze wytwarzany w Chinach i często dociera do krajów europejskich, w których jest objęty kontrolą, przez kraj trzeci, w którym kontrolą objęty nie jest. Pomniejsze konfiskaty, przede wszystkim katynonów i syntetycznych kannabinoidów, były zgłaszane przez Niemcy, Estonię i Węgry, natomiast Dania przekazała zgłoszenie dotyczące *m*CPP ([133]). Większe konfiskaty obejmujące głównie nieokreślone nowe substancje psychoaktywne zgłosiły Łotwa (około 5 kg) i Hiszpania (konfiskata dokonana w sklepie z akcesoriami narkotykowymi w łącznej ilości 96 kg); ponadto Republika Czeska zgłosiła przechwycenie ponad 20 kg mefedronu pochodzącego z Indii. Inne obiekty powiązane z wytwarzaniem zlikwidowano lub zajęto w Irlandii, Belgii, Polsce (5 kg mefedronu) oraz Niderlandach, gdzie w jednym z obiektów przejęto 150 kg białego proszku i około 20 tys. opakowań zawierających liczne syntetyczne kannabinoidy.

Czasami w skonfiskowanych substancjach, które sprzedawano jako „nawóz do roślin" lub „substancje chemiczne w fazie badań", stwierdzano zawartość narkotyków objętych kontrolą, w szczególności katynonów i piperazyn. Jednym z przykładów jest wykrycie PMMA w produktach określanych jako dopalacze, co bez wątpienia stanowi zagrożenie dla użytkowników (EMCDDA i Europol, 2011; Sedefov i in., 2011). Jak wynika ze sprawozdania przekazanego niedawno przez Zjednoczone Królestwo, 19% próbek produktów zakupionych testowo za pośrednictwem internetu, reklamowanych w sprzedaży jako dopalacze, zawierało substancje objęte kontrolą, natomiast 22% zawierało piperazyny, 20% katynony, a 18% syntetyczne kannabinoidy (Agencja ds. Poważnej Przestępczości Zorganizowanej, 2011). Stopień, w jakim zorganizowane grupy przestępcze są uwikłane w handel nowymi substancjami, jest jednak trudny do określenia. Wydaje się, że w chwili obecnej rynek jest w dużym stopniu napędzany przez oportunistycznych przedsiębiorców wykorzystujących internet do wprowadzania do obrotu i sprzedawania swoich produktów.

Dostępność w internecie

Dostępność dopalaczy w internecie jest objęta regularnym monitorowaniem przez EMCDDA w ramach ukierunkowanych badań wyrywkowych prowadzonych w internecie (zob. EMCDDA 2011a). Najnowsze badania wyrywkowe przeprowadzono w styczniu 2012 r. przy wykorzystaniu 20 spośród 23 urzędowych języków UE, a także norweskiego, rosyjskiego i ukraińskiego ([134]).

Liczba sklepów internetowych oferujących dostarczenie konsumentom w co najmniej jednym państwie członkowskim UE substancji psychoaktywnych lub produktów podobno je zawierających nie przestaje rosnąć. W ramach badania wyrywkowego przeprowadzonego w styczniu 2012 r. zidentyfikowano 693 sklepy internetowe, co stanowi wzrost ich liczby w porównaniu z 314 w styczniu 2011 r. i 170 w styczniu 2010 r.

Trzy produkty naturalne – kratom, szałwia wieszcza i grzyby halucynogenne – są w dalszym ciągu najczęściej oferowanymi w internecie dopalaczami; w dalszej kolejności plasuje się osiem syntetycznych substancji, których dostępność w 2011 r. zwiększyła się (tabela 10). W następstwie badania wyrywkowego przeprowadzonego w 2012 r. stwierdzono znaczny wzrost dostępności rozmaitych syntetycznych katynonów, co może wskazywać na prowadzone nieprzerwanie przez internetowych przedsiębiorców poszukiwania środka mającego zastąpić mefedron. Sam mefedron jest w dalszym ciągu dostępny za pośrednictwem internetu i, jak się wydaje, odzyskał wcześniejszą pozycję po poważnym spadku dostępności w internecie w okresie od marca 2010 r. do lipca 2011 r., gdyż substancja ta została objęta kontrolą przez coraz większą liczbę państw członkowskich UE (EMCDDA, 2011a). Produkty typu spice zidentyfikowano w 2012 r. w 21 internetowych punktach sprzedaży, co stanowi znaczący spadek w porównaniu z 55 internetowymi punktami sprzedaży oferującymi omawiane produkty w 2009 r.

Internet pełni rolę globalnego rynku, przy czym sklepy prowadzące sprzedaż nowych substancji w sieci są zlokalizowane w wielu krajach. Zachowania i preferencje rynkowe niekoniecznie jednak są globalne, gdyż wydaje się, że wiele linii produktów jest ukierunkowanych na określone rynki geograficzne. Na przykład produkt „kronik" jest sprzedawany niemal wyłącznie przez przedsiębiorców mających siedziby w Australii i Nowej Zelandii.

