



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

PL

ISSN 2314-9167

Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2017



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2017

Informacja 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.

Europe Direct to serwis, który pomoże Państwu znaleźć odpowiedź 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, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-073-2	ISSN 1977-9941	doi:10.2810/8804	TD-AT-17-001-PL-C
PDF	ISBN 978-92-9497-097-8	ISSN 2314-9167	doi:10.2810/85897	TD-AT-17-001-PL-N

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2017
Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Zalecany sposób podania źródła:

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2017), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

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

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Spis treści

- 5 Przedmowa
- 9 Wprowadzenie i podziękowania
- 11 | KOMENTARZ
| **Sytuacja na rynku narkotyków w Europie w 2017 r.**
- 19 | ROZDZIAŁ 1
| **Podaż narkotyków i rynek**
- 41 | ROZDZIAŁ 2
| **Rozpowszechnienie używania narkotyków i tendencje**
- 61 | ROZDZIAŁ 3
| **Problemy związane z używaniem narkotyków oraz odpowiedź na zjawisko**
- 83 | ZAŁĄCZNIK
| Tabele z danymi krajowymi

| Przedmowa

Z przyjemnością oddajemy w ręce zainteresowanych czytelników *Europejski raport narkotykowy 2017: tendencje i osiągnięcia*. Jest to sztandarowa publikacja EMCDDA, która zawiera najnowsze dane dotyczące sytuacji narkotykowej w Europie i sposobów reagowania na nią. Przedstawiamy Państwu pakiet informacji oraz bogatą, wielopoziomową analizę opartą na najnowszych danych i statystykach dostarczonych przez partnerów krajowych.

Uzupełnieniem przedmiotowego raportu za 2017 rok jest zestaw analiz krajowych w postaci dostępnych w internecie 30 krajowych raportów narkotykowych, przedstawiających podsumowania krajowych tendencji i osiągnięć w zakresie polityki i praktyki przeciwdziałania narkomanii realizowanych w krajach europejskich.

Niniejsza publikacja stanowi coroczną aktualizację informacji na temat problemu narkotykowego w Europie, ale jest zarazem kontynuacją trzyletniego *Raportu o rynkach narkotykowych w UE*, opublikowanego w 2016 r. Jeszcze w tym roku uzupełni go pierwszy dedykowany raport UE na temat zdrowotnych i społecznych reakcji na problem narkotykowy.

W EMCDDA mamy za zadanie zbierać dane i dbać o to, by spełniały one zakładane standardy. W ten sposób staramy się zapewniać możliwie najbardziej rzetelne dowody naukowe i przyczyniać się do realizacji naszej wizji zdrowszej i bezpieczniejszej Europy. Niniejszy raport ma stanowić ogólny przegląd i analizę tendencji i osiągnięć związanych z narkotykami. Jako taki, ma on być użytecznym narzędziem dla unijnych i krajowych decydentów i urzędników, którzy chcą oprzeć swoje strategie i interwencje na najnowszych dostępnych informacjach. Dążąc do świadczenia na rzecz naszych interesariuszy usług wysokiej jakości, w najnowszym raporcie dostarczamy dane, które mogą być wykorzystane w różnych celach: jako punkt odniesienia i dane kontrolne dla polityk i ocen świadczonych usług; w celu budowania szerszego kontekstu i pomocy w wyznaczaniu priorytetów dla planowania strategicznego; aby umożliwić porównania pomiędzy poszczególnymi krajami i bazami danych, a także aby wykryć pojawiające się zagrożenia i problemy.

W tegorocznym raporcie wskazano potencjalnie niepokojące zmiany na rynku nielegalnych opioidów – substancji, które w dalszym ciągu wiążą się z wysokim poziomem zachorowalności i śmiertelności w Europie. Zauważamy ogólny wzrost liczby zgonów



spowodowanych przedawkowaniem opioidów, a także coraz częstsze doniesienia o problemach związanych z lekami stosowanymi w terapii substytucyjnej, a także z nowymi opioidami syntetycznymi. W miarę jak ciągle zmienia się oblicze problemów narkotykowych, Europa musi uczyć się odpowiednio reagować. Pozwalają na to ramy skoordynowanych działań wskazane w strategii antynarkotykowej UE na lata 2013–20. Komisja Europejska zaproponowała nowy plan działania na lata 2017–20, który jest obecnie przedmiotem dyskusji w Parlamencie oraz w Radzie. Opiera się on na ustaleniach poczynionych w toku oceny śródkresowej obecnej strategii antynarkotykowej UE oraz na ostatecznej ocenie planu działania na lata 2013–17. W tych kluczowych dokumentach swoje odzwierciedlenie znajdują prace EMCDDA zmierzające do wspierania procesu tworzenia polityk antynarkotykowych w Europie w oparciu o wyniki badań naukowych.

