KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 18.4.2007
KOM(2007) 199 wersja ostateczna

SPRAWOZDANIE KOMISJI DLA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY

w sprawie realizacji zalecenia Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków

SPIS TREŚCI

1. KONTEKST 3
2. METODYKA I GROMADZENIE DANYCH 3
3. WDROZENIE ZALECENIA RADY – GLÓWNE WYNIKI 4
4. WNIOSKI 9
5. DZIAŁANIA UZUPEŁNIAJĄCE ZWIĄZANE Z ZALECENIEM RADY Z 2003 R11

TECHNICAL ANNEXES 14
5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used 14
5.2. ANNEX II – Figures 15

1. KONTEKST

W dniu 18 czerwca 2003 r. Rada przyjęła zalecenie w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków[1]. Celem tego zalecenia jest zmniejszenie liczby zgonów i ograniczenie szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków poprzez zachęcanie państw członkowskich do utworzenia i opracowania działań i strategii zapobiegających szkodom związanym z zażywaniem narkotyków oraz ograniczających takie szkody. Konieczność podjęcia natychmiastowych działań została podkreślona w Strategii antynarkotykowej UE na lata 2005-2012 oraz w Planie działania UE w zakresie narkotyków (na lata 2005–2008).

Zalecenie to obejmuje trzy podstawowe punkty dotyczące działań podejmowanych przez państwa członkowskie:

(1) wskazanie zapobiegania uzależnieniu od narkotyków i zmniejszenia związanego z nim ryzyka jako celu w dziedzinie zdrowia publicznego oraz opracowanie i realizacja odpowiednich zakrojonych na szeroką skalę strategii;

(2) znaczne ograniczenie występowania szkód zdrowotnych (np. HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C oraz gruźlica) oraz liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków (DRD), poprzez wdrożenie 13 podpunktów zawierających wytyczne odnoszące się do usług i udogodnień związanych z ograniczaniem szkód (np. dystrybucja strzykawek, szczepienia, leczenie, informowanie i szkolenie);

(3) opracowanie właściwych sposobów oceny, aby zwiększyć skuteczność i wydajność zapobiegania uzależnieniu od narkotyków i zmniejszyć ryzyko zdrowotne związane z zażywaniem narkotyków, poprzez wdrożenie 9 podpunktów obejmujących zapewnianie jakości, monitoring i ocenę programów.

W zaleceniu przewidziano, że w dwa lata po jego przyjęciu państwa członkowskie przedstawią informacje na temat realizacji powyższych punktów i wezwano Komisję do sporządzenia sprawozdania.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) publikuje coroczne sprawozdanie na temat problemu narkotyków w UE wraz z informacjami o DRD i chorobach zakaźnych związanych z zażywaniem narkotyków, takich jak HIV/AIDS i wirusowe zapalenie wątroby. **Patrz wykres 1.**

2. METODYKA I GROMADZENIE DANYCH

Niniejsze sprawozdanie zostało sporządzone na podstawie dwóch głównych źródeł.
Po pierwsze, w 2005 r. Komisja wezwała 25 państw członkowskich do dostarczenia informacji na temat stanu zaawansowania wdrożenia zalecenia Rady.

Ponadto informacje te zostały przeanalizowane przez Instytut Trimbos – niezależny ośrodek badawczy w dziedzinie zdrowia psychicznego i uzależnień - któremu zlecono sporządzenie dokumentu pomocnego w opracowaniu niniejszego sprawozdania. Ten dokument referencyjny zawiera szczegółowe informacje na temat istniejących w państwach członkowskich rodzajów polityki i praktyk dotyczących zapobiegania narkomanii i

[1] Dz. U. L 165 z 3.7.2003, str. 0031-0033

ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków oraz przegląd obecnej sytuacji w zakresie skuteczności działań mających na celu ograniczanie szkód[2].

3. WDROZENIE ZALECENIA RADY – GLÓWNE WYNIKI

3.1. Punkt 1 wskazany w zaleceniu – Ograniczanie szkód jako cel w dziedzinie zdrowia publicznego

We wszystkich państwach członkowskich zapobieganie szkodom spowodowanym narkotykami i ich ograniczanie jest celem określonym na poziomie krajowym w dziedzinie zdrowia publicznego. Zalecenie odegrało w tym zakresie istotną rolę, zwłaszcza w krajach, które przystąpiły do UE w 2004 r.

Państwa członkowskie zawarły również odniesienie do zalecenia Rady w Strategii antynarkotykowej UE na lata 2005-2012.

3.2. Punkt 2 wskazany w zaleceniu - Usługi i udogodnienia związane z ograniczaniem szkód w państwach członkowskich

Wszystkie państwa członkowskie, chociaż niektóre w mniejszym stopniu, zapewniły usługi i udogodnienia związane z ograniczaniem szkód.

Za pomocą danych gromadzonych do celów dokumentu referencyjnego dokonano satysfakcjonującego przeglądu dostępności usług i udogodnień w państwach członkowskich.

Patrz wykres 2, załącznik II.

- ***Usługi i udogodnienia związane z ograniczaniem szkód w państwach członkowskich***

Wszystkie państwa członkowskie wdrożyły politykę dostarczania informacji i udzielania porad osobom zażywającym narkotyki. Innymi środkami **informowania, edukowania i komunikowania** są telefoniczne linie zaufania oraz różne ulotki edukacyjne, które są udostępniane osobom zażywającym narkotyki we wszystkich krajach. W dwudziestu dwóch krajach wykorzystywane są strony internetowe, a niektóre państwa stosują również internetowe narzędzia do udzielania porad. Szkolenia dotyczące zapobiegania ryzyku i szkodom zdrowotnym dostępne są w 21 krajach. Na przykład na Malcie tego rodzaju szkolenie oferowane jest na zasadzie indywidualnej osobom zażywającym narkotyki, które uczęszczają do poradni.

Wspólnoty i rodziny osób zażywających narkotyki są powszechnie zaangażowane w działania mające na celu ograniczanie szkód w państwach członkowskich i w większości krajów oferowane są dla nich specjalne pakiety informacyjne. Przykładowo w Zjednoczonym Królestwie rodziny uczestniczą w szkoleniach związanych z zapobieganiem przedawkowaniu, aby zmniejszyć DRD.