O ile przytaczane dane mogą dostarczyć pewnych wskazań w zakresie oferty dopalaczy w internecie, o tyle brak jest dostępnych informacji na temat faktycznej sprzedaży. Chcąc oszacować wskaźniki używania nowych substancji psychoaktywnych w Europie – pozyskanych zarówno za pośrednictwem internetu, jak i w inny

([133]) 1-(3-chlorofenylo)piperazyna.

([134]) Posłużono się następującymi słowami lub frazami: „dopalacze", „mieszanki ziołowe" (spice, kratom i szałwia), GBL (gamma-butyrolakton), grzyby halucynogenne, mefedron oraz substancje związane z pipradrolem: 2-DPMP (deoksypipradrol), deoksy-D2PM (2-(difenylometylo)pirolidyna) oraz D2PM (difenyloprolinol).

Tabela 10: Dziesięć nowych substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy, najczęściej oferowanych na sprzedaż w sklepach internetowych objętych badaniami ankietowymi w 2011 i 2012 r.

	Liczba sklepów internetowych oferujących produkt		
	styczeń 2012	*lipiec 2011*	*styczeń 2011*
Kratom (naturalny)	179	128	92
Szałwia wieszcza (naturalny)	134	110	72
Grzyby halucynogenne (naturalne)	95	72	44
Metoksetamina (arylocykloheksyloamina)	68	58	14
MDAI (aminoindan)	65	61	45
6-APB (benzofuran)	54	49	35
MDPV (katynon)	44	32	25
4-MEC (katynon)	43	32	11
Metiopropamina (tiofen)	39	28	5
5-IAI (aminoindan)	38	27	25

Źródło: EMCDDA.

sposób – należy przeanalizować dostępne dane na temat rozpowszechnienia używania.

Rozpowszechnienie używania

Dane dotyczące rozpowszechnienia używania nowych substancji psychoaktywnych są nieliczne, przy czym niejednokrotnie mają na nie wpływ ograniczenia metodologiczne, w tym brak wspólnych definicji, a także wykorzystanie samodzielnie dobranych lub niereprezentatywnych próbek. W 2011 r. przeprowadzono po raz pierwszy reprezentatywne badania nad rozpowszechnieniem używania dopalaczy i nowych substancji psychoaktywnych w populacji ogólnej (Irlandia i Zjednoczone Królestwo) oraz wśród uczniów (Hiszpania). Wyniki wskazują, że wskaźniki używania są na ogół niskie, jednak w niektórych subpopulacjach możliwy jest szybki wzrost w zakresie używania.

W następstwie przeprowadzonego także w 2011 r. europejskiego badania ankietowego dotyczącego postaw wśród młodzieży, w którym wzięło udział ponad 12 tys. młodych ludzi (w wieku 15–24 lata), oszacowano, że 5% młodych Europejczyków użyło przynajmniej jeden raz dopalaczy, przy czym w około połowie krajów wskaźnik ten mieścił się w granicach 3–5%. Najwyższe dane szacunkowe zgłosiła Irlandia (16%), a następnie Łotwa, Polska i Zjednoczone Królestwo (we wszystkich tych krajach wskaźnik wynosił niemal 10%) (Gallup, 2011).

W Hiszpanii, w ramach przeprowadzonych w 2010 r. krajowych badań ankietowych skoncentrowanych na używaniu narkotyków wśród uczniów w wieku 14–18 lat zastosowano specjalny moduł dotyczący pojawiających się nowych narkotyków. Badaniem objęto dziewięć substancji: ketaminę, spice, piperazyny, mefedron, nexus (2C-B), metamfetaminę, grzyby halucynogenne, „substancje chemiczne w fazie badań" oraz dopalacze. Ogólnie rzecz biorąc, 3,5% uczniów zgłosiło przynajmniej jednokrotne użycie co najmniej jednego z wymienionych narkotyków (2,5% w ciągu zeszłego roku). Zgłoszono niskie wskaźniki

Łączone, anonimowe próbki moczu – obiektywne źródło informacji na temat używania narkotyków

Nowe sposoby podejścia w zakresie identyfikowania i dokonywania pomiarów używania narkotyków w obrębie populacji w oparciu o analizę ścieków mogą pomóc w pokonaniu niektórych ograniczeń występujących w badaniach ankietowych. Na wiarygodność danych uzyskanych w oparciu o samodzielne zgłaszanie używania narkotyków mogą mieć wpływ wahania zawartości używanych narkotyków. Dotyczy to zwłaszcza narkotyków syntetycznych i nowych substancji psychoaktywnych, w przypadku których osoba ich używająca może nie wiedzieć, jaką substancję konsumuje. Analiza ścieków komunalnych pobieranych w oczyszczalniach ścieków jest wykorzystywana w celu ustalenia wskaźników używania nielegalnych narkotyków, np. MDMA i kokainy, na poziomie populacji. Stosowanie tej techniki wiąże się jednak z problemami w przypadku nowych substancji psychoaktywnych, gdyż niewiele wiadomo na temat ich metabolizmu i stabilności.

