

Międzynarodowe i krajowe programy i strategie rozwiązywania problemów związanych narkotykami

MIĘDZYNARODOWE RAPORTY I STRATEGIE DOTYCZĄCE KONTROLI SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Włodzimierz Adam Brodniak
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**INTERNATIONAL REPORTS AND STRATEGIES FOR CONTROLLING AND REDUCING OF
DRUG USE**

WPROWADZENIE

Opracowanie prezentuje syntezę oceny sytuacji, podstawowe cele, zadania i rekomendacje zawarte w pięciu wybranych międzynarodowych raportach i strategiach działań na rzecz kontroli nielegalnego i legalnego rynku narkotyków, leków psychotropowych oraz ograniczania popytu na substancje psychoaktywne.

Dwa raporty światowe (World Drug Report 2000 – UN ODCCP i Report 2000 INCB) i jedna strategia europejska (Health for All in the 21st Century) zostały opracowane przez zespoły ekspertów działające pod egidą Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) w ramach jej trzech agend, których krótkie biografie po kolei przedstawimy.

Dwa pozostałe dokumenty (2000 Annual Report on the State of the Drug Problem in the European Union i European Union Drugs Strategy 2000-2004) zostały przygotowane przez agendy Unii Europejskiej – EMCDDA i Radę Europy.

1. Biuro ds. Kontroli nad Narkotykami i Prewencji Przeszeczności (UN ODCCP – United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention) założono w 1997 roku. Biuro ma główną siedzibę w Wiedniu oraz dwie filie w Brukseli i Nowym Jorku. ODCCP zatrudnia ponad 350 pracowników. W skład tego Biura wchodzi Program Kontroli Narkotyków Narodów Zjednoczonych (UNDCP – United Nations International Drug Control Programme), który działa już od 1991 roku i Ośrodek ds. Międzynarodowej Prewencji Przeszeczności (UNCICP – United Nations Center for

International Crime Prevention) utworzony w tym samym roku co ODCCP. Charakterystyka Programu Kontroli Narkotyków NZ jest zawarta w Światowym Raporcie o Narkotykach (World Drug Report 2000).

2. Międzynarodowa Rada ds. Kontroli nad Narkotykami (INCB – International Narcotics Control Board) powstała już w 1968 roku w celu kontroli przestrzegania konwencji ONZ o narkotykach z 1961 roku (Single Convention on Narcotic Drugs of 1961), a następnie obejmowała swoim prawnym monitorowaniem kolejne uchwalane przez ONZ konwencje, dotyczące legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych i narkotycznych w 1971 i 1988 roku. Siedzibą Rady jest Wiedeń, a w jej skład wchodzi 13 ekspertów.

3. Najbardziej znaną i najstarszą z wymienionych agend ONZ jest Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ze swoimi biurami na wszystkich kontynentach, która powstała w 1946 roku. Regionalne Europejskie Biuro WHO mieści się w Kopenhadze. Przedstawiona w tym opracowaniu strategia jest fragmentem realizowanego przez WHO od 1978 roku światowego programu „Zdrowie dla Wszystkich”, którego obecny etap obejmuje lata 2000-2015.

4. Piętnaście krajów Unii Europejskiej posiada własne instytucje zajmujące się polityką wobec narkotyków, których zespoły specjalistów opracowały europejskie raporty, programy i strategie kontroli narkotyków.

W tym opracowaniu opisano jeden raport (2000 Annual report on the state of the drug problem in the European Union) publikowany każdego roku przez Europejskie Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA – European Monitoring Center for Drug and Addiction), które powstało w 1993 roku. Główna siedziba tego ośrodka znajduje się w Lizbonie, ale posiada również biuro w Brukseli. EMCDDA podlega bezpośrednio Komisji Europejskiej, a samo Centrum współpracuje z krajowymi punktami referencyjnymi (Focal Points) w tzw. sieci Reitox obejmującymi instytuty naukowe i agendy rządowe zajmujące się problemami narkotyków i narkomanii we wszystkich krajach UE oraz współpracuje z Norwegią, która ma status obserwatora. Obecnie sieć ta jest rozszerzana na kraje kandydujące do Unii Europejskiej.

5. Ostatnia z prezentowanych strategii antynarkotykowych w Unii Europejskiej (European Union Drugs Strategy 2000-2004) została opracowana przez specjalnie powołane zespoły ekspertów zbierające się kilka razy do roku w różnych miastach Europy, które tworzą Radę Europy). Rada Europy korzysta z ekspertyz EMCDDA i Europolu. Europol jest europejską organizacją dla współpracy i koordynacji działań wszystkich krajowych struktur policyjnych. Powstał w połowie lat 90. wzorując się na Interpolu, znanej światowej organizacji policyjnej.

Wśród głównych instytucji Unii Europejskiej również Rada Europy powołała Grupę Pompidou zajmującą się stałym monitorowaniem rozmiarów i trendów używania narkotyków w Europie, szczególnie wśród młodzieży.

W przeglądzie wybranych raportów, programów i strategii działań wymienia się wiele innych nieprzedstawionych powyżej krajowych organizacji i agend rządowych, które w różnym stopniu są zaangażowane w realizację polityki wobec narkotyków, a szczególnie ministerstwa zdrowia, opieki społecznej, edukacji, sprawiedliwości i spraw

wewnętrznych oraz podlegające im systemy opieki zdrowotnej, społecznej, edukacji i przestrzegania prawa, w tym policja, służby celne czy wymiar sprawiedliwości.

Światowy Raport o Narkotykach 2000 – World Drug Report 2000

Obszerny 180-stronicowy World Drug Report 2000 jest kolejnym (poprzedni raport opublikowano w 1997 roku) raportem agencji ONZ Biura ds. Kontroli nad Narkotykami i Prewencji Przestępczości (ODCCP). Przedstawia on problemy produkcji, handlu, spożycia oraz programów kontroli i prewencji w zakresie nielegalnych substancji psychoaktywnych w perspektywie globalnej. Rangę tego dokumentu podkreśla słowo wstępne sekretarza generalnego ONZ. Na początku raport zawiera obszernie 20-stronicowe wprowadzenie dyrektora ODCCP, który przedstawia historię działań antynarkotykowych na całym świecie w XX wieku – ich sukcesy i porażki. Następnie opisuje całą strukturę organizacji i współpracy między państwami na tym polu w zakresie wymiany informacji, programów prewencyjnych i funkcjonowania międzynarodowych aktów prawnych. „Software” tych działań, jak to nazywa dyrektor ODCCP, stanowi UNDCP – Program Kontroli Narkotyków ONZ, który: a) prowadzi globalny monitoring, b) dostarcza jakościowych danych i analiz, c) ustanawia priorytety, d) wprowadza innowacyjne inicjatywy, e) planuje i koordynuje, f) dostarcza i zapewnia techniczną współpracę, g) wskazuje i podtrzymuje koncentrację działań na najważniejszych problemach związanych z narkotykami.