Pragniemy serdecznie podziękować naszym partnerom z sieci krajowych punktów kontaktowych Reitox, którzy – wraz z ekspertami krajowymi – dostarczają większość danych znajdujących się w tej publikacji. Doceniamy także wkład wniesiony przez liczne grupy badawcze z całej Europy, bez którego niniejsza analiza byłaby uboższa. Przy opracowywaniu Raportu współpracowaliśmy także z naszymi europejskimi partnerami: Komisją Europejską, Europolem, Europejską Agencją Leków oraz Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób.

Laura d'Arrigo

Przewodnicząca zarządu EMCDDA

Alexis Goosdeel

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 nią. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2015 r. (lub ostatniego roku, za który są dostępne). Analiza tendencji dotyczy wyłącznie tych krajów, które dostarczyły danych wystarczających do określenia zmian we wskazanym okresie. Jeżeli nie wskazano inaczej, przyjęty poziom istotności statystycznej to 0,05. Czytelnik powinien także 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 w skali krajowej, jak i w odniesieniu do możliwości analizy na poziomie europejskim, należy podkreślić trudności metodologiczne w tym obszarze. Dlatego też nieodzowna 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 dostępnych informacji. Podano 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 Przestępczości, Biuru Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, Europejskiemu projektowi badań ankietowych w szkołach na temat spożywania alkoholu i innych narkotyków (ESPAD), Europejskiej Grupie Podstawowej ds. Badania Ścieków (SCORE), Europejskiej Sieci ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN);
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej oraz Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

Krajowe punkty kontaktowe Reitox

Reitox jest europejską siecią informacji o narkotykach i uzależnieniu od narkotyków. 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](#).

Komentarz

**Problemy narkotykowe,
w obliczu których staje Europa**

Sytuacja na rynku narkotyków w Europie w 2017 r.

W niniejszym raporcie omówiono ogólną sytuację na rynku narkotyków w Europie w oparciu o najnowsze dostępne dane pochodzące z monitorowania prowadzonego przez UE. W treści dokumentu przedstawiono ogólny opis rynku narkotyków, dane dotyczące używania środków odurzających oraz sposobów reagowania na problem narkotyków i narkomanii. Uzupełnieniem przedmiotowego raportu jest 30 raportów krajowych, a także dane dostępne on-line oraz informacje metodologiczne.

W niniejszej części wstępnej zawarto krótki komentarz dotyczący kluczowych zagadnień, które zidentyfikowano w oparciu o analizę aktualnych danych. Jako że problemy narkotykowe w

Europie są coraz bardziej powiązane ze zjawiskami na skalę międzynarodową i pozostają pod ich wpływem, przedstawiona tu analiza staje się bardziej wartościowa przy uwzględnieniu szerszego kontekstu globalnego. W przypadku dwóch ważnych zagadnień, tj. używania konopi indyjskich przez młodych ludzi oraz zmian na rynku opioidów, obecną sytuację w Europie i jej rozwój porównano z sytuacją w Ameryce Północnej. Wykazano liczne podobieństwa oraz różnice pomiędzy tymi dwoma regionami.

Czy zmiany w zakresie międzynarodowej polityki dotyczącej konopi indyjskich mają znaczenie dla Europy?

Niedawne zmiany ram prawnych dotyczących używania konopi indyjskich w niektórych częściach obu Ameryk stały się obiektem zainteresowania decydentów i opinii publicznej w Europie. Zmiany te były bardzo różnorodne – trzeba poczekać na ich rzetelną ocenę, zanim można będzie ocenić koszty i korzyści płynące ze zmieniającego się podejścia do konopi indyjskich. Ponadto nie jest do końca jasne, czy zmiany wprowadzane w innych częściach świata dałyby się bezpośrednio przeszczerzyć na grunt europejski.

W 28 państwach członkowskich UE można dostrzec bardzo różne podejścia do przepisów w zakresie konopi indyjskich. Reprezentowana jest obecnie szeroka gama różnych podejść prawnych do kwestii konopii, od wzorców restrykcyjnych, po tolerowanie pewnych form użytku osobistego. W Europie toczy się zarazem ożywiona dyskusja na ten temat takich zagadnień jak zezwolenie na produkcję konopi indyjskich na użytek własny czy dostępność konopi indyjskich na potrzeby leczenia pewnych schorzeń, co wzbudza w niektórych krajach coraz większe zainteresowanie.