W 2011 r. przeprowadzono badanie pilotażowe w celu przeanalizowania wykonalności wykorzystania łączonych próbek moczu do zidentyfikowania narkotyków używanych w nocnych klubach w Londynie (Archer i in., 2012). W ramach badania wykryto zarówno dobrze znane nielegalne narkotyki, jak i nowe substancje psychoaktywne, w tym mefedron, TFMPP (3-trifluorometylofenylopiperazynę) oraz 2-AI (2-aminoindan). Najwyższe stężenie narkotyków obecnych w próbkach odnotowano w przypadku mefedronu, ketaminy i MDMA. Oprócz narkotyków w postaci niezmienionej wykryto również ich stosowne metabolity.

Badanie to wykazało wykonalność wykorzystania łączonych próbek moczu w celu zidentyfikowania narkotyków używanych w klubach nocnych. Dzięki tej metodologii można uzyskać obiektywne dane dotyczące używania narkotyków w tego rodzaju obiektach rozrywkowych, a zwłaszcza wykrywać nowe substancje psychoaktywne.

używania produktów typu spice: 1,1% w przypadku jednokrotnego użycia narkotyku oraz i 0,8% w przypadku narkotyku używania narkotyku w ciągu ostatniego roku. Wskaźnik używania mefedronu w tej grupie był bardzo niski (0,4% w odniesieniu do przynajmniej jednokrotnego użycia).

Mefedron i dopalacze uwzględniono po raz pierwszy w badaniach ankietowych przeprowadzonych jednocześnie w gospodarstwach domowych w Irlandii i Irlandii Północnej (Zjednoczone Królestwo) w latach 2010–2011, już po objęciu mefedronu kontrolą (NACD i PHIRB, 2011). Liczebność próby wyniosła ponad 7,5 tys. respondentów w wieku 15–64 lata. W Irlandii Północnej wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia oszacowano na 2%, natomiast wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku na 1% – zarówno w odniesieniu do mefedronu, jak i dopalaczy ([135]). Wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia były wyższe wśród osób w wieku 15–24 lata i wynosiły 6% zarówno w odniesieniu do mefedronu, jak i dopalaczy. W Irlandii nowe substancje psychoaktywne (wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku na poziomie 4%) były drugim po konopiach indyjskich najczęściej zgłaszanym nielegalnym narkotykiem (6%). Najwyższe wskaźniki używania nowych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego roku zgłoszono w odniesieniu do osób w wieku 15–24 lata (10%).

Wyniki badań przestępczości przeprowadzonych w latach 2010–2011 w Zjednoczonym Królestwie (Smith i Flatley, 2011) wykazują, że w populacji ogólnej (16–59 lat) w Anglii i Walii wskaźnik używania mefedronu w ciągu ostatniego roku (1,4%) był na poziomie zbliżonym do analogicznego wskaźnika dotyczącego ecstasy. W grupie wiekowej 16–24 lata wskaźnik używania mefedronu w ciągu ostatniego roku był taki sam jak w odniesieniu do proszku kokainowego (4,4%). Większość osób, które zgłosiły używanie mefedronu w ciągu ostatniego roku, zgłosiła także używanie innego nielegalnego narkotyku (głównie konopi indyjskich, kokainy lub ecstasy). Istotnym zastrzeżeniem, jakie należy uwzględnić przy próbie zrozumienia istotności wspomnianych wyników jest fakt, że gromadzenie danych do celów badań ankietowych miało miejsce w okresach przed wprowadzeniem zakazu dotyczącego mefedronu i po wprowadzeniu go.

Przeprowadzono także niewielką liczbę internetowych badań ankietowych oraz badań z wykorzystaniem samodzielnie dobranych prób uznaniowych, w ramach których monitorowano używanie i dostępność nowych substancji psychoaktywnych. Przeprowadzone za pośrednictwem internetu badanie ankietowe z udziałem 860 respondentów mających doświadczenia z dopalaczami w Niemczech wykazało, że mieszanki ziołowe były najpowszechniej używanym produktem z kategorii dopalaczy, na dalszym zaś miejscu plasowały się „substancje chemiczne w fazie badań" oraz „sole do kąpieli" i podobne produkty. Analogicznie, w następstwie badania przeprowadzonego w klubach nocnych w Republice Czeskiej stwierdzono, że najpowszechniej wymienianym rodzajem dopalaczy są substancje ziołowe, przy czym 23% spośród 1099 respondentów zgłosiło, że używało *Salvia divinorum*. Także w Republice Czeskiej 4,5% spośród próby obejmującej 1091 użytkowników internetu w wieku 15–34 lata zgłosiło używanie jednej z nowych substancji psychoaktywnych.

Inne badania są często skoncentrowane na używaniu jednego rodzaju substancji, np. spice, BZP czy mefedronu. W 2011 r., w następstwie corocznego badania ankietowego przeprowadzanego w szkołach pod nazwą Monitorowanie Przyszłości USA (ang. *US Monitoring the Future*), po raz pierwszy zgłoszono wskaźniki używania syntetycznych kannabinoidów wśród osób w młodym wieku. Wśród uczniów starszych klas (w wieku 17–18 lat) stwierdzono wskaźniki używania w ciągu ostatniego roku produktów zawierających syntetyczne kannabinoidy (spice i K2) na poziomie nieco wyższym niż 11%.

