



Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii

PL

ISSN 2314-9167

# Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2015





Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii

# Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2015

## Nota prawna

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

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**

(\* Informacje są udzielane nieodpłatnie, większość połączeń również jest bezpłatna (niektórzy operatorzy, hotele lub telefony publiczne mogą naliczać opłaty).

Więcej informacji o Unii Europejskiej można znaleźć w portalu Europa (<http://europa.eu>).

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

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2015

ISBN 978-92-9168-775-6

doi:10.2810/93143

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2015

Powielanie materiałów dozwolone pod warunkiem podania źródła.

*Printed in Spain*

WYDRUKOWANO NA PAPIERZE BIELONYM BEZ CHLORU PIERWIASTKOWEGO (ECF)



Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lizbona, Portugalia

Tel. +351 211210200

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | Spis treści

- 5 Przedmowa
- 9 Wprowadzenie i podziękowania
- 11 | STRESZCZENIE  
**Dynamika rynku narkotyków w Europie: globalne wpływy i lokalne różnice**
- 19 | ROZDZIAŁ 1  
**Podaż narkotyków i rynek**
- 39 | ROZDZIAŁ 2  
**Używanie narkotyków i problemy związane z narkotykami**
- 61 | ROZDZIAŁ 3  
**Reakcje na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym**
- 75 | ZAŁĄCZNIK  
Tabele z danymi krajowymi



## | Przedmowa

Mamy zaszczyt przedstawić Państwu dwudziestą coroczną analizę sytuacji narkotykowej w Europie w postaci „Europejskiego raportu narkotykowego na rok 2015”.

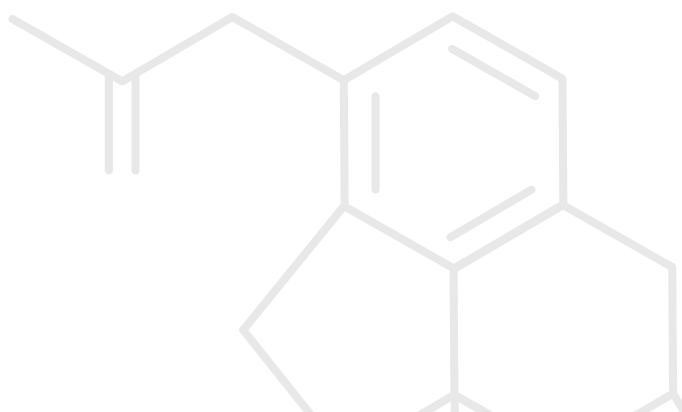
Tegoroczny raport zawiera kompleksowe omówienie problemu narkotykowego w Europie oraz działań podejmowanych w celu jego rozwiązania. Raport dotyczący tendencji i osiągnięć stanowi główny element pakietu wzajemnie ze sobą powiązanych materiałów składających się na „Europejski raport narkotykowy”. Wykorzystując dane europejskie i krajowe, daje on ogólny wgląd w najważniejsze tendencje, reakcje i politykę narkotykową oraz zawiera dogłębną analizę aktualnych zagadnień. W pakiecie znalazły się zupełnie nowe analizy dotyczące interwencji psychospołecznych, pomieszczeń do konsumpcji narkotyków, nadużywania benzodiazepin i szlaków przemytu heroiny.

Zintegrowany, multimedialny pakiet informacyjny, który składa się dziś na „Europejski raport narkotykowy”, zdecydowanie różni się od rocznego raportu EMCDDA na temat sytuacji w zakresie narkotyków wydane w 1996 r. Dwie dekady temu zadanie stworzenia zharmonizowanych systemów monitorowania problemu narkotykowego w 15 państwach członkowskich UE musiało się wydawać EMCDDA przytłaczające. Jest zatem imponującym osiągnięciem fakt, że będące w 1995 r. na wczesnym etapie rozwoju mechanizmy monitorowania wyewoluowały w uznany na całym świecie europejski system obejmujący 30 krajów.

Uważamy, że EMCDDA wniosła cenny wkład w osiągnięty postęp, lecz przyznajemy zarazem, iż wyniki naszej pracy są uzależnione od ścisłej współpracy z partnerami. Przedstawioną tutaj analizę na szczeblu europejskim umożliwiły przede wszystkim inwestycje dokonane przez państwa członkowskie w budowę solidnych krajowych systemów informacji na temat narkotyków.

Niniejszy raport jest oparty na danych zgromadzonych przez sieć krajowych punktów kontaktowych Reitox w ścisłej współpracy z ekspertami krajowymi. Przeprowadzając analizy, współpracowaliśmy także na bieżąco z naszymi europejskimi partnerami: Komisją Europejską, Europolem, Europejską Agencją Leków oraz Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Pragniemy również podziękować za wkład licznym europejskim grupom i inicjatywom badawczym, bez pracy których nasz raport byłby znacznie uboższy.

W ostatnich 20 latach nie do poznania zmienił się nie tylko nasz raport. To samo dotyczy zakresu i charakteru problemu narkotykowego w Europie. Gdy powstawała EMCDDA, Europa przechodziła właśnie epidemię heroinizmu, a najważniejszym czynnikiem kształtującym politykę antynarkotykową była konieczność ograniczenia zakażeń HIV i zgonów powodowanych przez AIDS. Zarówno używanie heroiny, jak i problemy związane z HIV pozostają kluczowymi elementami naszych raportów, żyjemy jednak większy optymizm, jeżeli chodzi o występujące tendencje, oraz posiadamy większą wiedzę na temat skutecznych działań w zakresie zdrowia publicznego. W ciągu ostatnich 20 lat



znacznie wzrosła wszakże złożoność problemu narkotyków i narkomanii. Odzwierciedleniem tego jest fakt, że wiele z substancji opisywanych w niniejszym raporcie było praktycznie nieznanymi w Europie w chwili założenia EMCDDA.

Europejskie rynki narkotyków nadal zmieniają się i szybko rozwijają. Dowodzi tego fakt, że w 2014 r. wykryto ponad sto nowych substancji psychoaktywnych i przeprowadzono oceny ryzyka w odniesieniu do sześciu nowych narkotyków – obydwie liczby są rekordowe. Aby nadążyć za tymi zmianami oraz zapewnić uwzględnienie nowych tendencji w prowadzonej analizie, EMCDDA kontynuuje ścisłą współpracę z naukowcami i praktykami. EMCDDA zawsze rozumiała wagę terminowego dostarczania rzetelnych i istotnych dla prowadzonej polityki informacji. Wciąż dążymy do tego celu, pragnąc zagwarantować, że bez względu na charakter problemu narkotykowego, przed którym stoimy, w europejskiej reakcji pomoże realnie działający system dostarczający istotnych i przydatnych informacji.

**João Goulão**

Przewodniczący Zarządu EMCDDA

**Wolfgang Götz**

Dyrektor EMCDDA







## Wprowadzenie i podziękowania

Niniejszy raport sporządzono na podstawie informacji udostępnionych EMCDDA w raportach krajowych przez państwa członkowskie UE, państwo kandydujące Turcję oraz Norwegię.

Jego celem jest ogólne omówienie i podsumowanie sytuacji narkotykowej w Europie oraz reakcji na ten problem. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2013 r. lub ostatniego roku, za który dostępne są dane. Analiza tendencji dotyczy wyłącznie tych krajów, które dostarczyły danych wystarczających do określenia zmian we wskazanym okresie. Czytelnik powinien mieć świadomość, że monitorowanie prawidłowości i tendencji w odniesieniu do ukrytego oraz piętnowanego zachowania, jakim jest zażywanie narkotyków, stanowi wyzwanie zarówno praktyczne, jak i metodologiczne. Z tego powodu w analizie zawartej w niniejszym raporcie wykorzystano wiele źródeł danych. Chociaż można zauważyć znaczną poprawę zarówno na poziomie krajowym, jak i w odniesieniu do możliwości analizy na poziomie europejskim, należy podkreślić trudności metodologiczne w tym obszarze. Dlatego też niedozowna jest ostrożność w interpretacji, zwłaszcza przy porównaniach poszczególnych wskaźników między krajami. Zastrzeżenia dotyczące danych wskazano w internetowej wersji niniejszego raportu oraz w Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym), gdzie zamieszczono szczegółowe informacje na temat metodologii, komentarze związane z analizą oraz uwagi odnoszące się do ograniczeń w dostępności informacji. Znajdują się tam także informacje o metodach i danych będących podstawą oszacowań na poziomie europejskim, w których może być wykorzystywana interpolacja.

EMCDDA dziękuje za pomoc w opracowaniu niniejszego raportu:

- | 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 raportu 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 Przemocności (UNODC), Biuru Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, projektowi ESPAD (Europejskiemu projektowi badań ankietowych w szkołach na temat spożywania alkoholu i innych narkotyków), Europejskiej Grupie Podstawowej ds. Badania Ścieków (SCORE) oraz szwedzkiej radzie ds. informacji o alkoholu i innych używkach (CAN);
- | Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej, Missing Element Designers, Nigelowi Hawtinowi i Compositores Rali.

### Krajowe punkty kontaktowe Reitox

Reitox jest europejską siecią informacji o narkotykach i narkomanii. W jej skład wchodzi krajowe punkty kontaktowe w państwach członkowskich UE, państwie kandydującym Turcji, w Norwegii 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 znajdują się na stronie internetowej EMCDDA.

# Streszczenie

**W tegorocznej analizie wyraźnie  
widać wpływ czynników globalnych  
na podaż narkotyków i dyskusje  
o polityce antynarkotykowej**

# Dynamika rynku narkotyków w Europie: globalne wpływy i lokalne różnice

Główne ustalenia wynikające z najnowszej analizy problemu narkotykowego w Europie przeprowadzonej przez EMCDDA wskazują, że długoterminowe tendencje nie uległy zmianie. Pojawiają się natomiast nowe trendy w odniesieniu do sposobów używania narkotyków oraz reakcji na to zjawisko. W tegorocznej analizie wyraźnie widać wpływ czynników globalnych na podaż narkotyków i dyskusje o polityce antynarkotykowej, natomiast nowe tendencje kształtowane są głównie przez lokalne uwarunkowania w zakresie używania środków odurzających oraz reakcje na zaistniałe problemy. Coraz trudniej jest wytyczyć granicę między kategoriami rynkowymi „starych” i nowych narkotyków – nowe środki w coraz większym stopniu naśladują rodzaje istniejących już substancji. Mając na uwadze powyższe, odpowiedź na to zjawisko powinna opierać się na dowodach naukowych.

## ! Konopie indyjskie w centrum uwagi

Podczas gdy inicjatywy podejmowane w Ameryce Północnej i Południowej w zakresie regulowanej sprzedaży przetworów konopi skutkują międzynarodowym zainteresowaniem oraz wzmożoną debatą w tym zakresie, należy podkreślić, że w Europie dyskusja na temat konopi nadal koncentruje się w dużej mierze na potencjalnych kosztach zdrowotnych związanych z używaniem tej substancji. Nowe dane wskazują na ważną rolę, jaką konopie odgrywają w statystykach przestępczości narkotykowej – 80% konfiskat dotyczy właśnie konopi, a ich używanie lub posiadanie na własny użytek stanowi ponad 60% ogółu zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami w Europie (zob. wykres). Ponadto produkcja i przemysł tego narkotyku jest uznawana za obszar o coraz większym znaczeniu dla działań organów ścigania ze względu na wzrost zaangażowania przestępczości zorganizowanej. Występuje jednak znaczne zróżnicowanie między krajami w zakresie kar wymierzanych za przestępstwa związane z wprowadzaniem konopi do obrotu – eksperci krajowi wskazują, że kary za popełnione po raz pierwszy przestępstwo sprzedaży jednego kilograma konopi indyjskich mogą wahać się od mniej niż roku do 10 lat więzienia.

Nowe dane wskazują również na coraz większe znaczenie konopi z punktu widzenia systemów leczenia uzależnień w Europie: rośnie liczba osób zgłaszających się do leczenia z powodu problemów związanych z używaniem konopi. Wzrost ten należy postrzegać w kontekście świadczenia tych usług i praktyk dotyczących kierowania na leczenie. Na przykład w niektórych krajach znaczny odsetek

zgłaszających się na leczenie stanowią osoby skierowane przymusowo przez system sądownictwa karnego. Na dane wpływ mają też odmienne definicje i praktyki krajowe w odniesieniu do formy leczenia zaburzeń związanych z zażywaniem konopi – mogą to być zarówno krótkie internetowe sesje interwencyjne, jak i leczenie stacjonarne. Wydaje się także zmieniać dostępność leczenia dla osób używających konopi indyjskich, prawdopodobnie w wyniku zarówno większej świadomości potrzeby świadczenia takich usług, jak i – w niektórych krajach – pojawienia się dostępnych miejsc wskutek spadku popytu na usługi dotyczące innych rodzajów narkotyków. Niezależnie od rodzaju leczenia, w przypadku problemów związanych z konopiami dowody potwierdzają skuteczność interwencji psychospołecznych; podejście to omówiono w analizie dołączonej do niniejszego raportu. Ponadto badania w zakresie medycyny ratunkowej dostarczają dowodów na wzrost liczby przypadków poważnych problemów zdrowotnych związanych z używaniem silnie działających produktów z konopi indyjskich. W związku z większą dostępnością silnie działających produktów z konopi wyraźnie widać potrzebę sprawniejszego monitorowania poważnych problemów związanych z używaniem tego narkotyku.

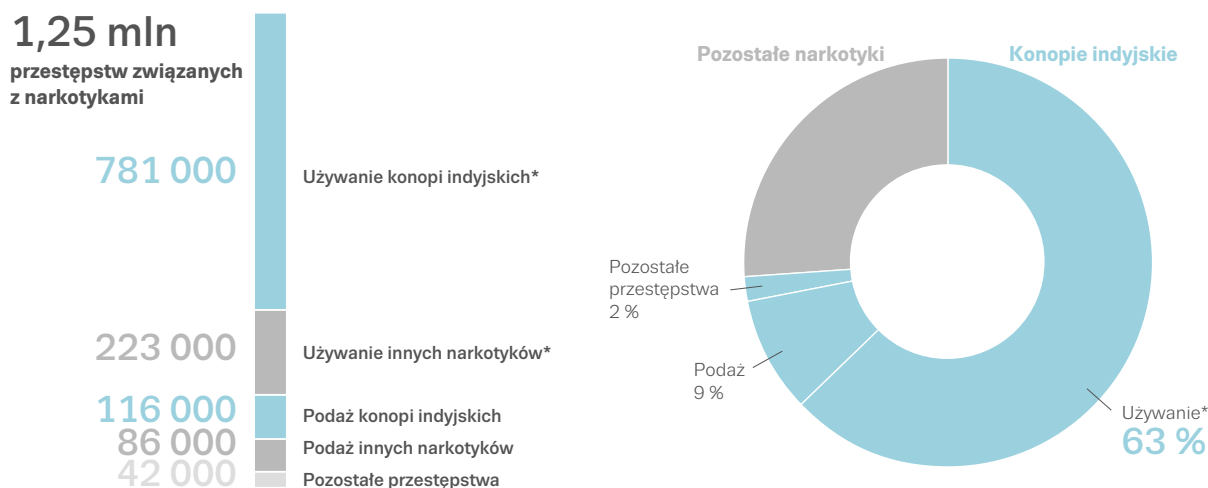
### Czy konkurencja na rynku prowadzi do pojawiania się silniej działających produktów?

Dane zgromadzone w bieżącym roku wskazują na wzrost czystości lub siły działania w perspektywie średnio- lub krótkookresowej w przypadku wszystkich najczęściej

używanych narkotyków w Europie. Powody takiego stanu rzeczy są prawdopodobnie złożone, lecz wydaje się, że decydują o nim zarówno innowacje techniczne, jak i konkurencja na rynku. W przypadku konopi, gdzie krajowa, silnie działająca marihuana zwiększyła swój udział w rynku w ostatnich latach, dane wskazują obecnie na wzrost siły działania importowanego haszyszu, co wiąże się zapewne ze zmianami w procesie produkcji. Innowacje rynkowe i wzrost czystości są także widoczne w przypadku MDMA. Po okresie, w którym tabletki sprzedawane jako „ekstazy” miały wśród konsumentów opinię produktu o niskiej jakości i zafałszowanego, co potwierdzały ekspertyzy sądowe, obecnie powszechnie dostępne jest MDMA w postaci proszku i tabletek o wysokiej czystości. Wprowadzenie proszku lub krystalicznego MDMA o wysokiej czystości wydaje się być świadomą strategią wyróżnienia tej formy środka i uczynienia jej atrakcyjniejszą dla konsumentów. Pojawiają się też tabletki o wysokiej dawce z charakterystycznym kształtem i logo, zapewne w tych samych celach marketingowych. W ciągu ostatniego roku EMCDDA i Europol wydały ostrzeżenie o zagrożeniach zdrowotnych związanych z zażywaniem produktów MDMA o bardzo wysokiej czystości. Ponadto wydano ostrzeżenia dotyczące tabletek sprzedawanych jako ekstazy, ale zawierających PMMA, czasem w połączeniu z MDMA. Właściwości farmakologiczne tego narkotyku czynią go szczególnie niepokojącym z punktu widzenia ochrony zdrowia publicznego.

W przypadku MDMA oraz ogólnie substancji syntetycznych, jakość produktów i ich podaż jest w dużej mierze uzależniona od dostępności prekursorów

## WIĘKSZOŚĆ PRZESTĘPSTW ZWIĄZANYCH Z NARKOTYKAMI DOTYCZY KONOPI INDYJSKICH



\* „Używanie” obejmuje przestępstwa dotyczące używania i posiadania na własny użytek.

niezbędnych do ich wyprodukowania. W tym obszarze widoczne są innowacyjne metody ich produkcji. Można je dostrzec w odniesieniu do metod syntezy chemicznej oraz dużych mocy wytwórczych niektórych ostatnio wykrytych laboratoriów. Sugeruje się także, że w niektórych krajach rolę może odgrywać dostępność nowych substancji psychoaktywnych. Na przykład dostępność wysokiej jakości syntetycznych kannabinoidów i katynonów jest w pewnych przypadkach uznawana za bezpośrednią konkurencję dla niskiej jakości i stosunkowo drogich znanych narkotyków.

### Zmiany na europejskim rynku heroiny

Problemy powodowane przez heroinę nadal stanowią znaczną część kosztów zdrowotnych i społecznych związanych z narkotykami w Europie, choć najnowsze tendencje w tej dziedzinie są stosunkowo korzystne. Najnowsze dane wykazują dalszy spadek zapotrzebowania na leczenie osób wśród osób używających heroiny, ponadto dane te wskazują na zmniejszającą się ilość szkód związanych z używaniem tej substancji. Nie należy jednak zapominać, że pewne wskaźniki rynkowe budzą niepokój, jeśli chodzi o rozpowszechnienie heroiny. Szacunki ONZ sugerują znaczny wzrost produkcji opium w Afganistanie, czyli kraju, który dostarcza większość heroiny konsumowanej w Europie. Może to się przełożyć na dostępność tego narkotyku; niepokojący jest także fakt, że szacowana czystość heroiny dostępnej w Europie rośnie. W niektórych krajach, w których zaobserwowano poprawę czystości, zwiększyła się też ostatnio liczba zgonów spowodowanych przedawkowaniem. Nie jest jasne, czy wzrosty tych wskaźników są powiązane, ale zagadnienie to zasługuje na uwagę badaczy. W związku z nielegalnym charakterem rynku narkotykowego do każdej analizy jego dynamiki należy podchodzić z należytą ostrożnością. Pojawiają się niemniej dowody na nowe innowacje metody dostarczania heroiny na europejskie rynki, co przyczynić się może do odzyskania przez ten narkotyk dawnej pozycji rynkowej. Wśród oznak zmian w podaży heroiny należy wymienić przypadki wykrycia laboratoriów przetwarzających ją w Europie – co wcześniej się nie zdarzało – jak również dowody adaptacji szlaków przemytu oraz sposobu działania grup przestępczych. Nadal budzi niepokój tranzyt heroiny z Pakistanu i Afganistanu do Europy przez Afrykę. Dane dotyczące konfiskat jednoznacznie wskazują też na rolę odgrywaną przez Turcję jako wrota dla narkotyków wysyłanych do Unii Europejskiej oraz poza jej terytorium, a konfiskaty heroiny w tym kraju ponownie się zwiększyły w porównaniu do najniższej wartości odnotowanej w 2011 r. Zagadnienia te omówiono w analizie przemytu heroiny załączonej do niniejszego raportu.

### Starsi pacjenci jako nowe wyzwanie dla służb i polityk przeciwdziałania uzależnieniom

Ewentualne zwiększenie dostępności heroiny należy rozpatrywać w kontekście ogólnej stagnacji popytu na ten narkotyk, spowodowanej w dużej mierze spadkiem liczby nowych użytkowników oraz faktem zgłaszania się na leczenie licznych osób z problemem heroinowym. Oprócz korzyści terapeutycznych związanych z dostępem do leczenia, ogólnie wysoki wskaźnik dostępności leczenia – szacowany na 50% lub więcej przypadków – może czynić Unię Europejską mniejszym i potencjalnie mniej atrakcyjnym rynkiem dla dostawców tego narkotyku. Uzależnienie od heroiny jest chorobą przewlekłą, a wcześniejsze przewidywania, że świadczone usługi trzeba będzie dostosować do potrzeb starzejącej się grupy użytkowników, zostały potwierdzone analizą przedstawioną w niniejszym raporcie. Zapewnienie odpowiednich usług ochrony zdrowia i społecznych dla tej grupy staje się zatem coraz większym wyzwaniem dla służb przeciwdziałania narkomanii. Reakcję dodatkowo komplikują problemy, jakich doświadcza ta grupa wiekowa w związku z długotrwałym stosowaniem innych substancji, w tym tytoniu i alkoholu. Zagadnieniem słabiej udokumentowanym, ale ujętym w nowej analizie załączonej do niniejszego raportu jest nadużywanie benzodiazepin przez użytkowników narkotyków z grupy wysokiego ryzyka. Nadużywanie benzodiazepin w połączeniu z opioidami wiąże się z podwyższonym ryzykiem przedawkowania. Skuteczne działania w celu zmniejszenia liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem pozostają głównym wyzwaniem dla europejskich polityk antynarkotykowych. Zmiany w tym zakresie obejmują wdrażanie ukierunkowanych strategii, organizację programów dystrybucji naloksonu oraz inicjatyw profilaktycznych skierowanych do grup wysokiego ryzyka. Niektóre kraje od lat stosują praktykę zapewnienia „nadzorowanych pomieszczeń do konsumpcji narkotyków” – dzięki temu możliwe jest nawiązanie kontaktu z użytkownikami narkotyków, do których trudno jest dotrzeć w inny sposób, oraz ograniczenia szkód związanych z narkotykami, w tym zgonów wskutek przedawkowania. Do niniejszego raportu załączono przegląd usług świadczonych w takich miejscach.

W ujęciu historycznym najważniejszym czynnikiem kształtującym politykę antynarkotykową oraz działania podejmowane w odniesieniu do heroiny, zwłaszcza przyjmowanej dożylnie, była konieczność ograniczenia ryzykownych zachowań związanych z zakażeniami wirusem HIV. Niedawne ogniska zakażeń i sytuacja w kilku krajach europejskich wskazują na potrzebę zachowania czujności oraz zapewnienia wystarczającej dostępności usług z zakresu redukcji szkód. Ogólnie w ujęciu

długoterminowym widać jednak wyraźną poprawę, co ilustruje potencjalny wpływ świadczenia odpowiednich usług. Ma to także znaczenie z punktu widzenia wysiłków zmierzających do przeciwdziałania nadal stosunkowo wysokim wskaźnikom zapalenia wątroby typu C wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie. W tym przypadku pojawiają się nowe i skuteczne metody leczenia, chociaż jego koszty są wysokie. EMCDDA zwraca jednak uwagę, że w niektórych krajach podejmowane są – przy wsparciu na poziomie europejskim – działania mające na celu poprawę sytuacji w zakresie przeciwdziałania zakażeniom zapaleniem wątroby typu C.

### Połączenie ryzykownych zachowań seksualnych z zażywaniem narkotyków: coraz większe powody do obaw

Zamieszczone w niniejszym raporcie analizy często koncentrują się na różnicach występujących między krajami. Ważne jest jednak, aby pamiętać, że pewne zachowania związane z zażywaniem narkotyków wynikają z czynników społeczno-kulturowych, które niekoniecznie różnią się w poszczególnych krajach. Przykłady potwierdzające tę tezę można wskazać w niektórych dużych miastach europejskich, gdzie coraz większy niepokój wzbudza przyjmowanie przez mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami substancji odurzających drogą iniekcji. Tzw. „slamming”, czyli dożylnie podawanie metamfetaminy, katynonów i innych substancji podczas „chemiczno-seksualnych” imprez, ma skutki zarówno z punktu widzenia zakażeń HIV, jak i zdrowia seksualnego, uwypuklając potrzebę wspólnej reakcji w tym obszarze. Zjawisko to jest sprzeczne z ogólną europejską tendencją w zakresie wstrzykiwania narkotyków, które staje się coraz rzadsze wśród większej części populacji, co wskazuje na ogólną potrzebę zwrócenia większej uwagi na związek między narkotykami a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi.

### Internet i aplikacje: wschodzące wirtualne rynki narkotykowe

Na skutek zmian zachodzących w innych obszarach zarówno podmioty odpowiedzialne za przeciwdziałanie narkomanii, jak i te zajmujące się zdrowiem seksualnym w coraz większym stopniu korzystają z Internetu oraz profesjonalne aplikacje jako narzędzia upowszechniania wiedzy i świadczenia usług profilaktycznych. Dostarczanie informacji na temat narkotyków, programy profilaktyczne oraz praca środowiskowa przenoszą się (w różnym stopniu) z przestrzeni fizycznej do środowiska wirtualnego. W ślad za tym wiele programów leczenia uzależnień jest obecnie prowadzonych w Internecie, co zwiększa ich

dostępność zarówno wśród nowych, jak i dotychczasowych grup docelowych.

Rośnie także świadomość potencjalnej roli Internetu w podaży i marketingu narkotyków. Zarówno nowe substancje psychoaktywne, jak i znane narkotyki są oferowane na ogólnodostępnych stronach internetowych oraz w tzw. głębokiej sieci, niestety zasięg tego zjawiska nie jest do końca poznany. Mając na uwadze, że w większości innych dziedzin handlu aktywność konsumentów przenosi się z rynku fizycznego na internetowy, wirtualne rynki narkotykowe mogą stać się ważnym obszarem, na którym należy w przyszłości skoncentrować działania monitorujące to zjawisko. Internet stanowić będzie także pełen wyzwań obszar dla polityki antynarkotykowych, gdyż zmiany, takie jak pojawianie się nowych rynków i kryptowalut, mogą zachodzić szybko. Obecne modele regulacyjne będą wymagać dostosowania, aby działały w wirtualnym i globalnym kontekście.

### Powszechność nowych substancji psychoaktywnych: potrzeba lepszego zrozumienia

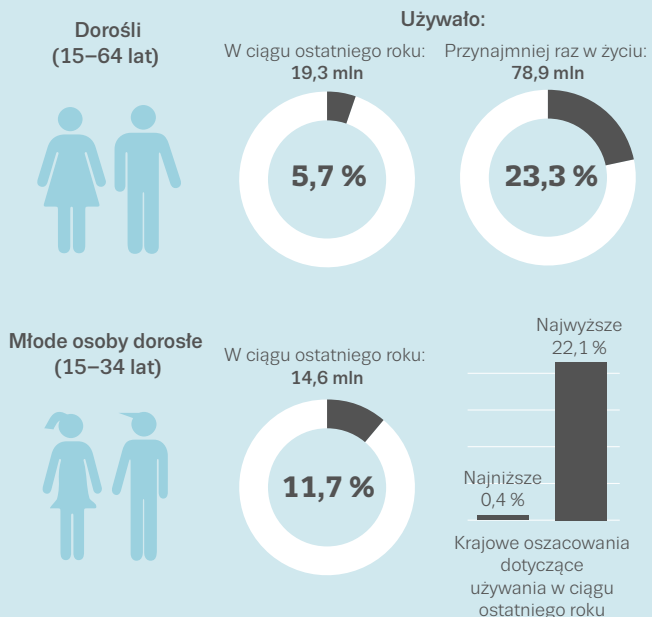
Internet stał się też ważnym czynnikiem rozwoju rynku nowych substancji psychoaktywnych – zarówno bezpośrednio (sklepy internetowe), jak i pośrednio, umożliwiając producentom łatwy dostęp do danych badawczych i farmaceutycznych oraz zapewniając potencjalnym konsumentom forum wymiany informacji. Zaniepokojenie opinii publicznej w tym także wśród decydentów spowodowane używaniem nowych substancji psychoaktywnych znacznie wzrosło w krótkim czasie. Nasz poziom wiedzy na temat skali ich użycia i związanych z tym szkód nie nadąży jednak za rozwojem sytuacji. Stan ten zaczyna się zmieniać, gdyż kolejne kraje podejmują działania mające na celu oszacowanie rozpowszechnienia używania tych substancji. Szacunki w tej dziedzinie stanowią wyzwanie ze względów metodologicznych; dotychczasowe krajowe oszacowania były trudne do porównania. Dostępne są jednak pewne porównywalne dane. Niedawny sondaż Eurobarometru na temat rozpowszechnienia narkotyków wśród młodzieży dostarczył danych ze wszystkich państw członkowskich UE. Pomimo swych ograniczeń metodologicznych sondaż ten przy użyciu standardowego kwestionariusza umożliwił pozyskanie porównywalnych i wiarygodnych danych w przedmiotowym zakresie. Wyniki badań sugerują, że użycie nowych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu pozostaje na niskim poziomie wśród młodzieży z większość państw UE.

Pojawiające się obecnie badania rzucają nowe światło na konkretne formy używania nowych substancji

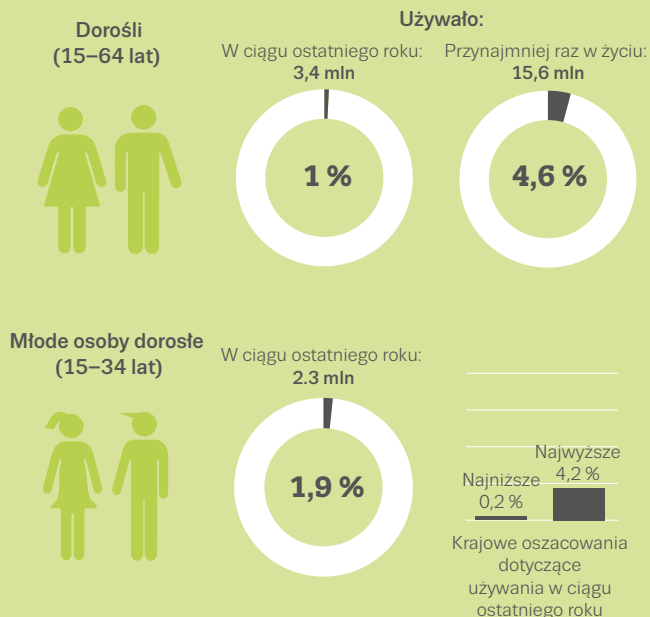


W SKRÓCIE – SZACUNKOWE DANE DOTYCZĄCE UŻYWANIA NARKOTYKÓW W UNII EUROPEJSKIEJ

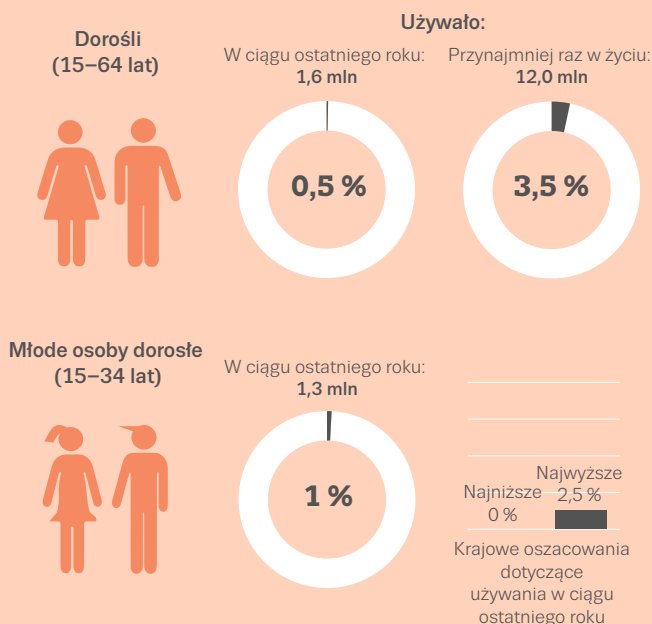
## Konopie indyjskie



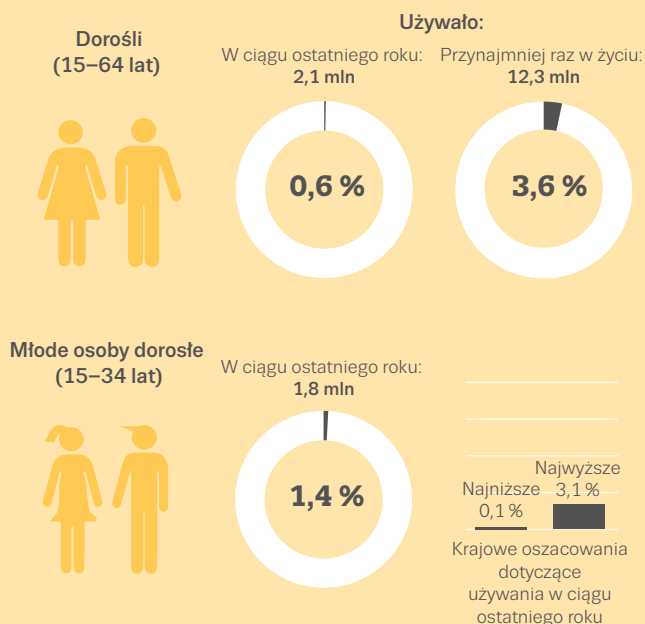
## Kokaina



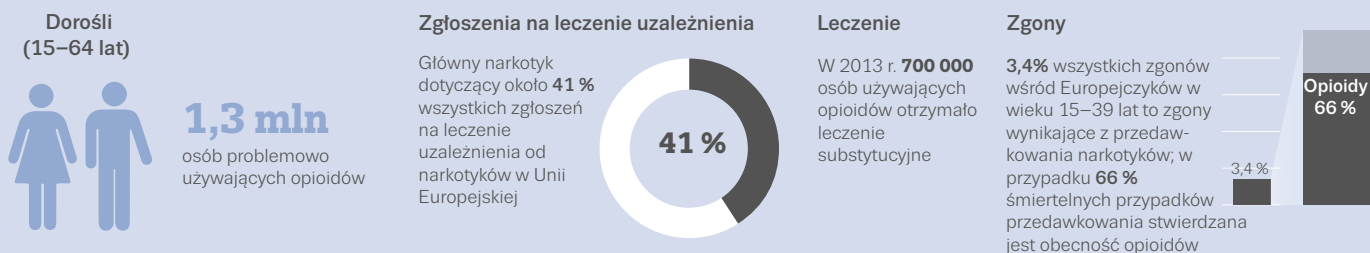
## Amfetaminy



## Ekstazy



## Opioidy



Uwaga: pełny zestaw danych i informacji dotyczących metodologii znajduje się w towarzyszącym niniejszemu raportowi internetowym Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym).

psychoaktywnych. Chociaż badań tych nie można uznać za reprezentatywne, pokazują one, że używanie nowych substancji psychoaktywnych występuje wśród grup tak różnorodnych, jak uczniowie, uczestnicy imprez, psychonauci, więźniowie i osoby przyjmujące narkotyki dożylnie. Coraz więcej wiemy o motywach używania tych środków. Są one także zróżnicowane i obejmują czynniki, takie jak status prawny, dostępność i koszt, a także chęć uniknięcia wykrycia oraz preferencje użytkowników dotyczące konkretnych właściwości farmakologicznych. Istnieją również dowody na to, że nowe substancje psychoaktywne funkcjonują jako substytuty rynkowe w okresach ograniczonej dostępności i niskiej jakości znanych narkotyków. Na przykład popularność mefedronu w niektórych krajach na początku obecnej dekady przypisuje się w części niskiej jakości nielegalnych substancji pobudzających, takich jak MDMA i kokainy. Interesujące będzie sprawdzenie, czy obserwowany właśnie wzrost siły działania i czystości znanych narkotyków wywrze wpływ na konsumpcję nowych substancji psychoaktywnych.