Niezależnie od szerszego wpływu na politykę narkotykową istnienie regulowanego handlowo rynku konopi indyjskich w niektórych krajach poza Europą prowadzi do innowacji i powstawania nowych produktów, takich jak np. waporyzatory, e-liquidy i produkty do jedzenia. Możliwe, że niektóre z tych nowości wpłyną na schematy konsumpcji w Europie, co wiąże się z koniecznością monitorowania zachowań w tym obszarze oraz oceny potencjalnych następstw zdrowotnych ewentualnych przyszłych zmian takich schematów.

Europejski rynek konopi indyjskich znacznie się zmienił w ostatnich latach, częściowo z uwagi na zwrot w kierunku produkcji wewnątrz krajowej. Wciąż można zaobserwować utrzymywanie się osiągniętego w ostatnich latach rekordowego poziomu ogólnej siły działania haszyszu, jak i marihuany dostępnej na rynku europejskim. Używanie przetworów konopii w dalszym ciągu wiąże się z problemami zdrowotnymi i odpowiada za największy odsetek rejestrowanych osób rozpoczynających leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie. Właśnie dlatego tak ważna jest analiza trendów w zakresie używania konopi indyjskich oraz związanych z tym problemów, aby móc odpowiednio kształtować debatę na temat odpowiedniego reagowania na to zjawisko poprzez prowadzoną politykę.

Porównanie używania środków odurzających przez uczniów w UE i USA

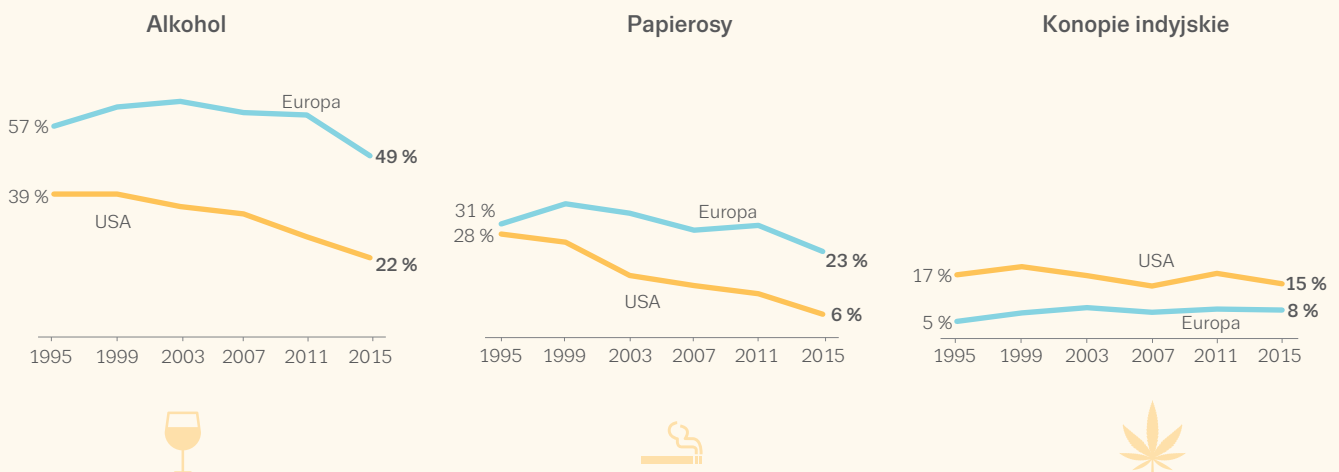
Ocenę sytuacji ułatwiają opublikowane w 2016 r. wyniki dwóch badań ankietowych przeprowadzonych wśród uczniów (w wieku 15-16 lat), które umożliwiają porównanie schematów stosowania konopi indyjskich i innych środków odurzających przez uczniów w Europie i Ameryce. Nowe dane wskazują pozytywne zjawisko, którym jest obserwowany w obu regionach spadek częstości używania tytoniu oraz – w mniejszym stopniu – alkoholu. Tendencje dotyczące użycia konopi indyjskich w Europie i w USA są bardziej stabilne. Jednak analizując intensywność i schematy używania tych środków odurzających, można dostrzec wyraźne różnice pomiędzy uczniami w Europie i Ameryce.

W Europie wskaźniki używania konopi indyjskich są niższe niż te w Stanach Zjednoczonych, a używanie tego narkotyku jest deklarowane rzadziej niż tytoniu. Z kolei uczniowie w Stanach Zjednoczonych częściej sięgają po konopie indyjskie niż po tytoń, którego użycie jest bardzo niewielkie. Różnice dotyczą też spożywania alkoholu, do którego przyznaje się więcej uczniów w Europie. Z kolei ich amerykańscy rówieśnicy deklarują, że spożywają alkohol rzadziej, ale bardziej intensywnie.