Program Kontroli Narkotyków ONZ (UNDCP) został ustanowiony w grudniu 1990 roku dla skoordynowania i zwiększenia międzynarodowych działań na rzecz kontroli i ograniczenia produkcji, handlu i konsumpcji nielegalnych narkotyków, czyli redukcji ich podaży i popytu.

Zakwalifikowanie określonych substancji psychoaktywnych do kategorii tzw. nielegalnych narkotyków nastąpiło w wyniku ratyfikacji przez znaczną większość państw-członków ONZ trzech Konwencji ONZ:

1. Single Convention on Narcotics Drugs, z 1961 roku,
2. Convention on Psychotropic Substances z 1971 roku
3. UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances z 1988 roku.

Raport poza przedstawionym wprowadzeniem, obejmuje trzy podstawowe części:

- Najnowsze trendy w produkcji, handlu i konsumpcji,
- Trzy filary ograniczania popytu – epidemiologia, prewencja, leczenie,
- Programy alternatywnego rozwoju.

Część I: Najnowsze trendy w produkcji, handlu i konsumpcji.

Handel nielegalnymi narkotykami jest problemem globalnym obejmującym wielką liczbę tras przemytu, a próby jego ograniczenia znajdują odbicie w międzynarodowych uregulowaniach prawnych, a szczególnie w konwencji ONZ z 1988 roku. Pod koniec lat 90. według szacunków zespołu autorów raportu, szacunkowa liczba

nadużywających nielegalnych narkotyków na świecie (roczne rozpowszechnienie) wynosiła około 180 mln osób, w tym ponad 144 mln nadużywało konopi (marihuana i haszysz), 28,7 mln substancji stymulujących z grupy amfetamin, w tym *ecstasy* – 4,5 mln Kokainę nadużywało 14 mln osób oraz ok. 13,5 mln opiaty, w tym ponad 9 mln heroinę. Liczby te się nie sumują, ponieważ część osób nadużywa dwóch lub więcej narkotyków jednocześnie. Autorzy raportu zdają sobie sprawę z trudności metodologicznych, stopnia rzetelności i szacunkowej oceny wielu danych, szczególnie z krajów rozwijających się. Także definicja osoby nadużywającej nie jest jednoznaczna. Dla oceny rozpowszechnienia używa się najczęściej trzech wskaźników: użycie danego narkotyku w okresie ostatniego miesiąca, roku lub w ciągu dotychczasowego życia. Kolejnym problemem jest określenie, ile osób wśród nadużywających jest uzależnionych. Szczególnie jest to trudne w przypadku kanabinoli, ale także częściowo dotyczy substancji z grupy amfetamin.

Konopie są praktycznie uprawiane we wszystkich regionach świata. Amfetaminy są głównie nielegalnie produkowane w USA, Meksyku, Kanadzie, Europie Zachodniej, ale także w Polsce, Australii, Azji Południowo-Wschodniej, RPA, Nigerii i Egipcie. Liście koka są uprawiane tylko w Kolumbii i kilku krajach andyjskich, a mak z dużą zawartością opium w Azji Środkowej, w tym w Afganistanie, Azji Południowo-Wschodniej, w tym w Birmie i Laosie oraz Meksyku i Kolumbii. Najwięcej osób nadużywających nielegalnych narkotyków z czterech wyżej wymienionych grup koncentruje się w Ameryce Północnej, Europie Zachodniej, Australii i niektórych regionach Ameryki Południowej i Afryki, a opiaty także w kilku rejonach Azji.

Część II: Trzy filary ograniczania (redukcji) popytu – epidemiologia, profilaktyka i leczenie

Badania epidemiologiczne stanowią kluczowy element dla zrozumienia problemów związanych z narkotykami i ich zmienności. Dzięki nim sposoby reakcji i interwencji mogą być modyfikowane i przystosowane do zmieniających się uwarunkowań. W raporcie przedstawiono także zalecenia metodologiczne UNDCP zmierzające do lepszej porównywalności wyników badań w skali światowej.

Na XX specjalnej sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ w czerwcu 1998 roku poświęconej tylko światowemu problemowi narkomanii państwa członkowskie ONZ przyjęły polityczną deklarację o przewodnich zasadach ograniczania popytu na narkotyki – *The Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction* – które uznali za niezbędne do rozwiązywania problemów używania narkotyków. Państwa członkowskie zobowiązały się do:

1. opracowania do roku 2003 nowych lub ulepszenia istniejących strategii i programów ograniczania popytu w ścisłej współpracy z systemami opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i władzami odpowiedzialnymi za przestrzeganie prawa;
2. osiągnięcia znaczących i wymiernych efektów na polu ograniczania popytu do roku 2008 – zmniejszenie popytu co najmniej o 25% wśród młodych ludzi;

3. wprowadzenia we wszystkich narodowych programach i strategiach warunków i ustaleń zawartych w deklaracji o przewodnich zasadach ograniczania popytu na narkotyki.

Zgromadzenie Ogólne ustanowiło także plan działań dla implementacji deklaracji o przewodnich zasadach ograniczania popytu na narkotyki. W deklaracji zobowiązano UNDCP do szerokiego doradztwa i pomocy wszystkim potrzebującym w rozwijaniu strategii i programów ograniczania popytu oraz do upowszechniania, wspomagania i wdrażania najlepszych doświadczeń.