### Liczba nowych substancji psychoaktywnych identyfikowanych na rynku narkotyków stale rośnie

Chociaż skala używania tych substancji wydaje się ogólnie niewielka, tempo pojawiania się nowych narkotyków nie maleje. Z raportów przekazywanych do unijnego systemu wczesnego ostrzegania wynika, że zarówno różnorodność, jak i ilość nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim systematycznie wzrasta. W 2014 r. po raz pierwszy wykryto 101 nowych substancji psychoaktywnych; ciekawy jest przy tym fakt, że nowe narkotyki pojawiające się na rynku, głównie syntetyczne kannabinoidy, substancje pobudzające, halucynogeny i opioidy, naśladują znane już substancje. W niniejszym raporcie EMCDDA przedstawia także nowe dane na temat konfiskat tych substancji. W tym miejscu należy wyjaśnić ważną rzecz: metoda gromadzenia danych różni się od stosowanej w przypadku regularnego monitorowania konfiskat narkotyków, a te dwa zbiory danych nie mogą być bezpośrednio porównywane.

W 2014 r. po raz pierwszy przeprowadzono aż sześć ocen ryzyka, co przypomina o konieczności koncentracji na tych substancjach, które powodują szczególne szkody. W realizacji tego zadania pomogła lepsza dostępność informacji zarówno o nagłych przypadkach odnotowanych przez szpitale, jak i o toksykologii. Mimo usprawnienia systemu monitorowania poważnych szkód związanych z narkotykami, niewystarczające możliwości w tej dziedzinie nadal ograniczają naszą wiedzę w tym zakresie. Wiedza na temat wpływu nowych substancji

psychoaktywnych na stan zdrowia publicznego uwzględniająca także nowe wzorce ich używania, wymaga dalszego poszerzania i zdobywania nowych informacji.

Reakcje w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym na wyzwania stwarzane przez nowe narkotyki syntetyczne są fragmentaryczne i kształtują się powoli, należy jednak podkreślić, że proces ten nabiera rozpędu. Działania mające na celu przeciwdziałanie rozpowszechnianiu się nowych substancji psychoaktywnych obejmują szeroką gamę działań odpowiadających wszelkim możliwym reakcjom na znane nielegalne substancje – od działań edukacyjnych i szkoleniowych po inicjowane przez użytkowników interwencje w zakresie ochrony konsumentów w Internecie oraz programy wymiany igieł i strzykawek w placówkach niskoprogramowych.



# 1

**Europa jest ważnym rynkiem dla narkotyków, na który trafia zarówno produkcja miejscowa, jak i środki przemywane z innych regionów**

# Podaż narkotyków i rynek

W kontekście globalnym Europa jest ważnym rynkiem dla narkotyków, na który trafia zarówno produkcja miejscowa, jak i środki przemywane z innych regionów. Ameryka Łacińska, Azja Zachodnia i Ameryka Północna to ważne miejsca pochodzenia narkotyków przywożonych do Europy, a niektóre narkotyki i prekursory są przemywane przez Europę na inne kontynenty. Europa to również region, w którym wytwarza się konopie indyjskie i narkotyki syntetyczne; konopie są produkowane głównie do konsumpcji lokalnej, natomiast część wytworzonych narkotyków syntetycznych jest wywożona do innych regionów świata.

## Monitorowanie rynków narkotyków, podaży i przepisów

Analiza przedstawiona w tym rozdziale opiera się na przesyłanych w raportach danych dotyczących konfiskat narkotyków, zlikwidowanych miejsc ich produkcji, przestępstw narkotykowych, cen detalicznych narkotyków, ich czystości i siły działania. W niektórych obszarach analizę trendów utrudnia brak danych o konfiskatach z części krajów. Pełne zbiory danych oraz uwagi metodologiczne można znaleźć w internetowym Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym). Należy mieć na uwadze, że trendy mogą być warunkowane wieloma czynnikami, do których zalicza się poziom aktywności w egzekwowaniu prawa oraz skuteczność działań przechwytyjących.

Przedstawiono tutaj także dane dotyczące konfiskat nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania UE przez krajowych partnerów EMCDDA i Europol. Ponieważ informacje te pochodzą z raportów dotyczących poszczególnych spraw, nie zaś z systemów rutynowego monitorowania, oszacowania liczby konfiskat stanowią ich minimum. Na dane mają wpływ takie czynniki, jak rosnąca świadomość dostępności tych substancji, ich zmieniający się status prawny oraz praktyki sprawozdawcze organów ścigania. Z pełnym opisem systemu wczesnego ostrzegania można zapoznać się na stronie internetowej EMCDDA w dziale Action on new drugs (działania w obszarze nowych narkotyków).

## WYKRES 1.1

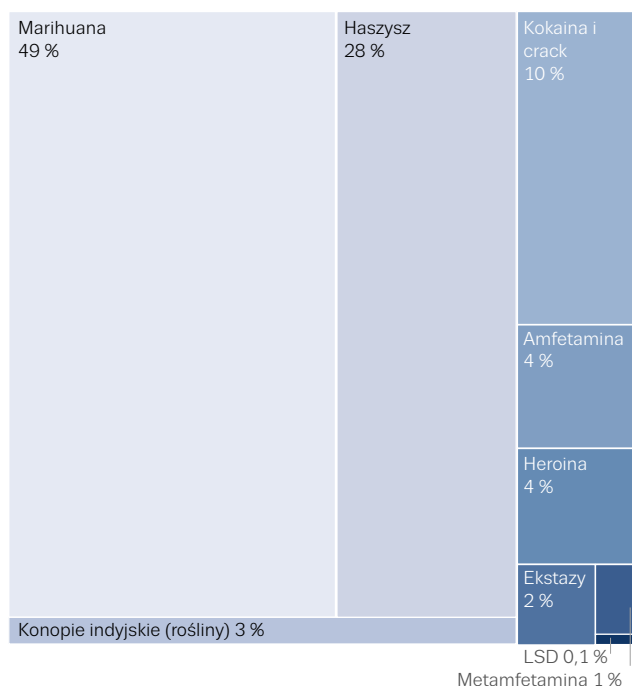
Wyczerpujące dane o europejskich przepisach dotyczących narkotyków są dostępne w internetowej European Legal Database on Drugs (europejskiej bazie danych prawnych na temat narkotyków). Egzekwowanie tych przepisów jest monitorowane za pośrednictwem raportów o przestępczości narkotykowej.

W wielu krajach europejskich od lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku funkcjonują pokaźne rynki konopi indyjskich, heroiny i amfetamin. Z biegiem czasu pozycję rynkową zdobyły także inne substancje, w tym MDMA w latach dziewięćdziesiątych XX wieku i kokaina w pierwszej dekadzie XXI wieku. Rynek nadal się rozwija, a w ostatniej dekadzie byliśmy świadkami pojawienia się wielu nowych substancji psychoaktywnych. Charakter rynku nielegalnych substancji także uległ zmianie w wyniku globalizacji, rozwoju techniki i Internetu. Innowacje w zakresie produkcji narkotyków oraz metod przemytu, jak też powstawanie nowych szlaków przemytu stwarzają dodatkowe wyzwania.

Działania mające na celu zapobieganie podaży narkotyków angażują wiele agencji rządowych i organów ścigania, a często wiążą się też ze współpracą międzynarodową. Stanowiska zajmowane przez poszczególne państwa znajdują też odzwierciedlenie w krajowych przepisach dotyczących narkotyków. Dane dotyczące aresztowań i konfiskat są najlepiej udokumentowanymi wskaźnikami działań mających na celu zakłócenie podaży narkotyków.

**Konopie indyjskie są najczęściej konfiskowanym narkotykiem (około 8 na 10 przypadków w Europie)**

Odsetek zgłoszonych konfiskat podstawowych narkotyków, 2013 r.



### Konfiskaty narkotyków w Europie: dominują konopie indyjskie

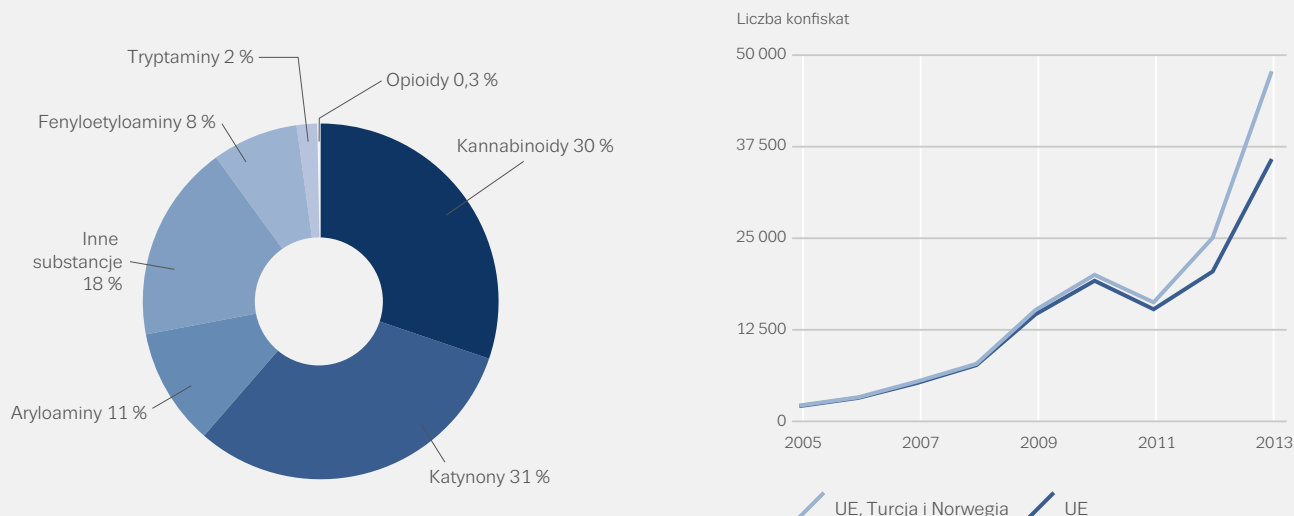
Co roku w Europie odnotowuje się około miliona konfiskat narkotyków. W większości są to niewielkie ilości konfiskowane użytkownikom, ale wielokilogramowe dostawy przechwycone od przemytników i producentów stanowią znaczną część ogólnego wolumenu skonfiskowanych substancji.

Konopie indyjskie są najczęściej konfiskowanym narkotykiem (około 8 na 10 przypadków w Europie) (Wykres 1.1), co odzwierciedla ich stosunkowo powszechne używanie. Drugie miejsce zajmuje kokaina, a liczba konfiskat tego narkotyku stanowi ponad dwukrotność konfiskat zgłoszonych w przypadku amfetamin lub heroiny. Liczba konfiskat ekstazy jest stosunkowo niska.

W 2013 r. dwie trzecie wszystkich konfiskat w Unii Europejskiej zostało zgłoszone przez zaledwie dwa kraje – Hiszpanię i Wielką Brytanię, chociaż pokaźne liczby zgłaszały także Belgia, Niemcy, Włochy i cztery kraje skandynawskie. Należy również zauważyć, że najnowsze dane dotyczące liczby konfiskat nie są dostępne dla Francji i Holandii, czyli krajów, które zgłaszały dużą ich liczbę w przeszłości – oraz dla Polski. Brak tych danych przyczynia się do ograniczeń opisanej tu analizy. Ponadto ważnym krajem konfiskat jest Turcja, gdzie część

## WYKRES 1.2

Liczba konfiskat nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania UE: podział na główne kategorie konfiskowanych substancji w 2013 r. (po lewej) oraz tendencje (po prawej)



przejmowanych narkotyków jest przeznaczona do konsumpcji w innych krajach, zarówno w Europie, jak i na Bliskim Wschodzie.

Przedstawiono tutaj także dane dotyczące rosnącej liczby konfiskat nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania UE. W 2013 r. zgłoszono około 35 000 konfiskat, głównie syntetycznych kannabinoidów i katynonów (Wykres 1.2). Liczbę tę należy jednak traktować jako oszacowanie minimalne ze względu na brak rutynowych raportów w tym zakresie. Należy też zauważyć, że dane te nie są bezpośrednio porównywalne ze statystykami dotyczącymi bardziej znanych narkotyków, takich jak konopie indyjskie.

### Produkty z konopi: zróżnicowany rynek

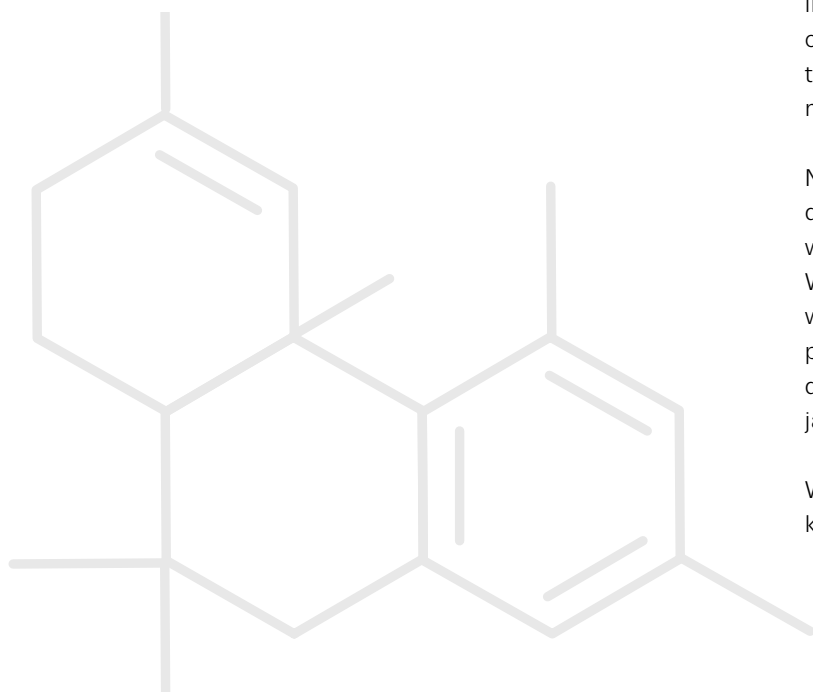
Na europejskich rynkach narkotyków występują powszechnie dwa główne produkty otrzymywane z konopi indyjskich: marihuana i haszysz. Marihuana konsumowana w Europie pochodzi z produkcji krajowej lub jest przemycana z krajów sąsiednich. Haszysz jest w większości transportowany drogą morską lub lotniczą z Maroka.

Liczba konfiskat marihuany przekroczyła w 2009 r. liczbę konfiskat haszyszu, a różnica między nimi stale się powiększa (Wykres 1.3). Decyduje o tym prawdopodobnie w dużej mierze coraz większa dostępność marihuany wytwarzanej w wielu krajach w ramach produkcji krajowej, co przekłada się na rosnącą liczbę konfiskat roślin konopi.

Mimo to ilości haszyszu konfiskowanego w Unii Europejskiej są nadal znacznie większe od zgłaszanych ilości marihuany (460 ton w stosunku do 130 ton). Po części wynika to z faktu, że haszysz jest częściej transportowany w dużych ilościach na duże odległości między państwami, dlatego łatwiej jest go przechwycić.

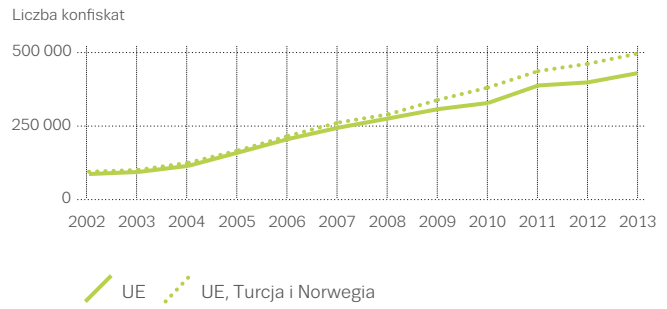
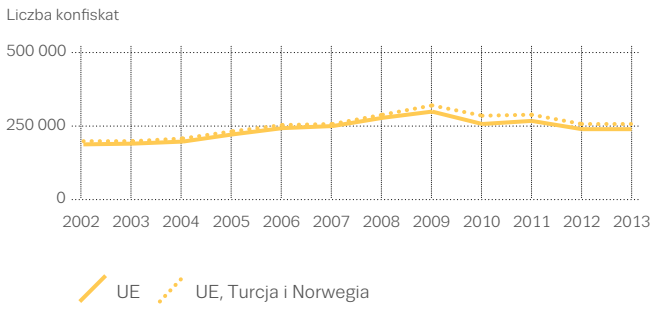
Niedawne pojawienie się syntetycznych kannabinoidów dodało nowy wymiar rynkowi konopi. W ostatnich latach wykryto ponad 130 różnych syntetycznych kannabinoidów. Większość z tych substancji jest prawdopodobnie wytwarzana w Chinach. Po przewiezieniu w postaci proszku do Europy chemikalia te są zazwyczaj dodawane do materiału roślinnego i konfekcjonowane do sprzedaży jako „dopalacze”.

W 2013 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 671 000 konfiskat konopi indyjskich (431 000 marihuany i 240 000

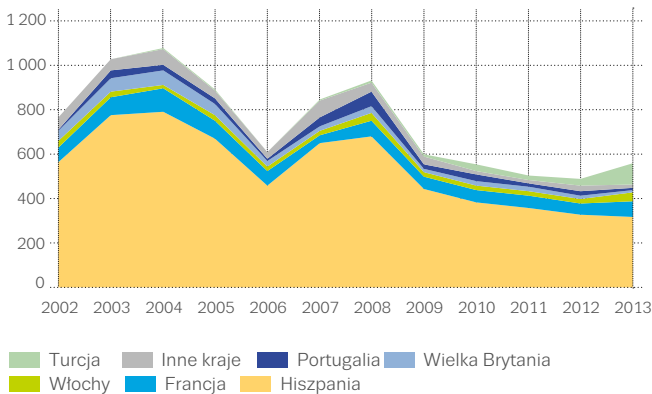


## WYKRES 1.3

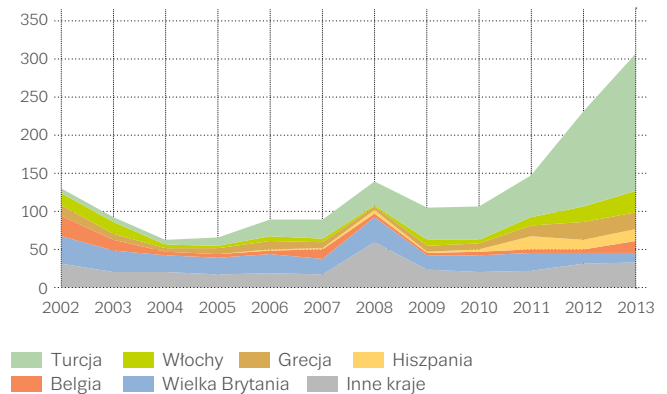
## Tendencja liczby konfiskat konopi indyjskich oraz skonfiskowanych ilości: haszysz (po lewej) i marihuana (po prawej)



## Haszysz (tony)



## Marihuana (tony)



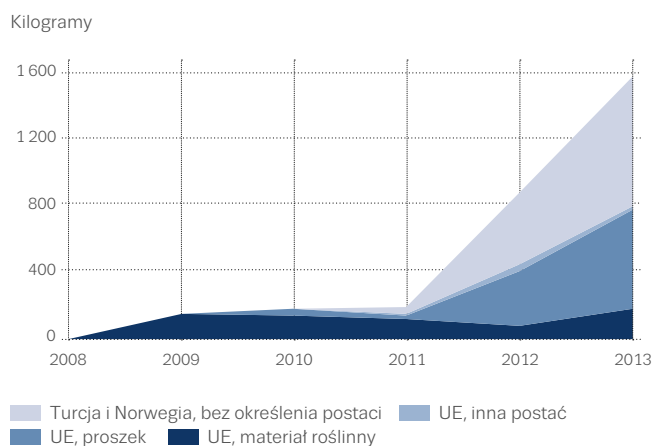
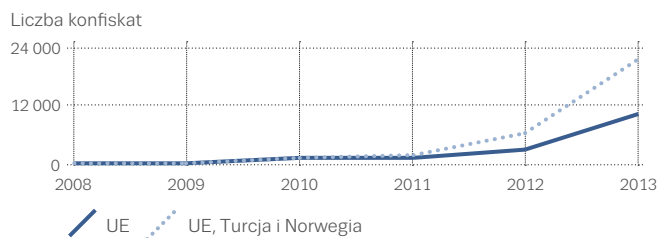
haszyszu). Doszło też do 30 000 konfiskat roślin konopi indyjskich. Ponadto kraje UE zgłosiły do systemu wczesnego ostrzegania w 2013 r. ponad 10 000 konfiskat syntetycznych kannabinoidów, co stanowi wyraźny wzrost w stosunku do poziomu odnotowanego w 2011 r.; kolejne 11 000 konfiskat odnotowano w Turcji (zob. Wykres 1.4).

Analiza ilości skonfiskowanych konopi wskazuje, że tylko niewielka liczba krajów okazuje się istotnie ważna pod względem położenia na głównych szlakach przemytu. Hiszpania jest na przykład głównym punktem przerzutowym konopi produkowanych w Maroku i zgłosiła ponad dwie trzecie ogólnej ilości haszyszu skonfiskowanego w Europie w 2013 r. (Wykres 1.5). Jeżeli chodzi o marihuane, Grecja, Hiszpania i Włochy zgłosiły ostatnio duży wzrost skonfiskowanych ilości. W ostatnich latach Turcja przechwytywała więcej marihuany niż jakiegokolwiek inne państwo europejskie, a ilości zgłoszone w 2013 r. (180 ton) przekraczały wartości dla wszystkich państw członkowskich UE łącznie.

Konfiskaty roślin konopi indyjskich można traktować jako wskaźnik produkcji tego narkotyku w danym kraju. W związku z problemami metodologicznymi dane na temat konfiskat roślin konopi indyjskich należy traktować z ostrożnością, jednak liczba skonfiskowanych roślin wzrosła z 1,5 mln w 2002 r. do 3,7 mln w 2013 r.

## WYKRES 1.4

## Konfiskaty syntetycznych kannabinoidów zgłoszone do systemu wczesnego ostrzegania UE: liczba konfiskat i skonfiskowana ilość, 2013 r.





Analiza zindeksowanych trendów na poziomie europejskim konsekwentnie wskazuje na wzrost zawartości tetrahydrokannabinolu (THC) w marihuanie i haszyszu w latach 2006–2013. To zwiększenie stężenia THC może wynikać z wprowadzenia intensywnych technik produkcyjnych w Europie, a także z niedawnego wdrożenia upraw mocnych odmian w Maroku.

Zindeksowane trendy dotyczące przestępstw narkotykowych związanych z konopiami w Unii Europejskiej również wskazują na wyraźny wzrost w latach 2006–2013.

## KONOPIE INDYJSKIE

### Haszysz

#### Konfiskaty

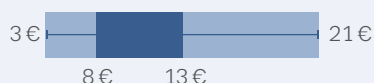
240 000 konfiskat 257 000 konfiskat (UE+2)



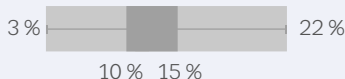
460 ton skonfiskowanych  
560 ton skonfiskowanych (UE+2)



#### Cena (EUR/g)



#### Siła działania (% THC)



#### Zindeksowane tendencje: cena i siła działania



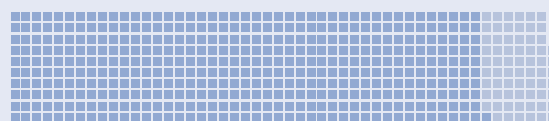
### Konopie indyjskie (rośliny)

30 000 konfiskat 3,7 miliona roślin skonfiskowanych

### Marihuana

#### Konfiskaty

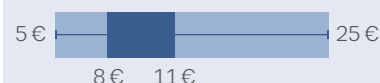
431 000 konfiskat 497 000 konfiskat (UE+2)



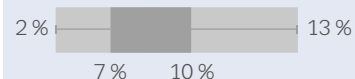
130 ton skonfiskowanych  
310 ton skonfiskowanych (UE+2)



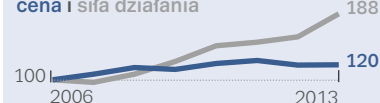
#### Cena (EUR/g)



#### Siła działania (% THC)



#### Zindeksowane tendencje: cena i siła działania



## Przestępstwa narkotykowe

782 000

zgłoszonych przestępstw  
związanych z  
używaniem/posiadaniem  
konopi indyjskich

116 000

zgłoszonych przestępstw  
związanych z wprowadzaniem  
do obrotu konopi  
indyjskich

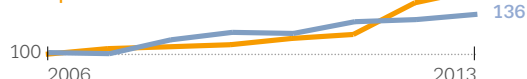
78 %

zgłoszonych  
przestępstw  
związanych z  
używaniem/  
posiadaniem

57 %

zgłoszonych  
przestępstw  
związanych z  
wprowadzaniem  
do obrotu

Zindeksowane tendencje:  
przestępstwa związane z **używaniem/posiadaniem**  
i **wprowadzaniem do obrotu**

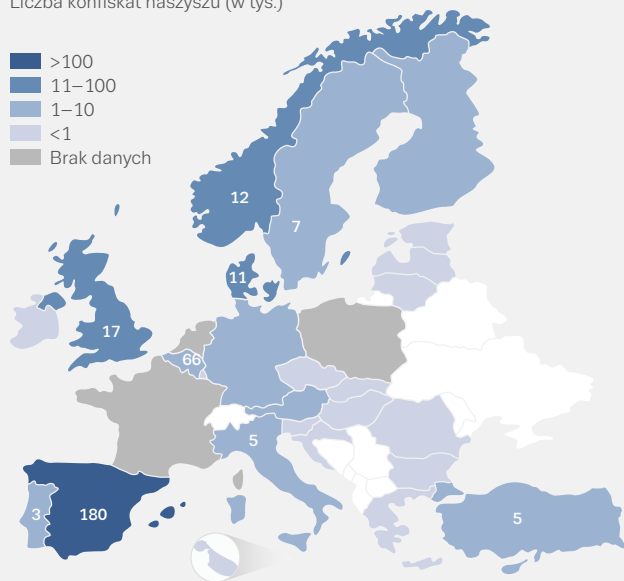
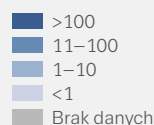


UE+2 odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Zindeksowane tendencje w przypadku przestępstw odnoszą się do spraw dotyczących wszelkich produktów z konopi indyjskich. Cena i siła działania produktów z konopi indyjskich: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.

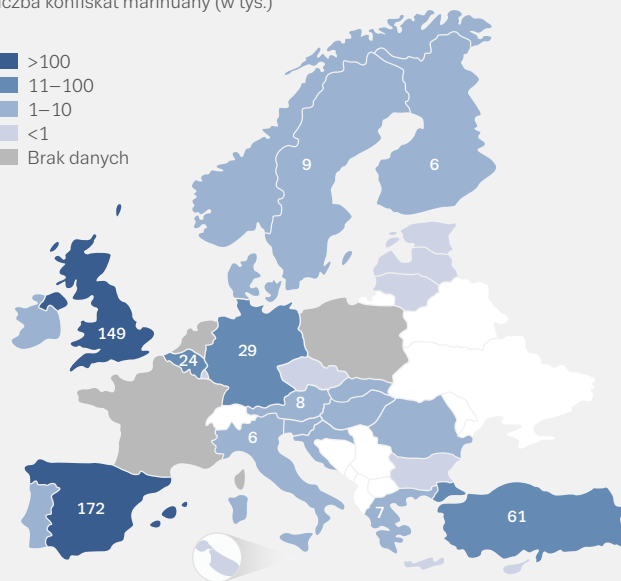
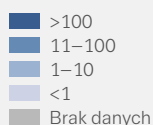
## WYKRES 1.5

## Konfiskaty haszyszu i marihuany, 2013 r.

Liczba konfiskat haszyszu (w tys.)

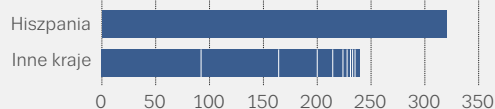


Liczba konfiskat marihuany (w tys.)

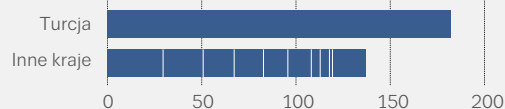


Uwaga: Liczba konfiskat (w tysiącach) w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

Ilość skonfiskowanego haszyszu (w tonach)



Ilość skonfiskowanej marihuany (w tonach)



## | Opioidy: zmieniający się rynek?

Heroina jest najpowszechniejszym opioidem na europejskim rynku narkotyków. W Europie od dawna dostępne są dwie postacie importowanej heroiny, bardziej powszechna heroina brązowa (w jej podstawowej postaci chemicznej), pochodząca głównie z Afganistanu, oraz zdecydowanie mniej powszechna biała heroina (w postaci soli), która zazwyczaj pochodziła z południowo-wschodniej Azji, ale obecnie może też być wytwarzana w Afganistanie lub w sąsiednich krajach. Wśród pozostałych opioidów skonfiskowanych przez organy ścigania w krajach europejskich w 2013 r. znalazło się opium oraz produkty lecznicze, takie jak morfina, metadon, buprenorfina, fentanyl i tramadol. Niektóre leki opioidowe mogły pochodzić z dostaw farmaceutycznych, natomiast pozostałe wyprodukowano specjalnie na cele nielegalnego rynku. Niepokojący jest fakt, że od 2005 r. do unijnego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono 14 nowych syntetycznych opioidów, wśród których znalazły się bardzo silnie działające i niepodlegające kontroli fentanyl.

Afganistan pozostaje największym na świecie nielegalnym producentem opium i przypuszczalnie większość heroiny na rynku europejskim jest wytwarzana właśnie tam bądź w sąsiednim Iranie lub Pakistanie. Istnieją oznaki świadczące o tym, że końcowe etapy produkcji heroiny mogą obecnie

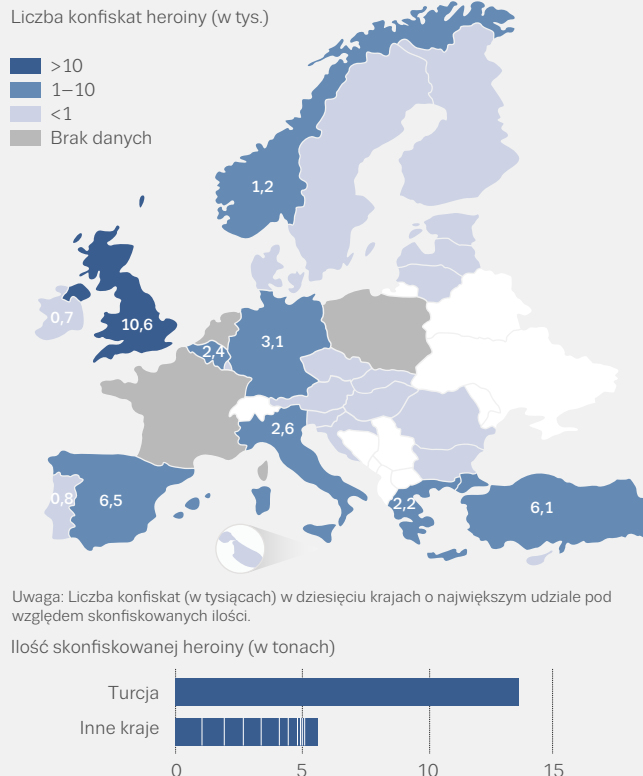
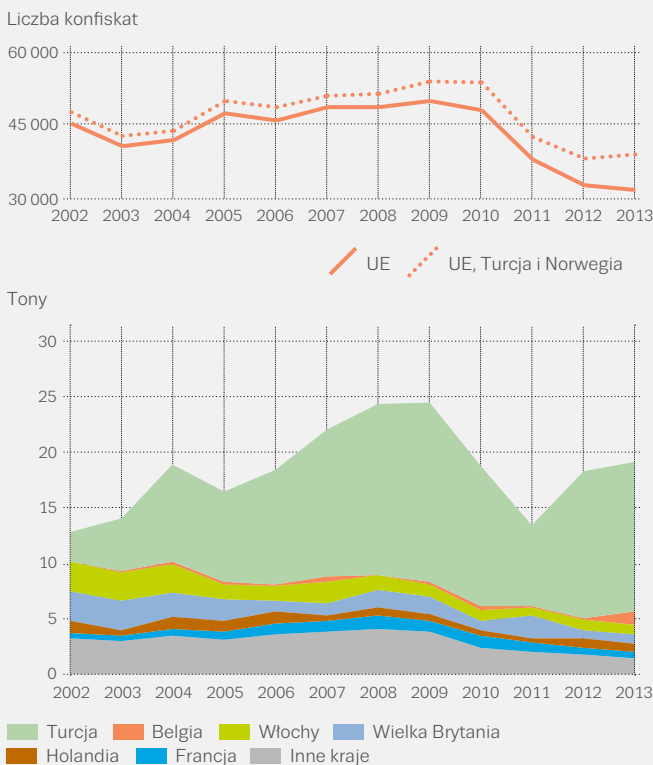
odbywać się w Europie, na co wskazuje odkrycie dwóch laboratoriów przekształcających morfinę w heroinę w Hiszpanii w latach 2013–2014. Dawniej doniesienia o nielegalnych narkotykach opioidowych pochodzących z Europy ograniczały się do chałupniczej produkcji substancji z maku w niektórych częściach Europy Wschodniej.

Heroina trafia do Europy czterema szlakami przemytu. Najważniejszymi z nich są „szlak bałkański” i „szlak południowy”. Pierwszy biegnie przez Turcję do krajów bałkańskich (Bułgarii, Rumunii lub Albanii) i dalej do Europy Środkowej, Południowej oraz Zachodniej. Dostawy heroiny z Iranu i Pakistanu docierają też do Europy drogą lotniczą lub morską, bezpośrednio lub na zasadzie tranzytu przez kraje Afryki Zachodniej, Południowej i Wschodniej. Wydaje się, że trasa południowa zyskała na znaczeniu w ostatnich latach.

Po prawie dziesięciu latach względnej stabilności od 2010 r. w Europie odnotowano znaczny spadek liczby konfiskat heroiny. Zarówno liczba konfiskat heroiny (32 000), jak i ilości skonfiskowane w 2013 r. (5,6 tony) są jednymi z najniższych poziomów zgłoszonych w ostatnim dziesięcioleciu. Spadek konfiskat w Unii Europejskiej zbiegł się z ich wzrostem w Turcji (13,5 tony w 2013 r.), gdzie każdego roku od 2006 r. skonfiskowano więcej heroiny niż we wszystkich krajach UE łącznie (Wykres 1.6).

WYKRES 1.6

Liczba konfiskat heroiny i skonfiskowane ilości: tendencje (po lewej) i w 2013 r. (po prawej)



Oprócz niedawnego spadku liczby konfiskat heroiny trendy wskazują także na spadek cen i przestępstw związanych z jej wprowadzaniem do obrotu (zob. Infografikę dotyczącą heroiny). Na rynkach wielu krajów pojawiły się w sezonie 2010/11 niedobory heroiny, które w większości utrzymują się do dziś. Niemniej wśród krajów, które regularnie

przekazują dane, zindeksowane trendy świadczą o tym, że czystość heroiny w Europie wzrosła w 2013 r., a niektóre kraje wyraziły zaniepokojenie możliwym wzrostem jej dostępności. W Turcji liczba konfiskat wzrosła w 2013 r. podobnie jak ilość skonfiskowanego narkotyku w porównaniu do poziomu z roku 2012, a ONZ donosi też o

HEROINA

Konfiskaty

32 000 konfiskat

39 000 konfiskat (UE+2)

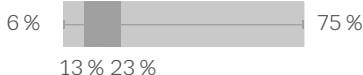
5,6 tony skonfiskowane

19,1 tony skonfiskowane (UE+2)

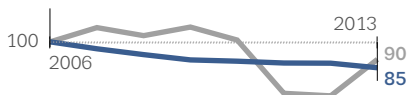
Cena (EUR/g)



Czystość (%)



Zindeksowane tendencje: cena i siła działania



Przestępstwa narkotykowe

37 800

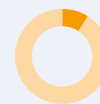
zgłoszonych przestępstw związanych z użytkowaniem/posiadaniem heroiny

17 000

zgłoszonych przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu heroiny



zgłoszonych przestępstw związanych z użytkowaniem/posiadaniem



zgłoszonych przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu

Zindeksowane tendencje: przestępstwa związane z użytkowaniem/posiadaniem i wprowadzaniem do obrotu



UE+2 odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość „brązowej heroiny”: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.

znacznym wzroście produkcji opium w Afganistanie. Reasumując, pewne sygnały sugerują możliwy wzrost dostępności tego narkotyku.