Potrzebna jest dalsza analiza podobieństw i różnic wzorców używania środków odurzających przez uczniów, aby zbadać względny wpływ czynników społecznych, środowiskowych i prawnych na wybory, których dokonują młodzi ludzie. Zrozumienie przyczyn zmniejszenia się liczby osób palących papierosy zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie może pomóc osiągnąć ten sam rezultat, jeżeli chodzi o inne środki odurzające, takie jak konopie indyjskie. Nie można też zapominać, że środki odurzające używane są na różne sposoby. W Europie na przykład, inaczej niż w Stanach Zjednoczonych, konopie indyjskie pali się często razem z tytoniem, co może mieć wpływ na politykę w zakresie zdrowia publicznego.

Ważne jest poznanie tendencji w zakresie spożywania konopi indyjskich oraz związanych z tym problemów

TENDENCJE W ZAKRESIE STOSOWANIA UŻYWEK PRZEZ UCZNIÓW W WIEKU 15-16 LAT W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA W EUROPIE I USA



Uwaga: Średnie wartości dla Europy (bez wagi) opierają się na danych z 21 państw członkowskich UE oraz z Norwegii (źródło: ESPAD). Średnie dla USA oparte na próbkach uczniów dziesiątej klasy (źródło: [Monitoring the Future](#)).

Rynek stymulantów w Europie – czy kokaina staje się coraz bardziej dostępna?

Najczęściej używanymi nielegalnymi substancjami pobudzającymi w Europie są kokaina, MDMA oraz amfetaminy. Używanie tych substancji wciąż charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem geograficznym i różnymi schematami używania. Czystość tej grupy narkotyków jest też większa niż dziesięć lat temu. Ten sektor rynku niedozwolonych środków odurzających stał się bardziej złożony ze względu na łatwą dostępność nowych stymulantów, w tym katynonów i fenetylamin. W zeszłorocznym raporcie zaznaczono zwiększającą się dostępność i zażywanie tabletek o wysokiej zawartości MDMA – trend, który ponownie potwierdzają najnowsze dane. Wysoka zawartość MDMA wykrywana w konfiskowanych obecnie tabletkach świadczy o tym, że producenci bez trudu zdobywają prekursorów chemicznych potrzebnych do ich produkcji. Dane na temat konfiskat wskazują także na to, że Europa pozostaje ważnym producentem na globalny rynek MDMA.

Wiele wskaźników, w tym monitorowanie składu ścieków, konfiskaty oraz dane na temat cen i stopnia czystości, świadczą o ponownie zwiększającej się dostępności kokainy w niektórych częściach Europy. Kokaina była dotąd najczęściej stosowaną niedozwoloną substancją pobudzającą w wielu krajach, głównie w Europie Południowej i Zachodniej. Nowe dane zawarte w raporcie potwierdzają to zjawisko – coraz więcej konfiskat odnotowuje się wzdłuż znanych szlaków przemytu tego narkotyku na główne rynki europejskie. W Europie Północnej i Środkowej z kolei to amfetamina i, w mniejszym stopniu, metamfetamina odgrywają ważniejszą rolę na rynku narkotyków niż kokaina. Jeżeli chodzi o amfetaminy, szereg zgłaszanych wcześniej zjawisk wciąż ma miejsce.

Są to m.in. zmiany w dostępności prekursorów oraz dróg ich syntezy; powiększanie się rynku metamfetaminy oraz pewne dowody przemawiające za powszechniejszym stosowaniem iniekcji oraz związanymi z tym problemami.

Wstrzykiwanie stosowane jest rzadziej, ale w dalszym ciągu stanowi wyzwanie dla polityk zdrowia publicznego

Informacje dotyczące leczenia uzależnienia od narkotyków oraz pochodzące z innych źródeł wskazują, że ogólny trend długoterminowy w zakresie zażywania narkotyków w iniekcjach pozostaje spadkowy. W Europie użytkownicy heroiny po raz pierwszy zgłaszający się do leczenia z powodu uzależnienia deklarują na przykład rekordowo niski odsetek iniekcji w perspektywie ostatniej dekady, choć pomiędzy poszczególnymi krajami występują znaczne różnice. Podobną tendencję spadkową wykazują wskaźniki szkodliwości dla zdrowia powiązane z tą drogą podania narkotyku, takie jak liczba nowo rozpoznanych przypadków zakażenia wirusem HIV przypisywanych wstrzykiwaniu środków odurzających. Nie oznacza to jednak, że zakażenia HIV nie stanowią problemu. Choć 1 233 nowe zakażenia wirusem HIV odnotowane w 2016 r. to liczba najniższa od ponad dwudziestu lat, HIV pozostaje ważnym problemem zdrowia publicznego. Co więcej, zaobserwowano nowe ogniska zakażeń w niektórych szczególnie narażonych populacjach oraz wśród osób przyjmujących stymulanty i nowe substancje psychoaktywne drogą iniekcji.