Praca socjalna jest elementem powszechnej strategii zapobiegania chorobom zakaźnym. Niezależnie od tego, czy chodzi o działania w terenie, czy podczas wydarzeń takich jak dyskoteki/imprezy techno, jest ona skutecznie realizowana we wszystkich państwach

[2] Patrz załącznik 2

członkowskich z uwzględnieniem pewnych różnic geograficznych na poziomie krajowym. Na przykład we Włoszech istnieją projekty dotyczące pracy socjalnej i usługi o niskim progu dostępu, a z czasem rozszerzono również ofertę udogodnień. Ponadto w niektórych obszarach tego kraju wprowadzono ostatnio leczenie metadonem w punktach mobilnych.

Osoby o podobnych doświadczeniach oraz wolontariusze systematycznie uczestniczą w pracy socjalnej w większości państw członkowskich. Dostępne są informacje na temat szkoleń osób o podobnych doświadczeniach i wolontariuszy, nawet jeżeli informacje o ich konkretnym zaangażowaniu w pracę socjalną są ograniczone. Przykładowo w Belgii osoby zażywające (w przeszłości) narkotyki uczestniczą w szkoleniach na temat rozpowszechniania informacji o zapobieganiu HIV i przedawkowaniu.

W większości państw członkowskich (20) podjęto działania mające na celu **tworzenie sieci** i zacieśnianie **współpracy** pomiędzy agencjami pracy socjalnej, chociaż liczba agencji w niektórych krajach jest niewielka. Fakt, że Litwa i Łotwa wkrótce wprowadzą taką politykę jest elementem niezwykle zachęcającym.

Leczenie osób zażywających narkotyki jest zapewniane we wszystkich państwach członkowskich; wdrażają one również leczenie zastępcze uzależnienia od opiatów (na Cyprze programy takiego leczenia są w trakcie opracowywania). Stosowane są rodzaje leczenia zachowawczego i kuracje detoksykacyjne, aby utrzymać na niezmienionym poziomie oraz ograniczyć lub zakończyć zażywanie narkotyków. **Leczenie zastępcze** uzależnienia od opiatów jest powszechną strategią mającą na celu zmniejszenie DRD, a zastępcze leczenie metadonem lub buprenorfiną wraz z opieką psychosocjalną są dostępne prawie we wszystkich krajach (24). Szwecja była na przykład pierwszym krajem zapewniającym zachowawcze leczenie metadonem, a w chwili obecnej realizowany jest tam rygorystyczny program zachowawczego leczenia metadonem o wysokim progu.
Wiele badań wskazuje na powiązania między leczeniem zachowawczym osób zażywających opiaty a zmniejszaniem DRD. Wzrost skuteczności można osiągnąć poprzez zwiększenie dawek oraz uzupełnienie programów leczenia o opiekę psychospołeczną.

W zakresie **zapobiegania nadużyciom dotyczącym substancji zastępczych** prawie wszystkie państwa członkowskie wskazały, iż stosowane są środki takie jak: rygorystyczna rejestracja, nadzorowane użycie, badanie moczu, codzienne dostarczanie dawek, aby uniknąć wprowadzania takich substancji na czarny rynek. Przykładowo Estonia i Słowenia poinformowały, że realizacja polityki zapobiegania nadużyciom jest wynikiem przedmiotowego zalecenia.

Badanie na wykrywanie chorób zakaźnych jest udostępniane osobom zażywającym narkotyki na terenie całego kraju w 19 państwach członkowskich oraz na pewnych obszarach w trzech państwach. Środki zapobiegawcze i edukacyjne oraz specjalne programy leczenia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym przeznaczone dla osób zażywających narkotyki są dostępne na terenie całego kraju w 15 państwach członkowskich oraz na poszczególnych obszarach w pięciu państwach. Specjalne **kampanie szczepień** na wirusowe zapalenie wątroby typu B, przeznaczone dla osób zażywających narkotyki są dostępne na terenie całego kraju w 15 państwach oraz na poszczególnych obszarach w pięciu innych państwach. W Luksemburgu krajowe punkty informacyjne[3] rozpoczęły w 2005 r. realizację programu działań i badań, aby zorganizować w terenie testy na wykrywanie (wirusowego zapalenia wątroby typu A, B, C oraz HIV) i szczepienia (wirusowe zapalenie wątroby typu A, B) przez

[3] http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403

wyspecjalizowane krajowe organizacje pozarządowe. W całej UE istnieją **programy szczepień**, jednakże nie zawsze są one przeznaczone konkretnie dla osób zażywających narkotyki.

Programy wymiany igieł i strzykawek są dostępne dla osób zażywających narkotyki w 24 państwach członkowskich, a w 15 z nich w skali ogólnokrajowej. **Dystrybucja prezerwatyw** jest zapewniana przez służby ds. narkomanii w całej UE z kilkoma wyjątkami (2). Programy wymiany igieł i strzykawek w połączeniu z działaniami informacyjnymi i edukacyjnymi przeznaczonymi dla osób zażywających narkotyki, realizowane w ich codziennym otoczeniu, okazały się skuteczne i opłacalne w zakresie ograniczania zachowań stwarzających ryzyko wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, i dlatego mogą zapobiegać przenoszeniu chorób zakaźnych.

Wszystkie kraje realizują politykę zapewniania odpowiedniego szkolenia i wyposażenia **służb ratunkowych** aby walczyć ze skutkami przedawkowania, a w większości krajów (20) karetki pogotowia ratunkowego stale dysponują antagonistą opiatów – naloksonem. Jednakże personel pogotowia ratunkowego korzysta ze specjalnego szkolenia w zakresie przedawkowania narkotyków jedynie w 10 krajach.

W ostatnim podpunkcie tego punktu przedmiotowego zalecenia wezwano do **promowania działań szkoleniowych prowadzących do uzyskania uznanych kwalifikacji przez specjalistów** odpowiedzialnych za zapobieganie występowaniu i ograniczanie ryzyka zdrowotnego związanego z uzależnieniem od narkotyków. Taka polityka jest realizowana prawie we wszystkich państwach członkowskich (22). Szkolenie dla pracowników socjalnych i specjalistów od leczenia zachowawczego jest udostępniane odpowiednio w 21 i 20 krajach. Szkolenie dla specjalistów w dziedzinie usług o niskim progu dostępu jest zapewniane w 19 krajach.