### Kokaina: stabilna liczba konfiskat i wzrost czystości

W Europie kokaina dostępna jest w dwóch postaciach, z których powszechniejszą jest kokaina w proszku (sól chlorowodorkowa, HCl). Rzadziej dostępny jest crack, czyli narkotyk w postaci nadającej się do palenia wolnej zasady. Kokainę wytwarza się z liści krzewu kokainowego. Narkotyk ten jest produkowany niemal wyłącznie w Boliwii, Kolumbii i Peru. Do Europy dociera drogą lotniczą lub szlakami morskimi. Dostępne dane wskazują, że przemyt kokainy do Europy następuje przede wszystkim przez kraje zachodnie i południowe, przy czym Hiszpania, Belgia, Holandia, Francja i Włochy odpowiadają łącznie za 86% z 62,6 ton skonfiskowanych w roku 2013 (Wykres 1.7).

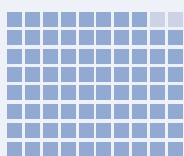
W 2013 r. w Unii Europejskiej zgłoszono około 78 000 konfiskat kokainy, w ramach których przejęto 63 tony tego narkotyku. Sytuacja jest względnie stabilna od 2010 r., choć zarówno liczba konfiskat, jak i przechwycone ilości kształtują się na poziomie znacznie niższym od szczytowych wartości osiągniętych w 2006 i 2008 r. (Wykres 1.7). Choć Hiszpania pozostaje krajem konfiskującym najwięcej kokainy w Europie, widać oznaki

trwającej dywersyfikacji szlaków przemytu wiodących do Europy – konfiskaty tego narkotyku odnotowano niedawno w portach na wschodnim wybrzeżu Morza Śródziemnego, nad Bałtykiem i Morzem Czarnym. Ogólnie rzecz biorąc, zindeksowane trendy wskazują, że czystość kokainy wzrosła w ostatnich latach, natomiast jej cena pozostawała stosunkowo stabilna. Trendy dotyczące przestępstw związanych z kokainą wykazują wzrost od 2006 r.

## KOKAINA

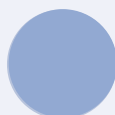
### Konfiskaty

**78 000**  
konfiskat



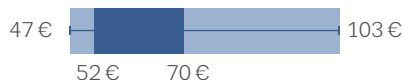
**80 000**  
konfiskat (UE+2)

**62,6**  
tony skonfiskowane

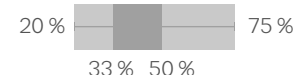


**63,2**  
tony skonfiskowane (UE+2)

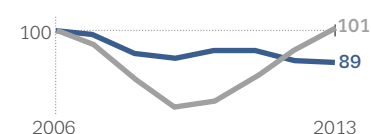
### Cena (EUR/g)



### Czystość (%)



Zindeksowane tendencje:  
cena i czystość



### Przestępstwa narkotykowe

**72 300** **29 900**

zgłoszonych przestępstw  
związanych z  
używaniem/posiadaniem  
kokainy

zgłoszonych przestępstw  
związanych z  
wprowadzaniem do obrotu  
kokainy



**7 %**

zgłoszonych przestępstw  
związanych z  
używaniem/posiadaniem



**15 %**

zgłoszonych przestępstw  
związanych z  
wprowadzaniem do obrotu

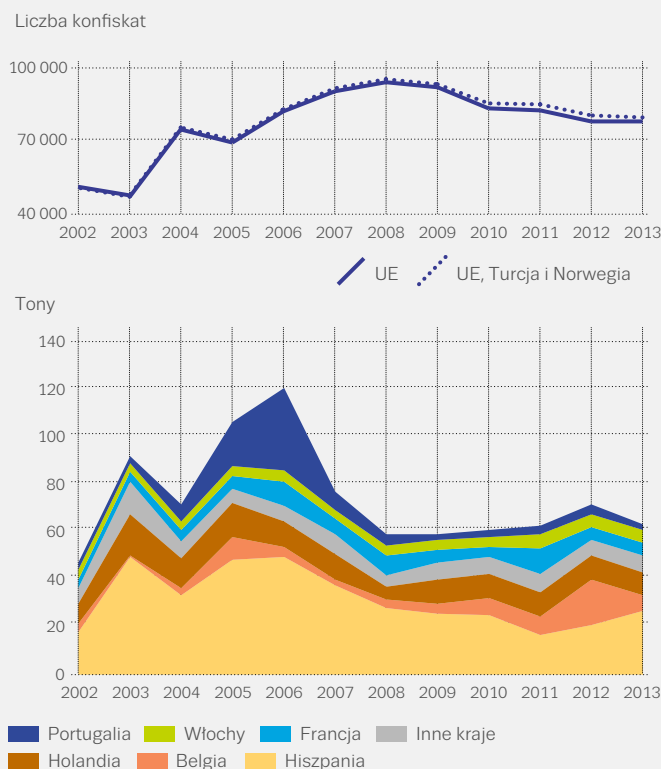
Zindeksowane tendencje:  
przestępstwa związane z **używaniem/posiadaniem**  
i **wprowadzaniem do obrotu**



UE+2 odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość kokainy: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.

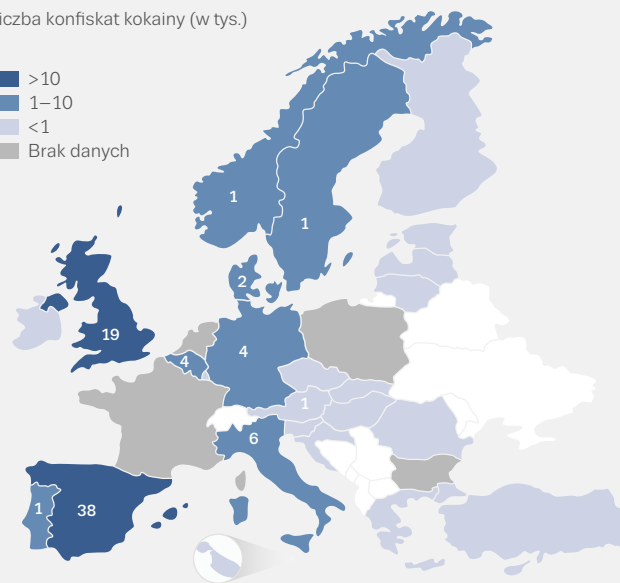
## WYKRES 1.7

Liczba konfiskat kokainy i skonfiskowane ilości: tendencje (po lewej) i w 2013 r. lub ostatnim dostępnym roku (po prawej)



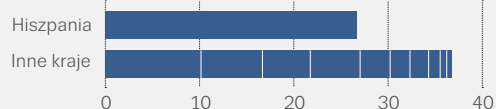
Liczba konfiskat kokainy (w tys.)

■ >10  
 ■ 1–10  
 ■ <1  
 ■ Brak danych



Uwaga: Liczba konfiskat (w tysiącach) w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

Ilość skonfiskowanej kokainy (w tonach)



### Amfetaminy: wzrost konfiskat amfetaminy i metamfetaminy

Amfetamina i metamfetamina to blisko spokrewnione syntetyczne środki pobudzające, ogólnie nazywane amfetaminami. W pewnych zbiorach danych trudno je rozróżnić. Z tych dwóch substancji amfetamina zawsze cieszyła się w Europie większą popularnością. W ostatnich latach dostrzega się jednak oznaki coraz większej dostępności metamfetaminy na rynku.

Oba narkotyki wytwarza się w Europie na użytek krajowy, chociaż pewne ilości amfetaminy i metamfetaminy produkuje się również na eksport, głównie odpowiednio na Bliski i Daleki Wschód. Europa jest także centrum przemytu metamfetaminy z Afryki i Iranu na Daleki Wschód. Dostępne dane wskazują, że amfetaminę produkuje się głównie w Belgii, Holandii, Polsce i krajach bałtyckich oraz w mniejszym stopniu w Niemczech, natomiast produkcja metamfetaminy koncentruje się w krajach bałtyckich i Europie Środkowej.

Proces wytwarzania metamfetaminy w Europie wydaje się zmieniać, na co częściowo wpływa dostępność prekursorów. Produkcja metamfetaminy przy użyciu BMK (benzylometyloketonu) jako głównego prekursora koncentruje się na Litwie; narkotyk ten jest eksportowany głównie do krajów Europy Północnej, gdzie nie pozostaje to bez wpływu na rynek amfetaminy. Świadczy o tym stosunkowo duża liczba konfiskat zgłoszonych w Norwegii. Produkcja oparta na efedrynie i pseudoefedrynie koncentruje się w Republice Czeskiej, choć prowadzona jest też na Słowacji, a obecnie także w Niemczech. Dawniej w Republice Czeskiej metamfetamina była głównie produkowana w niewielkich laboratoriach na użytek własny lub lokalny. Znajduje to odzwierciedlenie w znacznej liczbie miejsc produkcji wykrytych w tym kraju (zlikwidowano ich tam w 2013 r. 261 z łącznej liczby 294 w Europie). Ostatnio pojawiły się jednak oznaki produkcji na większą skalę, z doniesieniami o wietnamskich zorganizowanych grupach przestępczych wytwarzających duże ilości tego narkotyku zarówno na rynek krajowy, jak i do celów wywozu za granicę.

W 2013 r. państwa członkowskie UE zgłosiły 34 000 konfiskat amfetaminy, w ramach których przejęto 6,7 tony tego narkotyku. Ponad połowa całkowitej ilości przechwyconej amfetaminy pochodziła z Niemiec, Holandii i Wielkiej Brytanii. Po okresie względnej stabilizacji w 2013 r. nastąpił wzrost ilości skonfiskowanej amfetaminy (Wykres 1.8). Liczba konfiskat metamfetaminy jest znacznie mniejsza i stanowi około jednej szóstej ogółu; w 2013 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 7000 konfiskat metamfetaminy, w ramach których przejęto 0,5 tony tego narkotyku (Wykres 1.9). Zarówno liczba konfiskat, jak i ilość skonfiskowanej metamfetaminy rośnie od 2002 r.

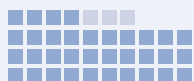
Średnia zgłaszana czystość próbek metamfetaminy jest zwykle wyższa niż w przypadku amfetaminy. Choć zindeksowane trendy w regularnie raportujących krajach sugerują, że według najnowszych danych czystość amfetaminy wzrosła, średnia czystość tego narkotyku pozostaje stosunkowo niska.

## AMFETAMINY

### Amfetamina

#### Konfiskaty

**34 000** konfiskat  
**37 000** konfiskat (UE+2)



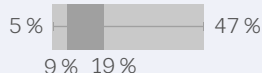
**6,7** tony skonfiskowane  
**8,2** tony skonfiskowane (UE+2)



#### Cena (EUR/g)



#### Czystość (%)



#### Zindeksowane tendencje: cena i czystość



### Metamfetamina

#### Konfiskaty

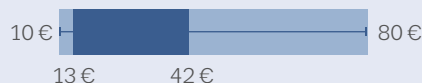
**7 000** konfiskat  
**11 300** konfiskat (UE+2)



**0,5** tony skonfiskowane  
**0,8** tony skonfiskowane (UE+2)



#### Cena (EUR/g)



#### Czystość (%)



### Przestępstwa narkotykowe

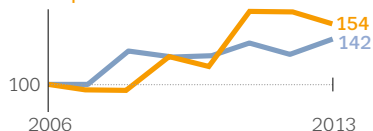
**55 000** zgłoszonych przestępstw związanych z użytkowaniem/posiadaniem amfetaminy

**1 900** zgłoszonych przestępstw związanych z użytkowaniem/posiadaniem metamfetaminy

**5 %** zgłoszonych przestępstw związanych z użytkowaniem/posiadaniem

**<1 %** zgłoszonych przestępstw związanych z użytkowaniem/posiadaniem

Zindeksowane tendencje: przestępstwa związane z użytkowaniem/posiadaniem i wprowadzaniem do obrotu



**16 000** zgłoszonych przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu amfetaminy

**2 700** zgłoszonych przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu metamfetaminy

**8 %** zgłoszonych przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu

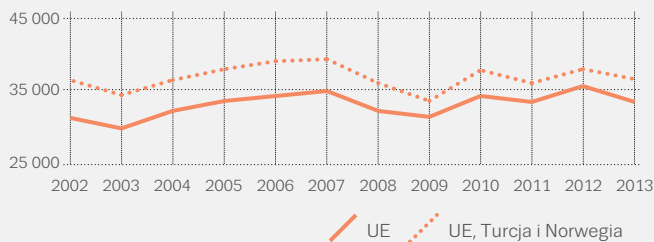
**1 %** zgłoszonych przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu

UE+2 odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość amfetamin: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika. W przypadku metamfetaminy zindeksowane tendencje nie są dostępne.

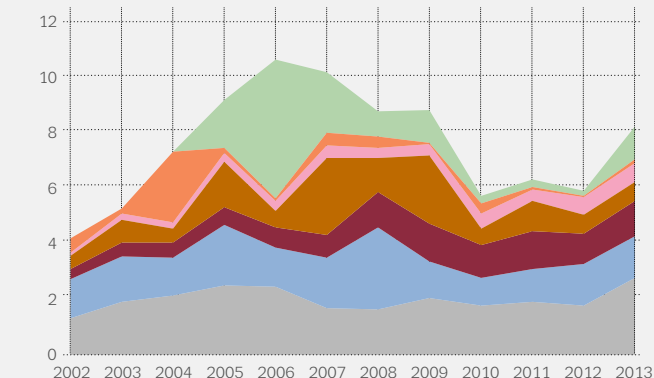
WYKRES 1.8

Liczba konfiskat amfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje (po lewej) i w 2013 r. lub ostatnim dostępnym roku (po prawej)

Liczba konfiskat



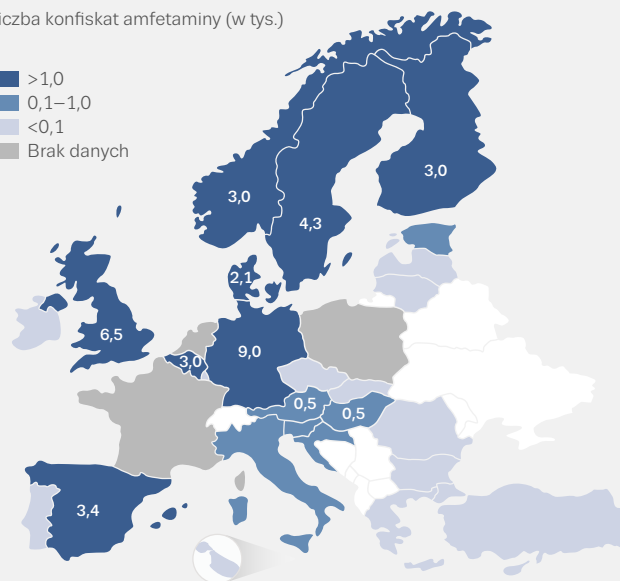
Tony



Turcja Belgia Polska Holandia  
Niemcy Wielka Brytania Inne kraje

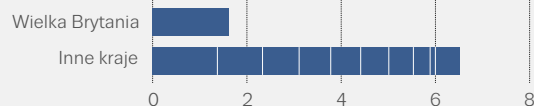
Liczba konfiskat amfetaminy (w tys.)

>1,0  
0,1–1,0  
<0,1  
Brak danych



Uwaga: Liczba konfiskat (w tysiącach) w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

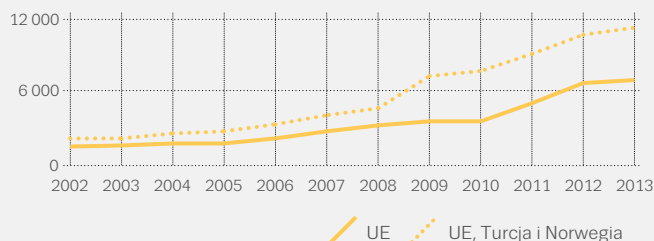
Ilości skonfiskowanej amfetaminy (w tonach)



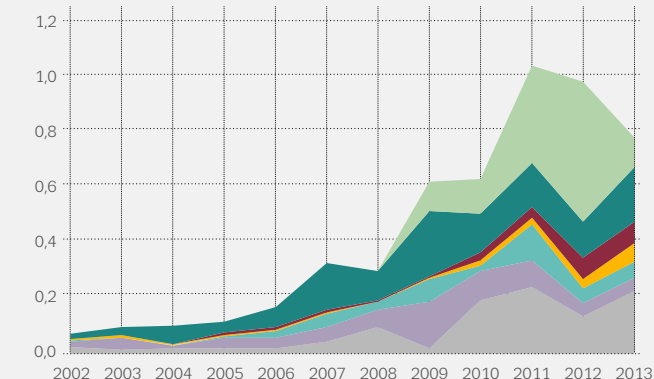
WYKRES 1.9

Liczba konfiskat metamfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje (po lewej) i w 2013 r. lub ostatnim dostępnym roku (po prawej)

Liczba konfiskat



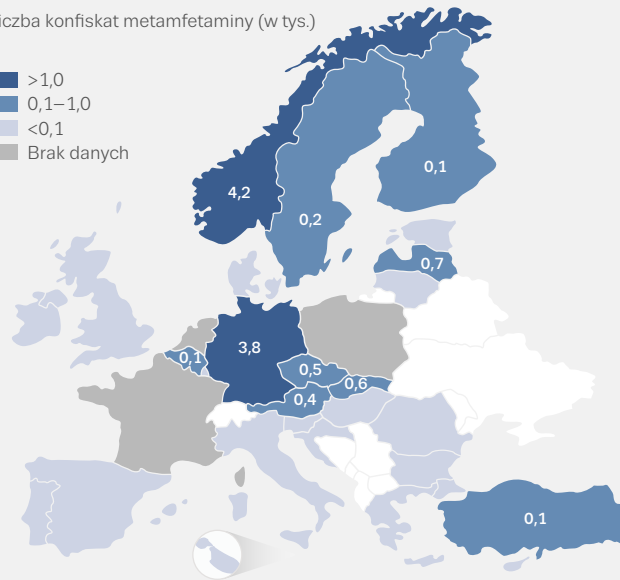
Tony



Turcja Norwegia Niemcy Republika Czeska  
Litwa Szwecja Inne kraje

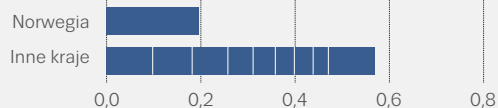
Liczba konfiskat metamfetaminy (w tys.)

>1,0  
0,1–1,0  
<0,1  
Brak danych



Uwaga: Liczba konfiskat (w tysiącach) w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

Ilości skonfiskowanej metamfetaminy (w tonach)



## MDMA/ekstazy: wzrost ilości produktów o wysokiej czystości

### Syntetyczna substancja MDMA

(3,4-metylenodioksymetamfetamina) jest chemicznie spokrewniona z amfetaminami, ale ma nieco inne skutki działania. Tabletki ekstazy są od początku najważniejszym produktem zawierającym MDMA na rynku, choć często zawierają one różne substancje podobne do MDMA, jak też niepowiązane chemikalia. Po okresie, gdy doniesienia sugerowały, że większość tabletek sprzedawanych jako ekstazy w Europie zawiera niewielkie dawki lub w ogóle nie zawiera MDMA, ostatnie dowody wskazują, że sytuacja może ulegać zmianie. Nowe dane wskazują na większą dostępność zarówno tabletek o wysokiej zawartości MDMA, jak i MDMA w proszku oraz w postaci krystalicznej.

Produkcja MDMA w Europie wydaje się koncentrować w Holandii i Belgii, czyli w krajach, w których w przeszłości zgłaszano największą liczbę miejsc produkcji takich narkotyków. Po dostrzegalnym spadku produkcji MDMA pod koniec ostatniej dekady obecnie odnotowuje się oznaki powrotu tego narkotyku, o czym świadczą doniesienia o dużych zakładach produkcyjnych zlikwidowanych w ostatnim czasie w Belgii i Holandii.

Ocena najnowszych trendów dotyczących konfiskat MDMA jest trudna ze względu na brak danych z niektórych krajów,

które mogą wносить znaczny wkład w ogólną liczbę. Za 2013 r. nie są dostępne żadne dane z Holandii, a Polska i Francja nie podały liczby konfiskat. W Holandii zgłoszono konfiskatę 2,4 mln tabletek MDMA w 2012 r.; jeżeli przyjąć podobną wartość dla roku 2013, można szacować, że w Unii Europejskiej skonfiskowano w tym roku 4,8 mln tabletek MDMA. Oznacza to liczbę mniej więcej dwukrotnie większą niż w 2009 r. Warto zauważyć, że ilość MDMA konfiskowana obecnie w Turcji (4,4 miliona tabletek) jest równa sumie konfiskat we wszystkich państwach członkowskich UE. Rodzi to pytanie, czy narkotyki te były przeznaczone na rynek krajowy, czy też do wywozu do Unii Europejskiej lub do innego miejsca (Wykres 1.10).

Ożywienie jest również ostatnio widoczne w trendach dotyczących przestępstw związanych z MDMA. Wśród krajów regularnie przesyłających dane zindeksowane trendy wskazują też na wzrost zawartości MDMA od 2010 r., a dostępność produktów o wysokiej zawartości MDMA poskutkowała wspólnymi ostrzeżeniami Europolu i EMCDDA w 2014 r. Wszystkie te oznaki łącznie wskazują na ożywienie na rynku MDMA w stosunku do najniższego poziomu sprzed około 5 lat.

## EKSTAZY

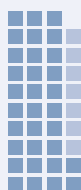
### Konfiskaty

**13 400**  
konfiskat

**18 000**  
konfiskat (UE+2)

**4,8**  
mln skonfiskowanych  
tabletek

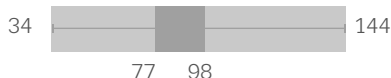
**9,3**  
mln skonfiskowanych tabletek  
(UE+2)



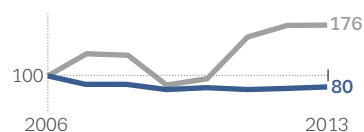
### Cena (EUR/tabletka)



### Czystość (mg MDMA/tabletka)



### Zindeksowane tendencje: cena i czystość



### Przestępstwa narkotykowe

**11 000**

zgłoszonych przestępstw  
związanych z  
używaniem/posiadaniem  
ekstazy

**3 700**

zgłoszonych przestępstw  
związanych z wprowadzaniem do  
obrotu ekstazy



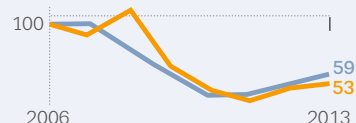
**1 %**

zgłoszonych przestępstw  
związanych z  
używaniem/posiadaniem

**2 %**

zgłoszonych przestępstw  
związanych z  
wprowadzaniem do obrotu

### Zindeksowane tendencje: przestępstwa związane z używaniem/posiadaniem i wprowadzaniem do obrotu

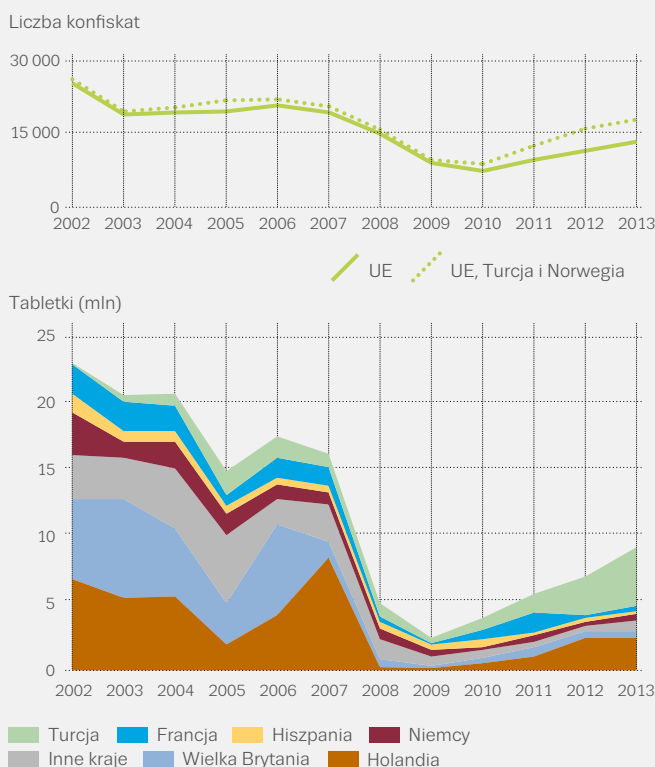


UE+2 odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość ekstazy: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.



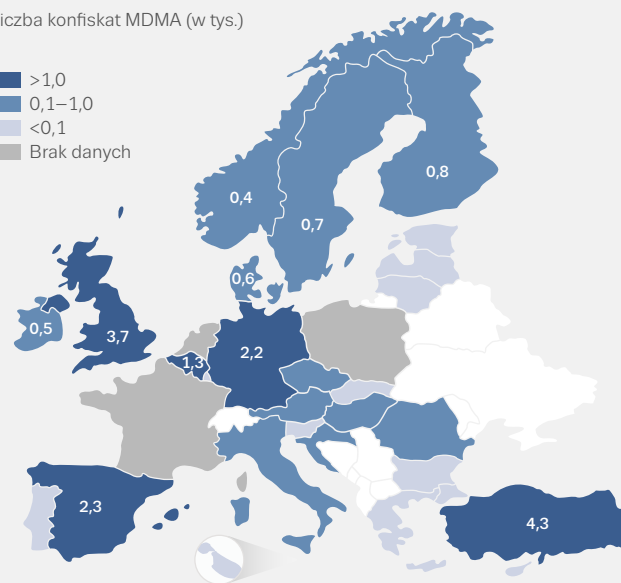
## WYKRES 1.10

Liczba konfiskat MDMA i ilości skonfiskowanych tabletek: tendencje (po lewej) i w 2013 r. lub ostatnim dostępnym roku (po prawej)



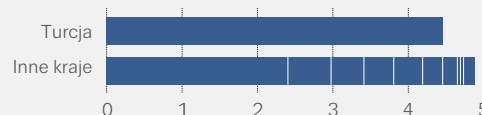
Liczba konfiskat MDMA (w tys.)

■ >1,0  
■ 0,1–1,0  
■ <0,1  
■ Brak danych



Uwaga: Liczba konfiskat (w tysiącach) w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

Skonfiskowane tabletki MDMA (w mln)



## Nowe substancje pobudzające na nielegalnym rynku

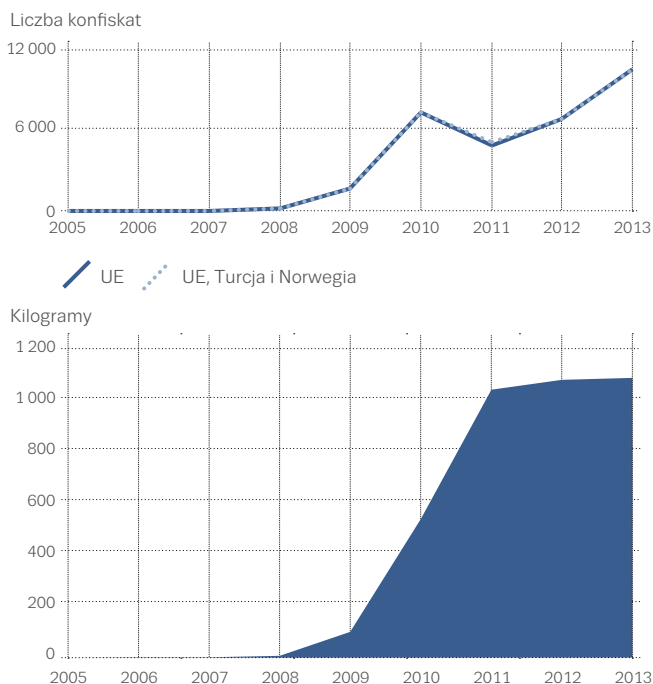
Początkowo wprowadzone na rynek jako nowe substancje psychoaktywne, które nie podlegają kontroli na mocy ustawodawstwa antynarkotykowego, syntetyczne katynony, takie jak mefedron, pentedron i MDPV

(3,4-metylenodioksypirwaleron), zyskały ugruntowaną pozycję na rynku narkotykowym w niektórych krajach europejskich. Katynony są używane w podobny sposób do innych substancji pobudzających, takich jak amfetamina czy MDMA, i często zamiennie z nimi. Najczęściej są one dostępne w postaci proszku lub tabletek. Wydaje się, że produkcja katynonów odbywa się przede wszystkim w Chinach i Indiach. Są one następnie importowane do Europy, gdzie pakuje się je i sprzedaje jako „dopalacze” lub wprowadza do nielegalnego obrotu. System wczesnego ostrzegania zidentyfikował w Europie ponad 70 nowych katynonów. W 2013 r. zgłoszono do systemu wczesnego ostrzegania ponad 10 000 konfiskat syntetycznych katynonów (Wykres 1.11).

**Katynony są używane w podobny sposób do innych substancji pobudzających, takich jak amfetamina czy MDMA, i często zamiennie z nimi**

## WYKRES 1.11

Konfiskaty syntetycznych katynonów zgłoszone do systemu wczesnego ostrzegania UE: liczba konfiskat i skonfiskowana ilość, 2013 r.



### Nowe substancje psychoaktywne: coraz bardziej różnorodny rynek

Dostępność nowych substancji psychoaktywnych na europejskim rynku narkotyków szybko rosła w ostatniej dekadzie, o czym świadczy rosnąca liczba konfiskat zgłoszonych zarówno do systemu wczesnego ostrzegania, jak i za pośrednictwem standardowych mechanizmów monitorowania. Nowe narkotyki zawierają syntetyczne lub naturalnie występujące substancje, które nie są objęte kontrolą na mocy międzynarodowego prawa i są często wytwarzane w celu naśladowania skutków narkotyków objętych kontrolą. Substancje chemiczne zazwyczaj sprowadza się od dostawców spoza Europy, po czym przygotowuje, konfekcjonuje i sprzedaje w Europie. Coraz częściej jednak nowe narkotyki wytwarza się w Europie w tajnych laboratoriach i sprzedaje bezpośrednio na rynku.

Aby ominąć mechanizmy kontrolne, produkty często zaopatruje się w mylące etykiety, na przykład takie jak „substancje chemiczne do celów badań naukowych”, z adnotacją, że produkt nie jest przeznaczony do spożycia przez ludzi. Substancje te są sprzedawane przez internetowych sprzedawców detalicznych i w specjalistycznych sklepach; coraz częściej są też oferowane za pośrednictwem kanałów podaży nielegalnych substancji. Ten rynek jest dynamiczny i charakteryzuje się ciągłym wprowadzaniem nowych produktów oraz mechanizmów kontrolnych; stale zmieniają

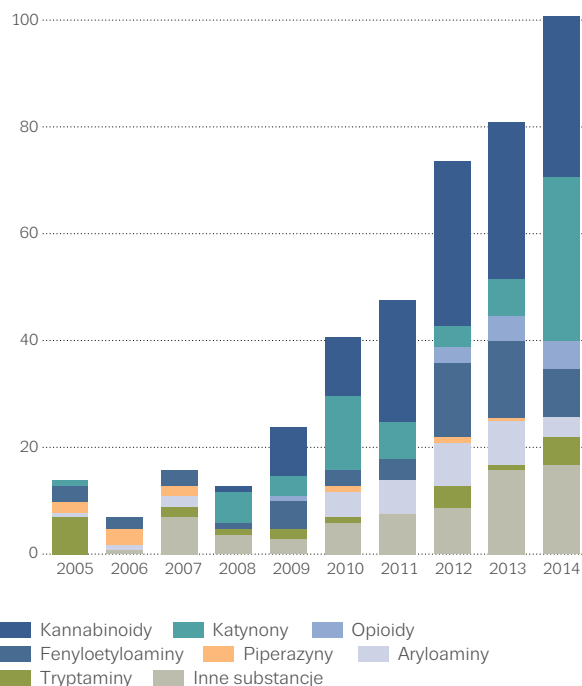
się także jego relacje z rynkiem nielegalnym. Syntetyczne kannabinoidy i syntetyczne katynony są najczęściej konfiskowanymi grupami nowych substancji psychoaktywnych, co stanowi odbicie relatywnie wysokiego popytu na konopie indyjskie i substancje pobudzające na rynku narkotykowym.

Oprócz rosnącej liczby konfiskat nowych narkotyków zgłaszanych co roku w Europie stale rośnie liczba nowo wykrywanych substancji. W 2014 r. państwa członkowskie zawiadomiły unijny system wczesnego ostrzegania o 101 nowych substancjach psychoaktywnych, które nie były wcześniej zgłaszane. Był to wzrost o 25 punktów procentowych w porównaniu do 2013 r. (Wykres 1.12). Trzydzieści jeden z tych substancji to syntetyczne katynony, co czyni je najliczniejszą kategorią nowych narkotyków zidentyfikowanych w Europie w 2014 r.; następną co do wielkości jest grupa 30 syntetycznych kannabinoidów. Jednak kolejnych 13 związków nie można łatwo zaliczyć do żadnej z grup monitorowanych substancji. Cztery spośród nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych w 2014 r. są stosowane jako substancje czynne w lekach. Unijny system wczesnego ostrzegania służy obecnie do monitorowania ponad 450 nowych substancjach psychoaktywnych.

**W 2014 r. państwa członkowskie zawiadomiły unijny system wczesnego ostrzegania o 101 nowych substancjach psychoaktywnych, które nie były wcześniej zgłaszane**

## WYKRES 1.12

Liczba i kategorie nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania UE, 2005–2014



### Nowe substancje poddane analizie ryzyka w Europie w 2014 r.

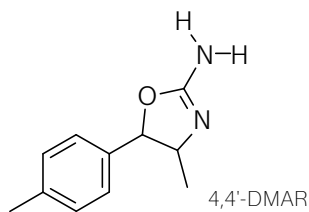
W UE działa mechanizm identyfikacji, oceny i ewentualnej kontroli nowych substancji psychoaktywnych w Europie. W 2014 r. ocenie pod kątem ryzyka poddano sześć nowych substancji psychoaktywnych (zob. Wykres 1.1). Te nowe narkotyki pojawiły się w Europie w ostatnich latach i wiąże się z nimi rosnąca liczba zgłoszeń szkód, w tym hospitalizacji oraz zgonów. Od lutego 2015 r. cztery z tych sześciu substancji podlegają kontroli w całej Europie.

### W 2014 r. ocenie pod kątem ryzyka poddano sześć nowych substancji psychoaktywnych

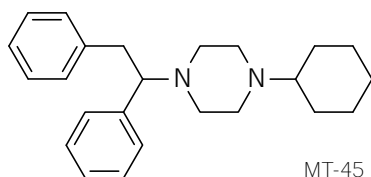
## TABELA 1.1

#### Nowe substancje psychoaktywne poddane analizie ryzyka w 2014 r.

We wrześniu 2014 r. przeprowadzono europejskie oceny ryzyka dotyczące 4,4'-DMAR i MT-45. Uzupełniają one cztery oceny ryzyka przeprowadzone w kwietniu 2014 r. w odniesieniu do 25I-NBOMe (pochodnej fenyleoetyloaminy o działaniu halucynogennym sprzedawanej jako „legalna” alternatywa dla LSD), AH-7921 (syntetycznego opioidu), MDPV (syntetycznej pochodnej katynonu) i metoksetaminy (arylocykloheksylaminy blisko spokrewnionej z ketaminą i sprzedawanej jako jej „legalna” alternatywa).