Istnieją także dowody na to, że zakażenia krwiopochodne rozpoznaje się często u osób przyjmujących narkotyki tą drogą późno w porównaniu do innych grup, co ogranicza możliwości skutecznego reagowania. Późne rozpoznanie ma także poważne skutki, jeżeli chodzi o zakażenie

wirusem HCV, który często wykrywany jest u osób wstrzykujących sobie narkotyki. W ostatnich kilku latach możliwości leczenia wirusowego zapalenia wątroby znacznie się zwiększyły dzięki pojawieniu się nowej generacji wysoce skutecznych leków. Zwalczenie tej choroby można dziś postrzegać jako zarazem szansę i wyzwanie ogólnie dla służby zdrowia oraz placówek zajmujących się leczeniem uzależnień od narkotyków.

Zmieniający się charakter problemu opioidów

Porównanie z sytuacją w Ameryce Północnej może także być istotne dla analizy problemu opioidów w Europie. Przegląd danych przedstawionych w niniejszym raporcie wskazuje, że choć ogólna sytuacja w UE jest inna, istnieją pewne punkty wspólne.

W świetle nowych danych wciąż większość (ok. 80%) osób podejmujących leczenie w związku z uzależnieniem od opioidów w Europie używa heroiny. Co więcej, ogólny spadek zapotrzebowania na leczenie związane z używaniem heroiny obserwowany od 2007 r. nie jest już tak widoczny. Szczególnie niepokojącą kwestią jest szacunkowa liczba zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków, która rośnie już trzeci rok z rzędu; wiele z nich związanych jest z heroiną.

W Ameryce Północnej także odnotowuje się znacząco zachorowalność i śmiertelność związaną z niewłaściwym stosowaniem opioidów wydawanych na receptę, z rosnącym poziomem używania heroiny, a także ostatnio z pojawieniem się opioidów syntetycznych o dużej sile działania, w szczególności pochodnych fentanylu. Zasadnicza różnica pomiędzy oboma regionami polega na tym, że w Europie bardzo niewiele spośród osób zgłaszających się na specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków deklaruje uzależnienie od opioidowych leków przeciwbólowych. Odzwierciedla to prawdopodobnie różnice w uregulowaniach prawnych oraz podejściu do przepisywania takich leków i ich wprowadzania do obrotu w Europie i Ameryce Północnej. Nie można jednak wykluczyć zaniżenia podawanych danych, jako że Europejczycy borykający się z problemami związanymi z lekami wydawanymi na receptę mogą korzystać z innych usług niż osoby używające niedozwolonych środków odurzających. Produkty lecznicze stosowane w leczeniu substytucyjnym są jednak częściej wymieniane przez osoby zgłaszające się na leczenie uzależnień oraz odgrywają rolę w problemach zdrowotnych występujących w szeregu krajów europejskich. Ogółem, opioidy inne niż heroina stanowią ok. jednej piątej przyczyn zgłaszania się pacjentów do leczenia uzależnień. Stopień, w jakim syntetyczne opioidy – takie jak metadon – przyczyniają się

do zgonów z przedawkowania, jest trudny do oszacowania na poziomie UE, ale w wielu krajach ich rola jest znacząca, a w niektórych wręcz dominująca. Ograniczenie nadużywania leków, w tym tych stosowanych w leczeniu substytucyjnym, to coraz większe wyzwanie dla wielu systemów ochrony zdrowia w Europie. Istnieją mocne dowody przemawiające za skutecznością prawidłowego leczenia substytucyjnego, o którym wiadomo, że ogranicza zachorowalność, śmiertelność i odsetek przestępczości u pacjentów. Jeżeli wyraźne korzyści zdrowotne płynące z takiego podejścia do leczenia mają się utrzymać, ważne jest stosowanie dobrej praktyki klinicznej oraz poznanie sposobów wpływu opioidów przeznaczonych do legalnego użycia na rynek nielegalny, a także ograniczanie takiego procederu.