W ramach przeprowadzonej w 2011 r. rundy internetowych badań ankietowych dotyczących używania narkotyków dla brytyjskiego magazynu dla bywalców klubów „Mixmag" oraz dziennika „The Guardian" (EMCDDA, 2009a, 2010a) zebrano 15,5 tys. odpowiedzi – głównie ze Zjednoczonego Królestwa, ale także z innych stron świata. W latach 2010–2011 zgłoszone wskaźniki używania mefedronu w ciągu ostatniego roku i w ciągu ostatniego miesiąca były trzykrotnie wyższe wśród bywalców klubów (30% i 13%) niż wśród osób niebywających w klubach (10% i 3%) (Mixmag, 2012). Nie ulega wątpliwości, że danych pochodzących z samodzielnie dobranych prób, takich jak te wspomniane powyżej, nie można uznać w żaden sposób za reprezentatywne; tego rodzaju badania ankietowe przedstawiają jednak interesujący obraz używania narkotyków wśród osób biorących udział w tych badaniach.

Sposoby reagowania na nowe narkotyki

W całej Europie rozpoczął się proces opracowywania działań na rzecz ograniczania zarówno popytu na nowe substancje psychoaktywne, jak i ich podaży. Poszczególne państwa członkowskie podjęły inicjatywy w celu udoskonalenia i przyspieszenia swoich zgodnych z prawem sposobów reagowania na nowe substancje psychoaktywne, wytwarzane z nich produkty oraz punkty ich sprzedaży (zob. rozdział 1).

([135]) W Irlandii Północnej w kategorii dopalacze ujęto pigułki imprezowe, mieszanki ziołowe, proszki imprezowe, kratom i szałwię wieszczą (*Salvia divinorum*), natomiast w Irlandii ujęto także ziołowe mieszanki do palenia lub kadzidełka, „sole do kąpieli", „nawóz do roślin" lub inne proszki, magiczną miętę lub Sally D, a także inne nowe substancje psychoaktywne wymienione przez respondentów.

Dokonywanie oceny psychoaktywności

Wraz ze wzrostem liczby nowych substancji zgłaszanych do systemu wczesnego ostrzegania UE coraz bardziej istotne staje się określenie, na odpowiednio wczesnym etapie, czy dana substancja posiada właściwości psychoaktywne. Obecnie bada się możliwości zastosowania niedrogich metod w celu przewidywania właściwości (toksycznych, farmakologicznych, psychoaktywnych) nowych narkotyków bez konieczności przeprowadzania badań eksperymentalnych na zwierzętach lub ludziach.

Jedna z badanych technik polega na budowaniu modeli matematycznych w celu przewidywania działania nowych substancji. Są one tworzone z wykorzystaniem „zasady podobieństwa", która zakłada, że cząsteczki o ściśle powiązanych strukturach chemicznych charakteryzują się zbliżonymi właściwościami i działaniem psychochemicznym. W ten sposób wykorzystuje się wiedzę na temat znanych substancji w celu przewidywania skutków substancji nieznanej.

Możliwość przewidywania sposobu działania nowych związków chemicznych, o których niewiele wiadomo, wydaje się obiecująca. Podczas niedawno przeprowadzonych badań oceniono przy użyciu metod przeliczeniowych potencjał psychoaktywny leku o nazwie ostaryna (Mohd-Fauzi i Bender, 2012). Analizę przeprowadzono w dwóch etapach: pierwszy obejmował przewidywanie, czy lek może dotrzeć do białek, o których wiadomo, że są związane ze skutkami psychoaktywnymi; w ramach drugiego etapu badano prawdopodobieństwo przeniknięcia substancji do centralnego układu nerwowego. Wyniki badania wykazały, że jest bardzo mało prawdopodobne, aby ostaryna była w stanie wywołać efekty psychoaktywne u ludzi.

W 2011 r. pierwsze międzynarodowe interdyscyplinarne forum w sprawie nowych narkotyków zwróciło uwagę na konieczność wzmocnienia sposobów reakcji ukierunkowanych na ograniczenie popytu na nowe substancje psychoaktywne, w tym wzmocnienie profilaktyki, redukcji szkód i leczenia. Dostępność szerokiej gamy związków o zróżnicowanej zawartości i jakości komplikuje jednak przekazywanie jasnych komunikatów w zakresie profilaktyki lub redukcji szkód.

W Zjednoczonym Królestwie informacje na temat dopalaczy, pomoc w nagłych wypadkach oraz wskazówki na temat leczenia odwykowego są udostępniane za pośrednictwem serwisu internetowego „Talk to Frank" (Porozmawiaj z Frankiem); w Irlandii informacje dotyczące profilaktyki i redukcji szkód w kontekście nowych narkotyków znajdują się w obiegu od 2010 r.