Deklaracja zaleca, aby działania przeciwko nadużywaniu narkotyków opierały się na regularnej ocenie tego problemu. Należy opierać się na wiedzy uzyskanej z badań naukowych i najlepszych doświadczeń praktycznych wyniesionych z wcześniejszych programów. Politycy, decydenci i praktycy powinni być szkoleni w zakresie wzorcowych strategii ograniczania popytu. Strategie te muszą być stale ewaluowane. Programy ograniczania popytu powinny obejmować wszystkie obszary i fazy prewencji: od zapobiegania próbom używania narkotyków do ograniczania negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych nadużywania narkotyków. Działania powinny być zintegrowane z szerszą polityką zdrowotną i społeczną, wzmacniać szerokie uczestnictwo społeczności lokalnych i cechować się partnerskim podejściem. Powinno się także określić adresatów działań uwzględniając potrzeby całej populacji, jak i specyficznych grup, w tym szczególnie młodzieży. Tam gdzie to jest potrzebne, rządy powinny rozważyć zapewnienie leczenia i rehabilitacji dla nadużywających narkotyków przestępców-więźniów jako alternatywy lub uzupełnienie uwięzienia i karanie. Deklaracja podkreśla wagę przekazywania właściwego przesłania. Państwa powinny starać się, aby wzrastała świadomość społeczna w zakresie ryzyka i zagrożeń ze strony narkotyków, a jednocześnie przeciwdziałać promocji używania narkotyków w mediach i całej masowej kulturze. Te działania powinny być podejmowane z zapewnieniem wiarygodności, unikaniem sensacyjności, promowaniem zaufania i wzmacnianiem skuteczności przekazu.

W części drugiej opisano także główne leki używane w leczeniu uzależnień od narkotyków oraz efektywność leczenia odwykowego, w tym jego ogromne zróżnicowanie, od znacznych braków do pełnego zaspokojenia potrzeb, w zależności od regionów w zakresie dostępności, rozmiarów bazy i kwalifikacji kadr medycznych.

Część trzecia i ostatnia raportu jest opisem programów tzw. alternatywnego rozwoju realizowanych ze wsparciem materialnym i technicznym UNDCP w wielu krajach Trzeciego Świata, gdzie występują znaczne areały uprawy roślin, które są surowcami do produkcji takich narkotyków jak marihuana, kokaina, opium i heroina. W wielu rejonach były jedynym źródłem utrzymania całych wiejskich społeczności. Programy te polegają na szkoleniach i rozwijaniu uprawy innych, alternatywnych produktów rolniczych: zbóż, warzyw i owoców oraz gospodarki leśnej, w celu rezygnacji z upraw roślin służących do produkcji narkotyków. W latach 90. efekty tych programów były bardzo znaczące. Na przykład na początku XX wieku światowa produkcja opium wynosiła ponad 20 000 ton, a w roku 1999 wynosiła mniej niż jedną trzecią, w tym 1 300 ton na potrzeby medyczne i ok. 4 800 ton produkowano

nielegalnie. Uzyskano także znaczne efekty w zmniejszeniu arealów zasiewów krzewów koki i konopi. Programy „alternatywnego rozwoju” wprowadzane już od końca lat 70. są oceniane w raporcie jako jedna z najbardziej skutecznych metod w strategii kontroli nielegalnych narkotyków.

Raport za 2000 rok Międzynarodowej Rady ds. Kontroli nad Narkotykami (Report 2000 INCB)

Międzynarodowa Rada ds. Kontroli nad Narkotykami w Wiedniu corocznie publikuje raport o sytuacji na świecie w zakresie substancji psychoaktywnych i leków psychotropowych podlegających międzynarodowej kontroli na podstawie konwencji ONZ z 1961, 1971 i 1988 roku oraz innych traktatów.

71-stronicowy (bez aneksów) raport INCB ma inny charakter, przedmiot i strukturę niż World Drug Report 2000. Koncentruje się na międzynarodowo kontrolowanych legalnych i nielegalnych lekach psychotropowych i lekach zawierających substancje narkotyczne. Raport obejmuje trzy zasadnicze części.:

1. nadmierna konsumpcja substancji podlegających międzynarodowej kontroli;
2. funkcjonowanie międzynarodowego systemu kontroli substancji;
3. analiza sytuacji na świecie w podziale na 9 różnych regionów – Afryka, trzy regiony w obu Amerykach, trzy regiony w Azji, Europa i Oceania.

W pierwszej części raportu jego autorzy opisują dane na temat szacunkowych rozmiarów nadmiernego spożycia leków psychotropowych i leków zawierających substancje narkotyczne, przyczyn nadużywania i zaleceń ich używania odpowiedniego do potrzeb i tylko do celów medycznych i naukowych. Najważniejszymi zmiennymi, które podlegają ocenie są właściwe wymogi medyczne i dostępność tego typu leków. Przeciętne spożycie benzodiazepin uspokajających i nasennych w okresie 1997-1999, mierzone w dziennych dawkach na 1000 mieszkańców (ang: DDD – *defined daily doses*), wynosiło w Europie – 34, w obu Amerykach – 8, w Azji – 6 i w Afryce – 1,3. Przeciętne spożycie benzodiazepin typu leków przeciwłękowych wykazywało takie same dysproporcje: 41 DDD w Europie, 24 w Amerykach, 13 w Azji i 6 w Afryce. Występują oczywiście także znaczne różnice między poszczególnymi krajami wewnątrz tych kontynentów. Na podstawie wielu badań szacuje się, że do 4% ludności w krajach rozwiniętych regularnie i przewlekłe zażywa leki uspokajające i nasenne, w tej grupie do 70% osób cierpi raczej z powodu różnych społecznych presji i problemów niż ma realne zaburzenia psychiczne lub somatyczne. W wielu krajach od 25 do 33% pacjentów przepisuje się leki uspokajająco-nasenne i przeciwłękowe bez rozpoznania jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego. Ostatnie sondaże wskazują, że od 70 do nawet 95% chorób w wielu krajach podlega samoleczeniu przez chorych, którzy sami wybierają i ordynują sobie różne leki bez porady lekarza, co ma znaczące implikacje dla praktyki medycznej i relacji lekarz-pacjent.

Produkcja leków i handel nimi są ważnymi i dynamicznymi sektorami globalnej gospodarki oraz podlegają złożonemu mechanizmowi regulacji dla ochrony konsu-

mentów leków. Ten mechanizm zabezpieczeń jest w rękach rządów i jego agencji. Ekspansja wolnego rynku powoduje, że szczególnie ważne jest odpowiedzialne i etyczne zachowanie producentów (firm i koncernów farmaceutycznych) w zakresie promocji wszystkich medycznych produktów. Na przykład agresywna promocja i sprzedaż leków sprzyja nadmiernej, niezgodnej z potrzebami ich konsumpcji. Taką promocją sprzedaży charakteryzują się rynki leków krajów podlegających szybkiej transformacji ekonomicznej w kierunku struktur rynkowych, takich jak kraje Europy Środkowej i Wschodniej. INCB wielokrotnie zwracała się do rządów, aby przestrzegano wymogów artykułu 10 Konwencji ONZ z 1971 r., który zakazuje publicznej reklamy substancji psychotropowych, ograniczając ją tylko do środowiska lekarzy i farmaceutów.