- ***Usługi związane z ograniczaniem szkód w więzieniach***

EMCDDA informuje, że w Europie przypadki dożylnego zażywania narkotyków przez więźniów dotyczą od 7 % do 38 % przetrzymywanych. Polityka mająca na celu zapewnienie więźniom zażywającym narkotyki dostępu do takich samych usług, z jakich korzystają osoby zażywające narkotyki poza więzieniami istnieje w 20 państwach członkowskich i ma być wprowadzona w czterech kolejnych krajach.

W dokumencie referencyjnym wskazano, że programy wymiany igieł i strzykawek w więzieniach są najprawdopodobniej skuteczne w ograniczaniu przypadków dzielenia się igłami przez osoby zażywające dożylnie narkotyki oraz przenoszenia chorób zakaźnych związanych z zażywaniem narkotyków. Programy te mogą również mieć wpływ na zmniejszenia ryzyka powstawania ropieni.

Dystrybucja narkotykowych akcesoriów[4] nie jest praktyką powszechnie stosowaną w więzieniach (jedynie 11 krajów). W trzech krajach istnieją programy wymiany igieł i strzykawek w więzieniach. Na przykład w Hiszpanii program wymiany igieł i strzykawek został wprowadzony w 38 więzieniach.

[4] Sprzęt i wyposażenie potrzebne do przygotowania i podania narkotyku.

Leczenie zastępcze i kuracje detoksykacyjne w więzieniach są dostępne odpowiednio w 17 i 19 krajach, chociaż ich zasięg jest bardzo zróżnicowany. W 16 krajach rozdawane są w więzieniach prezerwatywy.

Patrz wykres 3, załącznik II.

- ***Integrowanie programów mających na celu ograniczanie szkód z działaniami w zakresie opieki psychospołecznej***

Państwa członkowskie wskazują, że ograniczanie szkód jest rozpatrywane na poziomie politycznym jako integralna część dziedziny zdrowia (psychicznego) i opieki społecznej, jednakże zgodnie z dokumentem referencyjnym tego rodzaju integracja nie zawsze jest w praktyce przeprowadzana: „Państwa członkowskie nadal mają trudności z osobami zażywającymi narkotyki, które zmagają się z uzależnieniem i problemami zdrowia psychicznego (współzachorowalność i podwójna diagnoza), a kwestie mieszkaniowe i związane z włączeniem osób, które w przeszłości zażywały narkotyki, do normalnego życia zawodowego wciąż pozostają problematyczne".

Dwadzieścia trzy kraje opracowały politykę promowania odpowiedniego integrowania służb zdrowia (włącznie ze służbami zdrowia psychicznego) i opieki społecznej, z jednej strony, oraz wyspecjalizowanych metod obniżania ryzyka, z drugiej strony. Osiemdziesiąt procent krajów podało, że realizuje tę politykę. We Francji w ramach programu RMS (Réseau Micro-Structures) lekarze, pracownicy społeczni i psychologowie zapewniają opiekę pacjentom ze wszystkimi rodzajami uzależnień.

Mimo to wydaje się, że wdrażanie takiej polityki wymaga dalszych wysiłków, gdyż okazuje się, że zapewnienie w pełni zintegrowanego systemu opieki dla osób zażywających narkotyki wciąż jest poważnym wyzwaniem.

3.3. Punkt 3 wskazany w zaleceniu – Zapewnienie jakości, monitoring i ocena

Nie we wszystkich państwach członkowskich zapewnianie jakości, monitoring i ocena są postrzegane jako zadanie rządu krajowego. Jednakże istnieje ogólne poparcie dla potrzeby lepszego uwzględnienia i większego wykorzystania dowodów naukowych w działaniach związanych z ograniczaniem szkód. W krajach o federalnej lub zdecentralizowanej strukturze, zadania są rozdzielone między różne poziomy kompetencji. W innych państwach, zapewnianie jakości, monitoring i ocena są postrzegane jako misja niezależnych organizacji naukowych.

Patrz wykres 4, załącznik II.

Analiza, monitoring oraz ocena usług i udogodnień związanych z ograniczaniem szkód w państwach członkowskich

Większość państw członkowskich (19) poinformowała, że decyzje polityczne podejmowane są na podstawie **dowodów naukowych dotyczących skuteczności**. W wielu krajach istnieją projekty badawcze i dotyczące oceny służące analizowaniu działań w zakresie ograniczania szkód (np. programy zastępcze, praca socjalna, wymiana igieł). Przykładowo Niemcy powiadomiły o przeprowadzeniu oceny leczenia zastępczego (metadon i heroina). Litwa poinformowała o projekcie dotyczącym wymiany igieł - „Blue Bus", który podlega comiesięcznej ocenie oraz sondażom przeprowadzanym wśród osób korzystających z tego

projektu. Na Węgrzech, Krajowy Instytut Zapobiegania Narkomanii opracował bazę danych „SZIP", która umożliwia powszechny dostęp do dowodów naukowych w zakresie skuteczności, łącząc informacje na temat programów i badań naukowych. Słowacja poinformowała, ze wyniki międzynarodowych badań są systematycznie wykorzystywane w celu opracowania działań i polityki.

W ogólnym ujęciu państwa członkowskie zgadzają się co do **konieczności przeprowadzenia oceny** na początkowym etapie realizacji programów, jednakże często nie wskazują jej jako warunku wyboru programów i działań. **Tymczasem w Irlandii** ocena sytuacji umożliwiła określenie zasięgu szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B wśród osób zażywających narkotyki, w celu opracowania projektu pilotażowego zmierzającego ku poprawie opieki zapobiegającej chorobom zakaźnym dla osób zażywających dożylnie narkotyki.