4,4'-DMAR jest substancją psychostymulującą, która jest dostępna na europejskim rynku narkotykowym co najmniej od grudnia 2012 r. i została wykryta w dziewięciu państwach członkowskich. W około 20% przypadków obecność 4,4'-DMAR stwierdzono w połączeniu z innymi lekami (głównie substancjami pobudzającymi). Wykryto go w przypadku 31 zgonów na Węgrzech, w Polsce i w Wielkiej Brytanii w okresie 12 miesięcy.



MT-45 to syntetyczny opioid o działaniu przeciwbólowym podobnym do morfiny, wykryty po raz pierwszy w październiku 2013 r. Wykryto go w przypadku 28 zgonów i 12 nieprowadzących do zgonu zatruc w Szwecji w okresie dziewięciu miesięcy. W przypadku 19 zgonów MT-45 podano jako przyczynę śmierci lub czynnik przyczyniający się do niej.

## Reakcje prawne na zmieniające się rynki narkotyków

Szybkie pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych oraz różnorodność dostępnych produktów okazały się wyzwaniem dla europejskich decydentów. Na poziomie UE od 1997 r. działa system nadzoru związany z prawnym mechanizmem kontroli – unijny system wczesnego ostrzegania. Został on usprawniony w 2005 r. Obecny system został poddany przeglądowi i przedmiotem dyskusji jest aktualnie wniosek dotyczący nowych ram prawnych.

Na poziomie krajowym wdrożono różne działania mające na celu kontrolę nowych substancji. Można przy tym zidentyfikować trzy podstawowe rodzaje reakcji prawnych. W niektórych krajach wykorzystano dotychczasowe przepisy, które dotyczą zagadnień niezwiązanych z narkotykami poddawanymi kontroli, na przykład przepisy odnoszące się do bezpieczeństwa konsumentów; w innych rozszerzono bądź dostosowano zakres obowiązujących przepisów lub procedur antynarkotykowych; w niektórych krajach stworzono zaś nowe przepisy. Chociaż występują znaczne różnice w definicjach przestępstw i karach, reakcje generalnie skupiają się na wprowadzaniu tych substancji do obrotu, nie zaś na ich posiadaniu.

## Internet – rynek zarówno nowych, jak i znanych narkotyków

Od pewnego czasu wiadomo, że Internet jest ważnym rynkiem sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych Europejczykom. W 2013 r. EMCDDA zidentyfikowała w ramach przeglądu 651 stron internetowych sprzedających „dopalacze” mieszkańcom Europy, a ukierunkowane badania internetowe przeprowadzone w 2014 r. poskutkowały identyfikacją stron oferujących na sprzedaż konkretne narkotyki, jak syntetyczny opioid MT-45, czasem w kilogramach.

Coraz ważniejszym elementem rynku nielegalnych narkotyków stają się też Internet i serwisy społecznościowe. Pojawiają się sygnały dotyczące tak zwanych szarych rynków, czyli witryn internetowych sprzedających nowe substancje psychoaktywne, które działają zarówno jawnie, jak i w tzw. głębokiej sieci. Głęboka sieć jest częścią Internetu, do której nie można uzyskać dostępu za pomocą standardowych wyszukiwarek. Sprzedaż narkotyków może tam następować na rynkach, w zdecentralizowanych sieciach i między poszczególnymi osobami. Najgłośniej mówi się o narkotykowych kryptorynkach, takich jak Silk Road, Evolution i Agora. Te internetowe rynki są dostępne tylko za

pośrednictwem oprogramowania szyfrującego, które zapewnia wysoki poziom anonimowości. Kryptorynki, podobnie jak internetowe serwisy aukcyjne, takie jak eBay, zapewniają sprzedającym i kupującym infrastrukturę do dokonywania transakcji oraz świadczenia usług, np. możliwość oceny sprzedawców i nabywców oraz hosting forów dyskusyjnych. Kryptowaluty, takie jak Bitcoin, ułatwiają anonimowe dokonywanie transakcji, a dyskretne pakowanie umożliwia transport małych ilości narkotyków istniejącymi kanałami handlowymi. Wśród różnych produktów reklamowanych na kryptorynkach najpopularniejsze są według doniesień znane narkotyki i leki wydawane na receptę. Dowody wskazują, że wiele narkotyków zakupionych w głębokiej sieci jest przeznaczonych do odsprzedaży.

Kolejna tendencja dotyczy wprowadzania narkotyków do obrotu i dzielenia się nimi lub doświadczeniami narkotykowymi za pośrednictwem mediów społecznościowych, w tym aplikacji mobilnych. Obszar ten pozostaje słabo rozpoznany i trudny do monitorowania. Wzrost internetowych i wirtualnych rynków narkotykowych stanowi poważne wyzwanie dla organów ścigania i polityki antynarkotkowej. Fakt, że producenci, dostawcy, sprzedawcy detaliczni, hosting stron internetowych oraz usługi przetwarzania płatności mogą znajdować się w zupełnie różnych krajach, czyni internetowe rynki narkotykowe szczególnie trudnymi do kontroli.

**Internet jest ważnym  
rynkiem sprzedaży nowych  
substancji psychoaktywnych  
Europejczykom**

## Reakcja na podaż narkotyków: wspólne zasady, ale różnice w praktyce

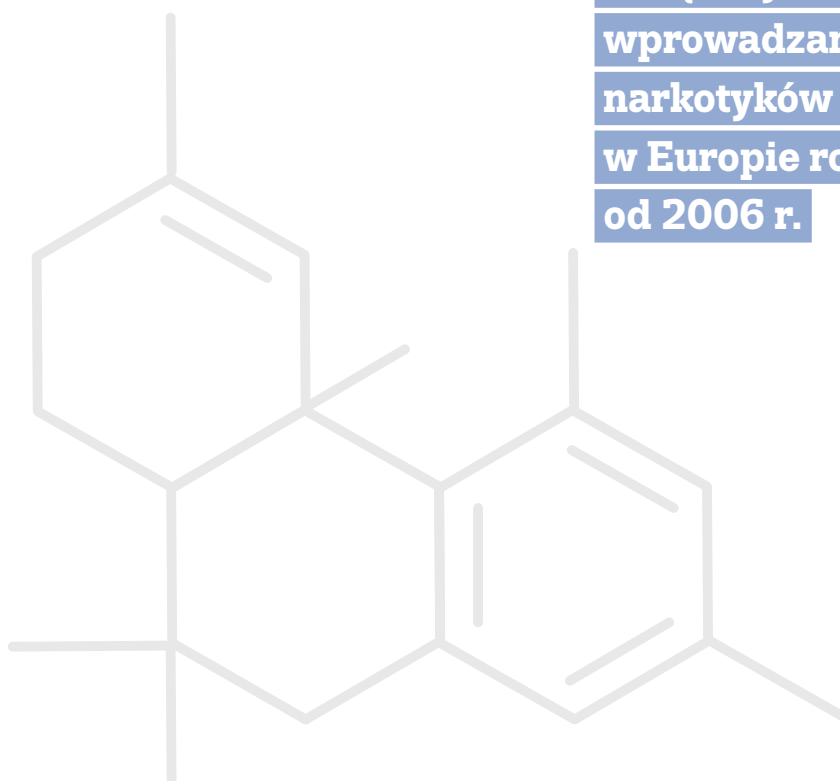
Państwa członkowskie podejmują działania mające zapobiegać wprowadzaniu narkotyków do obrotu na mocy trzech konwencji ONZ określających międzynarodowe ramy kontroli wytwarzania i posiadania oraz obrotu w odniesieniu do ponad 240 substancji psychoaktywnych. Każdy kraj ma obowiązek uznawać nieuprawnione wprowadzanie narkotyków do obrotu za przestępstwo. Taki sam wymóg odnosi się do posiadania narkotyków na własny użytek, jednak z zastrzeżeniem „postanowień konstytucji [danego kraju] i podstawowych zasad [jego] systemu prawnego”. Klauzula ta nie jest interpretowana w jednolity sposób, co znajduje odzwierciedlenie w różnych podejściach prawnych stosowanych przez kraje europejskie i inne.

Wdrażanie przepisów mających ograniczyć wprowadzanie do obrotu i używanie narkotyków jest monitorowane za pośrednictwem danych o zgłoszonych przestępstwach narkotykowych. Ogólnie rzecz biorąc, liczba przestępstw związanych z wprowadzaniem narkotyków do obrotu w Europie rośnie od 2006 r. W 2013 r. zgłoszono około 230 000 przestępstw związanych z wprowadzaniem narkotyków do obrotu, z których większość (57%) dotyczyła konopi indyjskich. W tym samym roku z szacowanych 1,1 mln zgłoszonych przestępstw związanych z używaniem lub posiadaniem narkotyków trzy czwarte (76%) dotyczyło konopi.

## Znaczne różnice w praktyce karania w Europie

Nieuprawnione wprowadzanie narkotyków do obrotu jest przestępstwem we wszystkich krajach europejskich, ale kary przewidziane w przepisach różnią się między poszczególnymi państwami. W niektórych krajach przestępstwo związane z wprowadzaniem ich do obrotu podlega jednej karze o szerokiej rozpiętości (z dożywotnim pozbawieniem wolności włącznie). Inne kraje natomiast rozróżniają przestępstwa drobne i poważniejsze w zależności od ilości znalezionej substancji, co znajduje odzwierciedlenie w minimalnym i maksymalnym wymiarze kary. W niedawnej analizie scenariuszowej EMCDDA nie ujawnił się wyraźny związek między maksymalnymi karami przewidzianymi prawem i wyrokami wydawanymi przez sądy. Stwierdzono też, że typowe kary za handel narkotykami różnią się w poszczególnych krajach. Na przykład osoba uprzednio niekarana, która sprzedaje 1 kg konopi indyjskich, może się spodziewać kary więzienia wynoszącej od niecałego roku w niektórych krajach do 10 lat w innych. Podobnie w zależności od kraju handel 1 kg heroiny może skutkować karą od 2 do 15 lat więzienia.

**Liczba przestępstw  
związanych z  
wprowadzaniem  
narkotyków do obrotu  
w Europie rośnie  
od 2006 r.**



## Konfiskaty oraz kontrola prekursorów

Prekursory to substancje chemiczne, które można użyć do produkcji narkotyków, więc zapobieganie ich nielegalnemu wykorzystaniu jest ważnym elementem międzynarodowych działań skierowanych przeciwko wytwarzaniu narkotyków. Większość prekursorów służy do zgodnych z prawem celów przemysłowych, takich jak produkcja tworzyw sztucznych, produktów leczniczych i kosmetyków. Na przykład efedryna – składnik leków przeciw przeziębieniu i katarowi – może posłużyć do wytwarzania metamfetaminy. Ze względu na ich legalne zastosowania nie można zakazać produkcji prekursorów oraz handlu nimi. Kontrola prekursorów narkotykowych polega zatem na monitorowaniu ich legalnej produkcji i handlu nimi.

Dane z państw członkowskich UE dotyczące konfiskat i zatrzymanych dostaw prekursorów narkotyków potwierdzają fakt ciągłego wykorzystywania zarówno substancji sklasyfikowanych, jak i niesklasyfikowanych do produkcji narkotyków w Unii Europejskiej (Tabela 1.2). W 2013 r. na mocy ustawodawstwa krajowego skonfiskowano ponad 48 ton pre-prekursora APAAN (alfa-feniloacetoacetonitrylu), co jest ilością wystarczającą do produkcji ponad 22 ton amfetaminy lub metamfetaminy. Aby zwiększyć uprawnienia organów ścigania do działania

w związku z tą substancją, APAAN sklasyfikowano jako prekursor na mocy ustawodawstwa UE w grudniu 2013 r. oraz na całym świecie w październiku 2014 r. Pokażne konfiskaty prekursorów MDMA potwierdzają powrót produkcji ekstazy na dużą skalę w Unii Europejskiej. W 2013 r. skonfiskowano 5061 kg PMK (3,4-metylenodioksyfenylo-2-propanonu) i 13 836 litrów safrolu, z których łącznie można byłoby wyprodukować około 170 mln tabletek ekstazy.

W 2013 r. w UE wprowadzono nowe ustawodawstwo w celu zapewnienia ściślejszej kontroli nad handlem niektórymi prekursorami narkotyków zarówno w obrębie Unii Europejskiej, jak i między państwami członkowskimi a państwami trzecimi. Wśród wprowadzonych środków znajduje się bardziej rygorystyczna kontrola obrotu bezwodnikiem octowym – substancją potrzebną do produkcji heroiny, jak też efedryną i pseudoefedryną – prekursorami metamfetaminy. W nowych przepisach wprowadzono też mechanizm umożliwiający szybką reakcję na zmiany wykorzystania substancji niesklasyfikowanych.

### TABELA 1.2

Podsumowanie konfiskat i zatrzymanych dostaw prekursorów wykorzystywanych do wytwarzania wybranych narkotyków syntetycznych produkowanych w Europie, 2013 r.

Prekursor/pre-prekursor	Konfiskaty		Zatrzymane dostawy (*)		OGÓŁEM	
	Przypadki	Ilość	Przypadki	Ilość	Przypadki	Ilość
<b>MDMA lub substancje pokrewne</b>						
PMK (litry)	12	5 061	0	0	12	5061
Safrol (litry)	4	13 837	1	574	5	14 411
Izosafrol (litry)	1	10	0	0	1	10
Piperonal (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK glycidid/glycidate (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
<b>Amfetamina i metamfetamina</b>						
BMK (litry)	5	32	0	0	5	32
PAA, kwas feniloctowy (kg)	1	97	6	225	7	322
Efedryna luzem (kg)	15	13	0	0	15	13
Pseudoefedryna luzem (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

(\*) „Zatrzymana” dostawa to taka, której dostarczenia odmówiono, zawieszono jej dostarczenie bądź eksporter dobrowolnie ją wycofał ze względu na podejrzenie wykorzystania do nielegalnych celów.

Źródło: Komisja Europejska.

## WIĘCEJ INFORMACJI

## Publikacje EMCDDA

## 2015

Heroin trafficking routes, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System.

The Internet and drug markets, Technical reports.

## 2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on Drugs.

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), Risk assessments.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR), Risk assessments.

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 3, 4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

## 2013

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

## 2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

## 2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

## 2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

## Wspólne publikacje EMCDDA i Europolu

## 2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

## 2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

## 2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

## 2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Wszystkie publikacje są dostępne na stronie:  
[www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 2

**Używanie konopi indyjskich  
jest około pięć razy  
powszechniejsze niż  
innych substancji**



# Używanie narkotyków i problemy związane z narkotykami

W analizie prawidłowości i tendencji dotyczących używania narkotyków oraz związanych z nimi szkód rozróżnia się trzy szerokie grupy substancji: przetwory konopi indyjskich, substancje pobudzające oraz opioidy. Używanie konopi indyjskich jest około pięć razy powszechniejsze niż innych substancji, a liczba użytkowników rozpoczynających leczenie z powodu problemów związanych z konopiami rośnie w ostatnich latach. Najwyższe wskaźniki dotyczące liczby zachorowań, zgonów oraz kosztów leczenia związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych w Europie odnotowuje się nadal w związku z używaniem heroiny i innych opioidów, pomimo że konsumpcja tych narkotyków pozostaje na stosunkowo niskim poziomie.

## Monitorowanie używania narkotyków i związanych z nimi problemów

Monitorowanie używania narkotyków i związanych z nimi problemów w Europie opiera się na pięciu podstawowych wskaźnikach epidemiologicznych EMCDDA. Wskaźniki te obejmują zbiory zawierające szacunkowe dane dotyczące rekreacyjnego używania narkotyków (oparte głównie na badaniach sondażowych), jak też szacunkowe dane dotyczące ryzykownego używania narkotyków, zgony związane z narkotykami, choroby zakaźne i zgłaszalność do leczenia. Łącznie stanowią one filary, na których opiera się europejska analiza tendencji i prawidłowości dotyczących zażywania narkotyków oraz związanych z tym szkód. Informacje techniczne na temat wskaźników można znaleźć na stronie internetowej w sekcji Key indicators gateway (Kluczowe wskaźniki) oraz w internetowym Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym). W niniejszym rozdziale dane wynikające z kluczowych wskaźników uzupełniono dodatkowymi informacjami dostarczonymi przez punkty kontaktowe Reitox i inne źródła.

Używanie narkotyków wiąże się z różnymi wzorami konsumpcji – od eksperymentalnego po używanie nałogowe i uzależnienie. Rozpowszechnienie zażywania substancji psychoaktywnych jest zazwyczaj wyższe w grupie mężczyzn, przy czym różnica ta jest bardziej widoczna w przypadku regularnego i intensywnego

stosowania narkotyków. Poszczególne wzory konsumpcji różnią się między sobą skalą oraz rodzajami szkód; zwiększona częstotliwość przyjmowania substancji psychoaktywnych, używanie większych dawek, jednoczesne zażywanie kilku środków czy przyjmowanie ich iniekcyjnie łączy się z podwyższonym ryzykiem zagrożenia zdrowia.

### Prawie co czwarty Europejczyk spróbował narkotyków

Szacuje się, że prawie jedna czwarta dorosłej populacji Unii Europejskiej, czyli ponad 80 mln osób, przynajmniej raz w życiu spróbowała narkotyków. Najczęściej używanym narkotykiem są konopie indyjskie (75,1 mln), natomiast szacunki dotyczące przynajmniej eksperymentalnego zażywania kokainy (14,9 mln), amfetamin (11,7 mln) i MDMA (11,5 mln) są niższe. Wskaźniki dotyczące eksperymentalnego używania substancji psychoaktywnych są zróżnicowane w poszczególnych państwach i wahają się od jednej trzeciej dorosłej populacji w Danii, Francji i Wielkiej Brytanii do 8% (czyli mniej niż jednej na dziesięć osób) w Bułgarii, Rumunii o Turcji.

### Używanie konopi indyjskich: wzrost w krajach skandynawskich

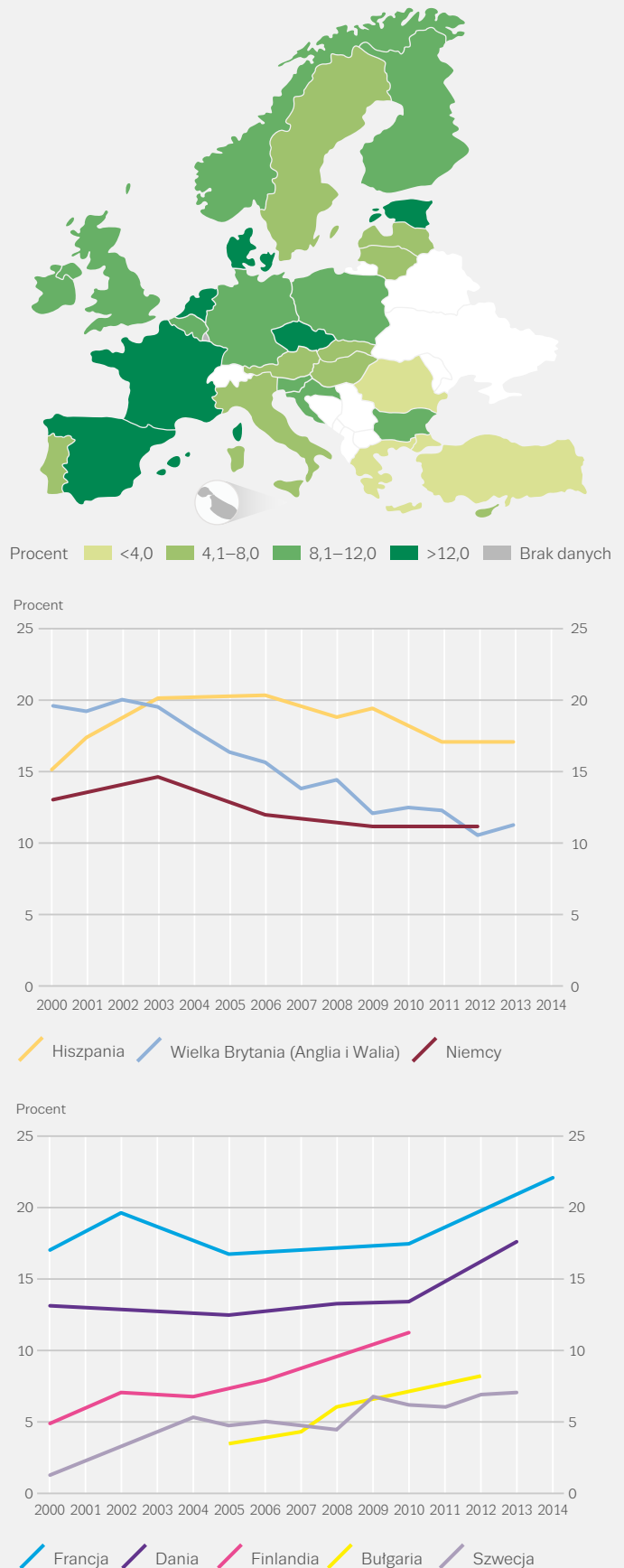
Konopie indyjskie to narkotyk, po który najczęściej sięgają osoby we wszystkich grupach wiekowych. Z reguły pali się je, a w Europie powszechnie miesza z tytoniem. Wzory używania konopi indyjskich są różne – od okazjonalnego lub eksperymentalnego po zażywanie regularne i uzależnienie.

Szacuje się, że w ubiegłym roku 14,6 mln młodych Europejczyków (między 15. a 34. rokiem życia), czyli 11,7%, używało konopi indyjskich, z czego 8,8 mln to osoby między 15. a 24. rokiem życia (15,2%).

Wiele krajów dysponuje już wystarczającymi danymi sondażowymi, umożliwiającymi analizę statystyczną długoterminowych tendencji dotyczących używania w ciągu ostatniego roku konopi indyjskich przez młodych dorosłych (między 15. a 34. rokiem życia). Badania wśród mieszkańców Niemiec, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii wskazują na malejące lub stabilne rozpowszechnienie konopi indyjskich w ostatniej dekadzie. Wzrost wskaźników używania zaobserwowano z kolei w Bułgarii, Francji i trzech krajach skandynawskich (Danii, Finlandii oraz Szwecji). Ponadto Norwegia zgłosiła w najnowszym badaniu wzrost do rekordowej wartości 12%, choć obecny szereg czasowy jest niewystarczający do analizy statystycznej tendencji.

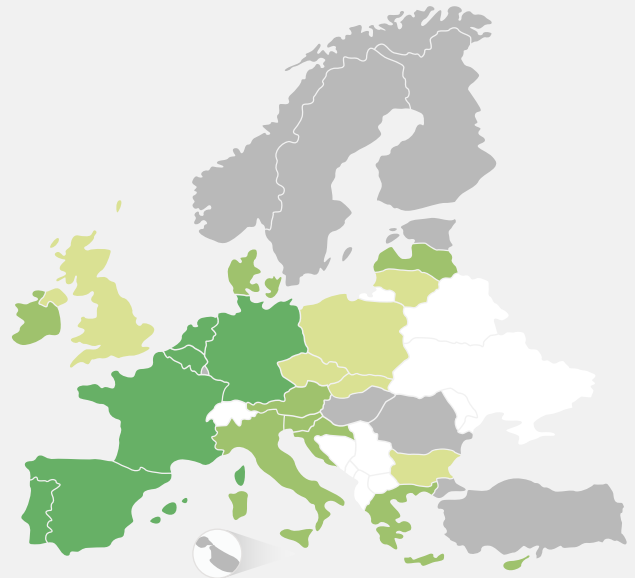
## WYKRES 2.1

Używanie konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15–34 lat): najnowsze dane (u góry); kraje wykazujące tendencje istotne statystycznie (w środku i na dole)



## WYKRES 2.2

Odsetek osób używających konopi indyjskich w ostatnim miesiącu (15–64 lat), które używały substancji codziennie lub prawie codziennie



Procent ■ <10 % ■ 10–20 % ■ >20 %  
  Brak danych lub niewystarczające dane

Podsumowując, najnowsze wyniki badań sondażowych nadal wskazują na rozbieżne tendencje dotyczące używania konopi w ciągu ostatniego roku (Wykres 2.1). Spośród krajów, które prowadzą badania od 2012 r., cztery zgłosiły niższe oszacowania, dwa – stabilne, a osiem wyższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu. Badania dotyczące używania syntetycznych kannabinoidów prowadzi się obecnie w niewielu krajach, a zeszłoroczne wskaźniki dotyczące ich rozpowszechnienia są na ogół niskie.

### Używanie konopi indyjskich wśród uczniów

Monitorowanie stosowania narkotyków przez uczniów rzuca światło na aktualne zachowania ryzykowne wśród młodzieży. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD) stanowi ważne narzędzie służące do śledzenia tendencji w przyjmowaniu narkotyków przez uczniów w wieku 15–16 lat. Według najbardziej aktualnych danych (2011) najczęściej stosowaną substancją w tej grupie są konopie indyjskie: około 24% uczniów przyznaje się do co najmniej eksperymentowania (od 5% w Norwegii do 42% w Republice Czeskiej). Wskaźniki używania narkotyków innych niż konopie indyjskie są znacznie niższe.

W siedmiu krajach, które przekazały wyniki badań sondażowych w szkołach przeprowadzonych po badaniu ESPAD (2011), tendencje dotyczące powszechności używania konopi wśród młodzieży są bardzo zróżnicowane.

### Obawy dotyczące osób używających konopi indyjskich

Wśród użytkowników konopi osoby intensywnie przyjmujące tę substancję stanowią mniejszość. Codzienne lub prawie codzienne używanie konopi indyjskich definiowane jest jako przyjmowanie tej substancji przez 20 lub więcej dni w ostatnim miesiącu. W oparciu o badania na ogólnej populacji szacuje się, że niecały 1% dorosłych Europejczyków to osoby używające przetworów konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie. Trzy czwarte z nich to osoby od 15. do 34. roku życia oraz mężczyźni.

W populacji ogólnej codzienne używanie przetworów konopi charakteryzuje się niskimi odsetkami odpowiedzi. Należy jednak zaznaczyć, że w grupie osób dorosłych (15-64 lata) deklarujących używanie marihuany lub haszyszu w ciągu ostatniego miesiąca (3%) co czwarty respondent zażywał ją codziennie lub prawie codziennie. Wskaźniki te są jednak znacznie zróżnicowane

w poszczególnych krajach (zob. Wykres 2.2). W przypadku państw, w których przeprowadzono wystarczającą liczbę badań w celu określenia tendencji, odsetek osób używających konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie wśród wszystkich dorosłych pozostawał stabilny w ciągu ostatniej dekady.

Konopie indyjskie są głównym narkotykiem, z powodu którego pacjenci rozpoczęli po raz pierwszy leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie, choć formy leczenia użytkowników konopi w poszczególnych państwach znacznie się różnią. Ogólna liczba osób dorosłych zgłaszających się na leczenie po raz pierwszy wzrosła w latach 2006–2013 z 45 000 do 61 000. Biorąc pod uwagę osoby ponownie zgłaszające się do leczenia, konopie indyjskie stanowiły w 2013 r. drugi w kolejności narkotyk będący przyczyną wszystkich przypadków zgłaszania się do leczenia (123 000, 29%). Dane te różnią się jednak wyraźnie w zależności od kraju – np. na Litwie 3% wszystkich pacjentów zgłaszających się do leczenia podaje konopie jako narkotyk podstawowy, natomiast w Danii i na Węgrzech wskaźnik ten przekracza 60%. Zróżnicowanie to może wynikać z różnych czynników. Na przykład mniej więcej co czwarta osoba używająca konopi indyjskich jako podstawowego narkotyku i rozpoczynająca leczenie w Europie jest na nie kierowana przez system sądownictwa karnego (23 000); wskaźnik ten waha się od 5% użytkowników konopi jako podstawowego narkotyku w Bułgarii, Estonii, na Łotwie i Holandii do ponad 80% na Węgrzech.

## Nagłe interwencje szpitalne związane z konopiami indyjskimi

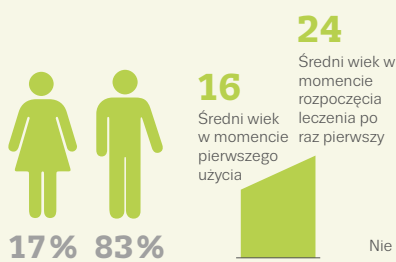
Chociaż jest to rzadko spotykane, spożycie konopi indyjskich może spowodować konieczność nagłej interwencji medycznej, w szczególności w przypadku dużych dawek. W krajach o wyższym poziomie ich rozpowszechnienia, znaczna część nagłych przypadków związanych z zażywaniem narkotyków, spowodowana jest przez stosowanie przetworów konopi. W niedawno przeprowadzonym badaniu zidentyfikowano wzrost liczby nagłych przypadków związanych z konopiami w latach 2008–2012 w 11 z 13 analizowanych krajów europejskich. Na przykład w Hiszpanii liczba nagłych przypadków związanych z konopiami wzrosła z 1589 (25% wszystkich nagłych przypadków związanych z narkotykami) w 2008 r. do 1980 (33%) w roku 2011.

Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN), która monitoruje zgłoszenia przypadków nagłych związanych z narkotykami w 16 miejscach w 10 krajach Europy, poinformowała, że od 10% do 48% (średnio 16%) wszystkich zgłoszeń związanych z narkotykami dotyczyło konopi indyjskich, choć w 90% z tych przypadków obecne były inne substancje. Konopie

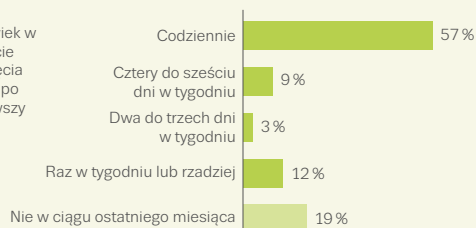
występowały najczęściej razem z alkoholem, benzodiazepinami i substancjami pobudzającymi. Najczęściej zgłaszane problemy miały charakter neurobehawioralny (pobudzenie, agresja, psychoza i niepokój) oraz skutkowały wymiotami. W większości przypadków pacjentów wypisywano bez konieczności hospitalizacji.

## UŻYTKOWNICY KONOPI INDYJSKICH ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

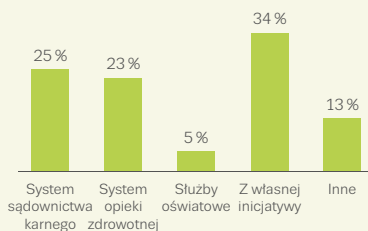
### Charakterystyka



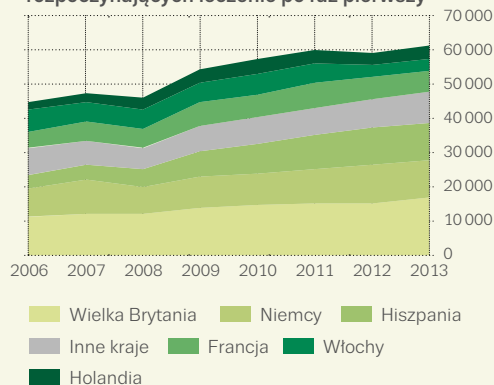
### Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca



### Źródło skierowania



### Tendencje w przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy



Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są konopie indyjskie. Tendencje dotyczą osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, w przypadku których podstawowym narkotykiem są konopie indyjskie. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika. Źródło skierowania: „system sądownictwa karnego” obejmuje sądy, policję i nadzór kuratorski; „system opieki zdrowotnej” obejmuje lekarzy rodzinnych, inne ośrodki leczenia uzależnień oraz służby ochrony zdrowia, medyczne i społeczne; „z własnej inicjatywy” oznacza inicjatywę pacjenta, rodziny i przyjaciół.

## Kokaina: najczęściej stosowana substancja pobudzająca w Europie

Kokaina w proszku jest przede wszystkim wciągana przez nos, choć może być również wstrzykiwana, podczas gdy kokaina w postaci cracku jest z reguły palona. Osoby regularnie używające kokainy można podzielić na dwie grupy. Pierwsza to osoby często rekreacyjnie wciągające sproszkowaną kokainę przez nos, które są dobrze zintegrowane ze społeczeństwem, druga natomiast to zmarginalizowani społecznie użytkownicy wstrzykujący substancję dożylnie lub palący crack, często w połączeniu z opioidami. Regularne przyjmowanie kokainy może się wiązać z uzależnieniem, chorobami układu sercowo-naczyniowego i nerwowego oraz problemami ze zdrowiem psychicznym, jak również z większym zagrożeniem wypadkami. Z kolei iniecyjne stosowanie kokainy i używanie cracku stanowi największe zagrożenie dla zdrowia, w tym zagrożenie chorobami zakaźnymi.

Kokaina to najpopularniejszy nielegalny stymulant używany w Europie, chociaż większość jej użytkowników skoncentrowana jest w stosunkowo nielicznej grupie państw. Ilustrują to dane z badań sondażowych, które

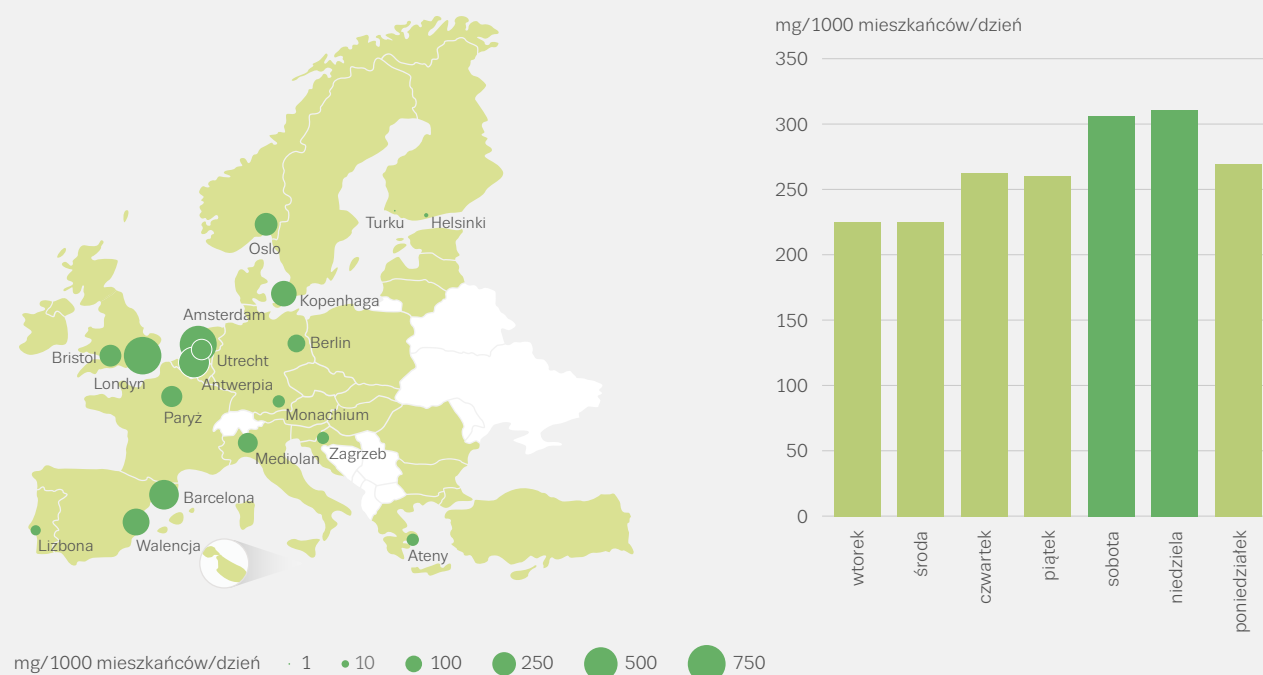
wskazują na bardziej powszechne stosowanie tego narkotyku na południu i zachodzie Europy.