Lekarze i inni pracownicy medyczni, w tym szczególnie farmaceuci odgrywają największą rolę i są odpowiedzialni za właściwe rozdysponowanie i przepisywanie leków. Dotyczy to odpowiedniego rozpoznawania, dawek leków i długości leczenia, ale także dostępności leków oraz odpowiednich, pełnych zaufania relacji między pacjentem i lekarzem. Na ten sojusz terapeutyczny między pacjentem a lekarzem składa się wiedza i kwalifikacje lekarza, stopień poinformowania pacjenta o plusach i minusach stosowanych leków oraz miejsce problemów zdrowotnych w kulturze danego kraju. Z badań wynika, że tylko od 60 do 75% pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi leczonych lekami psychoaktywnymi podporządkowuje się zaleceniom lekarskim. Pierwsza część raportu kończy się zestawem kilkunastu rekomendacji.

Druga część raportu opisuje szczegółowo działanie międzynarodowego systemu kontroli leków psychotropowych, w tym zawierających substancje narkotyczne. Kontrola opiera się na regulacjach prawnych zawartych w trzech konwencjach ONZ z 1961, 1971 i 1988, których najważniejsze przepisy zostały przedstawione w raporcie. W dalszej części szeroko zaprezentowano:

- a) współpracę z rządami na tym polu;
- b) kontrolę nad produkcją i handlem prekursorami służącymi do produkowania zarówno legalnych leków, jak nielegalnych narkotyków;
- c) ocenę wielkości medycznego zapotrzebowania w skali roku na leki psychotropowe i narkotyczne;
- d) zapobieganie zróżnicowaniu w dystrybucji i zmiany w nielegalnym handlu tymi lekami i substancjami zarówno w handlu międzynarodowym jak na rynkach krajowych; powinno działać jak najmniej, kontrolowanych przez rządy i organizacje profesjonalistów (medyczne i farmaceutyczne) agencji zajmujących się handlem międzynarodowym i krajowym tymi lekami i substancjami;
- e) zapewnienie dostępności legalnych i sprawdzonych leków dla celów medycznych, aby zapobiegać nielegalnej produkcji, przemytowi i handlowi tymi lekami często gorszej jakości, niewłaściwie oznakowanymi, o nieznanym składzie i nieznannej zawartości substancji psychotropowych, w tym narkotycznych;
- f) kontrola sprzedaży leków przez Internet i drogą pocztową.

Szerzej warto omówić rosnącą rolę Internetu wykorzystywanego coraz częściej w medycznej praktyce dla celów diagnostyki, przepisywania i zalecenia wielkiej gamy

leków, różnych metod leczenia i innych informacji o zdrowiu, wszystko to oczywiście w celach marketingowych i promocyjnych. Opracowanie odpowiednich zabezpieczeń i międzynarodowa regulacja prawna wykorzystywania Internetu i innych systemów elektronicznej komunikacji do celów medycznych i sprzedaży leków jest rekomendowana przez INCB.

W części trzeciej i ostatniej raportu szeroko opisano analizę sytuacji na świecie w zakresie problemów związanych z narkotykami w podziale na 9 regionów, w tym w regionie Europy. Przedstawiono także uchwalenie przez parlament w Polsce we wrześniu 2000 r. nowej ustawy zaostrzającej kary za posiadanie nawet małej dawki nielegalnych narkotyków zarówno przez używających, jak i sprzedających.

Problem nielegalnych narkotyków w programie europejskiego biura WHO – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Ramy polityki zdrowia dla wszystkich dla regionu europejskiego WHO (Health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999)

Regionalne Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Europie opracowało i opublikowało w 1999 roku nowy etap znanego od 1978 roku programu Zdrowie dla Wszystkich, tym razem wkraczającego w XXI pierwszy wiek i obejmującego okres od 2000 do 2015 roku. Program zawiera 21 zasadniczych celów i zadań do realizacji. Cel numer 12 obejmuje prawie wszystkie substancje psychoaktywne i narkotyczne (bez legalnych leków z tej grupy), podzielone na trzy zasadnicze grupy: tytoń, alkohol i tzw. nielegalne narkotyki.

Hasło celu 12 brzmi: „Ograniczanie szkód związanych z alkoholem, narkotykami i tytoniem”, a zadanie: „do roku 2015 negatywne skutki zdrowotne używania substancji uzależniających, takich jak: tytoń, alkohol i narkotyki (ang.: *psychoactive drugs*) powinny zostać znacząco zredukowane we wszystkich państwach członkowskich.

W szczególności:

12.1. we wszystkich krajach odsetek niepalących powinien wynosić co najmniej 80% wśród osób w wieku powyżej 15 lat i wynosić blisko 100% wśród osób w wieku do 15 lat;

12.2. we wszystkich krajach spożycie alkoholu na jednego mieszkańca nie powinno przekraczać 6 litrów rocznie i powinno być bliskie zera dla osób w wieku do 15 lat;

12.3. we wszystkich krajach rozpowszechnienie używania nielegalnych narkotyków powinno zostać zredukowane co najmniej o 25%, a umieralność z tego powodu co najmniej o 50%.

Dla zapewnienia efektywnej kontroli nad problemami zdrowotnymi związanymi z używaniem nielegalnych narkotyków potrzebna jest międzysektorowa współpraca na wszystkich szczeblach między następującymi sektorami: opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, edukacji, przestrzegania prawa i wymiaru sprawiedliwości. Muszą być podjęte zintegrowane działania zarówno w zakresie ograniczania podaży, jak i

popytu. Interwencje skierowane w stronę podaży ograniczają dostępność do narkotyków. Należy jednak w zwiększonym zakresie skupić się na redukowaniu popytu na narkotyki przez programy edukacyjne w społecznościach lokalnych i szkołach. Programy ograniczania popytu powinny opierać się na kompleksowym podejściu w stosunku do wszystkich rodzajów szkodliwych narkotyków.