W Polsce, począwszy od 2008 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii opracowało i uruchomiło trzy kampanie profilaktyczne: prowadzoną za pośrednictwem internetu kampanię informacyjną w sprawie możliwych następstw i zagrożeń związanych z używaniem dopalaczy; spotkania rodziców z przedstawicielami szkół, w czasie których przekazywano informacje na temat nowych substancji psychoaktywnych, przy czym rolę mediatorów pełnili pedagodzy lub nauczyciele; a także uniwersalny program profilaktyczny skierowany do młodzieży szkolnej w wieku 15–18 lat, wdrożony przez nauczycieli i pedagogów opiekuńczo-wychowawczych.

Projekt „Europejska Sieć dotycząca Narkotyków Rekreacyjnych" (ang. *Recreational Drugs European Network*, ReDNet) jest wieloośrodkowym badaniem naukowym mającym na celu podniesienie poziomu informacji dostępnych dla młodych ludzi (w wieku 16–24 lata) oraz specjalistów informacji dotyczących skutków działania nowych narkotyków rekreacyjnych oraz możliwych zagrożeń zdrowotnych wiążących się z ich używaniem. W celu rozpowszechniania bezstronnych informacji i docierania z nimi do grup docelowych wykorzystywane są liczne nowatorskie technologie informacyjno-komunikacyjne.

Konieczne jest lepsze zrozumienie potencjalnych ostrych i przewlekłych skutków zdrowotnych związanych z używaniem nowych substancji. W przypadku ostrych zatruć niezbędna jest opieka medyczna, ale potrzebne jest także specjalistyczne szkolenie na temat pomocy medycznej osobom, które poczuły się źle w lokalach rozrywkowych, a także wytyczne dotyczące podejmowania decyzji co do konieczności wzywania przedszpitalnej pomocy ratunkowej. Biorąc jednak pod uwagę podobieństwa do amfetamin i MDMA, istnieje prawdopodobieństwo, że strategie zarządzania podobne do tych stosowanych przy reagowaniu i leczeniu w odniesieniu do bardziej znanych narkotyków także okazałyby się użyteczne w przypadku osób używających niektórych rodzajów nowych substancji psychoaktywnych.

W przypadku osób, które miały kontakt z nowymi narkotykami psychoaktywnymi i szukają formalnej pomocy, leczenie ma charakter głównie podtrzymujący, przy czym dostępne są jedynie ograniczone informacje na temat odpowiedniego leczenia psychospołecznego w odniesieniu do osób używających dopalaczy. W Zjednoczonym Królestwie przebadano pilotażową wersję wielodyscyplinarnej specjalistycznej kliniki dla osób używających narkotyków klubowych, w tym dopalaczy, w ramach której oferowane są liczne reakcje, w tym interwencje krótkoterminowe, terapie farmakologiczne oraz planowana opieka zdrowotna, wykazujące dobre wskaźniki w zakresie kontynuowania leczenia i jego rezultatów.

Bibliografia ([136])

Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M. i in. (2008), Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence, *Clinical Infectious Diseases 47*, s. 931–934.

ACMD (Komisja Doradcza ds. Nadużywania Narkotyków) (2010), *Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin*, Komisja Doradcza ds. Nadużywania Narkotyków, Londyn (dostępne w internecie).

AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) (2011), *2010 National Drug Strategy Household Survey report*. Drug statistics series no. 25, AIHW, Canberra.

Allen, G. (2011), *Early intervention: the next steps,* niezależny raport, Rząd Jej Królewskiej Mości, Londyn (dostępne w internecie).

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. i Vecchi, S. (2011), 'Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), s. CD004147.

Amato, L., Ferri, M., Minozzi, S., Schifano, P. i Davoli, M. (w druku), Acceptability, efficacy and safety of pharmacological treatment of cocaine dependence, *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Archer, J., Dargan, P., Rintoul-Hoad, S., Hudson, S. i Wood, D. (2012), Nightclub urinals: a novel and reliable way of knowing what drugs are being used in nightclubs, *British Journal of Clinical Pharmacology 73*, s. 985.

Asbridge, M., Hayden, J.A. i Cartwright, J.L. (2012), Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis, *BMJ* 344, s. e536.

Bellerose, D., Carew, A.M. i Lyons, S. (2011), *Trends in treated problem drug use in Ireland 2005 to 2010*, HRB Trends Series 12 (dostępne w internecie).

Berkowitz, B. i Spector, S. (1972), Evidence for active immunity to morphine in mice, *Science* 178, s. 1290–1292.

Bretteville-Jensen, A.L. i Skretting, A. (2010), Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational and heavy drug users, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 27*, s. 5–16.

Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. i in. (2009), Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain, *European Addiction Research* 15, s. 171–178.

CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009,* Dyrekcja Zdrowia Kanady ds. Substancji Kontrolowanych i Tytoniu (dostępne w internecie).

Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W. i in. (2010), Systematic review of prospective studies investigating „remission" from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence, *Addictive Behaviors* 35, s. 741–749.

Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M.A. i in. (2009), Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by young people, *Traffic Injury Prevention 10*, s. 162–169.

CDC (2009), Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, *HIV Surveillance Report* 21, tabela 1a, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (dostępne w internecie).

Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. i in. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy,* HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (dostępne w internecie).

Rada Unii Europejskiej (2009), decyzja Rady w sprawie ustanowienia Stałego Komitetu Współpracy Operacyjnej w zakresie Bezpieczeństwa Wewnętrznego, 16515/09.

Day, E. i Strang, J. (2011), Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial, *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, s. 56–66.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. i Broekaert, E. (2010), Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature, *International Journal of Drug Policy* 21, s. 364–380.

Derzon, J.H. (2007), Using correlational evidence to select youth for prevention programming, *Journal of Primary Prevention* 28, s. 421–447.

Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. i Purchase, D. (2009), Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States, *Addiction* 104, s. 1441–1446.

([136]) Linki do źródeł internetowych można znaleźć w wersji sprawozdania rocznego w formacie PDF, dostępnej na stronie internetowej EMCDDA (http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012).

Dvorsek, A. (2006), Relations between criminal investigation strategy and police management, *Revija Varstvoslovje-Journal of Criminal Justice and Security* 8 (3/4), s. 235–242.

ECDC i EMCDDA (2011), *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, Wspólne wytyczne ECDC i EMCDDA, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Sztokholm (dostępne w internecie).

ECDC i Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy (2011), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Sztokholm (dostępne w internecie).

EMCDDA (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii) (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Wybrane zagadnienie, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2008), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografia 8, tom 2, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2009a), *Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Wybrane zagadnienie, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2010a), *Annual report 2010: the state of the drugs problem in Europe*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monografia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2010c), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Wybrane zagadnienie, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2010d), *Treatment and care for older drug users*, Wybrane zagadnienie, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (dostępne w internecie).

EMCDDA (2010e), *Trends in injecting drug use in Europe*, Wybrane zagadnienie, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (dostępne w internecie).

EMCDDA (2011a), *Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2011b), *European drug prevention quality standards*, podręcznik, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2011c), *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*, Wybrane zagadnienie, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (dostępne w internecie).

EMCDDA (2011d), *Responding to new psychoactive substances*, Drugs in focus 22, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2012a), *Cannabis production and markets in Europe*, Insight, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2012b), *Social reintegration and reduction of social exclusion of drug users: improving labour market participation of drug users in treatment*, Insight, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA (2012c), *Technical report on assistance to EMCDDA to analyse recent European trends on heroin use by using existing indirect indicator data, notably treatment demand data and other indicators (CT.10.EPI.070.1.0)*, EMCDDA, Lizbona (dostępne w internecie).

EMCDDA i ECDC (2012), *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (dostępne w internecie).

EMCDDA i Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, wspólne publikacje EMCDDA i Europolu, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

EMCDDA i Europol (2011), *EMCDDA–Europol 2011 annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA* (dostępne w internecie).

Escot, S. i Suderie, G. (2009), *Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles demandes?* Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paryż.

Eurojust (2012), *Strategic project on enhancing the work of Eurojust in drug trafficking cases – final results*, Eurojust, Haga (dostępne w internecie).

Komisja Europejska, DG ds. Podatków i Unii Celnej, DG ds. Przedsiębiorstw i Przemysłu (2011), *EU summary report on drug precursors 2011: statistics from 2010* (dostępne w internecie).

Rada Europejska (2010), *Internal security strategy for the European Union: towards a European security model*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

Foley, K., Pallas, D., Forcehimes, A.A., Houck, J.M., Bogenschutz, M.P. i in. (2010), Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an American Indian substance abuse treatment sample, *Journal of Vocational Rehabilitation* 33, s. 181–192.

Fox, B.S., Kantak, K.M., Edwards, M.A., Black, K.M., Bollinger, B.K. i in. (1996), Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models, *Nature Medicine* 2, s. 1129–1132.

Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C.D., Stastna, L. i Jurystova, L. (2012), Unplugged: a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic, *Drug and Alcohol Dependence* (dostępne w internecie).

Organizacja Gallupa (2011), *Youth attitudes on drugs*, Flash Eurobarometer 330 (dostępne w internecie).

Hall, W. i Degenhardt, L. (2009), Adverse health effects of non-medical cannabis use, *Lancet* 374, s. 1383–1391.

Hatsukami, D.K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J. i in. (2005), Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 78, s. 456–457.

Hellard, M., Sacks-Davis, R. i Gold, J. (2009), Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence, *Clinical Infectious Diseases* 49, s. 561–573.

Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P.E. i Liddle, H.A. (2010), Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), s. 885–897.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. i Kraus, L. (2012), *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*, Szwedzka Rada ds. Informacji o Alkoholu i Innych Używkach, Sztokholm.

Hoare, J. i Moon, D. (red.) (2010), Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (dostępne w internecie).

Hope, V.D., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A. i White, J. (2012), A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation, *American Journal of Public Health* 102, s. 122–125.