Opioidy syntetyczne o dużej sile działania – coraz poważniejsze zagrożenie dla zdrowia

Zarówno w Europie, jak i w Ameryce Północnej duże powody do obaw daje niedawne pojawienie się nowych opioidów syntetycznych o dużej sile działania, głównie pochodnych fentanylu. Od 2012 r. do systemu wczesnego ostrzegania UE wpływa coraz więcej zgłoszeń dotyczących tych substancji oraz związanych z nimi problemów. Są one sprzedawane przez internet oraz na nielegalnych rynkach zbytu. Czasem wprowadza się je do obrotu, jako heroinę lub domieszkę do niej, a także jako inne niedozwolone środki odurzające, a nawet jako sfałszowane leki. Opioidy syntetyczne o dużej sile działania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia, nie tylko u osób, które ich używają, ale także u tych, które uczestniczą w ich wytwarzaniu, oraz u pracowników poczty i organów ścigania. Jako że do wytworzenia tysięcy dawek wystarczy niewielka ilość surowca, substancje te łatwo jest ukryć i transportować. Jest to poważnym wyzwaniem dla organów odpowiedzialnych za zwalczanie handlu narkotykami. Substancje te są zarazem potencjalnie atrakcyjnym i rentownym towarem handlowym dla przestępczości zorganizowanej.

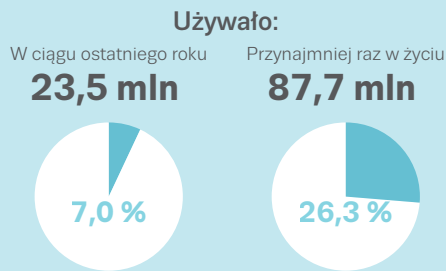
Opioidy syntetyczne o dużej sile działania stwarzają coraz poważniejsze zagrożenie dla zdrowia

W SKRÓCIE – SZACUNKOWE DANE DOTYCZĄCE UŻYWANIA NARKOTYKÓW W UNII EUROPEJSKIEJ

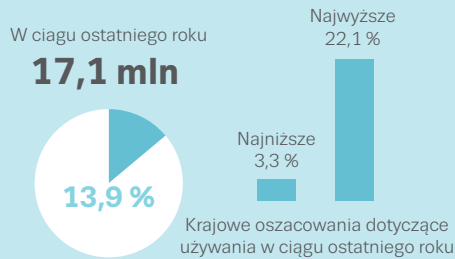
Konopie indyjskie



Osoby dorosłe
(15-64 lat)



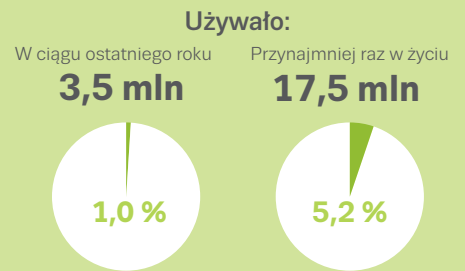
Młode osoby dorosłe
(15-34 lat)



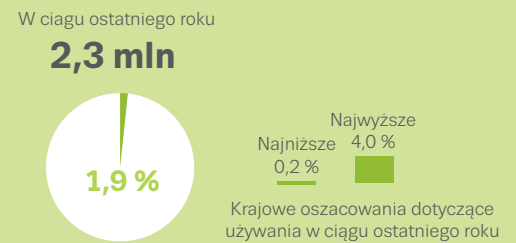
Kokaina



Osoby dorosłe
(15-64 lat)



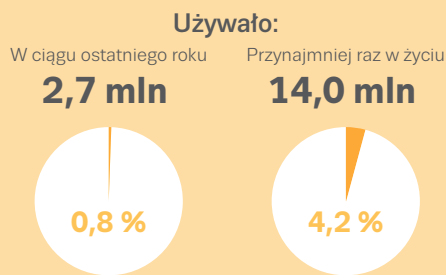
Młode osoby dorosłe
(15-34 lat)



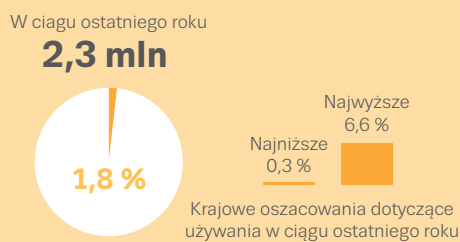
MDMA



Osoby dorosłe
(15-64 lat)



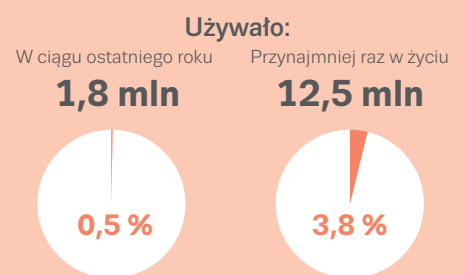
Młode osoby dorosłe
(15-34 lat)