Odpowiednia sieć ośrodków leczenia i opieki dostosowanych do indywidualnych potrzeb powinna być rozwijana i dostępna na szczeblu społeczności lokalnych, tak dla użytkowników narkotyków, jak i ich rodzin. Celem leczenia jest umożliwienie użytkownikom narkotyków osiągnięcie zdrowego i wolnego od narkotyków stylu życia przez jak najdłuższy okres. Specyficzne szkody towarzyszące używaniu nielegalnych narkotyków, takie jak: infekcje, problemy zdrowotne, ubóstwo, przestępczość, przemoc i zmniejszenie produktywności mogą być zmniejszone przez strategie kontrolowania i ograniczania zachowań ryzykownych. Rozprzestrzenianie się zakażeń HIV może być opanowane przez skierowane do grup przyjmujących narkotyki w iniekcjach takich działań, jak dystrybucja oraz wymiana igieł i strzykawek, łatwy dostęp do prezerwatyw, oferowanie terapii substytucyjnej (programy metadonowe) oraz szeroki rozwój służb pracy środowiskowej w mniej dostępnych grupach i społecznościach. Zarządzanie i kierowanie programami zajmującymi się różnymi aspektami problemu nielegalnych narkotyków powinno przemieszczać się z sektora organów przestrzegania prawa w kierunku systemów opieki zdrowotnej i społecznej.

W dokumencie przywołany jest przykład skutecznej polityki w Szwajcarii zainicjowanej od 1991 roku. Cztery strategiczne elementy tej polityki:

1. Działania prawne – surowe regulacje lub zakazy w stosunku do jasno zdefiniowanych substancji uzależniających i produktów. Nowe prawne instrumenty przeciwko praniu brudnych pieniędzy i zorganizowanej przestępczości.

2. Prewencja – przekonywanie młodych ludzi do nieużywania narkotyków i oferowanie programów dla grup wysokiego ryzyka.

3. Ograniczanie szkód – ochrona zdrowia uzależnionych w możliwie największym stopniu, w okresie ich uzależnienia przez programy wymiany igieł, programy substytucyjne, programy mieszkaniowy i zatrudnienia itp.

4. Leczenie – sieć ośrodków konsultacyjnych i leczenia szpitalnego z jasno określonymi celami terapeutycznymi i rehabilitacyjnymi, takimi jak: abstynencja i społeczna reintegracja.

Na podstawie szerokiego programu badawczego prowadzonego w połowie lat 90. oceniono wyniki tej polityki. Oto główne rezultaty:

- znacząca poprawa somatycznego i psychicznego zdrowia uzależnionych (np. w latach 1992-97 liczba zgonów z przedawkowania zmniejszyła się z 419 do 241);
- zmniejszenie nielegalnej i półlegalnej aktywności uzależnionych z 69% do 10%;
- poprawa sytuacji mieszkaniowej – bezdomność zmniejszono z 12% do 1%, a tzw. niestabilną sytuację z 49% do 21%;
- wskaźnik zatrudnienia wśród osób uzależnionych w ramach regularnej pracy zwiększono z 16 do 32%.

Roczny raport za 2000 rok o stanie problemu narkotyków w Unii Europejskiej – 2000 (Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union)

Doroczny raport za rok 2000 o stanie problemu narkotyków w Unii Europejskiej został opracowany przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) z siedzibą w Lizbonie, w ścisłej współpracy z Komisją Europejską i jej krajowymi punktami referencyjnymi. Punkty referencyjne tworzą sieć Re-itox obejmującą instytuty naukowe i agendy rządowe zajmujące się problemami zdrowia publicznego, w tym przede wszystkim narkotykami i narkomanią we wszystkich 15 krajach UE i w Norwegii. Obecnie sieć krajowych punktów referencyjnych rozszerzana jest na kraje kandydujące do UE.

Raport zawiera zestaw danych i analiz kluczowych przy planowaniu i wdrożeniu adekwatnych środków do przeciwdziałania problemom związanym z narkotykami tak na szczeblu krajowym, jak i całej UE. Ponieważ zbierane dane i metody ich porównania wymagają dalszej standaryzacji w całej Europie, EMCDDA opracowuje specjalne narzędzia i opracowuje analizy prawne związane z narkotykami, polityką i strategiami działań we wszystkich krajach, członkach UE. Dla permanentnego oceniań wpływu i skutków określonych polityk i strategii, konieczne są ciągłe porównywalne badania epidemiologiczne uwzględniające pięć rekomendowanych wskaźników i metod:

- a) sondaże w populacjach generalnych,
- b) oszacowania rozpowszechnienia używania narkotyków,
- c) oceny zapotrzebowania na leczenie,
- d) umieralność związana z narkotykami,
- e) choroby infekcyjne (HIV, zapalenie wątroby typu B i C i in.).

Raport obejmuje ponad 40 stron i składa się z 5 rozdziałów:

- a) trendy epidemiologiczne,
- b) rozpowszechnienie i wzory używania,
- c) polityka wobec narkomanii,
- d) wybrane zagadnienia
- e) narkomania w krajach Europy Środkowo-Wschodniej.

W rozdziale pierwszym opisano ogólne trendy epidemiologiczne w zakresie używania narkotyków i ich konsekwencje zdrowotne. W regionie europejskim, podobnie jak na całym świecie najbardziej rozpowszechnione jest używanie przetworów konopi (marihuana i haszysz), a następnie syntetycznych narkotyków z grupy amfetamin łącznie z *ecstasy*. Spożycie w obu tych grupach narkotyków wykazuje w różnym stopniu tendencje wzrostowe. Natomiast liczba używających heroiny i innych opiatów oraz kokainy, w tym *cracku* pozostaje w ostatnich latach w większości krajów UE stabilna lub nawet notuje się niewielkie zmniejszenie liczby nadużywających.

Rozdział drugi dotyczy rozpowszechnienia i wzorów używania narkotyków, ich skutków zdrowotnych, wskaźników przestępczości związanej z narkotykami (np.

aresztowania, odsetek więźniów) oraz wskaźników rozmiarów nielegalnego rynku narkotykowego (np. ilość skonfiskowanych narkotyków, ich czystość, ceny).

Rozdział trzeci bardziej szczegółowo opisuje narodowe polityki i strategie w zakresie problemów używania narkotyków, a także strategię antynarkotykową Unii Europejskiej, którą omówimy w następnej części tego opracowania. W dalszym ciągu rozdziału trzeciego przedstawiono działania krajów UE na rzecz ograniczania popytu obejmujące różne formy prewencji, ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych oraz różne metody leczenia i rehabilitacji.