Często uznaje się, że zadanie **opracowania protokołów oceny** służących do oceny działań należy do placówek naukowych zajmujących się oceną jakości. Niektóre państwa członkowskie, np. Republika Czeska i Dania, opracowały jednak odpowiednie protokoły i wytyczne w ramach polityki w zakresie narkotyków. Kolejnym przykładem jest Cypr – komitet naukowy przy Radzie ds. Przeciwdziałania Narkomanii w tym kraju opracował szczegółowe wytyczne dla ośrodków leczenia osób zażywających narkotyki, by zapewnić przestrzeganie minimalnych standardów jakości. Zgodnie z polityką Grecji ocena dokonywana jest w ramach każdego programu. Zgodnie z otrzymanymi informacjami ta część zaleceń jest wdrażana w 12 krajach.

W czternastu państwach członkowskich realizuje się politykę mającą na celu **wspieranie opracowywania kryteriów oceny jakości**. Polityka w tej dziedzinie znajduje się jednak często w początkowym stadium rozwoju. W fińskim Programie działań w zakresie polityki przeciwdziałania narkomanii na lata 2004-2007 wezwano do opracowania ramowych wytycznych jakościowych dla podmiotów świadczących usługi w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Kilka podręczników i monografii dotyczących jakości i oceny opracowało EMCDDA[5], ale poszczególne kraje nie wspominają, jak z nich korzystają.

Dwadzieścia trzy państwa członkowskie podały, że **przestrzegają pięciu kluczowych wskaźników określonych przez EMCDDA**[6]. Niektóre państwa nie wdrożyły jednak wszystkich pięciu wskaźników. Co roku EMCDDA przekazuje poszczególnym krajom opinie dotyczące jakości ich działań i ewentualnych niedociągnięć w gromadzonych przez nie informacjach. Krajowe sprawozdania są zazwyczaj publikowane na krajowych stronach internetowych.

Dziewiętnaście państw członkowskich podkreśliło, że wyniki oceny przyczyniają się do udoskonalenia i rozwoju polityki przeciwdziałania narkomanii. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez poszczególne kraje, waga oceny krajowych strategii przeciwdziałania narkomanii i planów działania w tym zakresie jest coraz większa, jednak tylko niewielka liczba państw przeprowadza systematyczną ocenę w celu określenia skuteczności poszczególnych działań. Wiele programów oceny nie koncentruje się na działaniach w zakresie ograniczania szkód, lecz na mającym szerszy zakres ograniczaniu popytu na narkotyki. Na przykład w Polsce w wyniku oceny programów terapii uzależnień od

---

5 Dostępne na stronie internetowej: http://publications.eu.int/others/sales_agents_pl.html

6 http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365

narkotyków, których celem jest zapobieganie powrotowi do nałogu kobiet przebywających w więzieniach, do Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii włączono nowe cele. W Portugalii w wyniku oceny wewnętrznej i zewnętrznej krajowej strategii przeciwdziałania narkomanii „Horizonte 2004" opracowano nowe zalecenia dotyczące np. dalszego rozwoju istniejących inicjatyw w zakresie systemów zmniejszania ryzyka i minimalizowania szkód (np. programy leczenia zastępczego, wymiana igieł, kampanie na rzecz stosowania prezerwatyw).

W 14 państwach członkowskich przeprowadzono **ocenę programów szkoleniowych**, realizowanych na różnych poziomach i przeznaczonych dla różnych grup docelowych. Organizacjami, które są często określane jako (współ-) organizatorzy tego rodzaju programów szkoleniowych są krajowe punkty informacyjne, jednak ze sprawozdań wynika, że ich ocena nie jest częścią zwykłych programów nauczania przeznaczonych dla profesjonalistów. Jednak np. w Republice Czeskiej normy jakości dla podmiotów świadczących usługi w zakresie leczenia uzależnień opracowano i wdrożono w ramach programu szkoleniowego dla osób zawodowo zajmujących się tą dziedziną, a w Austrii zapewnianie i ocena jakości jest częścią programów nauczania w ramach specjalistycznego programu kształcenia ustawicznego w zakresie narkotyków.

Zgodnie ze sprawozdaniami, w czternastu państwach członkowskich istnieją strategie umożliwiające **uczestnictwo wszystkich zainteresowanych podmiotów i stron w procesie oceny**, jednak tylko w niewielu przypadkach podano konkretne przykłady uczestniczenia w tym procesie i zaangażowania w jego przeprowadzenie. W Holandii stworzono np. system „komitetów doradczych klientów", skupiających pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej, w tym z leczenia uzależnień. W Hiszpanii zaangażowanie zainteresowanych stron w ocenę jest priorytetem krajowego planu działania w zakresie narkotyków.

W kilku państwach członkowskich opracowano programy bilateralne lub multilateralne, w których uczestniczy większa liczba państw członkowskich; 21 państw podało, że prowadzą politykę **wspierania wymiany doświadczeń i współpracy z innymi państwami**. Można zatem wywnioskować, że współpraca, nawet z krajami trzecimi, jest obecnie bardziej intensywna. Państwa współpracują również z Komisją, np. w ramach wspólnotowego programu zdrowia publicznego, w celu wymiany umiejętności i doświadczeń na szczeblu UE. Ważnym instrumentem poprawy współpracy między „starymi" a „nowymi" państwami członkowskim, które weszły do UE w 2004 r. jest unijny program twinningowy Phare[7]. Siedem krajów podało, że zalecenie było ważnym narzędziem ułatwiającym prowadzenie tego typu działań.

Patrz wykres 5, załącznik II.

4. WNIOSKI

(1) We wszystkich państwach członkowskich istnieją strategie i działania w dużej mierze odzwierciedlające środki zaproponowane w zaleceniu, a w większości nowych państw członkowskich dokument ten uważa się za ważny instrument pomocniczy w tworzeniu polityki. Stał się on również punktem odniesienia w procesie wdrażania działań mających na celu ograniczanie szkód. Ze względu na

[7] http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

fakt, że stopień i zakres wdrożenia jest zróżnicowany w poszczególnych państwach, należy kontynuować opracowywanie środków oraz tworzenie usług i udogodnień związanych z ograniczaniem szkód w ramach zintegrowanego systemu zapobiegania i opieki.

(2) W niemal wszystkich państwach członkowskich prowadzi się politykę promowania odpowiedniej integracji służby zdrowia (w tym w zakresie zdrowia psychicznego i opieki społecznej) i wyspecjalizowanych usług związanych z ograniczaniem szkód. Wysiłki te, mające na celu zintegrowanie programów z ogólnym systemem ochrony zdrowia należy kontynuować i zintensyfikować.