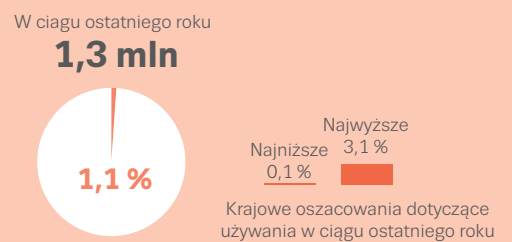
Amfetaminy



Osoby dorosłe
(15-64 lat)



Młode osoby dorosłe
(15-34 lat)

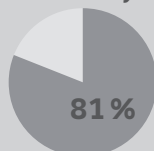


Opioidy



Osoby
wysoko ryzykownie
używające opioidów
1,3 mln

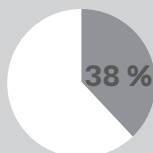
Przedawkowania
ze skutkiem
śmiertelnym



Opioidy wykrywa się w
81 % przypadków
przedawkowania ze
skutkiem śmiertelnym

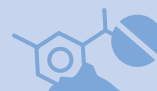
Zgłoszenia na leczenie uzależnienia

Główny narkotyk dotyczący
około **38 %** wszystkich
wniosków o leczenie
uzależnienia od narkotyków w
Unii Europejskiej

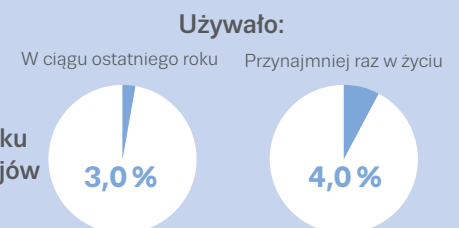


W 2015 r. **630 000**
osób używających opioidów
otrzymało leczenie
substytucyjne

Nowe substancje psychoaktywne



Uczniowie w wieku
15-16 lat z 24 krajów
europejskich



Źródło: Raport ESPAD 2015 – Dodatkowe tabele.

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

Wydaje się, że problem związany z opioidami syntetycznymi o dużej sile działania w Europie zwiększa się, o czym świadczą coraz częstsze doniesienia o zatruciach oraz o zgonach związanych z tą grupą substancji, wpływające do systemu wczesnego ostrzegania. Na początku 2017 r. EMCDDA przeprowadziło analizę ryzyka dwóch pochodnych fentanylu – akryl-fentanylu i furanyl-fentanylu. Rozważa się możliwość wprowadzenia kontroli dostępu do tych substancji na poziomie europejskim, a kilka innych narkotyków z tej kategorii przechodzi obecnie badania.

Zmieniające się oblicze nowych substancji psychoaktywnych

Tegoroczna analiza wskazuje na to, że choć wdrożone metody reagowania zarówno w Europie, jak i w innych miejscach świata, mogą mieć wpływ na ograniczenie zjawiska nowych substancji psychoaktywnych, zjawisko to w dalszym ciągu stanowi znaczne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Choć w 2016 r. do systemu wczesnego ostrzegania UE wpływało jedno zgłoszenie nowego narkotyku tygodniowo, ogólna liczba nowo wykrywanych substancji była niższa niż w poprzednich latach. Może to być pozytywny sygnał, szczególnie jeżeli ta tendencja się utrzyma. Inne dane są jednak mniej zachęcające. Brak jest przekonujących sygnałów o zmniejszeniu ogólnej dostępności nowych substancji psychoaktywnych. Co więcej, nawet jeżeli tempo pojawiania się nowych substancji spowalnia, ogólna liczba substancji dostępnych na rynku wciąż się zwiększa. Wydaje się także, że niektóre klasy nowych substancji psychoaktywnych, szczególnie syntetycznych katynonów i kannabinoidów, umacniają swoją pozycję na rynku narkotykowym.

Jest szereg przesłanek, które mogą tłumaczyć wolniejsze tempo pojawiania się na rynku nowych substancji. Niektóre państwa europejskie wprowadziły ogólny zakaz wprowadzania do obrotu (tzw. blanket ban) nowych substancji psychoaktywnych, legislacje generyczne lub analogowe, a także inne środki wymierzone w producentów i sprzedawców nowych substancji psychoaktywnych. Doprowadziło to do ukształtowania bardziej restrykcyjnego otoczenia prawnego, które może skutecznie zniechęcać producentów do zabawy „w kotka i myszkę” z organami regulacyjnymi, w której innowacje pozwalają o krok wyprzedzić kontrole prawne.