W rozdziale czwartym przedstawiono wybrane tematy związane z narkomanią obejmujące: leczenie substytucyjne, jego zasięg w różnych krajach UE, przestępczość (posiadanie heroiny, kradzieże i sprzedaż nielegalnych narkotyków) oraz specyficzne problemy dotyczące kobiet nadużywających narkotyków i ich dzieci w związku z infekcyjnymi chorobami, ciążą, leczeniem i związaną z tym specyfiką działań prewencyjnych.

Rozdział piąty opisuje problemy nadużywania narkotyków w Europie Środkowej i Wschodniej. Są tam ujęte kwestie rozpowszechnienia i wzorów używania narkotyków oraz instytucjonalne i prawne reakcje na ten problem ukierunkowane na ograniczanie podaży i popytu. W tej części Europy szczególnie wśród młodzieży notuje się coraz większy odsetek osób eksperymentujących z nielegalnymi narkotykami. Na pierwszym miejscu są przetwory konopi, następnie opiaty (głównie domowej produkcji) i amfetaminy oraz bardzo rzadko inne narkotyki, jak np. kokaina. Zmniejsza się wiek pierwszego kontaktu tak z narkotykami nielegalnymi, jak i substancjami legalnymi. Zwiększa się liczba leczonych uzależnionych od opiatów. Zmieniają się wzory używania – zwiększa się liczba przyjmujących dożylnie importowaną heroinę. Używanie narkotyków rozprzestrzenia się z dużych miast do regionów mniej zurbanizowanych. Zwiększa się liczba aresztowań związanych z narkotykami oraz rozmiary przemytu i konfiskat tych środków. Działania na rzecz ograniczania popytu i podaży są w tej części Europy silnie związane z międzynarodowymi programami pomocy i współpracy w wielu projektach w ramach PHARE, Grupy Pompidou przy Radzie Europy lub programów WHO realizowanych w skali globalnej, światowej lub regionalnej.

Dla opracowania polskiej strategii przeciwdziałania problemom związanym z narkotykami najistotniejszy jest rozdział 3 opisujący dosyć szczegółowo sposoby reakcji na te problemy w UE, które obejmują wdrażanie wieloletnich narodowych strategii w ramach szerszej polityki zdrowotnej, społecznej i legislacyjnej. Koncentrują się one na działaniach w większym stopniu ukierunkowanych na ograniczania popytu niż na rzecz ograniczania podaży. Prewencja i ograniczanie szkód zdrowotnych, wraz z odpowiednim do różnych potrzeb leczeniem, są wspólnymi elementami ostatnio przyjętych strategii w Hiszpanii, Francji, Portugalii, Wielkiej Brytanii i wspólnej strategii samej Unii. Najnowsze strategie demonstrowują trend w kierunku postrzegania problemów narkotyków w szerszym kontekście obejmującym kwestie ubóstwa, bezrobocia i społecznego wykluczenia (marginalizacji).

Kluczowymi elementami strategii antynarkotykowych są:

a) naukowo udokumentowane analizy i zbiór danych jako podstawa dla podejmowania decyzji,

- b) jasne, klarowne priorytety i wspólne cele,
- c) takie przedstawienie celów, aby można było ocenić postępy w ich osiągnięciu,
- d) ich ciągła ocena przez pomiar efektywności realizowanej strategii.

Podstawową zasadą jest koordynacja na szczeblu narodowym, regionalnym i lokalnym. Krajowi koordynatorzy odpowiadają, w aspekcie zarządzania i politycznym, za wdrożenie określonej polityki i strategii. W Niemczech, Włoszech i Luksemburgu priorytetem stała się zmiana polityki z represyjnej w kierunku prewencji i opieki, a odpowiedzialność za politykę narkotykową przeszła z ministerstw spraw wewnętrznych do ministerstw zdrowia i opieki społecznej. Wszystkie służby zajmujące się narkotykami coraz bardziej integrują się z systemami opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i przestrzegania prawa. Tworzy się także sieć współpracy między politykami i praktykami zarówno na szczeblu władz lokalnych, regionalnych i krajowych, jak i między tymi szczeblami władzy.

Do niemieckiej polityki w zakresie uzależnień przyjętej w lutym 2000 roku wprowadzono takie nowe elementy jak: ograniczenie szkód związanych z używaniem narkotyków i pomoc dla najbardziej uzależnionych oraz społecznie i zdrowotnie uszkodzonych, na przykład przez prawne usankcjonowanie tworzenia tzw. pokojów do iniekcji – dostępnych dla narkomanów swoistych gabinetów zabiegowych, gdzie można w higienicznych warunkach wstrzykiwać sobie narkotyki.

W Hiszpanii przyjęta w grudniu 1999 roku strategia na lata 2000-2008 za priorytet uznała działania prewencyjne realizowane i oceniane przez powołane dla tego celu ośrodki monitorowania we wszystkich regionach oraz tworzenie lokalnych planów działania.

Francuski przyjęty w czerwcu 1999 roku trzyletni plan (1999-2001) jest skierowany głównie do młodzieży przez opartą na dobrze udokumentowanych danych prewencję, informację publiczną, szkolenie, leczenie i nową politykę karną – większe kary za handel, szczególnie syntetycznymi narkotykami, oraz uszczelnienie granic przeciw przemytowi.

Nowa strategia w Portugalii zaaprobowana w kwietniu 1999 roku skupia się na prewencji, leczeniu i społecznej rehabilitacji. W lipcu 2000 roku weszła w życie w Portugalii ustawa dekryminalizująca używanie i posiadanie niewielkich ilości narkotyków nie wyłączając kokainy i heroiny.

Z kolei strategia na lata 1998-2008 w Wielkiej Brytanii za główne cele przyjęła ograniczenie używania narkotyków wśród młodzieży i młodych dorosłych, zwiększenie dostępności leczenia, ograniczenie przestępczości oraz dostępności do narkotyków przez zmniejszenie ich podaży. Celem jest na przykład zmniejszenie dostępności do narkotyków wśród młodych ludzi o 50% do roku 2008, ograniczenie zjawisk wyrzucania ze szkół, wagarów, absencji i zwolnień z pracy oraz zmniejszenie umieralności związanej z narkotykami o 25% do 2002 roku.