HPA (Agencja Ochrony Zdrowia, *Health Protection Agency*) (2011), *Hepatitis C in the UK 2011*, Health Protection Agency, Londyn (dostępne w internecie).

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M.L., de Lacerda, R.B. i in. (2011), A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries, *Addiction* 107, s. 957–966.

INCB (Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających) (2012a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Nowy Jork (dostępne w internecie).

INCB (2012b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Nowy Jork (dostępne w internecie).

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. i Schulenberg, J.E. (2012), *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975–2011,* tom I, *Secondary school students*, Institute for Social Research, Uniwersytet Michigan, Ann Arbor (dostępne w internecie).

Jones, L., Bates, G., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P. i in. (2011), *A summary of the health harms of drugs*, Departament Zdrowia (dostępne w internecie).

Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H.J., Benyamina, A., Reynaud, M. i Batki, S.L. (2010), Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review, *British Journal of Clinical Pharmacology* 69, s. 578–592.

Kirby, S., Quinn, A. i Keay, S. (2010), Intelligence-led and traditional policing approaches to open drug markets: a comparison of offenders, *Drugs and Alcohol Today* 10, s. 13–19.

Lee, N.K. i Rawson, R.A. (2008), A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence, *Drug and Alcohol Review* 27, s. 309–317.

Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E. i Greenbaum, P.E. (2009), Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology 77*, s. 12–25.

Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. i White, J.M. (2010), Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence, *Addiction* 105, s. 146–154.

Martell, B.A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K. i Kosten, T.R. (2005), Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence, *Biological Psychiatry* 58, s. 158–164.

Martin, N.K., Vickerman, P., Foster, G.R., Hutchinson, S.J., Goldberg, D.J. i Hickman, M. (2011), 'Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility', *Journal of Hepatology* 54, s. 1 137–144.

Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. i in. (2010), HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage, *Lancet* 375, s. 1014–1028.

Mayet, S., Manning, V., Williams, A., Loaring, J. i Strang, J. (2011), Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: effective, but dissemination is challenging, *International Journal of Drug Policy* 22, s. 9–15.

McIntosh, J., Bloor, M. i Robertson, M. (2008), Drug treatment and the achievement of paid employment, *Addiction Research and Theory* 16, s. 37–45.

Mena, G., Giraudon, I., Álvares, E., Corkery, J., Matias, J. i in. (w druku), Cocaine-related health emergencies in Europe: A review of sources of information, prevalence and implications for service development, European Addiction Research.

Merrall, E.L., Bird, S.M. i Hutchinson, S.J. (2012), Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996–2006: record-linkage study, *International Journal of Drug Policy* 23, s. 24–32.

Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U. i Verster, A. (2011), Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), s. CD001333.

Mixmag (2012), *Mixmag–Guardian drugs survey* (dostępne w internecie).

Mohd-Fauzi, F. i Bender, A. (2012), *Computational analysis of the possibility of ostarine eliciting psychoactive effects*, University of Cambridge (dostępne w internecie).

NACD i PHIRB (Narodowy Komitet Doradczy ds. Narkotyków i Oddział Informacji i Badań dotyczących Zdrowia Publicznego) (2011), *Drug use in Ireland and Northern Ireland: first results from the 2010/11 drug prevalence survey* (dostępne w internecie).

Ouwehand, A., Wisselink, D.J., Kuijpers, W., van Delden, E.B. i Mol, A. (2011), *Key figures: addiction care 2010*, National Alcohol and Drugs Information System, Houten.

Polosa, R. i Benowitz, N.L. (2011), Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments, *Trends in Pharmacological Sciences* 32, s. 281–289.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J.L., Bruguera, E. i in. (2004), Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups, *European Addiction Research* 10, s. 147–155.

Rand Europe (2012), *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005–2012 and its action plans*, Technical report, Rand Corporation, Cambridge, Zjednoczone Królestwo.

Reynaud-Maurupt, C. i Hoareau, E. (2010), *Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»*, Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (dostępne w internecie).

Richter, C., Romanowski, A. i Kienast, T. (2009), Gamma-hydroxybutyrat (GHB)-abhängigkeit und entzug bei vorbestehender alkoholabhängigkeit, *Psychiatrische Praxis* 36, s. 345–347.

Rosen, H.R. (2011), Clinical practice: chronic hepatitis C infection, *New England Journal of Medicine* 364, s. 2429–2438.

SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (dostępne w internecie).

Sedefov, R., Brandt, S.D., Evans-Brown, M., Sumnall, H.R., Cunningham, A. i Gallegos, A. (2011), PMMA in 'ecstasy' and 'legal highs', *BMJ* (dostępne w internecie).

Agencja ds. Poważnej Przestępczości Zorganizowanej (SOCA) (2011), *Drugs: risks associated with new psychoactive substances*, Intelligence report.

Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R.P., van Beek, I., Lewis, J. i in. (2001), Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence, *Addiction* 96(9), s. 1289–1296.

Shen, X., Orson, F.M. i Kosten, T.R. (2011), Anti-addiction vaccines, *F1000 Medicine Reports* 3, s. 20.