(3) We wszystkich państwach członkowskich stosuje się leczenie zastępcze z zastosowaniem metadonu i buprenorfiny, a jego dostępność w ciągu ostatnich dziesięciu lat znacznie wzrosła. Jednak stopień zaspokojenia szacunkowych potrzeb w poszczególnych krajach jest różny. Należy zapewnić dostępność, odpowiedni zasięg i trwałość tych usług.

(4) Zgromadzone przez EMCDDA dane dotyczące dostępności usług i udogodnień związanych z ograniczaniem szkód są wszechstronne, a ich jakość jest wysoka. Należy jednak poprawić jakość informacji dotyczących dostępności i wykorzystania takich udogodnień, zwracając szczególną uwagę na grupy wysokiego ryzyka; dzięki temu możliwe będzie uzyskanie ogólnego obrazu sytuacji w poszczególnych krajach i jasnych informacji dotyczących zakresu, będących kluczowym elementem w ocenie polityki. Ponadto należy podjąć działania mające na celu pełne dostosowanie do pięciu najważniejszych wskaźników określonych przez EMCDDA.

(5) Prawie wszystkie państwa członkowskie wdrożyły środki zapobiegania chorobom zakaźnym u zażywających narkotyki więźniów. Działania w zakresie ograniczania szkód prowadzone w więzieniach w Unii Europejskiej nadal jednak nie są zgodne z zasadą równoważności, przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne ONZ[8], UNAIDS/WHO[9] i UNODC[10], polegającą na zapewnianiu w zakładach karnych takich usług ochrony zdrowia (w tym w zakresie zmniejszania szkodliwości), jakie dostępne są dla całego społeczeństwa. Dlatego tak duże znaczenie ma dostosowanie świadczonych w zakładach karnych usług w zakresie ograniczania szkód do potrzeb przebywających w nich osób zażywających narkotyki i personelu więziennego oraz zwiększenie dostępności tych usług. Należy również zadbać o ich ciągłość, a także odpowiednią jakość i dostępność dla osób, które wyszły z więzienia.

(6) Świadomość państw członkowskich, że konieczne jest opracowywanie strategii opierających się na badaniach naukowych i faktach oraz wdrażanie uzasadnionych działań, w tym również środków mających na celu zapobieganie szkodom zdrowotnym i ich ograniczanie, jest coraz większa. Aby możliwa była krytyczna ocena takich środków, integralną częścią ogólnej polityki zapobiegania szkodom zdrowotnym i ich ograniczania powinien być lepszy niż dotychczas monitoring i szczegółowe badania naukowe; potrzeba ta znalazła odzwierciedlenie w zaleceniu,

---

8 http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf

9 http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

10 http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf.

Strategii antynarkotykowej UE na lata 2005-2012 i Planie działania UE w zakresie narkotyków (2005–2008).

(7) Państwa członkowskie stosują szereg różnych metod monitorowania i oceny usług oraz udogodnień w zakresie ograniczania szkód. Do nich należy więc podjęcie dyskusji i wymiana informacji dotyczących najlepszych praktyk w zakresie tych metod w celu opracowania standardowych strategii i narzędzi gromadzenia obiektywnych, rzetelnych i porównywalnych informacji.

(8) Należy też bezwzględnie zadbać o wykorzystanie efektu synergii między strategiami i inicjatywami, które dotyczą problematyki zdrowia i mogą być powiązane z narkomanią (np. zdrowie psychiczne, alkohol, zapobieganie HIV/AIDS, uzależnienie od narkotyków w miejscu pracy, narkotyki/leki i kierowanie samochodem).

5. DZIAŁANIA UZUPEŁNIAJĄCE ZWIĄZANE Z ZALECENIEM RADY Z 2003 R

Sprawozdania dotyczące wykonania zalecenia obejmują okres od półtora roku do maksymalnie dwóch lat. Okres ten jest zbyt krótki, by na jego podstawie wyciągnąć rzetelne wnioski dotyczące wpływu zalecenia na krajową politykę, usługi i udogodnienia w zakresie ograniczania szkód. Ponadto należy pamiętać, że w okresie sprawozdawczym (w 2004 r.) do UE przystąpiły nowe kraje.

W związku z tym niniejsze sprawozdanie może być traktowane jako zasadnicza ocena wykonania zalecenia Rady. Może ono również służyć jako przegląd sytuacji w zakresie istniejących w UE środków ograniczania szkód do celów przeprowadzenia oceny Planu działania UE w zakresie narkotyków (2005–2008).

Komisja zamierza powtórzyć procedurę w ramach kolejnego planu działania UE w zakresie narkotyków na lata 2009-2012, by dokonać oceny postępów we wdrażaniu polityki, usług i udogodnień, których celem jest ograniczanie szkód. Komisja będzie później w stanie ocenić wraz z państwami członkowskimi, czy wydanie kolejnego zalecenia jest konieczne.

Ponadto Komisja będzie nadal rozwijać inicjatywy w dziedzinach ściśle powiązanych z zaleceniem Rady i mających wpływ na politykę i praktyki, od których w dużym stopniu może zależeć osiągnięcie podstawowych celów zalecenia. W planie działania UE w zakresie narkotyków 2005–2008 (działanie 12 i 13.2) określono dwa konkretne działania w zakresie zdrowia dotyczące przeciwdziałania narkomanii:

- wniosek dotyczący zalecenia Rady w sprawie narkotyków i więzień; odsetek osób zażywających narkotyki w więzieniach jest wysoki, zażywanie narkotyków w środowisku więziennym jest palącą kwestią, szczególnie jeśli chodzi o osoby zażywające narkotyki dożylnie.
- sprawozdanie dotyczące leczenia uzależnień od narkotyków i wymiany dobrych praktyk ze wszystkich państw UE; leczeniem zastępczym objętych jest w Europie ponad pół miliona osób.

Program zdrowia publicznego

Wspólnotowy program zdrowia publicznego obejmuje działania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, których celem jest rozwiązanie kwestii określonych czynników zdrowotnych i wieloaspektowych zagadnień powiązanych z poważnymi problemami zdrowotnymi.