W Hiszpanii, Francji, Niemczech, Austrii, Szwecji i Holandii występuje tendencja do włączenia do strategii zarówno nielegalnych, jak i legalnych narkotyków i leków. Strategie te skupiają się w większym stopniu na zachowaniach związanych z uzależnieniem niż na samej substancji. W polityce kontroli narkotyków w większo-

ści krajów UE występuje także tendencja w kierunku znacznie mniejszego karania, a nawet depenalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyków i ich używania, szczególnie przetworów konopi. Z drugiej strony, w kilku krajach nastąpiło zaostrzenie kar za handel narkotykami, szczególnie o dużej wartości. Wprowadza się także różne środki techniczne i zakazy, w celu zmniejszenia zakłóceń porządku publicznego, kradzieży, aktów przemocy i agresji oraz zlikwidowania zjawiska przemytu narkotyków do więzień. W marcu 2000 roku rząd Wielkiej Brytanii ogłosił początek naukowych prób przepisywania na recepty przetworów konopi, których wyniki mają być przedstawione w 2002 roku.

Dla adekwatnej oceny i monitorowania strategii i programów konieczna jest kontrola ich jakości przez przyjęcie mierzalnych wskaźników i inwestowanie w rozwój badań ewaluacyjnych, zwiększanie i ulepszanie bazy i kadry naukowej zajmującej się problemami narkotyków, rozwijania systemu szkoleń dla profesjonalistów i decydentów w zakresie polityki wobec narkotyków, postęp w zakresie procedur oceny jakości i efektywności programów prewencyjnych, a także leczniczych i rehabilitacyjnych.

We wszystkich strategiach krajowych i całej UE, jak wiele razy podkreślano, najważniejsze na obecnym etapie jest właściwe zrównoważenie działań między ograniczaniem podaży i popytu na narkotyki z większym naciskiem na strategię ograniczania popytu, która obejmuje trzy obszary: prewencję, ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych oraz leczenie.

Prewencja jest rozwijana w trzech kierunkach:

- szkoły – uczniowie i studenci, nauczyciele i rodzice,
- miejsca rekreacji i rozrywki,
- grupy ryzyka.

Wśród grup ryzyka wymienia się mniejszości etniczne, grupy społecznie upośledzone, bezdomni młodzi ludzie, młodzież w instytucjach opiekuńczych i poprawczych, młodzi przestępcy i prostytutki hetero- i homoseksualne oraz inni pracujący w przemyśle erotycznym i pornograficznym.

Ograniczanie szkodliwych konsekwencji używania narkotyków obejmuje programy wymiany igieł i strzykawek dla zapobiegania chorobom infekcyjnym: HIV, zapalenie wątroby typu B i C. Rozwijane są łatwo dostępne specjalne służby działające w środowiskach narkomanów, które stanowią uzupełnienie konwencjonalnych ośrodków leczenia odwykowego. Organizuje się specjalne gabinety, gdzie w higienicznych warunkach, pod nadzorem medycznym narkomani mogą używać narkotyków, co zapobiega zarówno infekcjom, jak i śmiertelnemu przedawkowaniu. Programy wymiany igieł i strzykawek oraz nadzoru medycznego używania narkotyków wprowadza się ostatnio także w więzieniach.

Leczenie jako trzeci filar ograniczania popytu polega głównie na dostępności do leczenia, oceny jego skuteczności i zróżnicowania w zależności od rodzaju, stopnia i długości uzależnienia. Leczenie może być także alternatywą więzienia dla przestępców wśród osób mocno uzależnionych. Zaleca się także wprowadzenie odpowiednich programów leczenia uzależnień w zakładach penitencjarnych. Skuteczność leczenia zależy w znacznym stopniu od wprowadzenia w jego schemat odpowiednich

form rehabilitacji społecznej i zawodowej. Powinny one prowadzić do ponownej integracji uzależnionych ze społecznością przez stosowanie różnych form szkoleń, treningów, subsydiowanych programów zatrudnienia itp. Takie programy istnieją w Niemczech, Grecji, Hiszpanii, Portugalii, Irlandii, Austrii i Finlandii.

Strategia wobec narkotyków Unii Europejskiej na lata 2000-2004 (European Union Drugs Strategy 2000-2004)

W maju 1999 roku w formie komunikatu Komisji Europejskiej dla Rady Europy i Parlamentu Europejskiego przedstawiono Plan Działania w Zwalczaniu Narkotyków Unii Europejskiej na lata 2000-2004. Plan został zaaprobowany przez Radę Europy w grudniu 1999 roku w Helsinkach. Nadano mu wtedy nazwę European Union Drugs Strategy (2000-2004). W czerwcu 2000 roku opublikowano w Brukseli szczegółowe wytyczne i zalecenia do tego programu pt. EU-Action Plan on Drugs w pięciu zakresach: 1. koordynacji, 2. informacji i ewaluacji, 3. ograniczaniu popytu, prewencji i przestępczości związanej z narkotykami, 4. ograniczaniu podaży i 5. współpracy międzynarodowej. W ramach strategii Unii Europejskiej ustalono pięć głównych celów do osiągnięcia przez pięć następnych lat:

- znaczące zmniejszenie rozpowszechnienia spożycia nielegalnych narkotyków, jak i zmniejszenie liczby nowych konsumentów, zwłaszcza wśród młodzieży w wieku do 18 lat;

- znaczące zredukowanie częstości występowania związanych z narkotykami szkód zdrowotnych (infekcji wirusami HIV, zapalenia wątroby typu B i C, prątkiem gruźlicy) oraz zmniejszenie umieralności związanej z używaniem narkotyków;

- znaczące zwiększenie liczby skutecznie leczonych (wyleczonych) osób uzależnionych;

- znaczące zmniejszenie rozmiarów przestępczości związanej z narkotykami;

- znaczące ograniczenie procederu prania brudnych pieniędzy i nielegalnego handlu prekursorami – surowcami do produkcji narkotyków.

Ważnymi zadaniami zaznaczonymi w tej strategii jest poprawa współpracy między państwami członkowskimi UE w zakresie stosowania w praktyce przepisów traktatu z Amsterdamu, który wszedł w życie w maju 1999 roku i rozwijania skutecznego przestrzegania prawa w całej Unii. Traktat Amsterdamski jest kolejnym aktem prawnym obowiązującym w 15 krajach Unii Europejskiej. Dla realizacji strategii wobec narkotyków traktat ten kreuje szereg nowych możliwości wynikających z przyjętych zapisów prawnych. Przede wszystkim podkreśla wymóg zapewnienia ochrony zdrowia w ramach wspólnotowej polityki i wszystkich jej działań. Zalecany jest ogólny kierunek na rzecz poprawy zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom i eliminowania źródeł zagrożeń dla zdrowia publicznego. Wspierania wspólnotowych programów badawczych dla oceny przyczyn i zapobiegania problemom zdrowotnym. Promowania inicjatyw i wymiany najlepszych doświadczeń w celu przeciwdziałania społecznemu wykluczeniu. Rozwijanie współpracy na szczeblu UE między policją, służbami cel-

nymi i innymi agendami przestrzegania prawa oraz korzystania ze wspólnych badań i dokumentacji przestępczości związanej z narkotykami. Wszystkie te opisane w skrócie prawne wytyczne i zalecenia stwarzają szersze możliwości międzysektorowej i międzynarodowej współpracy w zakresie polityki wobec narkotyków.