Szacuje się, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy kokainą użyło około 2,3 mln młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 34 lat (1,9%). Wielu użytkowników kokainy zażywa ten narkotyk rekreacyjnie – jest on najczęściej zażywany w weekendy i w okresie wakacyjnym. Analiza ścieków przeprowadzona w 2014 r. w ramach badania obejmującego wiele europejskich miast wskazuje na różnice w użyciu między poszczególnymi dniami. Wyższe stężenia benzoilokgoniny – głównego metabolitu kokainy – stwierdzono w próbkach pobranych podczas weekendu (Wykres 2.3).

Tylko w kilku krajach zgłoszone rozpowszechnienie kokainy wśród młodych osób dorosłych przekracza 3% (Wykres 2.4). Wśród tych krajów w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii obserwowano do 2008 r. statystycznie istotną tendencję wzrostową, po czym stała się ona stabilna lub spadkowa. Wskazując na rozpowszechnienie poniżej 3%, zgłoszenia z Irlandii i Danii pasują do najnowszych danych, lecz nie jest to jeszcze statystycznie istotne, natomiast francuskie badania do 2014 r. wykazują wzrostową tendencję użycia.

### WYKRES 2.3

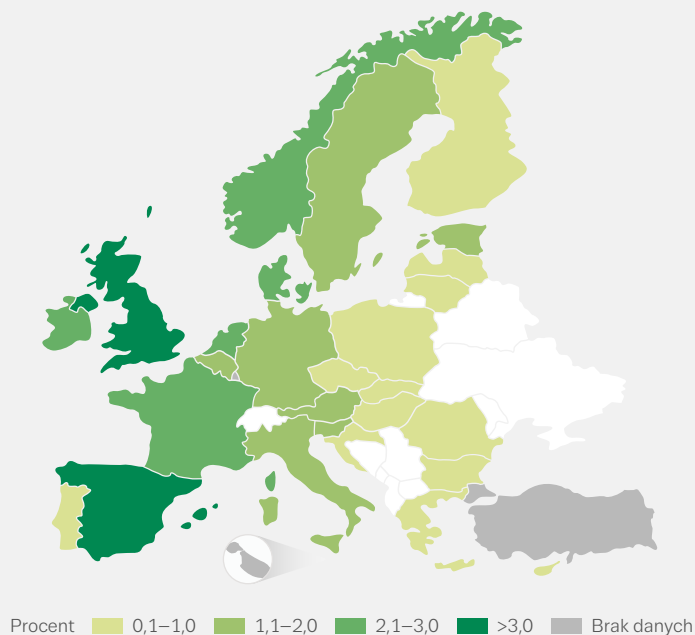
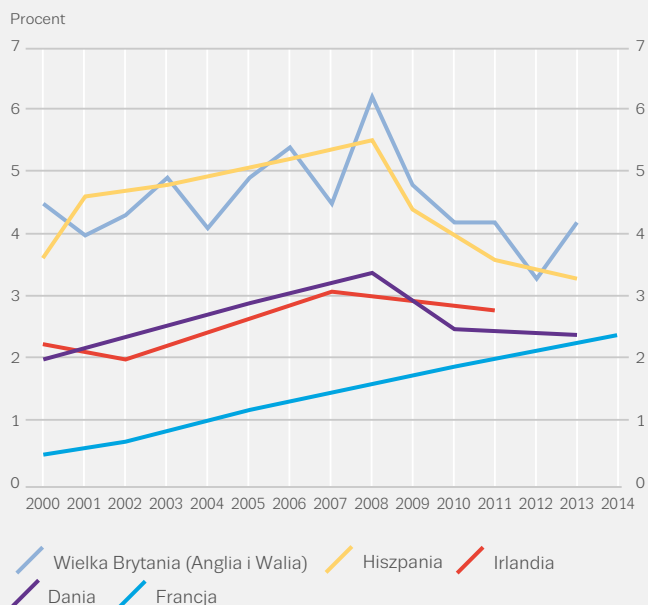
Pozostałości kokainy w ściekach: w wybranych miastach europejskich (po lewej) i średnie dzienne (po prawej)



Uwaga: średnie dzienne ilości kokainy w miligramach na 1000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia w 2014 r.  
Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

## WYKRES 2.4

Używanie kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15–34 lat): wybrane tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



W najnowszych danych można zaobserwować spadek użycia kokainy; spośród krajów, które prowadzą badania od 2012 r., dziewięć zgłosiło spadek rozpowszechnienia, a cztery wyższe niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

### Dalszy spadek zgłaszalności do leczenia z powodu uzależnienia od kokainy

Rozpowszechnienia problemowego zażywania kokainy w Europie jest trudne do określenia, gdyż tylko cztery kraje dysponują niedawnymi szacunkami, a te nie są łatwe do porównania ze względów metodologicznych. W 2012 r. Niemcy szacowali wskaźnik „uzależnienia od kokainy” wśród dorosłej populacji na 0,20%. Dane szacunkowe z 2013 r. dotyczące „osób wymagających leczenia ze względu na używanie kokainy” we Włoszech wskazują na 0,23%; natomiast Hiszpania oszacowała „wysoce ryzykowne używanie kokainy” na 0,29%. W latach 2011–2012 w Wielkiej Brytanii określono poziom używania cracku przez osoby dorosłe na 0,48%, przy czym większość osób w tej grupie używała także opioidów.

Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie uzależnienia w 2013 r., 13% (55 000) podało kokainę jako narkotyk podstawowy, a spośród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy wskaźnik ten wyniósł 16% (25 000). Pomiedzy poszczególnymi państwami obserwuje się różnice – 70% wszystkich pacjentów objętych leczeniem z powodu uzależnienia od kokainy to osoby zgłoszone przez 3 państwa (Hiszpanię, Włochy i Wielką Brytanię). W ostatnich latach liczba pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy z powodu używania kokainy ustabilizowała się na poziomie około 24 000 w porównaniu do szczytowej wartości 38 000 w 2008 r. W 2013 r. 6000 osób rozpoczynających leczenie w Europie podało crack jako narkotyk podstawowy, z czego ponad połowa (3500) w Zjednoczonym Królestwie, a reszta przede wszystkim w Hiszpanii, Francji i Holandii (2200).

Interpretacja dostępnych danych dotyczących zgonów związanych z kokainą stanowi wyzwanie m.in. dlatego, że narkotyk ten może przyczyniać się do części zgonów przypisywanych problemom sercowo-naczyniowym. Niemniej jednak w 2013 r. zgłoszono ponad 800 zgonów związanych z używaniem kokainy (dane z 27 krajów). Większość z nich uznano za spowodowane przedawkowaniem, a w wielu przypadkach wykryto także inne substancje, przede wszystkim opioidy. Na poziomie europejskim problemy z jakością danych uniemożliwiają określenie tendencji. Pewne kraje dysponują jednak (ograniczonymi) informacjami. Na przykład w latach 2012–2013 liczba zgonów, w przypadku których odnotowano obecność kokainy, wzrosła ze 174 do 215 w Wielkiej Brytanii i z 19 do 29 w Turcji.

**W 2013 r. zgłoszono ponad 800 zgonów związanych z używaniem kokainy**

### Amfetaminy: użycie stabilne w wielu krajach

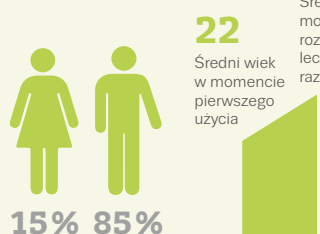
Amfetamina i metamfetamina to blisko spokrewnione substancje pobudzające. Obydwie są stosowane w Europie, chociaż amfetamina jest dużo bardziej popularna. Używanie metamfetaminy ograniczało się dawniej do Republiki Czeskiej, a później Słowacji, ale obecnie widać oznaki rosnącego jej przyjmowania w innych krajach. W niektórych zbiorach danych nie jest możliwe rozróżnienie między tymi dwiema substancjami; w takich przypadkach stosowany jest ogólny termin „amfetaminy”.

Oba narkotyki można przyjmować doustnie lub wciągać przez nos, poza tym w niektórych krajach wśród osób używających tych narkotyków w sposób ryzykowny powszechne jest wstrzykiwanie. Metamfetaminę można też palić, ale ta droga przyjmowania nie jest często odnotowywana w Europie.

Niepożądane skutki zdrowotne związane z używaniem amfetaminy obejmują problemy sercowo-naczyniowe,

## UŻYTKOWNICY KOKAINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

### Charakterystyka



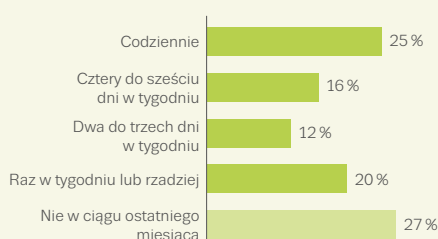
**33**

Średni wiek w momencie rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy

**22**

Średni wiek w momencie pierwszego użycia

### Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca



Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

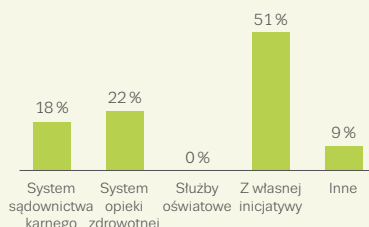
**49%**



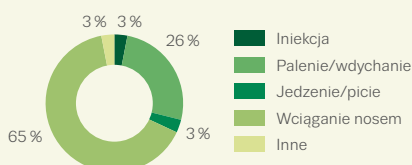
Pacjenci leczeni uprzednio

**51%**

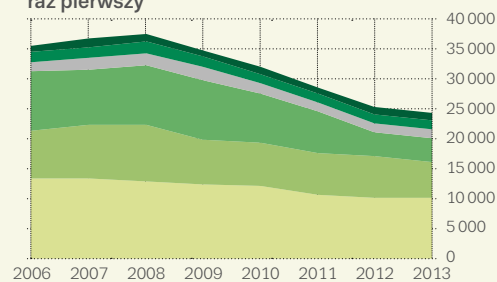
### Źródło skierowania



### Droga podania



### Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

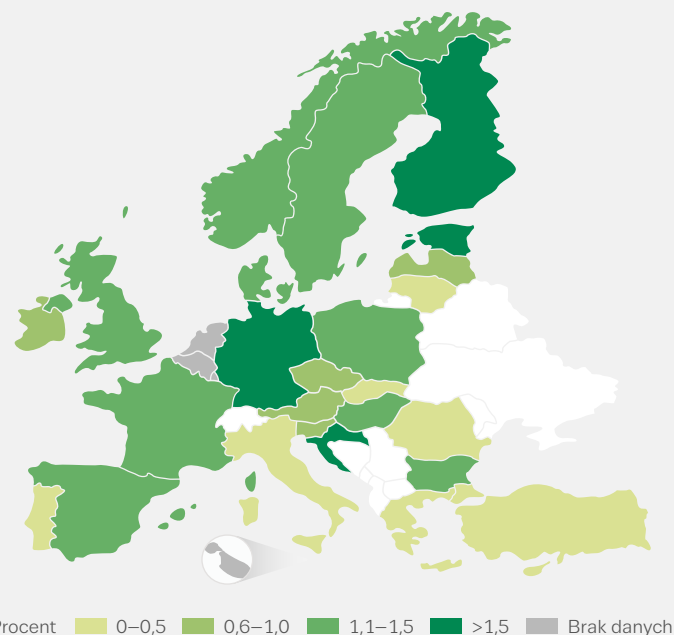
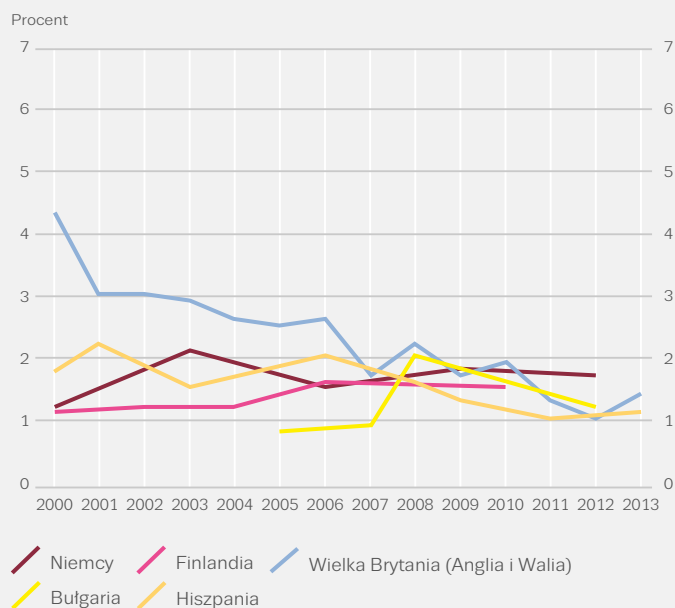


Hiszpania, Wielka Brytania, Włochy, Inne kraje, Holandia, Niemcy

Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest kokaina/crack. Tendencje dotyczą osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest kokaina/crack. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika. Źródło skierowania: „system sądownictwa karnego” obejmuje sądy, policję i nadzór kuratorski; „system opieki zdrowotnej” obejmuje lekarzy rodzinnych, inne ośrodki leczenia uzależnień oraz służby ochrony zdrowia, medyczne i społeczne; „z własnej inicjatywy” oznacza inicjatywę pacjenta, rodziny i przyjaciół.

## WYKRES 2.5

Używanie amfetamin w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15–34 lat):  
wybrane tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



oddechowe, neurologiczne i psychiatryczne, poza tym, tak jak w przypadku innych narkotyków, wstrzykiwanie należy do grupy czynników ryzyka pod względem chorób zakaźnych. Podobnie jak w przypadku innych substancji pobudzających, zgony związane z amfetaminami mogą być trudne do zidentyfikowania. Niemniej jednak co rok odnotowuje się nieliczne przypadki.

Szacuje się, że w ciągu ubiegłego roku amfetamin używało 1,3 mln (1,0%) młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat). Najnowsze krajowe szacunki ich rozpowszechnienia wahają się od 0,1% do 1,8% (Wykres 2.5). Dostępne dane wskazują, że od około 2000 r. tendencja w zakresie używania amfetamin jest względnie stabilna w większości krajów europejskich. Wyjątkami są Hiszpania i Wielka Brytania, gdzie odnotowano statystycznie istotne zmniejszenie ich rozpowszechnienia od 2000 r.

### Nowe wzory problematycznego używania amfetamin

Problem długoterminowego, przewlekłego i dożylnego używania amfetaminy najczęściej obserwowano w krajach Europy Północnej. Z kolei długoterminowe problemy z metamfetaminą są najbardziej widoczne w Republice Czeskiej i na Słowacji. Dane szacunkowe dotyczące używania problemowego wśród osób dorosłych (od 15 do 64 lat) to około 0,48% dla Republiki Czeskiej (2013) i 0,21% dla Słowacji (2007). W Republice Czeskiej w latach 2007–2013 zaobserwowano wyraźne zwiększenie liczby przypadków problemowego lub ryzykownego używania metamfetaminy, głównie iniekcji (z około 20 000 do ponad 34 000). Ostatnio pojawiają się oznaki rozprzestrzeniania się użycia metamfetaminy na inne kraje i nowe



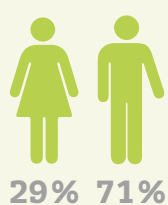
populacje – używanie tego narkotyku zgłoszono w krajach graniczących z Republiką Czeską (w Niemczech i Austrii), w części południowej Europy (w Grecji, na Cyprze i w Turcji) oraz na północy kontynentu (na Łotwie, w Norwegii). Nowy wzór użycia metamfetaminy jest nadal obserwowany w pewnej liczbie krajów europejskich, gdzie narkotyk ten jest wstrzykiwany, często wraz z innymi substancjami pobudzającymi, w niewielkich grupach mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. Te tak zwane „slamming parties” budzą niepokój ze względu na połączenie ryzykownych praktyk zarówno w odniesieniu do używania narkotyków, jak i zachowań seksualnych.

Około 7% pacjentów rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie w 2013 r. zgłosiło amfetaminy (amfetaminę i metamfetaminę) jako narkotyk podstawowy. To w przybliżeniu 29 000 pacjentów, z czego 12 000 rozpoczęło leczenie po raz pierwszy w życiu. Osoby używające amfetaminy jako narkotyku podstawowego stanowią znaczny odsetek osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy tylko w Niemczech, na Łotwie i w Polsce. Pacjenci rozpoczynający leczenie, którzy podają metamfetaminę

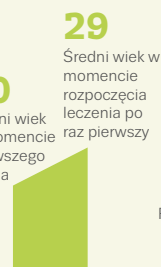
jako narkotyk podstawowy, odnotowuje się głównie w Republice Czeskiej i na Słowacji, gdzie łącznie żyje 95% spośród 8000 europejskich pacjentów używających metamfetaminy. Za wzrost liczby osób zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie z powodu amfetamin odpowiadają przede wszystkim przypadki z Niemiec, Republiki Czeskiej i Słowacji.

## UŻYTKOWNICY AMFETAMIN ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

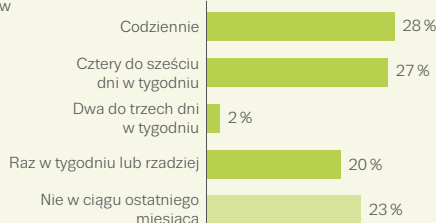
### Charakterystyka



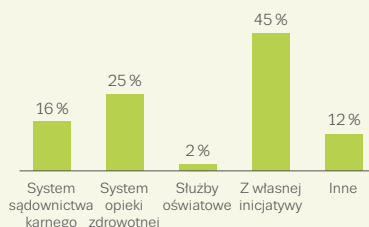
20  
Średni wiek w momencie pierwszego użycia



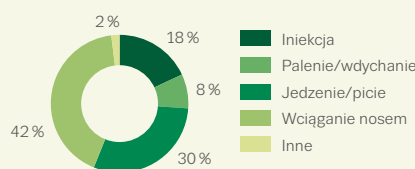
### Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca



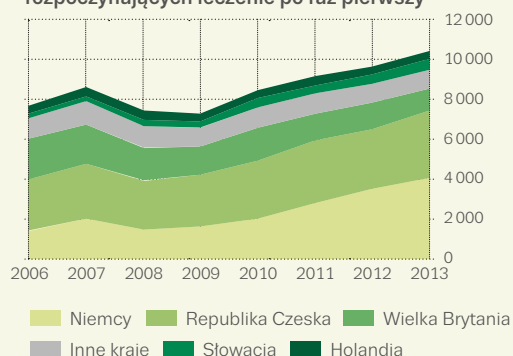
### Źródło skierowania



### Droga podania



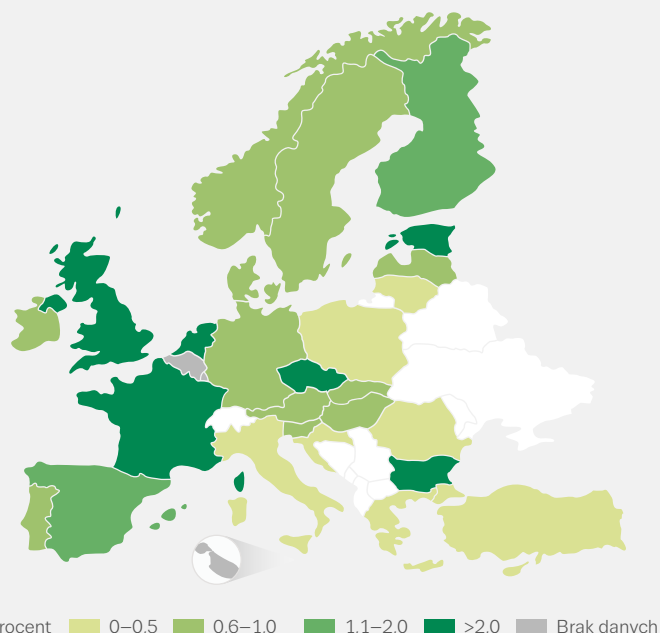
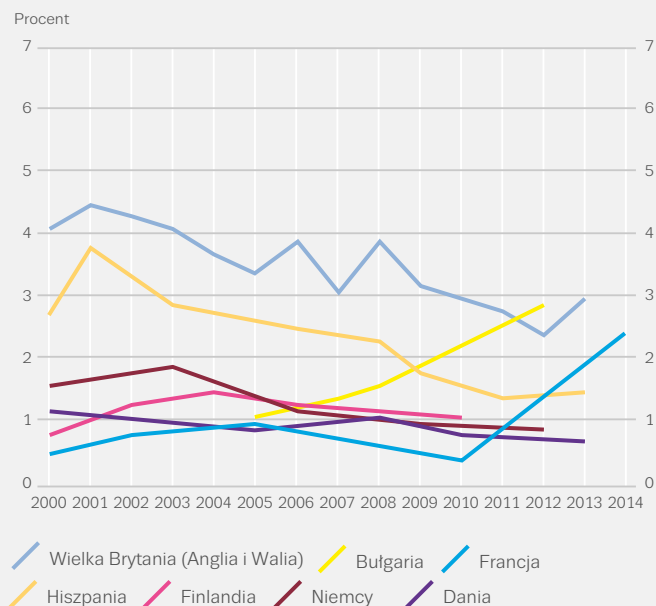
### Tendencje w przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy



Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są amfetaminy. Tendencje dotyczą osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, w przypadku których podstawowym narkotykiem są amfetaminy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika. Źródło skierowania: „system sądownictwa karnego” obejmuje sądy, policję i nadzór kuratorski, „system opieki zdrowotnej” obejmuje lekarzy rodzinnych, inne ośrodki leczenia uzależnień oraz służby ochrony zdrowia, medyczne i społeczne; „z własnej inicjatywy” oznacza inicjatywę pacjenta, rodziny i przyjaciół.

## WYKRES 2.6

Używanie ekstazy w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15–34 lat):  
wybrane tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



## Użycie MDMA/ekstazy

MDMA (3,4-metylenodioksymetamfetamina) jest zazwyczaj zażywana w postaci tabletek ekstazy, lecz obecnie coraz częściej bywa dostępna w postaci krystalicznej lub sproszkowanej. Tabletki są zazwyczaj zażywane doustnie, ale w postaci sproszkowanej narkotyk jest także wciągany (wdmuchiwany) do nosa. Używanie tego narkotyku może skutkować ostrą hipertermią, przyspieszeniem tętna i niewydolnością wielonarządową, a długoterminowe używanie powiązane ze schorzeniami wątroby oraz serca. Przypadki zgonów związanych z tym narkotykiem pozostają stosunkowo rzadkie, a ponadto bywają spowodowane przez inne substancje sprzedawane jako MDMA. Niedawno pojawiły się budzące niepokój doniesienia o poważnych problemach związanych z tabletkami i proszkami o wysokiej zawartości MDMA. Ponadto w 2014 r. wydano ostrzeżenia dotyczące tabletek ekstazy, które zawierały w wysokim stężeniu PMMA – narkotyk o budzącym obawy profilu bezpieczeństwa.

W większości badań europejskich gromadzono dane o użyciu ekstazy, a nie MDMA. Szacowana liczba młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat), które używały ekstazy w ciągu ostatniego roku, wynosi 1,8 mln (1,4%), natomiast szacunki w poszczególnych państwach wahają się od mniej niż 0,1% do 3,1%. Wśród krajów posiadających wystarczające ilości danych, aby można było dokonać statystycznej analizy tendencji, zmniejszenie

rozpowszechnienia tego narkotyku zaobserwowano od 2000 r. w Niemczech, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. W Danii rozpowszechnienie też spada, ale na niższym poziomie istotności statystycznej (Wykres 2.6). Z kolei rozpowszechnienie tej substancji nadal rośnie według szacunków w Bułgarii. W krajach, które prowadzą badania od 2012 r., wyniki są rozbieżne – siedem zgłosiło niższe oszacowania rozpowszechnienia, a dwa wyższe niż w poprzednim porównywalnym sondażu. Zażywanie ekstazy rzadko stanowi powód zgłoszenia się na leczenie odwykowe. Liczba osób rozpoczynających leczenie z powodu tego narkotyku w 2013 r. wyniosła mniej niż 1% ogółu (około 600 przypadków).

**W większości badań europejskich gromadzono dane o użyciu ekstazy, a nie MDMA**

## WYKRES 2.7

**GHB, ketamina i halucynogeny: utrzymujące się obawy w niektórych krajach**

W Europie używane są także inne substancje psychoaktywne o działaniu halucynogennym, znieczulającym i uspokajającym. Zalicza się do nich: LSD (dietyloamid kwasu lizergowego), ketaminę, GHB (kwas gamma-hydroksymasłowy) oraz grzyby halucynogenne.

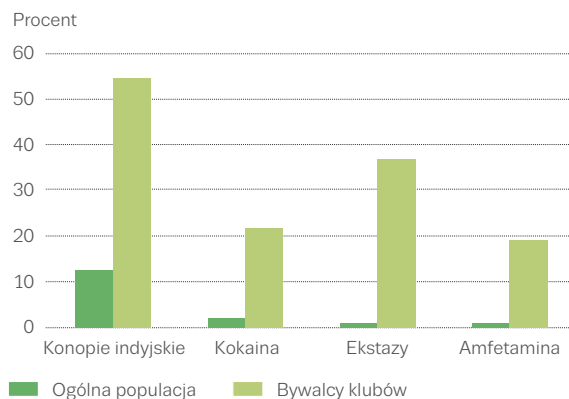
Od około dwudziestu lat zgłaszane jest rekreacyjne używanie ketaminy i GHB (w tym także jego prekursora GBL, czyli gamma-butyrolaktonu) wśród pewnych grup użytkowników narkotyków w Europie. Wzrasta świadomość problemów zdrowotnych związanych z tymi substancjami, na przykład uszkodzeń pęcherza moczowego będących wynikiem długotrwałego używania ketaminy. Do zagrożeń wynikających ze stosowania GHB zalicza się utratę przytomności, zespół abstynencyjny i uzależnienie. Belgia i Holandia zgłosiły pewne zapotrzebowanie na leczenie związane z GHB.

W przypadkach, gdy dostępne są krajowe szacunki dotyczące używania przez osoby dorosłe oraz młodzież w wieku szkolnym GHB i ketaminy, wskaźniki używania tych substancji utrzymują się na niskim poziomie. W najnowszych badaniach w Norwegii rozpowszechnienie używania GHB przez osoby dorosłe (15–64 lat) w ciągu ostatniego roku wyniosło 0,1%; w Danii wskaźnik używania ketaminy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lat) wynosił 0,3%, a w Holandii używanie ketaminy w ciągu ostatniego roku zgłosiło 1,8% osób w wieku 16–24 lat, co oznacza tendencję stabilną od 2008 r.

Ogólnie poziom używania grzybów halucynogennych oraz LSD w Europie jest niski i utrzymuje się na stałym poziomie od wielu lat. Według krajowych badań ankietowych wskaźnik używania obydwu substancji w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat) wynosi poniżej 1%.

**Częstsze użycie narkotyków wśród bywalców nocnych klubów**

Powszechnie wiadomo, że niektóre formy spotkań towarzyskich są szczególnie kojarzone z wyższą konsumpcją narkotyków i alkoholu. Badania sondażowe wśród młodych ludzi, którzy regularnie uczęszczają do nocnych klubów, wskazują na wyższy poziom użycia narkotyków w porównaniu z ogółem populacji. Widać to w informacjach pochodzących z internetowego badania Global Drug Survey, w ramach którego EMCDDA zleciło wykonanie specjalnej analizy dotyczącej używania narkotyków wśród młodych osób dorosłych, które określają

**Używanie narkotyków w ubiegłym roku wśród młodych dorosłych (15–34 lat): w ogólnej populacji i wśród bywalców klubów (10 krajów)**

Źródła: Global Drug Survey 2014 oraz najnowsze badania sondażowe ogólnej populacji dla następujących krajów: Belgia, Niemcy, Irlandia, Hiszpania, Francja, Węgry, Holandia, Austria, Portugalia, Wielka Brytania. Amfetaminy: z wyłączeniem Belgii i Holandii. Ekstazy: z wyłączeniem Holandii.

siebie jako regularnych bywalców nocnych klubów (co definiuje się jako uczęszczanie do nich co najmniej raz na kwartał). Analizę przeprowadzono na próbie 25 790 młodych ludzi w wieku od 15 do 34 lat z 10 krajów europejskich. Należy wskazać, że jest to próba niereprezentatywna, o przynależności do której zdecydowali sami respondenci, biorąc udział w internetowym badaniu dotyczącym narkotyków, a zatem wyniki należy interpretować z ostrożnością. Wśród tej próby, w zależności od substancji, rozpowszechnienie w ubiegłym roku było od 4 do prawie 25 razy wyższe niż w przypadku tej samej grupy wiekowej w ogólnej populacji Unii Europejskiej. Grupując kraje, z których są dostępne dla danego narkotyku, i porównując je ze średnią ważoną z badań ankietowych populacji ogólnej, uzyskujemy następujące wyniki: około 55% stałych bywalców klubów zgłosiło użycie konopi w ubiegłym roku (ważona średnia krajowa wśród populacji ogólnej wyniosła 12,9%), a wskaźniki dotyczące innych narkotyków są też wysokie: kokaina 22% (w populacji ogólnej 2,4%); amfetaminy 19% (w populacji ogólnej 1,2%); ekstazy 37% (w populacji ogólnej 1,5%) (Wykres 2.7). Podano także poziomy rozpowszechnienia w ubiegłym roku wśród bywalców klubów innych narkotyków, w tym ketaminy (11%), mefedronu (3%), syntetycznych kannabinoidów (3%) i GHB (2%).

Niewielka liczba bywalców klubów zgłosiła problemy związane z zażywaniem narkotyków; konopie indyjskie i ekstazy były narkotykami najczęściej związanymi z nagłymi interwencjami medycznymi w tej grupie.

**Użycie „dopalaczy” wśród młodych ludzi**

Rozpowszechnienie nowych substancji psychoaktywnych w Europie jest trudne do określenia. W przypadkach, gdy

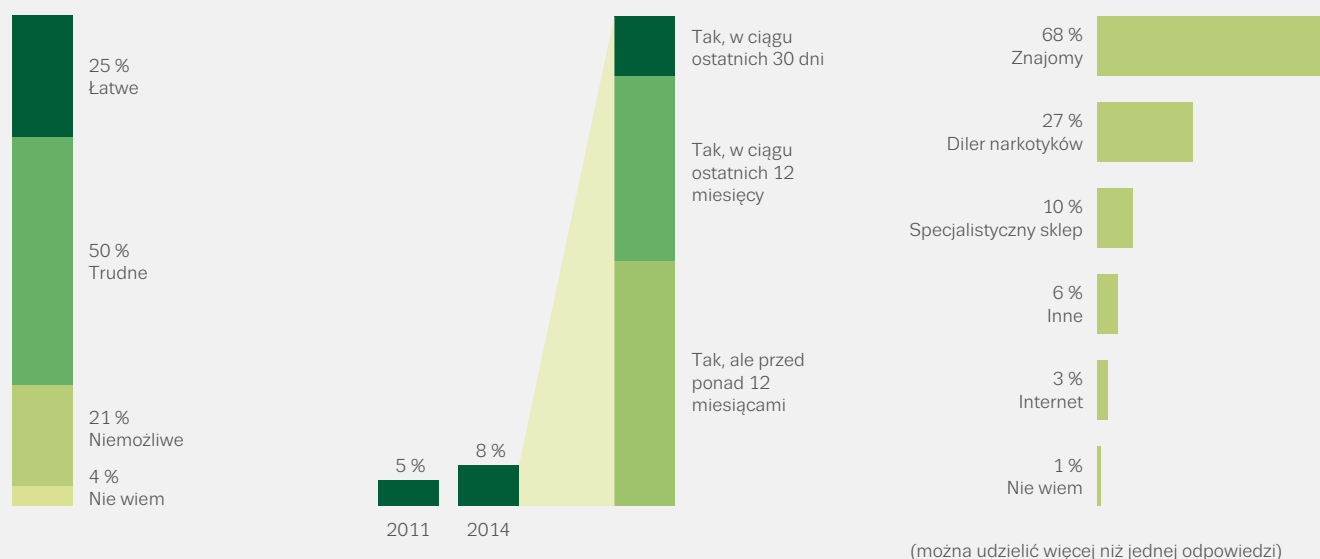
## WYKRES 2.8

## Dostępność i używanie „dopalaczy” zdefiniowanych jako nowe substancje imitujące działanie narkotyków

Jak łatwe lub trudne byłoby dla Ciebie uzyskanie ich w ciągu 24 godzin?

Czy kiedykolwiek ich używałeś/używałaś?

Jeżeli chodzi o używanie tych substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy, skąd je uzyskałeś/uzyskałaś?



Źródło: Szybki sondaż Eurobarometru nr 401.

substancje takie są uwzględniane w badaniach krajowych, brak wspólnej metodologii oznacza, że dane rzadko bywają porównywalne między krajami, a problemy definicyjne dodatkowo komplikują to zagadnienie, zwłaszcza że status prawny tych substancji może się szybko zmieniać. Pewne informacje na temat użycia tych substancji przynosi jednak szybki sondaż Eurobarometru z 2014 r. na temat młodych ludzi i narkotyków, czyli sondaż telefoniczny przeprowadzony wśród 13 128 młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 24 lat w 28 państwach członkowskich UE. W odpowiedzi na pytanie o postrzeganą dostępność ponad dwie trzecie respondentów uznało, że uzyskanie „dopalaczy” zdefiniowanych jako nowe substancje imitujące działanie narkotyków byłoby trudne lub niemożliwe. Chociaż badano w nim głównie postawy, w sondażu Eurobarometru znalazło się też pytanie o korzystanie z „dopalaczy”. Obecnie dane te stanowią jedyne źródło informacji na ten temat dotyczące całej UE, choć ze względów metodologicznych niezbędna jest ostrożność w interpretacji wyników. Ogólnie rzecz biorąc, 8% respondentów stwierdziło, że użyło „dopalaczy” co najmniej raz, a 3% zgłosiło użycie w ostatnim roku (Wykres 2.8). Oznacza to wzrost w stosunku do 5% zgłaszających co najmniej jednokrotne użycie w podobnym badaniu w 2011 r. Najwyższy poziom użycia w ciągu ostatniego roku zgłosili młodzi ludzie z Irlandii (9%), natomiast użycia „dopalaczy” w ubiegłym roku nie odnotowano w próbach z Cypru i Malty. Spośród osób zgłaszających użycie w ubiegłym roku 68% uzyskało substancję od znajomego.

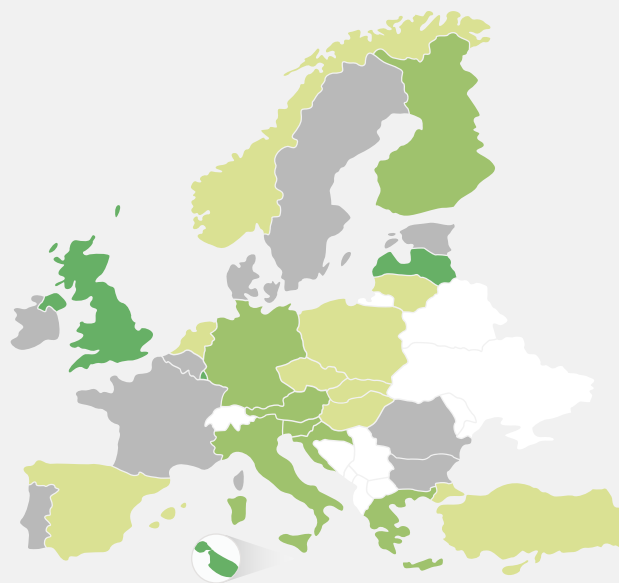
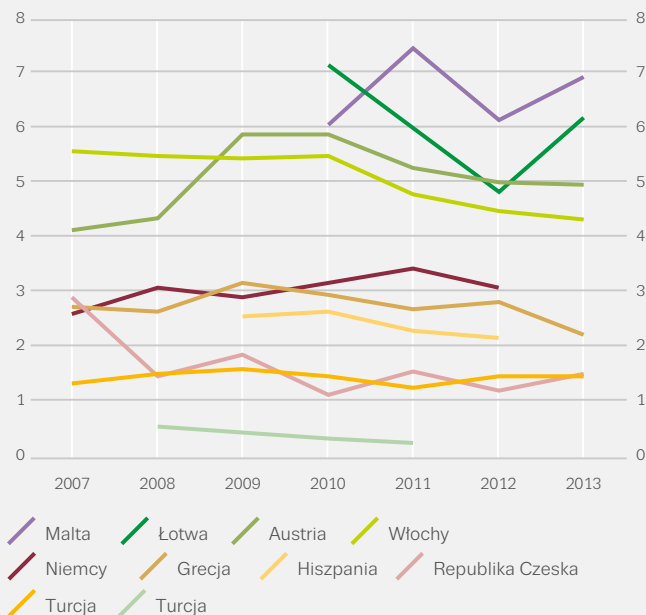
Interesujące wyniki przynosi uwzględnienie wyników Eurobarometru obok pochodzących z innych badań, przy czym należy zauważyć, że zastosowano odmienne metody i zadano różne pytania. Z dziewięciu krajów europejskich zgłoszono krajowe oszacowania użycia nowych substancji psychoaktywnych lub „dopalaczy” (z wyłączeniem ketaminy i GHB) od 2011 r. W ubiegłym roku rozpowszechnienie używania tych substancji wśród młodych osób dorosłych (od 15. do 24. roku życia), wahało się od 9,7% w Irlandii do 0,2% w Portugalii. Należy zauważyć, że w obydwu tych krajach wprowadzono środki mające na celu ograniczenie bezpośredniego dostępu do „dopalaczy”, zamykając sklepy, w których były sprzedawane te produkty. Dostępne są dane sondażowe dla Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) dotyczące użycia mefedronu. W najnowszym badaniu (2013/2014) użycie tego narkotyku wśród młodych ludzi w wieku od 16 do 24 lat szacowano na 1,9%; liczba ta była stabilna w porównaniu z rokiem poprzednim, ale niższa od 4,4% w sezonie 2010/2011, zanim wprowadzono środki kontroli.