Smith, K. i Flatley, J. (2011), Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales, *Statistical Bulletin*, Minsterstwo Spraw Wewnętrznych Zjednoczonego Królestwa.

Steinberg, L. (2008), A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking, *Developmental Review* 28, s. 78–106.

Stock, J. i Kreuzer, A. (1998), Die polizeiliche Arbeit aus kriminologischer Sicht, *Handbuch des Betaubungsmitelstrafrechts*, s. 1028–1100.

Stowe, G.N., Schlosburg, J.E., Vendruscolo, L.F., Edwards, S., Misra, K.K. i in. (2012), Developing a vaccine against multiple psychoactive targets: a case study of heroin, *CNS and Neurological Disorder Drug Targets* 10, s. 865–875.

Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. i Hickman, M. (2008), Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population, *Statistical Methods in Medical Research* 18, s. 381–395.

Thomas, K.V., Bijlsma, B., Castiglioni, S., Covaci, A., Emke, E. i in. (w druku), Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis, *Science of the Total Environment*.

Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O. i in. (2007), A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence, *American Journal of Psychiatry* 164, s. 160–162.

UNODC (2009), *World drug report 2009*, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.

UNODC (2010), *World drug report 2010*, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.

UNODC (2011a), *Afghanistan cannabis survey 2010*, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości oraz rząd Afganistanu.

UNODC (2011b), *World drug report 2011*, Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.

UNODC (2012), *World drug report 2012*, Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.

Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandevelde, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V. i Littera, L. (2011), De CRA + vouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?, *Orthopedagogische Reeks Gent* 36, s. 1–69.

Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. i in. (2009), Trends, motivations and settings or recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands, *International Journal of Drug Policy* 20, s. 143–151.

Van Noorden, M.S., van Dongen, L.C., Zitman, F.G. i Vergouwen, T.A. (2009), Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known, *General Hospital Psychiatry* 31, s. 394–396.

Vickerman, P., Hickman, M., May, M., Kretzschmar, M. i Wiessing, L. (2010), Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis, *Addiction* 105, s. 311–318.

Vocci, F.J. i Montoya, I.D. (2009), Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence, *Current Opinion in Psychiatry* 22, s. 263–268.

Weinstein, A.M. i Gorelick, D.A. (2011), Pharmacological treatment of cannabis dependence, *Current Pharmaceutical Design* 17, s. 1351–1358.

WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.

WHO (2010), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 report*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.

WHO (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. i Cowan, S. A. (2008), European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability, *Eurosurveillance* 13(21): (dostępne w internecie).

Wilkinson, R. i Picket, K. (2010), *The spirit level: why equality is better for everyone*, Penguin, Londyn.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M. i in. (2011), The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, *European Neuropsychopharmacology* 21, s. 655–679.

Wood, D.M., Davies, S., Puchnarewicz, M., Johnston, A. i Dargan, P.I. (2012a), Acute toxicity associated with the recreational use of the ketamine derivative methoxetamine, *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, s. 853–856.

Wood, D.M., Measham, F. i Dargan, P.I. (2012b), 'Our favourite drug': prevalence of use and preference for mephedrone in the London night-time economy 1 year after control, *Journal of Substance Use* 17, s. 91–97.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Sprawozdanie roczne 2012: stan problemu narkotykowego w Europie

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2012

2012 – 113 str. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-549-3

doi:10.2810/69256

JAK OTRZYMAĆ PUBLIKACJE UE

Publikacje bezpłatne:

- w EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu)
- w przedstawicielstwach i delegaturach Unii Europejskiej (dane kontaktowe można uzyskać pod adresem http://ec.europa.eu lub wysyłając faks pod numer +352 2929-42758)

Publikacje płatne:

- w EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu)

Płatne subskrypcje (np. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej*, zbiory orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej):

- u dystrybutorów Urzędu Publikacji Unii Europejskiej (http://publications.europa.eu/others/agents/index_pl.htm)

TD-AC-12-001-PL-C

Informacje o EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) jest jedną ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej. Centrum, ustanowione w 1993 r. i mające siedzibę w Lizbonie, jest głównym źródłem obszernych informacji na temat narkotyków i narkomanii w Europie.

EMCDDA gromadzi, analizuje i rozpowszechnia rzeczowe, obiektywne, wiarygodne i porównywalne informacje na temat narkotyków i narkomanii. Dostarcza odbiorcom oparty na dowodach obraz zjawiska narkomanii na poziomie europejskim.

Publikacje wydawane przez Centrum są cennym źródłem informacji dla szerokiego grona odbiorców, w tym decydentów oraz ich doradców, specjalistów i badaczy pracujących w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz, ogólniej, mediów i masowego odbiorcy.

Sprawozdanie roczne to ważny przegląd zjawiska narkomanii w państwach członkowskich UE przeprowadzony przez EMCDDA, stanowi publikację źródłową dla osób poszukujących najnowszych informacji na temat zjawiska narkomanii w Europie.

Urząd Publikacji

ISBN 978-92-9168-549-3