Jak piszą autorzy prezentowanej pięcioletniej strategii, podejście Unii Europejskiej do zwalczania nielegalnych narkotyków ma charakter globalny, wielodyscyplinarny i zintegrowany. Obejmuje ciągłą ewaluację efektów i ocenę realizacji głównych celów, identyfikację nowych wyzwań i problemów, nowe prawne ramy związane z narkotykami, w tym zawarte w traktacie z Amsterdamu, oraz opis takich szczegółowych działań, jak: informacja, jej rozpowszechnienie i jakość, działania ograniczające popyt, działania ograniczające nielegalny handel i przemysł zarówno nielegalnych narkotyków, jak i legalnych leków psychotropowych i narkotycznych, zespół działań na szczeblu międzynarodowym oraz ich koordynację i integrację na wszystkich szczeblach władzy od międzynarodowego do lokalnego i między wszystkimi organizacjami zaangażowanymi w problemy związane z narkotykami na całym świecie. Jednymi z wiodących są oczywiście agendy ONZ – UNODCCP, WHO i INCB oraz Unii Europejskiej – EMCDDA, komórki w ramach Rady Europy i Komisji Europejskiej oraz krajowe punkty referencyjne w sieci Reitox..

W zakresie politycznej, technicznej współpracy i zasad subsydiowania Strategia 2000-2004 proponuje następujących pięć głównych celów działania:

- zapewnienie, żeby sprawa zwalczania narkotyków pozostała jednym z głównych priorytetów wewnętrznych i zewnętrznych działań UE,
- kontynuowanie przez UE zintegrowanego i zrównoważonego podejścia do zwalczania narkotyków, w którym ograniczanie podaży i popytu są wzajemnie wzmacniającymi się częściami składowymi tej strategii,
- zapewnienie zbierania, analizowania i rozpowszechniania obiektywnych, rzetelnych i porównywalnych danych o zjawiskach związanych z narkotykami w UE ze wsparciem ze strony EMCDDA i Europolu,
- promowanie międzynarodowej współpracy i integracji kontroli nad narkotykami w ramach UE i we współpracy i wsparciu wysiłków ONZ i jej agend, na zasadach opracowanych i przyjętych na XX specjalnej sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ z 1998 roku,
- podkreślenie, że chociaż nie występuje się w strategii o nowe środki (fundusze), to skuteczność jej implementacji i opisanych w niej działań wymaga odpowiednich nakładów środków i zasobów.

Ze wspomnianych wcześniej pięciu celów realizowanych przez strategię UE wymienimy tylko pięć zasad zbierania i rozpowszechniania informacji, metod i jakości ich zbierania, oceny działań i współpracy:

- regularne zbieranie, analizowanie i rozpowszechnianie danych dotyczących narkotyków, uzależnień i ich skutków w całej UE,
- rozwijanie i ulepszanie metod porównywania danych,
- implementacja wspólnych wskaźników we wszystkich państwach członkowskich,

- systematyczna naukowa ewaluacja działań w zakresie ograniczania popytu włączając w to analizy kosztów i skuteczności (ang.: *cost-effectiveness*),
- współpraca w tej dziedzinie z europejskimi i światowymi organami i organizacjami oraz z krajami nie należącymi do UE.

Systematyczna ocena i doskonalenie monitorowania w zakresie problemów związanych z narkotykami z zapewnieniem analizy kosztów i efektów umożliwia szybkie podejmowanie decyzji na właściwych szczeblach władzy.

Równoległe z odpowiednim rozwojem współpracy, problemy związane z narkotykami powinno się regularnie rozważać w kontekście politycznego dialogu z innymi krajami i regionami. Należy pracować w celu rozpoznawania, finansowania i wdrażania projektów w regionach świata o największym stopniu zagrożenia i najbardziej obciążonych przez problemy związane z narkotykami.

PODSUMOWANIE

Przedstawiono dwa raporty światowe, jeden raport europejski i dwie strategie – dla krajów Unii Europejskiej oraz całego regionu europejskiego.

Przegląd tych raportów, strategii i programów uprawnia do następujących konkluzji. Podstawą legislacyjną wszystkich tych dokumentów są trzy konwencje ONZ z 1961, 1971 i 1988 roku. Dla krajów Unii Europejskiej dodatkowymi prawnymi wytycznymi są przepisy traktatu z Amsterdamu obowiązującego od maja 1999 roku.

Tylko raport INCB skupia się na legalnym i nielegalnym rynku leków psychotropowych, w tym narkotycznych, i wzajemnych relacjach między systemem opieki zdrowotnej, medycznej i farmaceutycznej kontroli, przemysłem farmaceutycznym, a podażą i popytem na te leki.

Pozostałe raporty i programy koncentrują się na problemach ograniczania konsumpcji, produkcji i handlu nielegalnymi narkotykami.

Tak dla strategii i polityki wobec narkotyków na świecie, jak i w Europie, jednym z zasadniczych zaleceń jest polityczna deklaracja o przewodnich zasadach ograniczania popytu na narkotyki podpisana przez państwa członkowskie ONZ na XX specjalnej sesji Zgromadzenia Ogólnego w czerwcu 1998 roku. Ten dokument odegrał wielką rolę w integracji i koordynacji międzynarodowych działań na rzecz ograniczania konsumpcji nielegalnych narkotyków. Ta rekomendowana przez ONZ, ale także instytucje UE polityka uznaje za priorytetowe programy: 1. prewencyjne, 2. ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych oraz 3. leczniczo – rehabilitacyjne. W ramach tej polityki zaleca się zrównoważenie i harmonizację działań skierowanych na ograniczanie podaży i popytu.

Takie podejście implikuje przesunięcie zarządzania i kierowania programami zajmującymi się różnymi aspektami problemu narkotyków z sektora organów i instytucji przestrzegania prawa w stronę systemów opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i edukacji.