W pewnych populacjach (choć nie jest to zjawisko powszechne) nadal zgłaszane jest wstrzykiwanie syntetycznych katynonów – są to osoby wstrzykujące opioidy, pacjenci placówek leczenia uzależnienia od narkotyków w niektórych krajach i niewielkie populacje mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. Wzrost zgłaszalności do leczenia uzależnienia od syntetycznych katynonów odnotowano na Węgrzech, w Rumunii i Wielkiej

## WYKRES 2.9

Krajowe oszacowania dotyczące ryzykownego używania opioidów w ciągu ostatniego roku: tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)

Liczba przypadków na 1 000 osób w wieku 15-64 lat



Liczba przypadków na 1 000 0,0–2,5 2,51–5,0 &gt;5,0 Brak danych

Brytanii. W Wielkiej Brytanii (w Anglii) liczba osób rozpoczynających leczenie, które zgłaszają przynajmniej jednorazowe użycie mefedronu, wzrosła z 900 do 1630 w latach 2011/2012 i 2012/2013; liczba ta ustabilizowała się na poziomie 1641 w latach 2013/2014.

### Opioidy: 1,3 miliona problemowych użytkowników

Nielegalnie stosowane opioidy mają nieproporcjonalnie duży udział, jeśli chodzi o śmiertelność i zachorowalność z powodu używania narkotyków w Europie. Podstawowym opioidem używanym w Europie jest heroina, którą można palić, wciągać przez nos lub przyjmować drogą iniekcji. Nadużywanych jest także wiele syntetycznych opioidów, takich jak buprenorfina, metadon i fentanyl.

Szacuje się, że średnie roczne rozpowszechnienie ryzykownego używania opioidów przez osoby dorosłe (w wieku 15–64 lat) wynosi około 0,4% (4 osoby na 1000), co odpowiada 1,3 mln osób używających problemowo opioidów w Europie w 2013 r. Dane szacunkowe dotyczące wskaźników ryzykownego używania opioidów w krajach europejskich wahają się od mniej niż jednego do około ośmiu przypadków na 1000 osób w wieku od 15. do 64. roku życia. Dziesięć krajów powtarzało oszacowania ryzykownego używania opioidów w latach 2006–2013 i wskazują one na względnie stabilne tendencje (Wykres 2.9).

Osoby używające opioidów (głównie heroiny) jako podstawowego narkotyku stanowią 41% wszystkich

użytkowników narkotyków, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie w 2013 r. w Europie (175 000 pacjentów), oraz około 20% pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie po raz pierwszy w życiu (31 000 pacjentów). Liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w związku z heroiną w Europie spada. W 2007 r. było ich najwięcej (59 000), a w 2013 r. już ponad dwa razy mniej (23 000). Ogólnie wydaje się, że liczba osób zaczynających używać heroiny spada, co ma wpływ na zapotrzebowanie na leczenie.

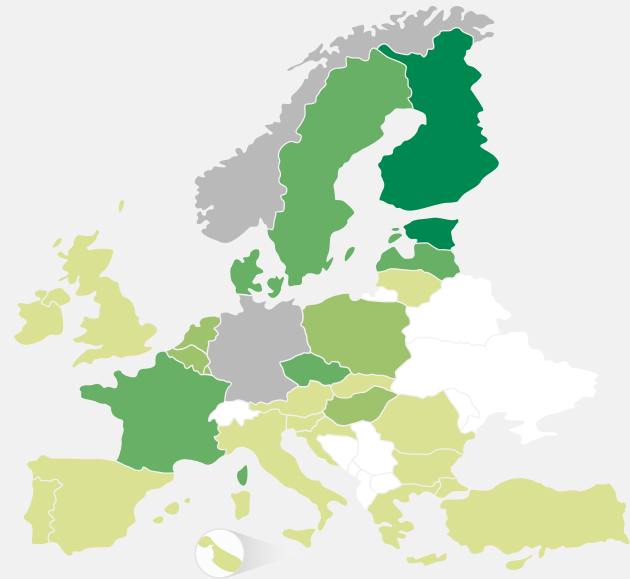
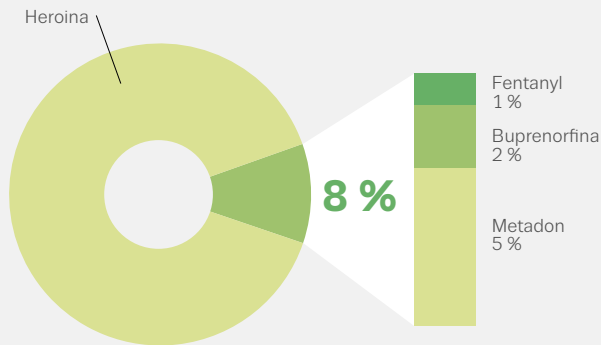
### Opioidy inne niż heroina: coraz większe obawy

W 2013 r. w więcej niż co trzecim kraju europejskim (11) ponad 10% osób rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od opioidów leczono w związku z problemami dotyczącymi głównie opioidów innych niż heroina (Wykres 2.10). Były to takie substancje, jak metadon, buprenorfina i fentanyl. Ogólnie rzecz biorąc, najczęściej nadużywanym opioidem innym niż heroina jest metadon, a następnie buprenorfina, narkotyki te stanowią powód odpowiednio 60% i 30% wszystkich zgłoszeń na

**Podstawowym opioidem używanym w Europie jest heroina**

## WYKRES 2.10

Osoby rozpoczynające leczenie wskazujące opioidy jako podstawowy narkotyk: według rodzaju opioidu (po lewej) oraz odsetka osób wskazujących opioidy inne niż heroina (po prawej)



Procent < 10 % 10–24 % 25–50 % > 50 % Brak danych

leczenie wśród pacjentów, których główny problem narkotykowy dotyczy opioidów innych niż heroina. W niektórych krajach używanie innych opioidów stanowi obecnie najpowszechniejszą formę problemowego używania opioidów. Na przykład w Estonii większość osób rozpoczynających leczenie z powodu opioidów używała fentanylu jako podstawowego narkotyku, natomiast w Finlandii większość pacjentów uzależnionych od opioidów zgłosiła jako narkotyk podstawowy buprenorfinę.

### Osoby używające opioidów w ryzykowny sposób: starzejąca się grupa

Wśród rozpoczynających leczenie użytkowników opioidów widoczne są dwie tendencje: ich liczba spada, a średnia wieku rośnie (Wykres 2.11). W latach 2006–2013 mediana wieku pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu problemów związanych z używaniem opioidów wzrosła o 5 lat. W tym samym okresie średni wiek zgonów spowodowanych narkotykami (głównie związanych z opioidami) wzrósł z 33 do 37 lat. Znaczna liczba osób problemowo używających opioidy w Europie, które przez długi okres używały większej liczby narkotyków, jest obecnie w wieku od 40 do 60 lat. W związku ze złym stanem zdrowia, niewłaściwymi warunkami życia oraz używaniem tytoniu i alkoholu, jak też związanym z wiekiem osłabieniem układu odpornościowego ci użytkownicy są podatni na szereg przewlekłych problemów zdrowotnych.

## WYKRES 2.11

Tendencje dotyczące struktury wiekowej pacjentów rozpoczynających leczenie według podstawowego narkotyku, 2006 i 2013 r.



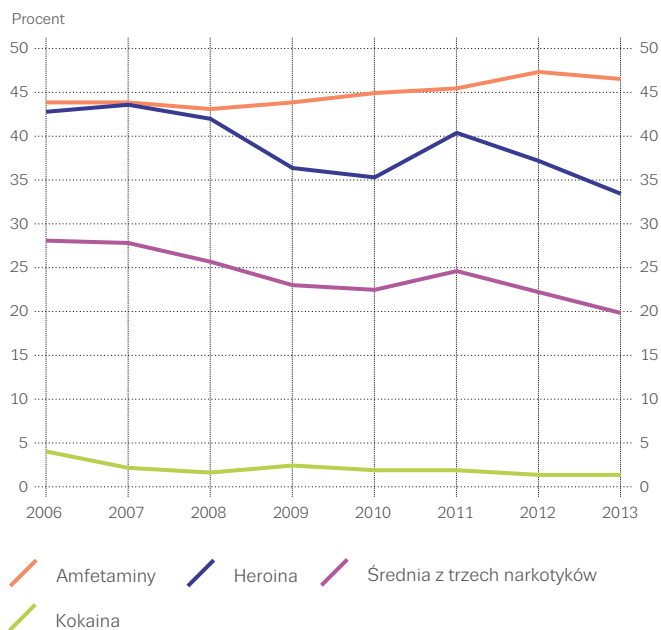
WYKRES 2.12

Wśród nich są choroby układu krążenia i płuc wynikające z przewlekłego używania tytoniu oraz wstrzykiwania narkotyków. Długoletni użytkownicy heroiny uskarżają się również na przewlekłe stany bólowe, natomiast zakażenie wirusem zapalenia wątroby naraża ich m.in. na zwiększone ryzyko wystąpienia marskości wątroby i innych problemów z nią związanych. Skumulowane skutki wieloletniego używania licznych narkotyków, przedawkowywania i zakażeń przyspieszają fizyczne starzenie się tych użytkowników, co ma rosnące implikacje dla ich leczenia oraz świadczenia im usług pomocy społecznej.

**Iniekcyjne przyjmowanie narkotyków: długotrwały trend spadkowy**

Osoby używające narkotyków drogą iniekcji są w najwyższym stopniu narażone na szkody, w tym zakażenia wirusem HIV/HCV lub przedawkowanie. Przyjmowanie iniekcyjne najczęściej wiąże się z używaniem opioidów, chociaż w kilku krajach poważnym problemem jest dożylne przyjmowanie amfetamin. Według dostępnych w 14 krajach oszacowań dotyczących przyjmowania narkotyków drogą iniekcji liczby takich użytkowników narkotyków wahają się od mniej niż jednego do ponad dziewięciu przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat.

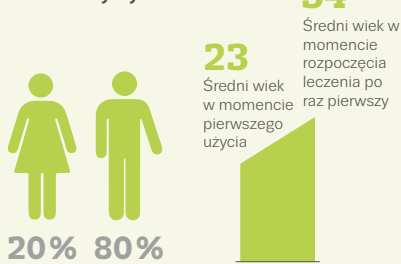
Osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy podające wstrzykiwanie jako główną drogę podania podstawowego narkotyku



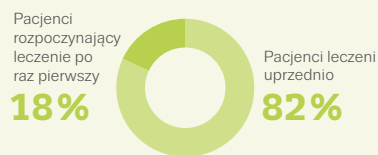
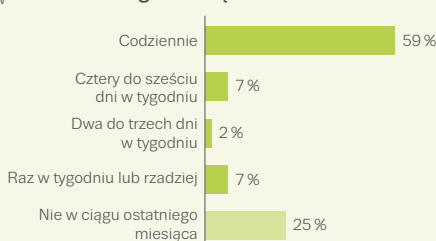
Wśród osób zgłaszających się po raz pierwszy na specjalistyczne leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są amfetaminy, 46% wskazało, że główną drogą podania jest iniekcja; ogólna tendencja jest stabilna (Wykres 2.12). Co roku ponad 70% przypadków jest

UŻYTKOWNICY HEROINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

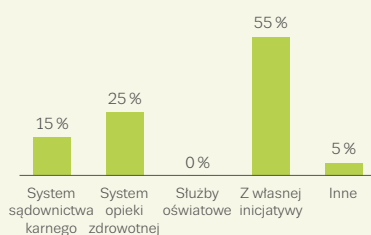
Charakterystyka



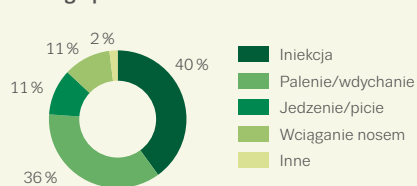
Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca



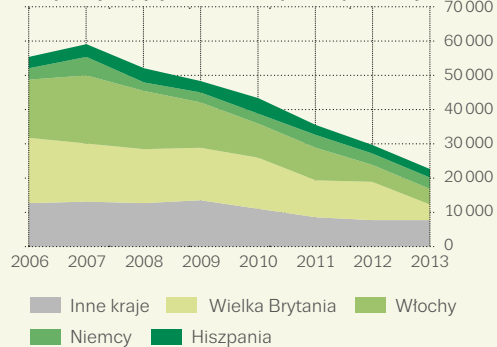
Źródło skierowania



Droga podania



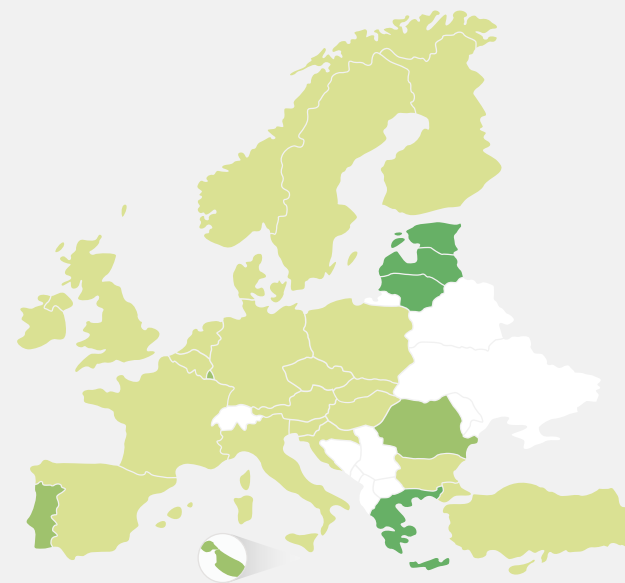
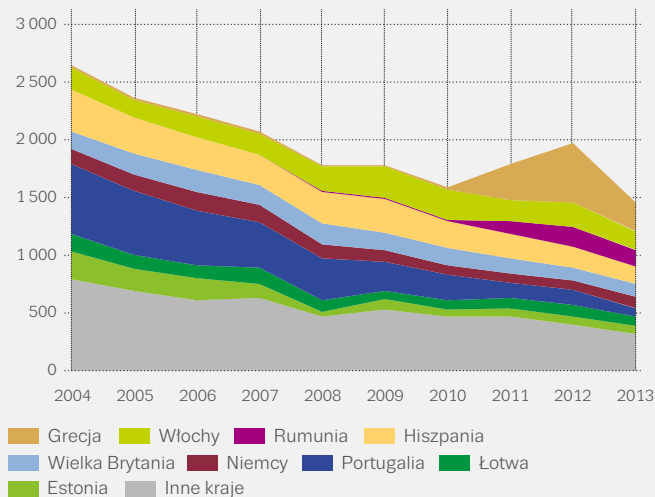
Tendencje w przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy



Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest heroina. Tendencje dotyczą osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest heroina. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika. Źródło skierowania: „system sądownictwa karnego” obejmuje sądy, policję i nadzór kuratorski; „system opieki zdrowotnej” obejmuje lekarzy rodzinnych, inne ośrodki leczenia uzależnień oraz służby ochrony zdrowia, medyczne i społeczne; „z własnej inicjatywy” oznacza inicjatywę pacjenta, rodziny i przyjaciół.

## WYKRES 2.13

Nowo rozpoznane przypadki HIV związane z używaniem narkotyków drogą wstrzykiwania: tendencje dotyczące liczby przypadków (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



Liczba przypadków na milion osób <5,0 5,1–10,0 >10,0

Uwaga: Dane za 2013 r. (źródło: ECDC).

zgłaszanych z Republiki Czeskiej, gdzie tendencja jest rosnąca. W przypadku pozostałych krajów europejskich iniekcja jako główna droga podawania amfetaminy w przypadku nowych pacjentów wykazuje tendencję spadkową. Wśród osób zgłaszających się po raz pierwszy na specjalistyczne leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest heroina, 33% wskazało, że główną drogą podania jest wstrzykiwanie (spadek z 43% w 2006 r.). Wśród pacjentów używających heroiny odsetek osób przyjmujących ją drogą iniekcji różni się w zależności od kraju i wynosi od 8% w Holandii do 100% na Litwie. Traktując trzy główne przyjmowane drogą iniekcji narkotyki łącznie, wśród pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie w Europie udział iniekcji jako głównej drogi podania spadł z 28% w 2006 r. do 20% w 2013 r.

### Liczba nowych przypadków HIV wśród osób wstrzykujących spada – Grecja likwiduje ognisko

Wstrzykiwanie narkotyków nadal odgrywa istotną rolę w przenoszeniu zakażeń krwiopochodnych, takich jak zapalenie wątroby typu C i w niektórych krajach ludzki wirus niedoboru odporności (HIV). Spośród wszystkich przypadków HIV zgłoszonych w Europie, w przypadku których droga transmisji była znana, odsetek zakażeń będących skutkiem iniekcijnego przyjmowania narkotyków utrzymuje się na niskim i stabilnym poziomie (poniżej 8% w ostatnim dziesięcioleciu).

Według najnowszych danych wzrost liczby zdiagnozowanych przypadków HIV w Europie wynikający z ognisk zakażeń w Grecji i Rumunii został powstrzymany i ogólna ich liczba w UE spadła do poziomu sprzed pojawienia się ognisk (Wykres 2.13). Według wstępnych danych w 2013 r. odnotowano 1458 nowych przypadków zakażenia w porównaniu z 1974 w 2012 r., co oznacza odwrócenie trendu wzrostowego obserwowanego od 2010 r. Spadek ten można w znacznej mierze wytłumaczyć sytuacją w Grecji, gdzie liczba nowych przypadków zmniejszyła się o ponad połowę od 2012 r. do 2013 r., w mniejszym zaś stopniu postępowi w Rumunii. Choć wydaje się, że ogniska zakażeń osiągnęły już w tych dwóch krajach swój szczytowy rozmiar, liczba nowych przypadków w 2013 r. pozostaje co najmniej dziesięciokrotnie wyższa od poziomu sprzed ich pojawienia się w roku 2010.

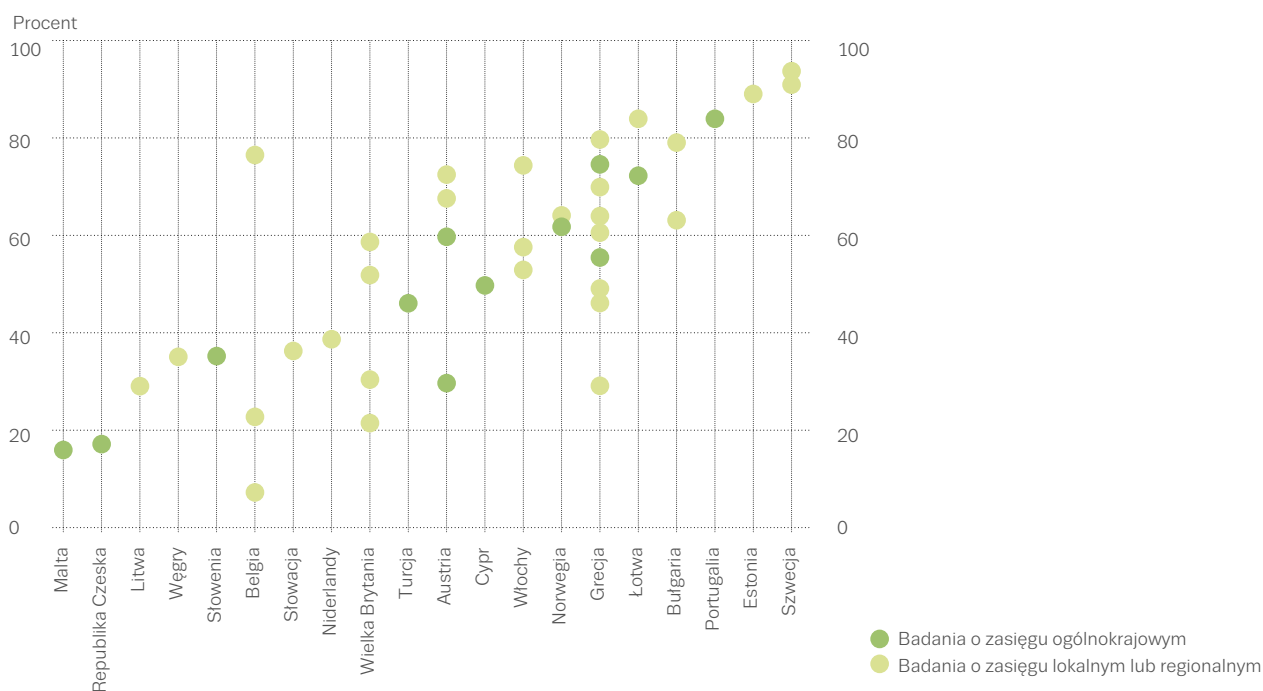
W 2013 r. średni wskaźnik nowo zdiagnozowanych przypadków HIV związanych z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji wyniósł 2,5 na milion mieszkańców, przy czym trzy kraje bałtyckie wykazywały wskaźniki od 8 do 22 razy wyższe od średniej unijnej. W innych krajach, w których w przeszłości występowały okresy z dużą liczbą nowych zakażeń, takich jak Hiszpania i Portugalia, tendencje dotyczące nowych rozpoznań są nadal spadkowe.

Wczesna diagnoza i natychmiastowe podjęcie odpowiedniego leczenia są ważne, aby zapobiec przejściu



## WYKRES 2.14

Rozpowszechnienie występowania przeciwciał HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą wstrzykiwania, 2012/2013 r.



od zakażenia HIV do AIDS. W 2013 r. pojawiło się 769 zawiadomień o nowych przypadkach AIDS w Europie, które można przypisać dożylnemu przyjmowaniu narkotyków. Stosunkowo duża liczba nowych przypadków zgłoszonych z Bułgarii, Łotwy, Grecji i Rumunii sugeruje, że zapobieganie AIDS i leczenie HIV w tych krajach wymagają usprawnienia.

Śmiertelność związana z HIV to jedna z najlepiej udokumentowanych pośrednich przyczyn zgonów wśród osób używających narkotyków. Według najnowszych szacunków w 2010 r. w Europie na HIV/AIDS powiązany z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji zmarło około 1700 osób. Mamy tutaj do czynienia z tendencją spadkową.

### Wirusowe zapalenie wątroby i inne choroby zakaźne związane z używaniem narkotyków

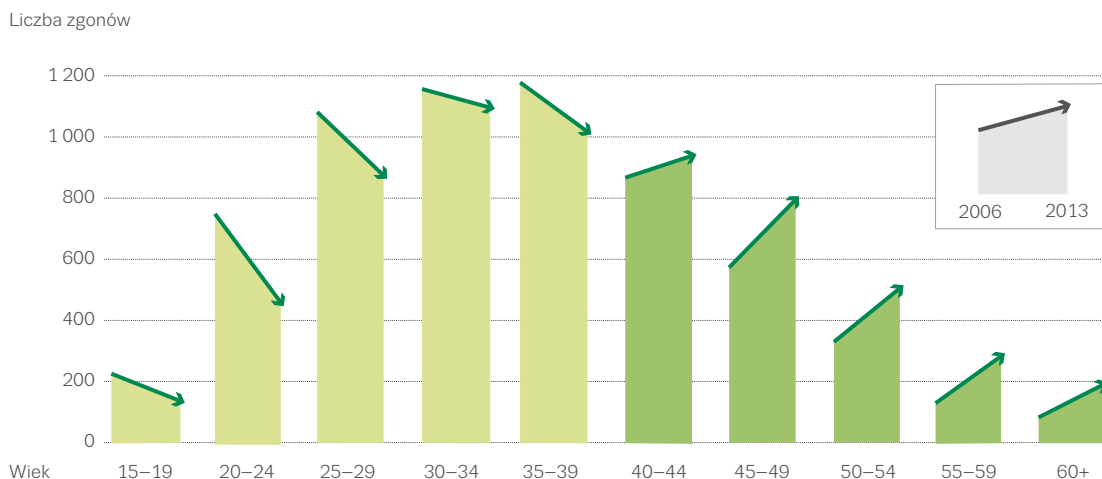
Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności zakażenie wywołane wirusem typu C (HCV), jest wysoce rozpowszechnione w całej Europie wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. Może ono mieć poważne długoterminowe konsekwencje, gdyż zakażenie wirusem typu C (HCV), często zaostrzone wskutek nadużywania alkoholu, odpowiada prawdopodobnie za coraz większą liczbę przypadków marskości wątroby, raka wątroby i zgonów wśród osób iniekcyjnie przyjmujących narkotyki.

W latach 2012–2013 poziom rozpowszechnienia przeciwciał HCV w krajowych próbkach pobranych od osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wynosił od 14% do 84%, przy czym 5 z 10 krajów dysponujących danymi zgłaszało rozpowszechnienie HCV przekraczające 50% (Wykres 2.14). Spośród krajów dysponujących krajowymi danymi dotyczącymi tendencji w latach 2006–2013 jedynie Norwegia zgłosiła mniejszą liczbę przypadków zakażenia HCV przez osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji, natomiast w sześciu pozostałych krajach odnotowano wzrost.

Używanie narkotyków może być czynnikiem ryzyka w przypadku innych chorób zakaźnych, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu A i B, chorób przenoszonych drogą płciową, gruźlicy, tężca i botulizmu. W Europie zgłoszono sporadyczne przypadki botulizmu przyrannego wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie. W Norwegii w okresie od września do listopada 2013 r. zgłoszono sześć potwierdzonych przypadków. Dwa skupiska przypadków botulizmu przyrannego – w Norwegii i Szkocji – stwierdzono w grudniu 2014 r.; dochodzenia z nimi związane trwały w 2015 r.

## WYKRES 2.15

Liczba zgonów spowodowanych przez narkotyki według grupy wiekowej w 2006 r. oraz w 2013 r.



### Zgony związane z narkotykami

Używanie narkotyków to jedna z głównych przyczyn możliwej do uniknięcia umieralności młodych osób w Europie, zarówno bezpośrednio wskutek przedawkowania (zgony spowodowane narkotykami) lub pośrednio w następstwie chorób, wypadków, zachowań agresywnych i samobójstw związanych z narkotykami. Większość badań na kohortach osób problemowo używających narkotyków wykazuje śmiertelność rzędu 1–2% rocznie i szacuje się, że co roku w Europie umiera od 10 000 do 20 000 osób używających opioidów. Ogólnie rzecz biorąc, osoby używające opioidów są co najmniej 10 razy bardziej narażone na śmierć niż inne osoby w tym samym wieku i tej samej płci. Niedawne badanie EMCDDA przeprowadzone w wielu lokalizacjach i wykorzystujące dane z dziewięciu krajów europejskich wykazało, że większość zgonów wśród osób zażywających narkotyki ma charakter przedwczesny i możliwy do uniknięcia. Podczas badania odnotowano 2886 zgonów w próbie ponad 31 000 uczestników, a całkowita roczna śmiertelność wyniosła 14,2 na 1000. Przyczynę zgonu zidentyfikowano w 71% przypadków; połowa zgonów nastąpiła z przyczyn zewnętrznych, głównie wskutek przedawkowania oraz w mniejszym stopniu samobójstw, a druga połowa z przyczyn somatycznych, w tym HIV/AIDS oraz chorób układu krążenia i układu oddechowego.

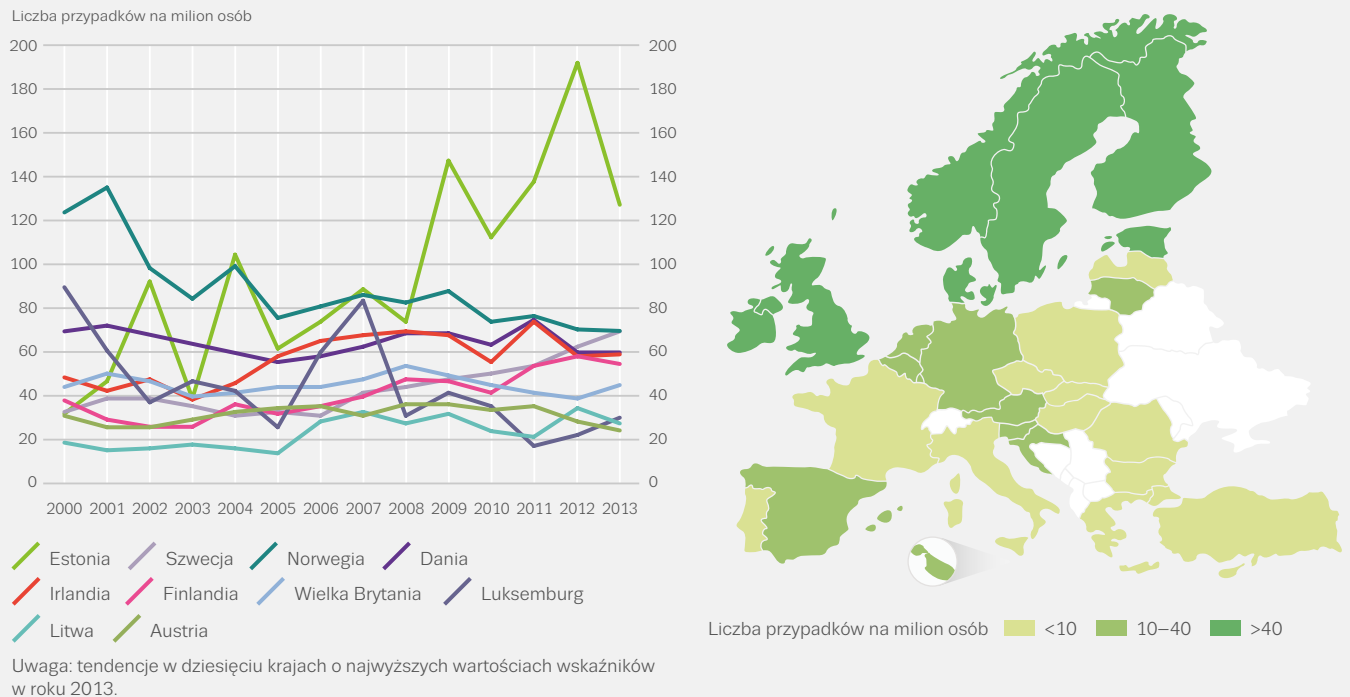
### Liczba zgonów z przedawkowania: niedawny wzrost w niektórych krajach

Przedawkowanie pozostaje główną przyczyną zgonów wśród osób problemowo używających narkotyków, a ponad trzy czwarte (78%) ofiar przedawkowania stanowią mężczyźni. Chociaż obawy budzą często zgony bardzo młodych ludzi, tylko 8% zgonów z przedawkowania zgłoszonych w Europie w 2013 r. dotyczyło osób poniżej 25. roku życia. W latach 2006–2013 można było zaobserwować spadek liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem wśród młodszych użytkowników narkotyków i wzrost tej liczby wśród starszych użytkowników (Wykres 2.15). Odzwierciedla to starzenie się populacji użytkowników opioidów w Europie, w przypadku których ryzyko zgonu wskutek przedawkowania jest najwyższe.

W większości krajów w okresie od 2003 r. do mniej więcej 2008–2009 r. odnotowywano tendencję wzrostową, jeśli chodzi o zgony spowodowane przedawkowaniem, lecz w późniejszym okresie ogólny poziom zgonów ustabilizował się, a następnie zaczął spadać. Przy interpretacji danych dotyczących przedawkowania, a zwłaszcza łącznej liczby dla UE należy z wielu powodów zachować ostrożność – niektóre kraje podają systematycznie zaniżone dane, a procesy rejestracji skutkują opóźnieniami w zgłoszeniach zarówno pojedynczych przypadków, jak i ogólnych liczb dla kraju. Ze względu na te opóźnienia całkowita liczba dla UE za rok bieżący jest wartością wstępną, która podlega weryfikacji w miarę pojawiania się nowych danych. Szacunki dla całej UE za 2013 r. mówią o co najmniej 6100 zgonach. Stanowi to niewielki wzrost w stosunku do poprawionych danych za 2012 r. Szczególnie niepokoi fakt, że dostrzegalne są

## WYKRES 2.16

Śmiertelność osób dorosłych (15–64 lat) wskutek używania narkotyków: wybrane tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



wzrosty w najnowszych danych z wielu krajów o względnie sprawnych systemach sprawozdawczości, w tym z Niemiec, Szwecji i Wielkiej Brytanii. Turcja również wykazuje wzrost, ale może być to częściowo przejawem usprawnienia sprawozdawczości.

W większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w Europie wykrywane są heroina lub jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami. W Wielkiej Brytanii (Anglii) i Turcji wzrost odnotowanych zgonów wiąże się w znacznej mierze z przypadkami, gdzie w grę wchodzi heroina. Poza heroiną w raportach toksykologicznych regularnie pojawiają się także inne opioidy – metadon, buprenorfina, fentanyle i tramadol, które obecnie wiąże się ze znaczną częścią zgonów spowodowanych przedawkowaniem w niektórych krajach.

Średni wskaźnik umieralności wskutek przedawkowania w 2013 r. w Europie szacuje się na 16 zgonów na milion mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat. Krajowe wskaźniki umieralności są bardzo różne i mają na nie wpływ takie czynniki, jak powszechność i wzory używania, w szczególności iniekcyjne używanie narkotyków, używanie opioidów, charakterystyka populacji używających narkotyków, ich dostępność i czystość, praktyki dotyczące zgłaszania oraz świadczenie usług. Siedem krajów zgłosiło wskaźniki wynoszące powyżej 40 zgonów na milion mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zgonów odnotowano w Estonii (127 na milion mieszkańców), Norwegii (70 na

milion mieszkańców) i Szwecji (70 na milion mieszkańców) (Wykres 2.16). Chociaż różnice w krajowych praktykach kodowania i sprawozdawczości, a także możliwe zaniżanie danych utrudniają porównania między krajami, analiza tendencji w czasie w poszczególnych krajach jest cennym narzędziem. Niedawno zaobserwowano poprawę wskaźnika zgonów z powodu przedawkowania w Estonii, choć pozostaje on osiem razy wyższy od średniej dla UE. Zgony spowodowane przedawkowaniem są głównie związane z wstrzykiwaniem fentanyle, czyli bardzo silnych opioidów.