Program „Profilaktyka i informacja antynarkotykowa 2007-2013"

Działania będą polegały na wspieraniu wdrożenia Strategii antynarkotykowej UE poprzez finansowanie projektów i działań w dziedzinie ograniczania popytu na narkotyki, w tym ograniczania szkód.

Prace mające na celu ograniczanie popytu na narkotyki powinny być powiązane z następującymi dziedzinami:

- Profilaktyka HIV/AIDS

Dożylne zażywanie narkotyków jest jednym z najważniejszych przyczyn zakażenia HIV/AIDS. W komunikacie Komisji do Rady i Parlamentu Europejskiego *w sprawie zwalczania HIV/AIDS w Unii Europejskiej i w państwach z nią sąsiadujących w latach 2006-2009*[11] określono plan działania w obszarze profilaktyki HIV i uznano potrzebę osiągnięcia synergii między najważniejszymi działaniami w tym zakresie. Jednym z najważniejszych zadań jest opracowanie dostosowanych do indywidualnych potrzeb programów nauczania dla osób zawodowo zajmujących się tą dziedziną usług (profilaktyka, leczenie, opieka), dla osób zakażonych wirusem HIV/AIDS i grup społecznych szczególnie narażonych na zakażenie (w tym osób zażywających narkotyki dożylnie i imigrantów). Ważnym forum wymiany doświadczeń i informacji wśród partnerów stał się ponadto zespół ekspertów ds. HIV/AIDS.

- Prewencja problemów alkoholowych

W kontekście problemu zażywania różnych rodzajów narkotyków szkody związane z nadużywaniem alkoholu i z zażywaniem narkotyków należy również rozpatrywać łącznie. W komunikacie Komisji o strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu[12] ujęto również promowanie rzeczywistej zmiany zachowań wśród dzieci i nastolatków w szkołach i rodzinach i innych mających znaczenie dla tej grupy środowiskach, jak również ograniczanie liczby wypadków drogowych związanych z jazdą pod wpływem alkoholu i po zażyciu kilku rodzajów narkotyków.

- Promowanie zdrowia psychicznego

Zażywanie narkotyków jest często powiązane z chorobami psychicznymi. Ważnym wyzwaniem w zakresie polityki ochrony zdrowia pozostaje poprawa dostępu do opieki medycznej i psychiatrycznej dla osób zażywających narkotyki. W opublikowanej w październiku 2005 r. zielonej księdze w sprawie zdrowia psychicznego[13] zaproponowano opracowanie strategii w tym zakresie na szczeblu UE. Strategia, która znajduje się obecnie w fazie przygotowań, powinna być skoordynowana z innymi inicjatywami podejmowanymi w ramach różnych strategii, np. ze Strategią antynarkotykową UE na lata 2005-2012.

---

11 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2005/com2005_0654pl01.pdf
12 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2006/com2006_0625pl01.pdf
13 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pl.pdf

- Zaangażowanie społeczeństwa obywatelskiego

Należy również podjąć wysiłki mające na celu zminimalizowanie pośrednich szkód wyrządzanych innym przez osoby zażywające narkotyki. Osoby te należy aktywnie włączyć w podejmowane działania. Możliwości zwiększenia zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego zostały przedstawione w zielonej księdze w sprawie roli społeczeństwa obywatelskiego w polityce antynarkotykowej Unii Europejskiej[14] przyjętej przez Komisję w czerwcu 2006 r.

- Narkotyki/leki a prowadzenie samochodu[15]

Kwestię zażywania różnego rodzaju narkotyków i jazdy samochodem podejmuje się w kontekście polityki transportowej. W ramach szóstego programu ramowego na rzecz badań i rozwoju technologii (FP6) Komisja współfinansuje również projekt pt. DRUID (DRiving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines, *Prowadzenie pojazdów pod wpływem narkotyków, alokoholu i leków*).

- Uzależnienie od narkotyków w pracy

Komisja przygotowuje obecnie strategię dotyczącą bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012. Należy opracować konkretne inicjatywy wspierające szczególne działania w zakresie zdrowia publicznego, mające na celu uzależnienie od narkotyków w pracy.

---

14 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2006/com2006_0316pl01.pdf

15 Rezolucja Rady z dnia 27 listopada 2003 r. dotycząca zwalczania konsumpcji substancji psychoaktywnych w związku z wypadkami drogowymi *Dziennik Urzędowy nr C 097 z 22.4.2004, str. 0001-0003*

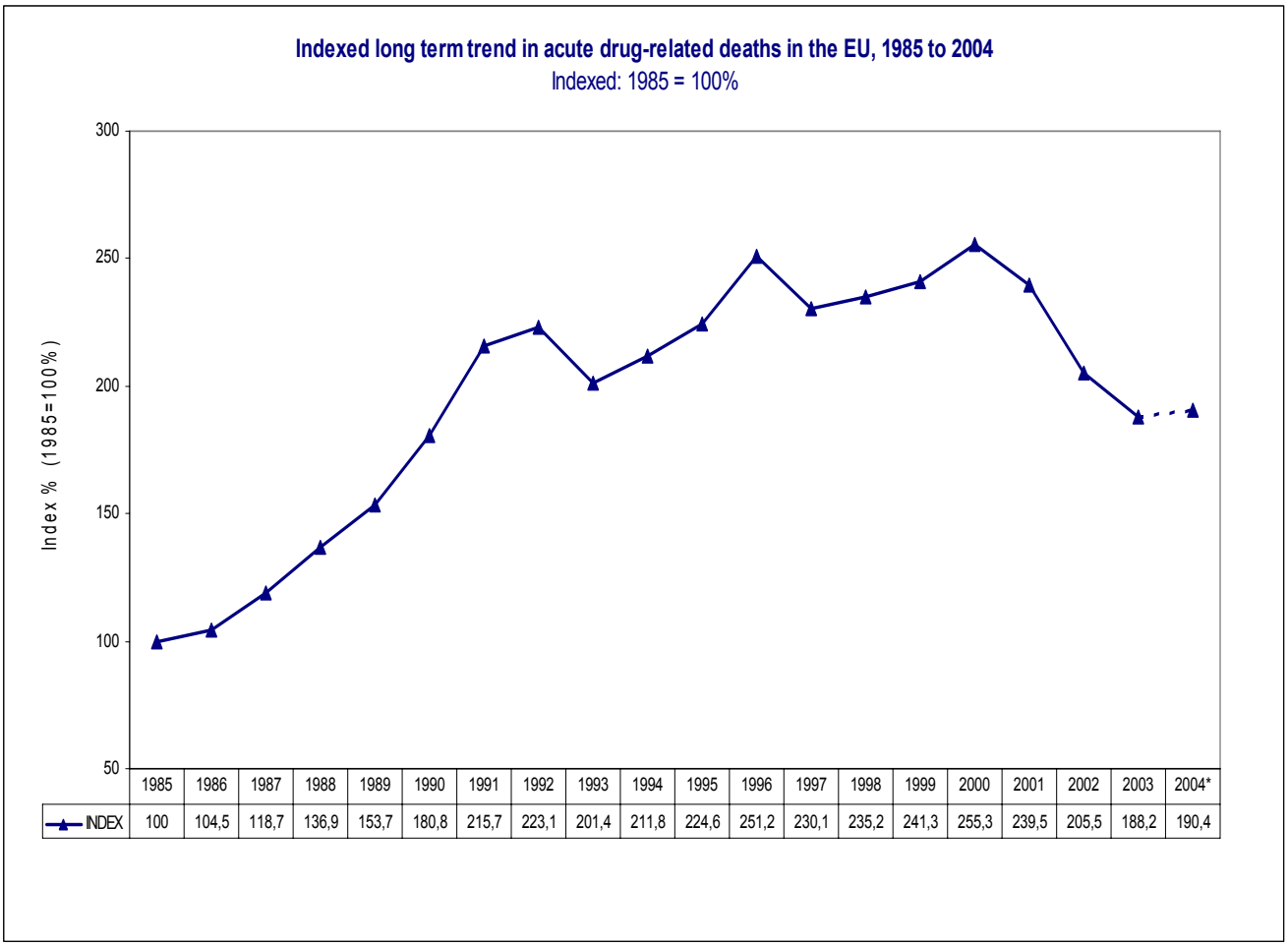
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	**Drug-Related Death**
EMCDDA	**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**
IDU	**Injecting Drug User**
IEC	**Information, Education, Communication**
NFPs	**National Focal Points**
UNAIDS	**Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**
WHO	**World Health Organization**
UNODC	**United Nations Office on Drugs and Crime**

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. *While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.*

***Figures from the background document on "p*revention and reduction of health-related harm associated with drug dependence - an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003".**

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the 'Programme of Community action on the prevention of drug dependence' and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