**W większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w Europie wykrywane są heroina lub jej metabolity**

### Nowe substancje: coraz więcej szkód i zgonów związanych z narkotykami

Przybywa dowodów na rolę odgrywaną przez nowe substancje psychoaktywne w odnotowanych przez szpitale przypadkach zatruc i niektórych zgonach spowodowanych przez narkotyki w Europie. W 2014 r. system wczesnego ostrzegania UE wydał 16 ostrzeżeń w odniesieniu do nowych substancji monitorowanych przez ten mechanizm, z czego wiele dotyczyło poważnych zdarzeń niepożądanych, takich jak zgony. W niedawnej analizie przeprowadzonej w ramach sieci European Drug Emergency Network (Euro-DEN), która monitoruje przypadki zatruc w lokalizacjach w 10 krajach Europy, stwierdzono, że 9% wszystkich przypadków zatruc związanych z narkotykami było związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi, głównie katynonami. Ponadto 12% przypadków dotyczyło GHB lub GBL, a 2% – ketaminy.

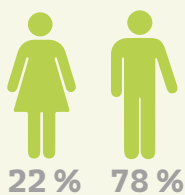
Ostatnie doniesienia o ostrym niekorzystnym wpływie na zdrowie syntetycznych kannabinoidów wskazują, że stosowanie tych substancji może w pewnych okolicznościach prowadzić do poważnych skutków zdrowotnych, w tym zgonu. W przeglądzie dokonany w 2015 r. stwierdzono, że wśród najczęstszych

negatywnych skutków zdrowotnych związanych z syntetycznymi kannabinoidami można wymienić tachykardię, ekstremalne pobudzenie i halucynacje.

Ocena znaczenia toksykologicznego jakiegokolwiek substancji dla zgonu jest często skomplikowana, zwłaszcza ze względu na to, że w przypadku większości zgonów spowodowanych przez narkotyki zażyto wiele substancji. Problemy te mogą być szczególnie duże w przypadku nowych narkotyków, które bywają trudne do wykrycia i których nie uwzględnia się w powszechnie stosowanych narzędziach przesiewowych. Mimo tych ograniczeń jest dostępna pewna ilość danych. Na przykład na Węgrzech nowe substancje psychoaktywne wykryto w około połowie zgłoszonych przypadków zgonów spowodowanych przez narkotyki w 2013 r. (14 z 31 przypadków). Opisy przypadków są również gromadzone przez system wczesnego ostrzegania w ramach oceny ryzyka nowych narkotyków. Dane te wskazują na rolę niektórych nowych substancji psychoaktywnych w zachorowalności i śmiertelności związanej z narkotykami; na przykład obecność syntetycznego katynonu MDPV, który został po raz pierwszy wykryty w 2008 r., stwierdzono w 99 przypadkach zgonów do chwili dokonania dotyczącej go oceny ryzyka w 2014 r.

## ZGONY ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI

### Charakterystyka



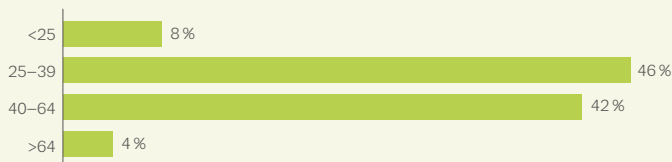
Średni wiek w momencie zgonu

37

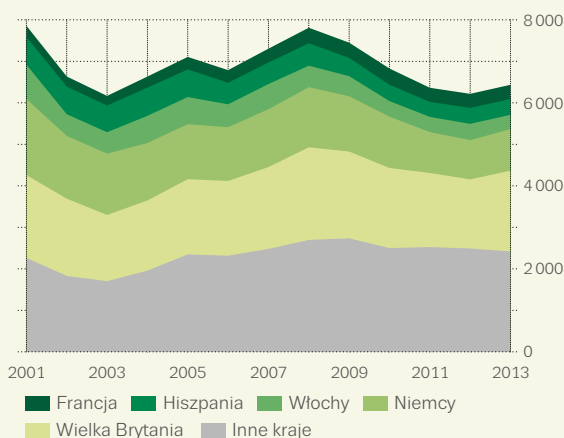
Zgony z obecnością opioidów



### Wiek w momencie zgonu



### Tendencje dotyczące zgonów spowodowanych przedawkowaniem



## WIĘCEJ INFORMACJI

**Publikacje EMCDDA****2015**

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Paper.

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Perspectives on Drugs.

**2014**

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

**2013**

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

**2012**

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

**2011**

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

**2010**

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

**2009**

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

**2008**

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

**Wspólne publikacje EMCDDA i ESPAD****2012**

Summary of the 2011 ESPAD report.

**Wspólne publikacje EMCDDA i ECDC****2012**

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

**Wszystkie publikacje są dostępne na stronie:**  
[www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 3

**Niniejszy rozdział dotyczy polityki  
i interwencji mających na celu  
zapobieganie, naprawę oraz  
ograniczenie szkód związanych  
z używaniem narkotyków**

# Reakcje na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym

Niniejszy rozdział dotyczy polityki i interwencji mających na celu zapobieganie, naprawę oraz redukcję szkód związanych z używaniem narkotyków. Skoncentrowano się w nim na zakresie, w jakim kraje przyjęły wspólne podejścia, ocenie, czy są one oparte na danych, oraz ustaleniu, czy świadczone usługi są dostosowane do szacowanych potrzeb. Do kluczowych obszarów polityki monitorowanych na poziomie europejskim należą krajowe strategie narkotykowe i plany działań, a także budżety i wydatki publiczne na działania związane z narkotykami.

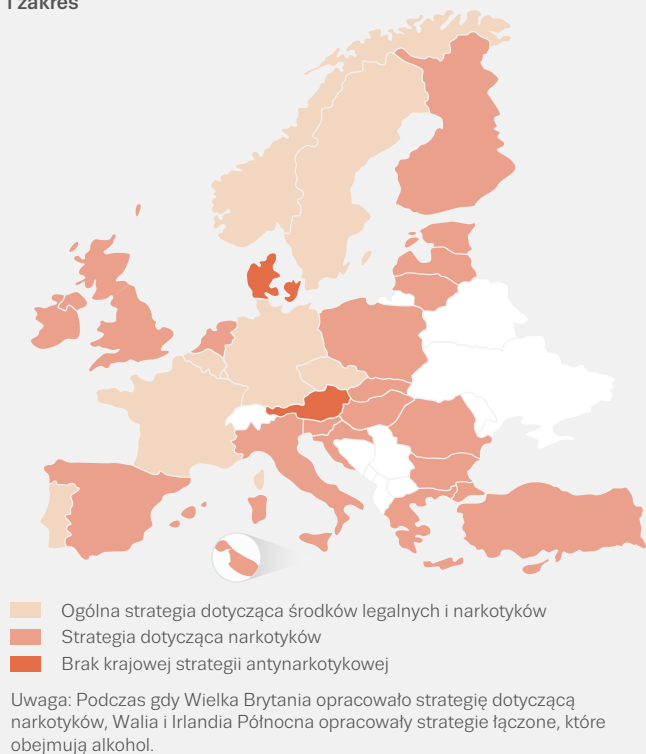
## Monitorowanie reakcji w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym

Wykorzystane w tym rozdziale dane pochodzą z punktów kontaktowych sieci Reitox oraz od eksperckiej grupy roboczej. Ich uzupełnienie stanowią raporty na temat zapotrzebowania na leczenie, leczenia substytucyjnego uzależnienia od opioidów oraz dostarczania igieł i strzykawek. W przypadku, gdy bardziej sformalizowane dane są niedostępne, uzupełniające informacje na temat dostępności usług pochodzą z ocen eksperckich. Niniejszy rozdział wykorzystuje także przeglądy dowodów naukowych dotyczących skuteczności interwencji w zakresie zdrowia publicznego.

Informacje uzupełniające można znaleźć na stronie internetowej EMCDDA w zakładce Health and social responses profiles (Profile reakcji w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym), w Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym), w Best practice portal (portalu najlepszych praktyk) oraz w dziale European drug policy and law (Europejska polityka i prawo antynarkotykowe).

## WYKRES 3.1

## Krajowe strategie antynarkotykowe i plany działania: dostępność i zakres



### Strategie antynarkotykowe na szczeblu państw i miast

Europejska strategia antynarkotykowa na lata 2013–2020 oraz towarzyszące jej plany działań tworzą ramy skoordynowanej reakcji na problemy narkotykowe w Europie. Na poziomie krajów znajdują one odzwierciedlenie w krajowych strategiach antynarkotykowych, ramach budżetowych i planach. Te okresowe dokumenty zazwyczaj zawierają zbiór ogólnych zasad, celów oraz priorytetów i określają działania oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Wszystkie kraje wdrożyły już krajową politykę antynarkotykową, którą we wszystkich oprócz dwóch opisano w dokumencie zawierającym krajową strategię antynarkotykową. Wyjątkami są Austria, gdzie strategię antynarkotykową włączono do planów regionalnych, oraz Dania, gdzie kwestii tej dotyczy większa liczba dokumentów strategicznych i działań. Osiem krajów przyjęło krajowe strategie oraz plany działania zarówno w odniesieniu do legalnych, jak i nielegalnych substancji psychoaktywnych (Wykres 3.1). Wiele krajów przeprowadza ocenę własnych strategii antynarkotykowych i planów działania a jej głównym celem jest ogólna analiza poziomu ich wdrożenia, jak też zmian w ogólnej sytuacji w obszarze narkotyków.

Władze miejskie w Europie są często odpowiedzialne za koordynację lokalnej polityki antynarkotykowej,

w niektórych przypadkach dysponując specjalnymi budżetami na ten cel. W wielu krajach istnieją także strategiczne dokumenty planistyczne, które wspierają wdrażanie polityki. W niedawnym badaniu EMCDDA opisano 10 stolic ze specjalną strategią antynarkotykową, a w niektórych przypadkach także towarzyszącym jej planem działania. Niektóre z nich były szeroko zakrojone, podczas gdy inne koncentrowały się na konkretnych zagadnieniach, takich jak zgony z przedawkowania, używanie GHB lub problemy związane z jawnymi zgromadzeniami, których uczestnicy spożywają narkotyki. W niektórych miastach bez konkretnej strategii antynarkotykowej cele polityki włączono do ogólnej lokalnej strategii zdrowotnej lub redukcji przestępczości. W innych problemy z narkotykami opisano w bardziej ogólnych regionalnych lub krajowych dokumentach strategicznych.

### Oszczędności mają wpływ na finansowanie interwencji zdrowotnych

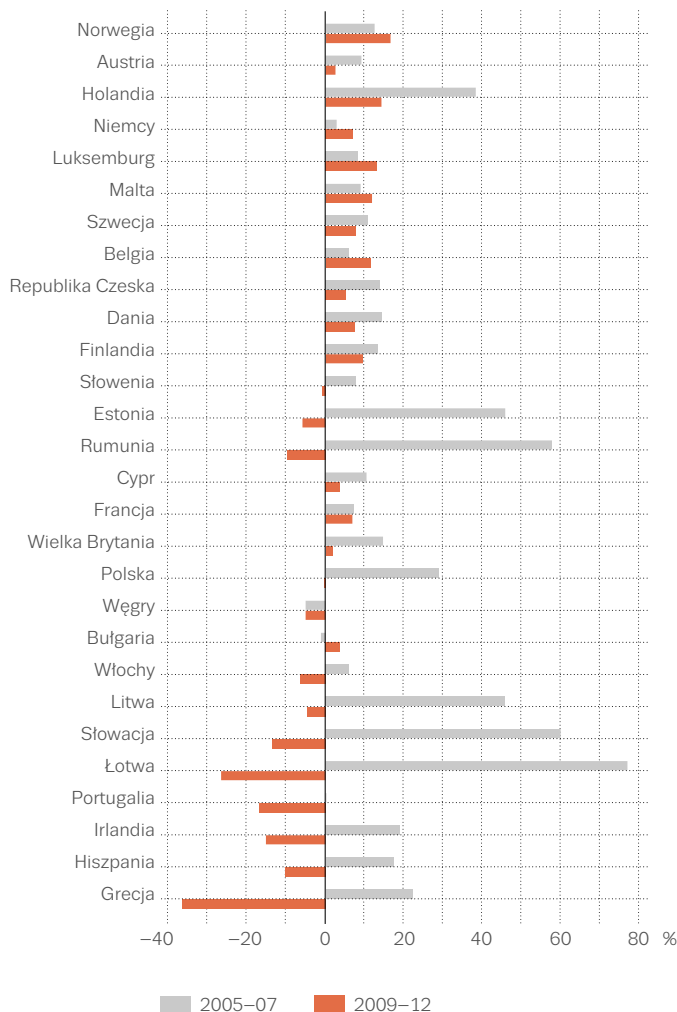
Informacje dostępne na temat związanych z narkotykami wydatków publicznych w Europie pozostają skromne i niejednorodne zarówno na poziomie lokalnym, jak i krajowym. W 18 krajach, które opracowały szacunki w ciągu ostatnich 10 lat, wydatki publiczne związane z narkotykami szacowane są między 0,01% a 0,5% produktu krajowego brutto, przy czym interwencje zdrowotne stanowią od 24 do 73% całkowitych wydatków związanych z narkotykami. Różnice w zakresie i jakości szacunków utrudniają porównanie wydatków publicznych związanych z narkotykami w poszczególnych krajach.

Po recesji, która dotknęła gospodarkę w 2008 r., wiele europejskich rządów wdrożyło środki konsolidacji fiskalnej, często określane jako środki oszczędnościowe. Rozmiar spowolnienia gospodarczego, jego wpływ oraz harmonogram i skala wdrożonych środków fiskalnych różniły się znacznie między krajami. W wielu krajach środki oszczędnościowe poskutkowały redukcją wydatków publicznych w tych obszarach działalności rządu, które obejmują większość inicjatyw związanych z narkotykami. Analiza przeprowadzona przez EMCDDA wskazuje, że ogólnie rzecz biorąc większe cięcia częściej dotykały sektor opieki zdrowotnej, niż inne obszary, takie jak porządku i bezpieczeństwa publicznego lub opieki społecznej. Dane za lata 2009–2012 wskazują na spadek wydatków publicznych na zdrowie w większości krajów w porównaniu z okresem sprzed recesji (2005–2007), przy czym w wielu krajach europejskich dochodziło do redukcji o więcej niż 10 punktów procentowych w cenach stałych (Wykres 3.2). Jako że wydatki na zdrowie związane z narkotykami stanowią niewielką część całkowitych wydatków na ochronę zdrowia publicznego (często mniej niż 1%),



## WYKRES 3.2

Szacowany skumulowany wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia (2005–2007 i 2009–2012), w cenach stałych



Źródło: Eurostat

tendencji w zakresie finansowania zagadnień związanych z narkotykami nie można wywnioskować bezpośrednio z tych danych. Niemniej jednak zmniejszenie finansowania ochrony zdrowia będzie zapewne mieć negatywny wpływ na inicjatywy związane z narkotykami, a raport EMCDDA wskazuje, że szczególnie ograniczone zostało finansowanie działań badawczych i prewencyjnych w tym obszarze.

**Zapobieganie używaniu narkotyków i problemom związanym z narkotykami wśród młodych ludzi jest kluczowym celem politycznym**

### Zapobieganie używaniu narkotyków przez młodych ludzi

Zapobieganie używaniu narkotyków i problemom związanym z narkotykami wśród młodych ludzi jest kluczowym celem politycznym oraz jednym z filarów europejskiej strategii antynarkotykowej na lata 2013–2020. Zapobieganie narkomanii opiera się na całym zestawie rozwiązań. Strategie środowiskowe i uniwersalne ukierunkowane są na całe populacje, profilaktyka selektywna dotyczy grup zwiększonego ryzyka, które mogą być bardziej narażone na problemowe używanie narkotyków, natomiast profilaktyka wskazująca koncentruje się na osobach zagrożonych. W ciągu ostatniej dekady wzrosła dostępność standardów jakości, które mogą wspomagać dokonywane interwencje oraz stosowanie najlepszych praktyk. European Drug Prevention Quality Standards Project (Europejski projekt ds. standardów jakości w zapobieganiu narkomanii) dostarcza zestawów narzędzi wspierających wdrażanie standardów w tej dziedzinie.

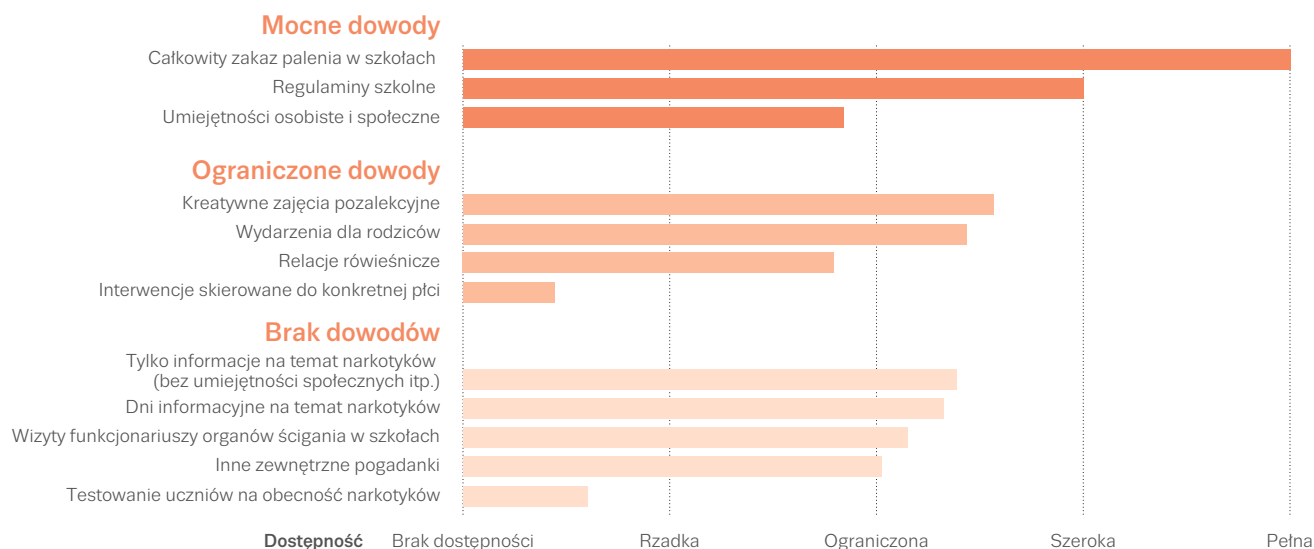
Istnieją względnie solidne dowody na skuteczność pewnych metod profilaktycznych, które mogą być stosowane w szkołach. Kraje zgłaszają szeroko zakrojone wdrażanie zakazów palenia w szkołach oraz szkolnych polityk antynarkotykowych, czyli metod, w przypadku których dysponujemy takimi dowodami; według raportów dość często stosowane są także metody profilaktyki oparte wyłącznie na udzielaniu informacji (Wykres 3.3). Dostarczanie informacji na tematy zdrowotne może mieć walory edukacyjne, jednak niewiele dostępnych dowodów wskazuje na to, aby ta forma profilaktyki miała wpływ na przyszłe zachowania związane z używaniem narkotyków.

W niektórych szkołach stosowane są metody polegające na wczesnym wykrywaniu i interwencji, często oparte na świadczeniu doradztwa dla młodych użytkowników tych substancji. Pozytywnie oceniono kanadyjski program Preventure skierowany do młodych, żadnych wrażeń osób pijących alkohol. Program zaadaptowano do celów wdrożenia w Republice Czeskiej, Holandii i Wielkiej Brytanii.

Jeżeli chodzi o dokonywanie interwencji profilaktycznych w odniesieniu do konkretnych grup zwiększonego ryzyka, najczęściej według zgłoszeń stosowane są metody ukierunkowane na rodziny borykające się z problemami nadużywania środków odurzających, jak też interwencje dotyczące uczniów z problemami społecznymi i w nauce oraz skierowane do młodych osób używających narkotyków w sposób okazjonalny, co może skutkować konfliktem z prawem. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj program wczesnej interwencji kryzysowej FreD –, który wdrożono

## WYKRES 3.3

Interwencje w szkołach w celu zapobiegania używaniu substancji odurzających:  
dostępność i dowody skuteczności (średnie europejskie oparte na ocenach eksperckich, 2013 r.)



Uwaga: Stwierdzenia dotyczące dowodów są oparte na Best practice portal (Portalu najlepszych praktyk) EMCDDA oraz standardach UNODC dotyczących dowodów.

już w 15 państwach członkowskich UE. Wyniki ewaluacji wskazują na pozytywny wpływ udziału w programie na postawy i zachowania młodzieży.

### Nowe narkotyki i nowe wyzwania

Pierwsze reakcje na pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych w krajach Europy miały głównie charakter regulacyjny, skupiając się na zapobieganiu wprowadzania ich do obrotu za pomocą instrumentów prawnych. Coraz większą uwagę przywiązuje się jednak do rozwoju ukierunkowanych działań edukacyjnych i profilaktycznych, a także szkoleń i podnoszenia świadomości wśród profesjonalistów. Ponadto służby zajmujące się zagadnieniami życia nocnego i użycia rekreacyjnego zazwyczaj włączają swoje metody reagowania na nowe substancje w ramy ustalonych już wcześniej metod. Coraz ważniejszą platformą świadczenia informacji i doradztwa jest także Internet. Wdrożono między innymi internetowe interwencje środowiskowe, aby dotrzeć do nowych grup docelowych. Przykłady obejmują inicjatywy użytkowników narkotyków, takie jak fora i blogi, które dostarczają informacji o ochronie konsumentów oraz porad. W kilku przypadkach interwencje te połączono z testowaniem narkotyków i sprawdzaniem pigulek, następnie wyniki i przesłania dotyczące ograniczania szkód rozpowszechniono w internecie.

Obecnie w Europie nowe substancje psychoaktywne nie wiążą się ze znacznym zapotrzebowaniem na leczenie specjalistyczne, choć w niektórych krajach widoczny jest rozwój w zakresie powiązanych usług. Pojawienie się nowych narkotyków przejawia się na różne sposoby w poszczególnych krajach, co znajduje odbicie w krajowych reakcjach. Na Węgrzech i w Rumunii, gdzie zgłoszono iniekcyjne używanie katynonów, ważną rolę odgrywają usługi wymiany igieł i strzykawek. W Wielkiej Brytanii, gdzie odnotowano użycie mefedronu na znaczącą skalę, kontakt z tą grupą pacjentów nawiązują specjalistyczne przychodnie ds. narkotyków klubowych i opracowywane są wytyczne dotyczące leczenia.

**Coraz ważniejszą platformą świadczenia informacji i doradztwa jest Internet**

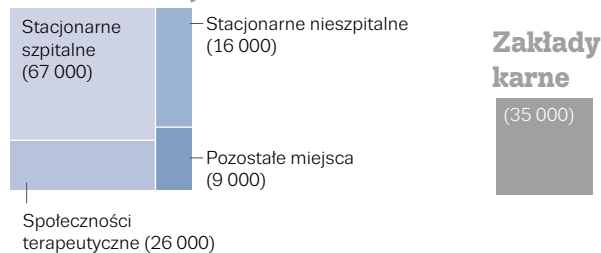
## WYKRES 3.4

Liczba osób leczonych z uzależnienia od narkotyków w Europie w 2013 r. według miejsca leczenia

## Leczenie ambulatoryjne



## Leczenie stacjonarne

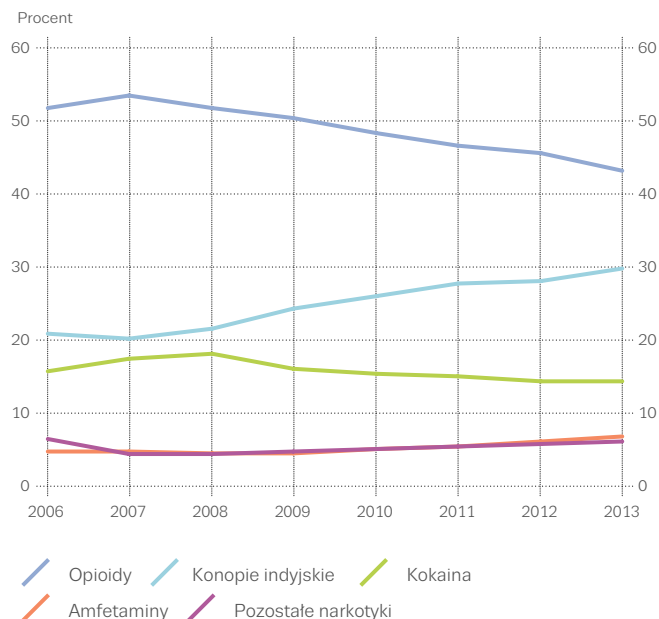


### Leczenie uzależnień w większości przypadków odbywa się w systemie ambulatoryjnym

Leczenie odwykowe w Europie odbywa się zazwyczaj w warunkach ambulatoryjnych – wyspecjalizowane ośrodki ambulatoryjne są największym dostawcą usług pod względem liczby obsługiwanych użytkowników narkotyków (następne w kolejności są zakłady ogólnej opieki zdrowotnej) (Wykres 3.4). Wśród tych ośrodków są gabinety lekarzy rodzinnych, co odzwierciedla ich rolę jako osób odpowiedzialnych za leczenie substytucyjne w niektórych dużych krajach, takich jak Niemcy i Francja. Duża część leczenia uzależnień w Europie odbywa się też w placówkach stacjonarnych, takich jak placówki szpitalne (np. szpitale psychiatryczne), społeczności terapeutyczne i specjalistyczne stacjonarne ośrodki leczenia uzależnień. Względne znaczenie świadczonych usług ambulatoryjnych i stacjonarnych w ramach krajowych systemów leczenia uzależnień jest bardzo zróżnicowane w poszczególnych krajach. Ponadto wiele krajów oferuje dostęp do niskoprogowych placówek, i choć wiele z nich nie zapewnia ustrukturyzowanego leczenia, w niektórych

## WYKRES 3.5

Tendencje dotyczące odsetka pacjentów podejmujących specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w podziale na narkotyki podstawowe



krajach, takich jak Francja i Republika Czeska, są one traktowane jako integralna część krajowego systemu leczenia uzależnień.

Szacuje się, że w Europie w 2013 r. co najmniej 1,6 mln osób (z tego 1,4 mln w Unii Europejskiej) poddano leczeniu uzależnienia od narkotyków. Jest to liczba wyższa o 0,3 mln od szacunków z 2012 r. Wzrost ten wynika w części z doskonalszych metod sprawozdawczych i nowych danych, w szczególności uwzględnienia 200 000 pacjentów ambulatoryjnych z Turcji.

Dane z monitorowania zgłoszeń na leczenie wskazują, że po osobach używających opioidów użytkownicy konopi indyjskich i kokainy stanowią odpowiednio drugą i trzecią pod względem liczebności grupę podejmującą specjalistyczne leczenie odwykowe (Wykres 3.5). Głównym sposobem leczenia stosowanym wobec tych pacjentów są interwencje psychospołeczne.

**Leczenie uzależnień w Europie w większości przypadków odbywa się w systemie ambulatoryjnym**

## WYKRES 3.6

**Leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów: najczęstszy sposób, lecz liczby maleją**

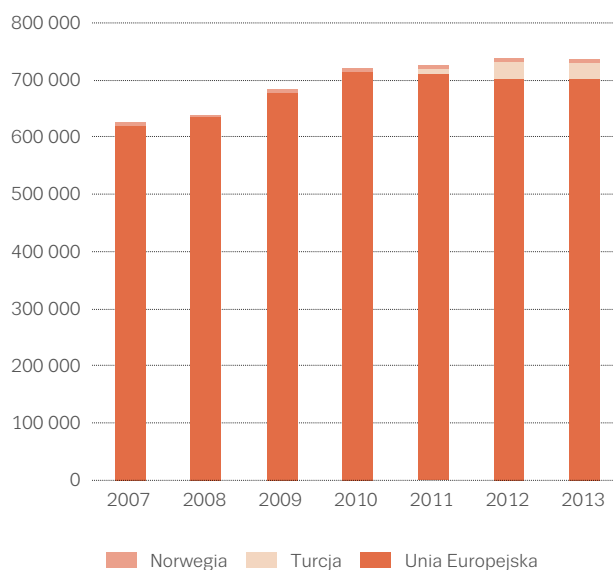
Użytkownicy opioidów stanowią największą grupę poddaną specjalistycznemu leczeniu w Europie i mają największy udział w wykorzystaniu dostępnych zasobów leczniczych. Najbardziej powszechnym sposobem leczenia uzależnienia od opioidów jest leczenie substytucyjne, na ogół zintegrowane z interwencjami psychospołecznymi. Na słuszność tego podejścia wskazują dostępne dowody – uzyskano pozytywne wyniki w odniesieniu do kontynuowania leczenia, ograniczenia zażywania nielegalnych opioidów i zgłoszonych ryzykownych zachowań oraz zredukowano szkody i śmiertelność związaną z narkotykami.

Metadon jest najczęściej przepisywanym substytutem opioidów, który otrzymuje ponad dwie trzecie (69%) pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym. Kolejnych 28% pacjentów leczy się buprenorfiną, która jest głównym lekiem substytucyjnym wykorzystywanym w sześciu krajach. Inne substancje, takie jak morfina o powolnym uwalnianiu lub diacetylmorfina (heroina), są przepisywane jedynie okazjonalnie i otrzymuje je około 3% osób objętych leczeniem substytucyjnym w Europie.

W 2013 r. w Unii Europejskiej leczenie substytucyjne otrzymywało około 700 000 osób używających opioidów; od 2011 r. zaobserwowano nieznaczną tendencję spadkową (Wykres 3.6). W latach 2010–2013 największy spadek w ujęciu względnym zaobserwowano w Republice Czeskiej (41% na podstawie szacunków), na Cyprze (39%) i w Rumunii (36). Najwyższy względny przyrost w tym samym okresie stwierdzono w Polsce (80%, z niskiego poziomu) oraz w Grecji (59%). Po uwzględnieniu danych z Turcji i Norwegii oszacowanie liczby osób objętych leczeniem substytucyjnym w 2013 r. zwiększa się do 737 000.

**Użytkownicy opioidów stanowią największą grupę poddaną specjalistycznemu leczeniu w Europie**

Tendencje dotyczące liczby pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym uzależnienia od opioidów

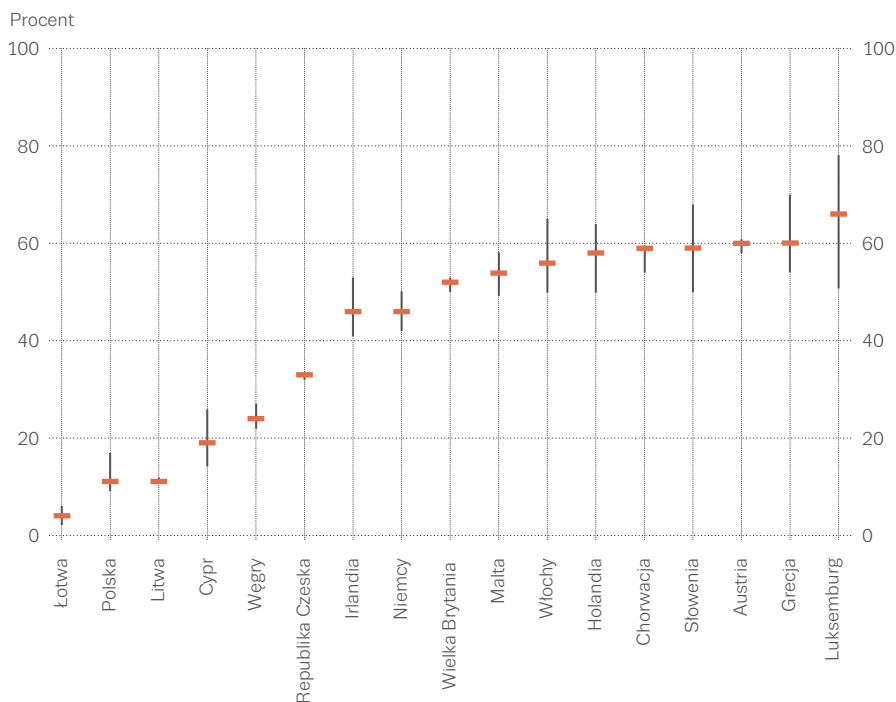
**Ponad połowa osób używających opioidów otrzymuje leczenie substytucyjne**

Szacuje się, że wskaźnik dostępności leczenia substytucyjnego uzależnienia od opioidów, czyli odsetek osób potrzebujących objętych interwencją, wynosi ponad 50% osób problemowo używających opioidów w Europie. Oszacowanie to należy traktować ostrożnie ze względów metodologicznych, ale w wielu krajach większość osób używających opioidów ma lub miała kontakt z leczeniem. Wciąż istnieją jednak duże różnice dotyczące wskaźnika dostępności w poszczególnych krajach. Najniższy wskaźnik dostępności (około 10% lub mniej) odnotowano na Łotwie, Słowacji i w Polsce (Wykres 3.7).

Choć są one mniej powszechne, alternatywne możliwości leczenia dla osób używających opioidów są dostępne we wszystkich krajach europejskich. W dziesięciu krajach, które dysponują wystarczającymi danymi, dostępność innych form leczenia niż leczenie substytucyjne obejmuje zasadniczo od 4% do 71% wszystkich osób problemowo używających opioidów.

## WYKRES 3.7

Odsetek osób problemowo używających opioidów objętych leczeniem substytucyjnym (dane szacunkowe)



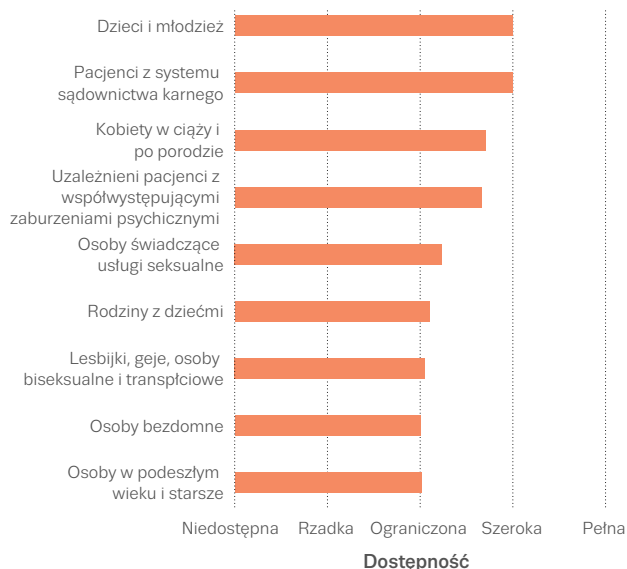
Uwaga: dane zaprezentowano za pomocą estymacji punktowej i przedziałów ufności.

## WYKRES 3.8

### Ukierunkowane interwencje jako reakcja na zróżnicowane potrzeby

Ukierunkowane interwencje mogą ułatwić dostęp do leczenia i zapewnić zaspokojenie potrzeb różnych grup. Dostępne informacje wskazują, że takie podejście jest obecnie najczęściej dostępne w przypadku młodych użytkowników narkotyków, osób skierowanych przez system sądownictwa karnego oraz kobiet w ciąży (Wykres 3.8). Rzadziej dostępne były ukierunkowane programy dla bezdomnych i starszych użytkowników narkotyków oraz używających narkotyków lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych, choć wiele krajów zgłaszało zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia.

Dostępność programów leczenia uzależnień od narkotyków dla grup docelowych w Europie (oceny eksperckie, 2013 r.)



## WYKRES 3.9

Dostępność specjalistycznych programów leczenia dla osób używających konopi indyjskich w krajach europejskich



### Leczenie w odniesieniu do konopi dostępne w połowie krajów

W Europie rośnie dostępność leczenia przeznaczonego specjalnie dla osób uzależnionych od konopi indyjskich – oferuje je obecnie połowa krajów. W pozostałych krajach leczenie dla osób uzależnionych od konopi jest świadczone w ramach generalnych programów dotyczących substancji odurzających (Wykres 3.9). Usługi dla osób używających konopi indyjskich są zróżnicowane, od krótkich interwencji świadczonych przez Internet do długoterminowej terapii w specjalistycznych ośrodkach. Chociaż w większości przypadków leczenie tej grupy odbywa się w obrębie społeczności lub w warunkach ambulatoryjnych, nie zawsze tak jest. Około jednej piątej osób rozpoczynających specjalistyczne stacjonarne leczenie odwykowe podaje, że ich główny problem wiąże się z konopiami indyjskimi.