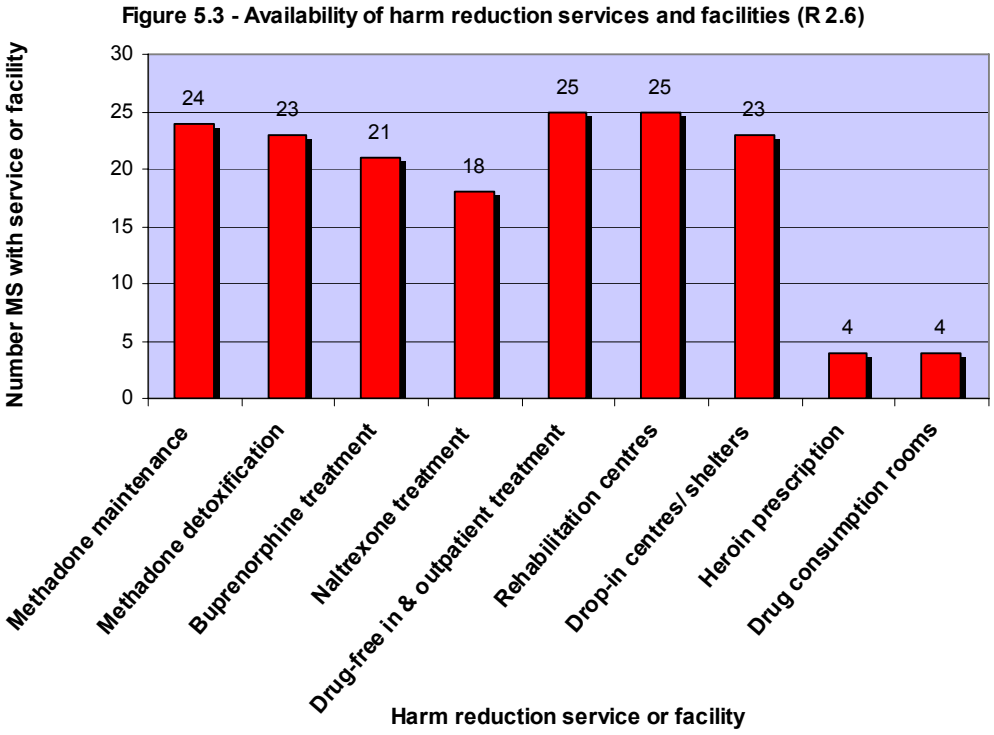


Figure 3

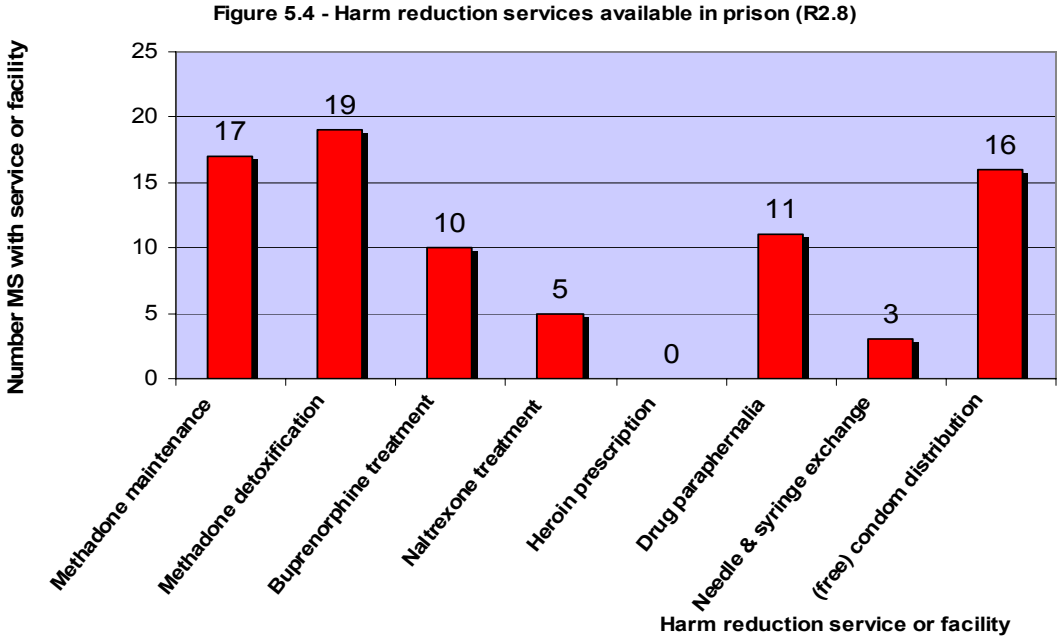


Figure 4

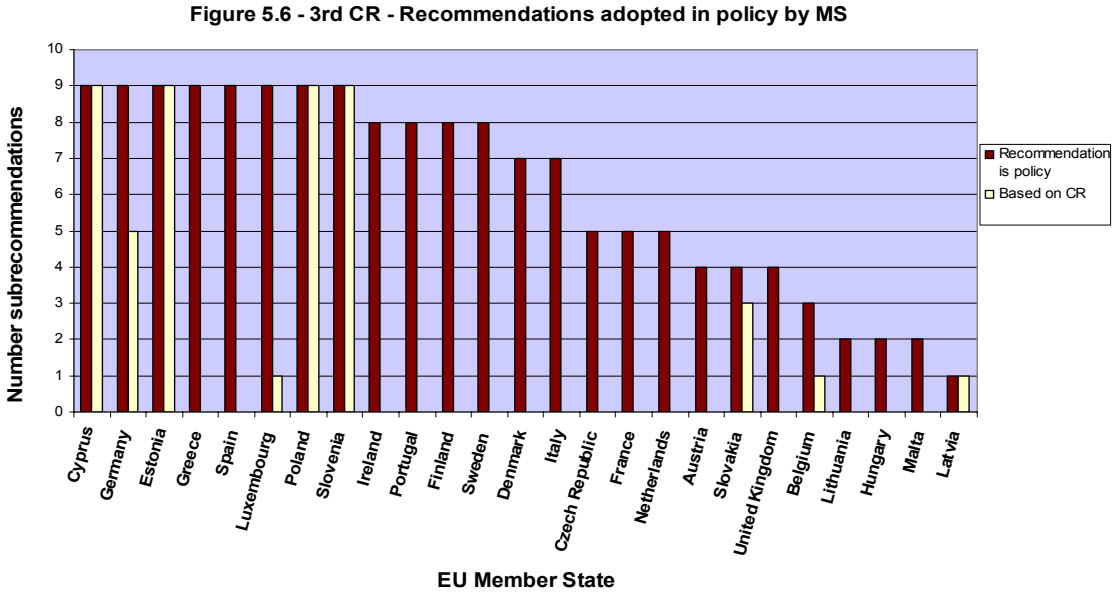


Figure 5

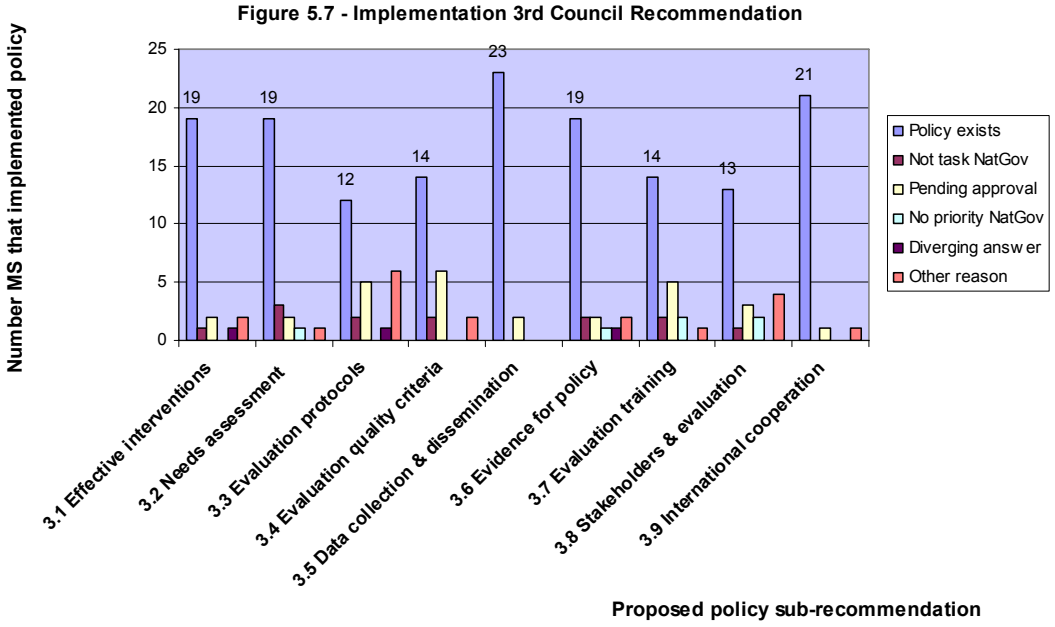


Figure 5.7 - Implementation 3rd Council Recommendation
Number MS that implemented policy
25
20
15
10
5
0
19
19
12
14
23
19
14
13
21
Policy exists
Not task NatGov
Pending approval
No priority NatGov
Diverging answ er
Other reason
3.1 Effective interventions
3.2 Needs assessment
3.3 Evaluation protocols
3.4 Evaluation quality criteria
3.5 Data collection & dissemination
3.6 Evidence for policy
3.7 Evaluation training
3.8 Stakeholders & evaluation
3.9 International cooperation
Proposed policy sub-recommendation