W leczeniu problemów z konopiami indyjskimi wykorzystuje się podejścia psychospołeczne; w przypadku ludzi młodych często wykorzystywane są interwencje rodzinne, a w przypadku dorosłych interwencje poznawczo-behawioralne. Dostępne dane wskazują na słuszność koncepcji łączenia terapii poznawczo-behawioralnej, wywiadu motywacyjnego i wzmacniania motywacji do pozytywnych zachowań. Są ponadto dowody wskazujące na skuteczność wielowymiarowej terapii rodzinnej w przypadku młodych osób używających konopi indyjskich.

Interwencje internetowe rozszerzyły zasięg i zakres geograficzny programów dotyczących konopi indyjskich. Interwencje te oferują nowy sposób nawiązania kontaktu z osobami z problemem narkotykowym i mogą umożliwić dostęp do pewnych grup użytkowników, którzy nie są aktualnie w kontakcie ze specjalistycznymi służbami przeciwdziałania narkomanii.

### Dostosowanie leczenia do potrzeb starszych użytkowników narkotyków

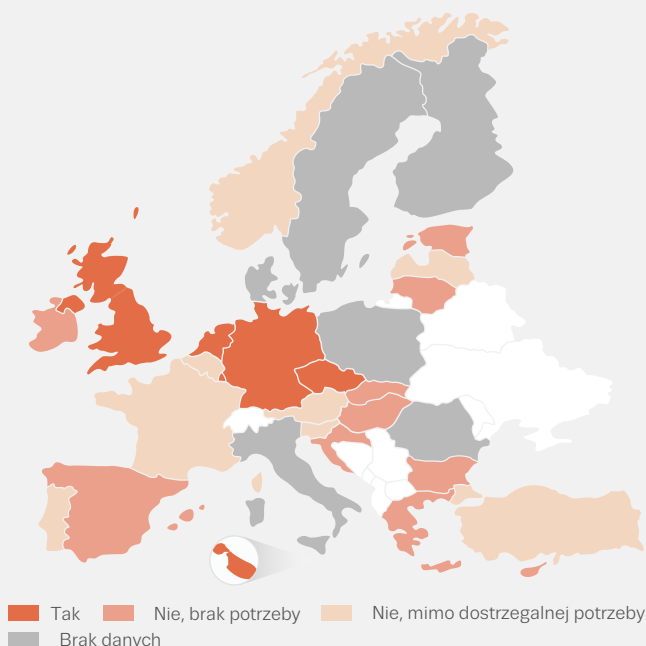
Tendencje demograficzne wśród problemowych użytkowników narkotyków w Europie rodzą istotne pytania dotyczące adekwatności interwencji w przypadkach uzależnień do potrzeb starszych pacjentów. Osoby powyżej 40. roku życia będą wkrótce stanowić większość leczonych problemowych użytkowników opioidów. Oprócz problemów zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków użytkownicy opioidów coraz częściej cierpią też na schorzenia związane z procesem starzenia, często nasilone przez prowadzony styl życia. Potrzebne są wytyczne kliniczne, które uwzględnią zmiany demograficzne wśród osób problemowo używających opioidów w Europie. Przyczynią się one do skutecznej praktyki klinicznej, gdyż zagadnienia związane z interakcjami między lekami, sposobami podania, możliwością zabrania leku do domu i leczeniem bólu stają się coraz bardziej złożone i ważne.

Niewiele krajów zgłosiło dostępność programów skierowanych do starszych użytkowników narkotyków. Ta grupa pacjentów korzysta zwykle z istniejących usług leczenia odwykowego (zob. Wykres 3.10). Jednak w Niemczech i Holandii powstały domy spokojnej starości dostosowane do potrzeb starszych użytkowników narkotyków. W przyszłości programy leczenia odwykowego i opieki będą musiały zostać zmodyfikowane i rozwinięte, aby zapewnić odpowiedni poziom opieki tej starzejącej się grupie. Będzie to zapewne wiązać się z koniecznością przeszkolenia pracowników oraz zmianami w zakresie świadczenia usług. Jest to grupa pacjentów stosunkowo słabo zintegrowana z powszechnym systemem ochrony zdrowia i o niskim poziomie przestrzegania zaleceń lekarskich, więc oczywista jest potrzeba kontynuowania podejścia multidyscyplinarnego po zakończeniu terapii odwykowej.

**Niewiele krajów zgłosiło  
dostępność programów  
skierowanych do starszych  
użytkowników narkotyków**

## WYKRES 3.10

Dostępność programów skierowanych do starszych użytkowników narkotyków (oceny eksperckie, 2013 r.)



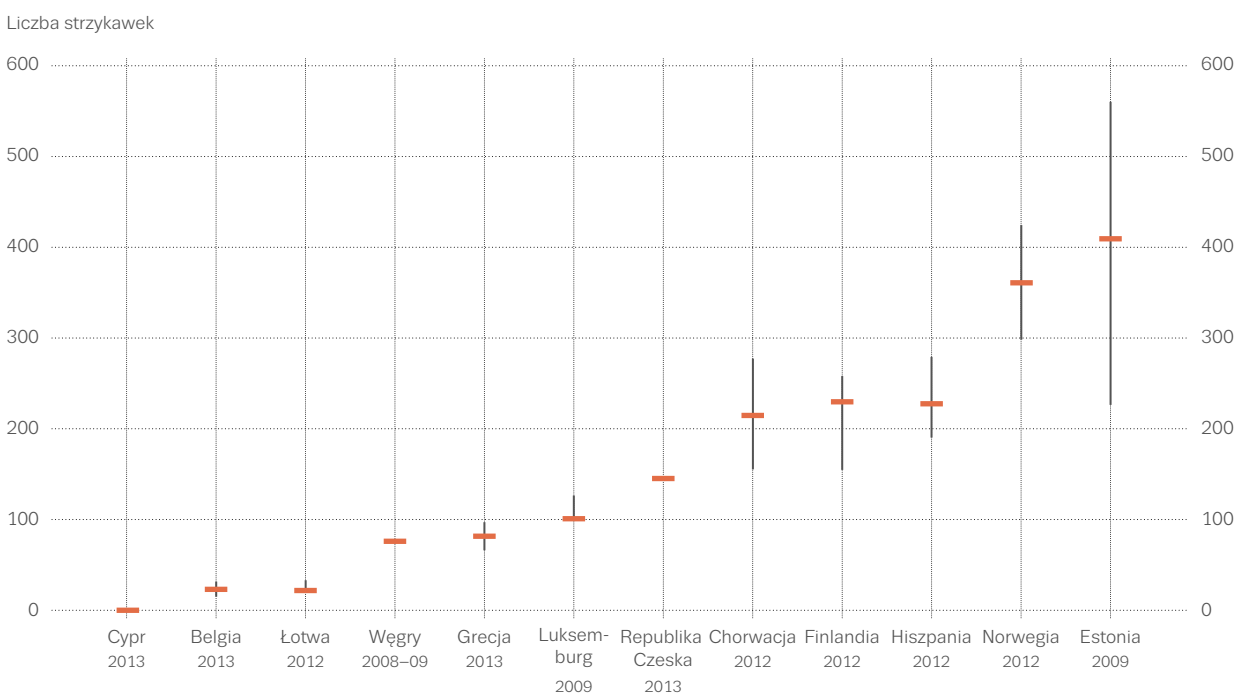
### Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych

Osoby używające narkotyków, zwłaszcza drogą iniekcji, są zagrożone chorobami zakaźnymi wskutek dzielenia się sprzętem do przyjmowania narkotyków oraz nawiązywania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia. W związku z tym zapobieganie przenoszeniu się HIV, wirusowego zapalenia wątroby oraz innych zakażeń to ważny cel europejskiej polityki antynarkotykowej. W przypadku iniekcyjnych użytkowników opioidów wykazano, że leczenie substytucyjne ogranicza zachowania ryzykowne, a inne badania wskazują, że skutek ochronny zwiększa się w połączeniu z programami wymiany igieł i strzykawek.

W latach 2007–2013 liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów wzrosła z 43 mln do 49 mln w 24 krajach stanowiących 48% ludności UE. Na poziomie krajowym widoczne są pewne rozbieżności – w około połowie krajów liczba rozdawanych strzykawek wzrosła, a w połowie spadła. Wśród 12 krajów posiadających aktualne szacunki na temat powszechności iniekcyjnego używania narkotyków średnia liczba strzykawek rozprowadzonych w 2013 r. w ramach specjalistycznych programów, przypadająca na jedną osobę iniekcyjnie przyjmującą narkotyki, wyniosła od mniej niż jednej na Cyprze do ponad 300 w Estonii i Norwegii (Wykres 3.11).

## WYKRES 3.11

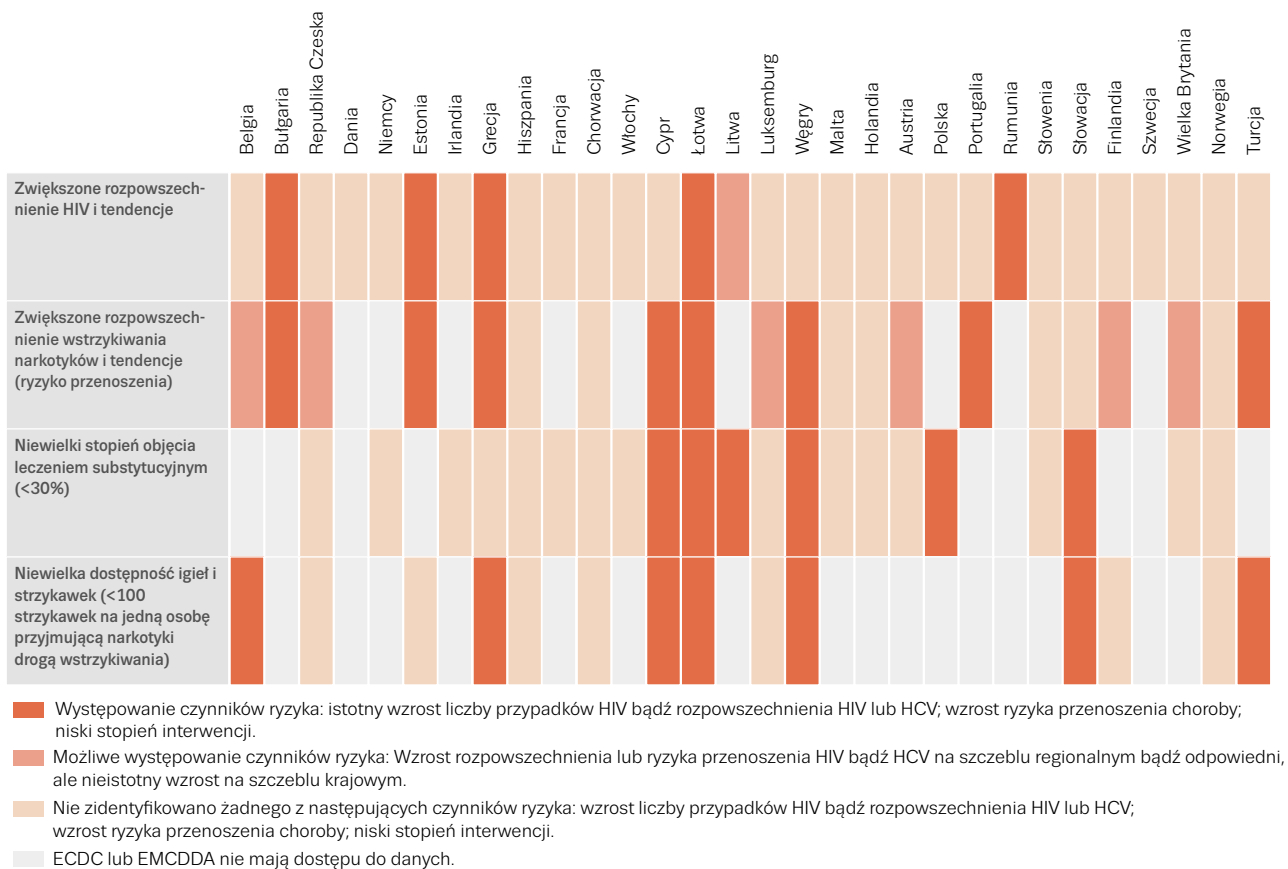
Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów, przypadających na jedną osobę przyjmującą narkotyki drogą iniekcji (dane szacunkowe)



Uwaga: dane zaprezentowano za pomocą estymacji punktowej i przedziałów ufności.

## WYKRES 3.12

## Podsumowanie wskaźników podwyższonego ryzyka zakażeń HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki



Aby uzyskać więcej informacji, zob. uzupełniającą tabelę w internecie.

Chociaż ogólnie w Europie dostępność środków zapobiegania HIV wzrasta, znacząca liczba osób zażywających narkotyki dożylnie nadal ma ograniczony dostęp do usług. Przegląd najważniejszych wskaźników potencjalnego ryzyka pokazano na Wykresie 3.12. W oparciu o wyniki tej prostej analizy można stwierdzić, że w około jednej trzeciej krajów występuje podwyższone ryzyko, co wskazuje na konieczność zachowania czujności i rozszerzenia zakresu profilaktyki HIV.

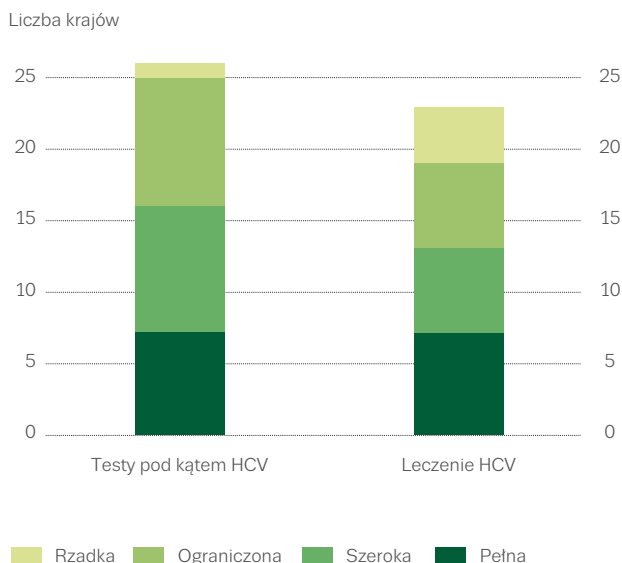
### Poprawa leczenia zapalenia wątroby typu C

Środki profilaktyczne przeciwko rozprzestrzenianiu się wirusowego zapalenia wątroby typu C są podobne do tych dotyczących HIV. Na szczeblu strategicznym coraz więcej krajów przyjmuje lub przygotowuje specjalne strategie dotyczące WZW typu C. Inicjatywy ukierunkowane na badanie i doradztwo w zakresie WZW typu C dla osób iniekcyjnie przyjmujących narkotyki stały się powszechniejsze w ostatnich latach, ale nadal mają ograniczony zasięg. Wprowadzono nowe narzędzia diagnostyczne (takie jak Fibroscan), a nowe leki skróciły czas trwania leczenia i ograniczyły jego niekorzystne skutki uboczne, ułatwiając przestrzeganie zaleceń lekarskich. Jednak pomimo rosnących dowodów na skuteczność leczenia przeciwwirusowego WZW C w przypadku osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, zgłaszana dostępność takiego leczenia pozostaje ograniczona w wielu krajach (zob. Wykres 3.13). Może to być częściowo spowodowane wysokimi kosztami nowych leków.



WYKRES 3.13

Dostępność testów na obecność wirusa zapalenia wątroby typu C i leczenia (oceny eksperckie, 2013 r.)



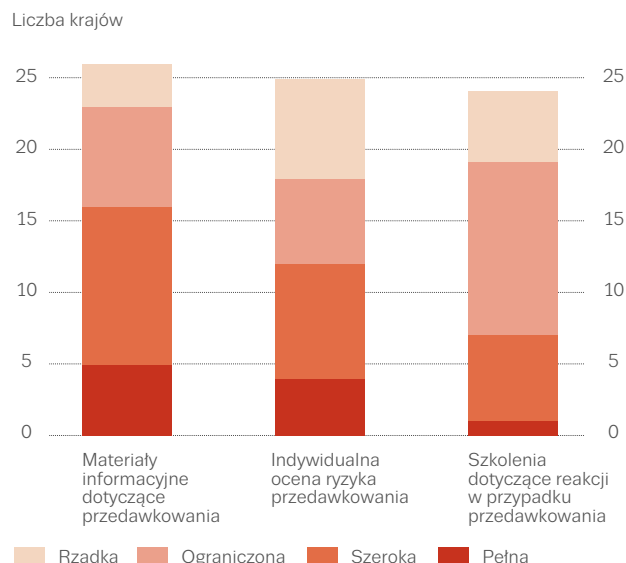
### Zapobieganie przedawkowaniom i zgonom związanym z narkotykami

Zmniejszenie liczby przypadków przedawkowania narkotyków ze skutkiem śmiertelnym i innych zgonów związanych z narkotykami pozostaje podstawowym wyzwaniem dla europejskiej polityki w obszarze zdrowia publicznego. Ukierunkowane reakcje w tym obszarze skupiają się albo na zapobieganiu przedawkowaniom, albo na zwiększaniu prawdopodobieństwa przeżycia przedawkowania. Leczenie uzależnienia od narkotyków, w szczególności leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów, zapobiega przedawkowaniom i zmniejsza ryzyko zgonu u osób używających narkotyków.

Jeżeli chodzi o interwencje mające na celu zmniejszenie liczby zgonów związanych z narkotykami, najpowszechniejsze jest udostępnianie informacji i materiałów dotyczących profilaktyki przedawkowania (Wykres 3.14). Szkolenie w zakresie reagowania w przypadku przedawkowania, w tym także dystrybucja naloksonu, będącego antagonistą opioidów, może uratować życie w sytuacji przedawkowania. Ta forma reakcji jest jednak mniej powszechnie dostępna. W nowych wytycznych WHO pojawiło się wyraźne zalecenie, aby osobom, które mogą być świadkami przedawkowania, umożliwić dostęp do naloksonu i przeszkolić je w jego podawaniu, żeby mogły z niego skorzystać w nagłych przypadkach związanych z podejrzeniem przedawkowania opioidów. Obecnie systemy podawania naloksonu działają w siedmiu krajach – w ostatnich latach ustanowiono je w Danii, Estonii i Norwegii, czyli krajach, gdzie wskaźniki przypadków przedawkowania są wysokie. Niedawne badania ze Szkocji (Wielka Brytania) wykazały, że

WYKRES 3.14

Dostępność reakcji na zgony spowodowane narkotykami (oceny eksperckie, 2013 r.)



zwiększenie liczby zestawów naloksonu udostępnianych „zagrożonym” więźniom w chwili zwolnienia zbiegło się ze znacznym spadkiem liczby zgonów związanych z opioidami następujących w ciągu pierwszych czterech tygodni po wyjściu z zakładu karnego.

Jednym z celów udostępniania nadzorowanych pomieszczeń do konsumpcji narkotyków jest ograniczenie przypadków przedawkowania i zwiększenie szans na przeżycie w przypadku przedawkowania. Takie pomieszczenia są dostępne obecnie w sześciu krajach – w sumie istnieje około 70 takich obiektów. Ze względu na spadek zapotrzebowania w ciągu ostatnich lat, kilka pomieszczeń zostało zamkniętych.

### Zdrowie więźniów – potrzeba kompleksowej reakcji

Wśród więźniów odnotowuje się wyższy odsetek osób, które co najmniej raz użyły narkotyków, niż w populacji

**Leczenie uzależnienia od narkotyków, w szczególności leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów, zapobiega przedawkowaniom i zmniejsza ryzyko zgonu u osób używających narkotyków**

ogólnej oraz bardziej szkodliwe wzory używania substancji. Potwierdzają ten fakt ostatnie badania, według których od 6% do 31% więźniów przynajmniej raz w życiu przyjmowało narkotyki drogą iniekcji. W momencie przyjęcia do zakładu karnego większość osób używających narkotyków ogranicza ich konsumpcję lub jej zaprzestaje. Narkotyki przedostają się jednak do wielu zakładów i niektórzy więźniowie kontynuują używanie narkotyków lub nawet zaczynają ich używać w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Wśród więźniów zaobserwowano także wysokie wskaźniki zapalenia wątroby typu C i innych chorób zakaźnych. Częste występowanie problemów narkotykowych wśród więźniów oznacza, że ważnym rodzajem interwencji jest badanie lekarskie po przyjęciu do zakładu karnego. WHO zaleciła niedawno pakiet działań profilaktycznych obejmujący bezpłatne i dobrowolne badania pod kątem chorób zakaźnych, dystrybucję prezerwatyw i sterylnego sprzętu do iniekcji, leczenie chorób zakaźnych oraz leczenie uzależnienia od narkotyków.

W wielu krajach funkcjonują obecnie partnerstwa między służbami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną w zakładach karnych a zewnętrznymi placówkami medycznymi. Takie partnerstwa mają na celu interwencje ukierunkowane na edukację zdrowotną i leczenie w zakładach karnych oraz kontynuację opieki w trakcie pobytu w zakładzie i po jego opuszczeniu. Zasadniczo opieka zdrowotna w zakładach karnych pozostaje w gestii ministrów sprawiedliwości lub spraw wewnętrznych, jednak w niektórych krajach odpowiedzialność za tę opiekę zdrowotną przejęły resorty zdrowia, co może umożliwić lepszą integrację tej opieki z ogólną służbą zdrowia.

Dostępność leczenia substytucyjnego opioidów w więzieniach zgłosiło 26 z 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA, chociaż w trzech spośród tych krajów w 2013 r. nie odnotowano żadnych aktywności. Ogólnie rzecz biorąc, wydaje się, że poziom dostępności takich usług dla więźniów wzrasta, co odzwierciedla powszechną dostępność tej interwencji w społeczności. Mogą jednak istnieć pewne ograniczenia w dostępie – na przykład w Republice Czeskiej i na Łotwie leczenie w zakładzie karnym ogranicza się tylko do tych osób, którym zostało ono przepisane przed pozbawieniem ich wolności. Dostarczanie czystego sprzętu do iniekcji także jest rzadsze – tylko cztery kraje zgłaszają obecność programów wymiany igieł i strzykawek w więzieniach.

**Częste występowanie problemów narkotykowych wśród więźniów oznacza, że ważnym rodzajem interwencji jest badanie lekarskie po przyjęciu do zakładu karnego**

## WIĘCEJ INFORMACJI

## Publikacje EMCDDA

## 2015

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

## 2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on Drugs.

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

## 2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on Drugs.

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on Drugs.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on Drugs.

## 2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuals.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

## 2011

Drug policy profiles: Portugal.

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

## 2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

## Wspólne publikacje EMCDDA i ECDC

## 2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

**Wszystkie publikacje są dostępne na stronie:**  
[www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# Załącznik

**Przedstawione tu dane krajowe  
stanowią podzbiór danych zawartych  
w Statistical Bulletin  
(Biuletynie Statystycznym) EMCDDA,  
w którym dostępne są dodatkowe dane,  
dane za inne lata, uwagi i metadane**

TABELA A1

## OPIOIDY

Kraj	Dane szacunkowe dotyczące problemowego używania opioidów	Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy						Pacjenci objęci leczeniem substytucyjnym
		% pacjentów uzależnionych od opioidów na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących opioidy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)			
		Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	
Liczba przypadków na 1000 osób	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	liczba	
Belgia	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bułgaria	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
Republika Czeska	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Dania	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Niemcy	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Estonia	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Irlandia	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Grecja	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Hiszpania	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
Francja	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Chorwacja	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Włochy	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Cypr	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Łotwa	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Litwa	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luksemburg	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Węgry	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Holandia	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Austria	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Polska	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugalia	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Rumunia	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Słowenia	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Słowacja	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finlandia	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Szwecja	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Wielka Brytania	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Turcja	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Norwegia	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Unia Europejska	–	<b>41 (168 102)</b>	<b>18,7 (28 425)</b>	<b>57,1 (109 107)</b>	<b>38,2 (46 285)</b>	<b>28,4 (6 153)</b>	<b>43,3 (37 806)</b>	701 449
UE, Turcja i Norwegia	–	<b>41,3 (175 910)</b>	<b>19,9 (30 965)</b>	<b>57,6 (112 109)</b>	<b>30,4 (48 486)</b>	<b>28,5 (6 898)</b>	<b>43,5 (39 262)</b>	737 160

Rok i metoda oszacowania problemowego używania opioidów różnią się w poszczególnych krajach.  
Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie dotyczy pacjentów rozpoczynających leczenie w danym roku.

TABELA A2

## KOKAINA

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy					
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od kokainy na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących kokainę drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64 lat)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34 lat)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16 lat)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczenia uprzednio	Wszyscy pacjenci	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczenia uprzednio
%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bułgaria	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Republika Czeska	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Dania	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Niemcy	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Estonia	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Irlandia	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Grecja	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Hiszpania	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
Francja	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Chorwacja	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Włochy	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Cypr	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Łotwa	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litwa	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Luksemburg	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Węgry	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Holandia	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Austria	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Polska	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugalia	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Rumunia	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Słowenia	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Słowacja	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finlandia	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Szwecja	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Wielka Brytania	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Turcja	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norwegia	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
Unia Europejska	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

Szacunkowe wskaźniki używania dla ogólnej populacji pochodzą z reprezentatywnych badań krajowych. Rok i metoda badania różnią się w zależności od kraju. Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji szkolnej pochodzą z krajowych badań szkolnych lub projektu ESPAD.

TABELA A3

## AMFETAMINY

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy					
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od amfetamin na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących amfetaminy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64 lat)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34 lat)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16 lat)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio
%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	–	–	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bułgaria	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Republika Czeska	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Dania	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Niemcy	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	–	–	–	–
Estonia	–	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Irlandia	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Grecja	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hiszpania	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
Francja	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	–
Chorwacja	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Włochy	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Cypr	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Łotwa	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Litwa	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	–	–	–
Luksemburg	–	–	–	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Węgry	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malta	0,3	–	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Holandia	3,1	–	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Austria	2,5	0,9	–	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Polska	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugalia	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	–
Rumunia	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	–	–	–
Słowenia	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	–	–	–
Słowacja	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finlandia	2,3	1,6	–	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Szwecja	–	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Wielka Brytania	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Turcja	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Norwegia	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	–	–	–	–	–
Unia Europejska	3,5	1,0	–	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

TABELA A4

## EKSTAZY

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy		
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od ekstazy na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64 lat)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34 lat)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16 lat)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczenia uprzednio
	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bułgaria	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Republika Czeska	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Dania	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Niemcy	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonia	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irlandia	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Grecja	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Hiszpania	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
Francja	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Chorwacja	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Włochy	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Cypr	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Łotwa	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Litwa	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luksemburg	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Węgry	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Holandia	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Austria	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Polska	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugalia	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Rumunia	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Słowenia	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Słowacja	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlandia	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Szwecja	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Wielka Brytania	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Turcja	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Norwegia	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Unia Europejska	<b>3,6</b>	<b>1,4</b>	–	<b>0,3 (1 050)</b>	<b>0,4 (583)</b>	<b>0,2 (415)</b>
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	<b>0,3 (1 105)</b>	<b>0,4 (624)</b>	<b>0,2 (429)</b>



TABELA A5

## KONOPIE INDYJSKIE

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy		
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od konopi indyjskich na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64 lat)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34 lat)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16 lat)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio
	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bułgaria	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
Republika Czeska	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Dania	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Niemcy	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Estonia	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Irlandia	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Grecja	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Hiszpania	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
Francja	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Chorwacja	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Włochy	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Cypr	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Łotwa	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Litwa	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luksemburg	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Węgry	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Holandia	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Austria	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Polska	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugalia	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Rumunia	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Słowenia	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Słowacja	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finlandia	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Szwecja	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Wielka Brytania	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Turcja	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Norwegia	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Unia Europejska	<b>23,3</b>	<b>11,7</b>	–	<b>29,4 (120 504)</b>	<b>45,5 (69 074)</b>	<b>16,2 (30 977)</b>
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	<b>28,9 (123 129)</b>	<b>44,8 (69 727)</b>	<b>16,1 (31 244)</b>

TABELA A6

## INNE WSKAŹNIKI

	Zgony związane z narkotykami (osoby w wieku 15–64 lat)	Przypadki zdiagnozowanego zakażenia HIV związane z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji (ECDC)	Dane szacunkowe dotyczące przyjmowania narkotyków drogą iniekcji	Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów
Kraj	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Liczba przypadków na 1000 osób	liczba
Belgia	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bułgaria	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
Republika Czeska	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Dania	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Niemcy	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Estonia	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Irlandia	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Grecja	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Hiszpania	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
Francja	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Chorwacja	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Włochy	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Cypr	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Łotwa	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Litwa	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luksemburg	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Węgry	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Holandia	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Austria	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Polska	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugalia	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Rumunia	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Słowenia	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Słowacja	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finlandia	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Szwecja	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Wielka Brytania	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 <sup>(1)</sup>
Turcja	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Norwegia	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Unia Europejska	<b>17,3 (5 804)</b>	<b>2,9 (1 446)</b>	–	–
UE, Turcja i Norwegia	<b>16 (6 260)</b>	<b>2,5 (1 458)</b>	–	–

Oszacowania dotyczące przyjmowania narkotyków drogą iniekcji uzyskano metodami pośrednimi, przy czym rok oszacowania różni się między poszczególnymi krajami.

(<sup>1</sup>) Dane odnoszą się do Szkocji i Walii (2013) oraz Irlandii Północnej (2012).

TABELA A7

## KONFISKATY

Kraj	Heroina		Kokaina		Amfetaminy		Ekstazy	
	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat
	kg	liczba	kg	liczba	kg	liczba	tabletki (kg)	liczba
Belgia	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (-)	1 338
Bułgaria	157	32	20	-	193	8	4 169 (29)	-
Republika Czeska	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Dania	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (-)	590
Niemcy	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (-)	2 233
Estonia	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Irlandia	61	690	66	366	23	114	465 083 (-)	464
Grecja	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Hiszpania	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (-)	2 301
Francja	570	-	5 612	-	501	-	414 800 (-)	-
Chorwacja	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Włochy	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Cypr	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Łotwa	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Litwa	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luksemburg	4	127	1	103	5	6	13 (-)	3
Węgry	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malta	1	51	4	115	0	3	30 375 (-)	45
Holandia (*)	750	-	10 000	-	681	-	-	-
Austria	80	346	25	992	29	859	5 768 (-)	119
Polska	49	-	21	-	685	-	45 997 (-)	-
Portugalia	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Rumunia	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Słowenia	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Słowacja	0,2	73	1	23	4	634	47 (-)	17
Finlandia	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (-)	795
Szwecja	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Wielka Brytania (*)	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (-)	3 716
Turcja	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (-)	4 274
Norwegia	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
<b>Unia Europejska</b>	<b>5 593</b>	<b>31 789</b>	<b>62 573</b>	<b>77 858</b>	<b>7 217</b>	<b>40 589</b>	<b>3 064 864 (68)</b>	<b>13 424</b>
<b>UE, Turcja i Norwegia</b>	<b>19 128</b>	<b>39 077</b>	<b>63 211</b>	<b>79 807</b>	<b>8 973</b>	<b>47 950</b>	<b>7 513 379 (71)</b>	<b>18 109</b>

Amfetaminy obejmują amfetaminę i metamfetaminę.

(\*) Dane na temat konfiskat odnoszą się do 2012 r.

## TABELA A7

## KONFISKATY (c.d.)

Kraj	Haszysz		Marihuana		Konopie indyjskie (rośliny)	
	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat
	kg	liczba	kg	liczba	rośliny (kg)	liczba
Belgia	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (-)	1 212
Bułgaria	5	9	579	69	18 126 (24)	11
Republika Czeska	1	28	735	875	73 639 (-)	361
Dania	3 292	11 030	394	1 896	- (5634)	645
Niemcy	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (-)	2 026
Estonia	109	24	51	524	- (16)	42
Irlandia	677	367	1 102	1 770	6 309 (-)	427
Grecja	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Hiszpania	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (-)	2 305
Francja	70 918	-	4 758	-	141 374 (-)	-
Chorwacja	5	359	1 047	4 171	3 957 (-)	213
Włochy	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (-)	1 227
Cypr	1	16	99	849	403 (-)	62
Łotwa	106	28	29	412	- (344)	31
Litwa	1 088	11	124	199	- (-)	-
Luksemburg	8	81	11	832	8 (-)	6
Węgry	5	103	863	2 040	5 307 (-)	196
Malta	1	71	10	85	27 (-)	3
Holandia (¹)	2 200	-	12 600	-	1 218 000 (-)	-
Austria	130	1 512	1 432	8 270	- (196)	327
Polska	208	-	1 243	-	69 285 (-)	-
Portugalia	8 681	3 087	96	559	8 462 (-)	354
Rumunia	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Słowenia	0,5	73	810	3 673	9 515 (-)	212
Słowacja	0,0	21	81	1 307	1 039 (-)	32
Finlandia	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Szwecja	1 160	6 937	928	9 221	- (-)	-
Wielka Brytania (¹)	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (-)	15 846
Turcja	94 279	5 331	180 101	60 742	- (-)	3 706
Norwegia	2 283	11 875	491	5 444	- (159)	386
<b>Unia Europejska</b>	<b>463 831</b>	<b>239 781</b>	<b>126 455</b>	<b>431 024</b>	<b>3 742 184 (6 387)</b>	<b>29 625</b>
<b>UE, Turcja i Norwegia</b>	<b>560 393</b>	<b>256 987</b>	<b>307 047</b>	<b>497 210</b>	<b>3 742 184 (6 546)</b>	<b>33 717</b>

(¹) Dane na temat konfiskat odnoszą się do 2012 r., oprócz liczby roślin konopi indyjskich skonfiskowanych w Holandii, która odnosi się do 2013 r.

## JAK OTRZYMAĆ PUBLIKACJE UE

### Publikacje bezpłatne

jeden egzemplarz:  
w EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

kilka egzemplarzy (lub mapy, plakaty):  
w przedstawicielstwach Unii Europejskiej  
([http://ec.europa.eu/represent\\_pl.htm](http://ec.europa.eu/represent_pl.htm))  
w delegaturach Unii Europejskiej w krajach poza UE:  
([http://eeas.europa.eu/delegations/index\\_pl.htm](http://eeas.europa.eu/delegations/index_pl.htm))  
kontaktując się z Europe Direct  
([http://europa.eu/eurodirect/index\\_pl.htm](http://europa.eu/eurodirect/index_pl.htm))  
lub dzwoniąc pod numer 00 800 6 7 8 9 10 11  
(numer bezpłatny w całej UE) (\*).

(\* Informacje są udzielane nieodpłatnie, większość połączeń również jest bezpłatna (niektórzy operatorzy, hotele lub telefony publiczne mogą naliczać opłaty).

### Publikacje płatne

w EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

## O niniejszym raporcie

Raport pt. „Tendencje i osiągnięcia” (Trends and Developments) stanowi ogólny przegląd zjawiska narkomanii w Europie, poruszając takie tematy, jak podaż narkotyków, używanie narkotyków, problemy związane ze zdrowiem publicznym oraz polityka antynarkotykowa i odpowiedzi na zjawisko używania narkotyków. Raport ten, wspólnie z internetowym Statistical Bulletin (Biuletynem statystycznym), Country Overviews (Charakterystyką danych krajowych) oraz Perspectives on Drugs (Perspektywami dotyczącymi narkotyków), tworzy pakiet zatytułowany „Europejski raport narkotykowy na rok 2015”.

## O EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) jest centralnym źródłem informacji i uznanym autorytetem w zakresie zagadnień związanych z narkotykami w Europie. Od ponad 20 lat Centrum zbiera, analizuje i rozpowszechnia potwierdzone naukowo dane dotyczące narkotyków i narkomanii oraz ich skutków, przedstawiając odbiorcom oparty na faktach obraz tego zjawiska na poziomie ogólnoeuropejskim.

Publikacje EMCDDA są wiarygodnym źródłem informacji dla szerokiego grona odbiorców, w tym dla decydentów i ich doradców, specjalistów i badaczy zajmujących się tematyką narkotyków oraz szerzej dla mediów i ogółu opinii publicznej. EMCDDA z siedzibą w Lizbonie jest jedną z agencji zdecentralizowanych Unii Europejskiej.