Co więcej, nowe substancje psychoaktywne, które docierają do Europy, pochodzą z Chin, a więc nowe środki kontrolne w tym państwie mogą mieć pewien wpływ na dostępność na terenie Unii Europejskiej.

Wydaje się, że w niektórych częściach Europy na dostęp do nowych substancji psychoaktywnych wywarły wpływ środki kontroli wymierzone przeciwko ogólnodostępnym sklepom. Sprzedaż tych substancji stała się mniej jawna, a większą rolę niż dotychczas odgrywa tu dostęp internetowy oraz rynek narkotyków nielegalnych. Status prawny nowych substancji, szczególnie, jeżeli są sprzedawane razem z substancjami nielegalnymi, może być w tym kontekście mniej ważny, a zatem może także w mniejszym stopniu prowadzić do wprowadzaniu nowych substancji.

Nowe substancje psychoaktywne: tanie środki odurzające dla marginalizowanych i wieloletnich użytkowników

Negatywne postawy konsumentów także mogły mieć wpływ na popyt na nowe substancje psychoaktywne. Wydaje się, że profilaktyka, ograniczanie szkód oraz zgłaszanie skutków niepożądanych wpłynęło na przekonanie młodych ludzi, że nowe substancje są względnie bezpieczną alternatywą dla tradycyjnych narkotyków. Pomimo tego istnieją dowody na to, że dostępność i skala stosowania takich substancji zwiększa się wśród marginalizowanych i przewlekłych użytkowników.

Problemove używanie nowych substancji psychoaktywnych staje się bardziej widoczne w niektórych środowiskach i grupach społecznych w szczególnie trudnej sytuacji. Przyjmowanie katynonów drogą iniekcji przez obecnych oraz byłych użytkowników opioidów często wiąże się z większą częstotliwością występowania zaburzeń fizycznych i psychicznych.

Coraz większym powodem do obaw stają się kannabinoidy syntetyczne. Pomimo farmakologicznych podobieństw substancji tych nie należy utożsamiać z produktami na bazie konopi indyjskich. Syntetyczne kannabinoidy to często substancje o dużej sile działania, które mogą mieć poważne i potencjalnie śmiertelne skutki. Istnieją dowody przemawiające za tym, że w niektórych częściach Europy syntetyczne kannabinoidy są obecnie stosowane jako tanie i mocne środki odurzające przez marginalizowane grupy społeczne, takie jak osoby bezdomne. Trudności z ich wykrywaniem oznaczają, że kannabinoidy syntetyczne stały się dużym problemem w niektórych zakładach karnych w Europie, powodując znaczne komplikacje dla zdrowia więźniów i ich bezpieczeństwa.

1

**Europejski rynek narkotyków
w dalszym ciągu się zmienia**

Podaż narkotyków i rynek

W kontekście globalnym Europa jest ważnym rynkiem narkotykowym, na który trafia zarówno produkcja miejscowa, jak i środki przemywane z innych regionów świata. Ameryka Południowa, Azja Zachodnia i Afryka Północna to ważne regiony pochodzenia narkotyków przywożonych do Europy, przy czym nowe substancje psychoaktywne pochodzą głównie z Chin. 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.

W wielu krajach europejskich od lat 70. i 80. XX wieku funkcjonują pokaźne rynki konopi indyjskich, heroiny i amfetamin. Z biegiem czasu pozycję rynkową zdobyły także inne substancje, w tym MDMA i kokaina w latach 90. XX wieku. Europejski rynek narkotyków nadal się rozwija, a w ostatniej dekadzie byliśmy świadkami pojawienia się wielu nowych substancji psychoaktywnych. Charakter rynku nielegalnych substancji uległ także zmianie w wyniku globalizacji i pojawienia się nowych technologii, w tym innowacji w zakresie produkcji narkotyków oraz metod przemytu, jak i w związku z powstawaniem nowych szlaków przerzutowych i rynków internetowych.

Monitorowanie rynków narkotyków, podaży i przepisów

Analiza przedstawiona w tym rozdziale opiera się na przesyłanych w raportach danych dotyczących konfiskat narkotyków i prekursorów, przechwyconych dostaw, zlikwidowanych miejsc ich produkcji, przepisów dotyczących narkotyków, przestępstw narkotykowych, cen detalicznych narkotyków, ich czystości i siły działania. W niektórych obszarach analizę tendencji utrudnia brak danych o konfiskatach z części najważniejszych krajów. Tendencje mogą być warunkowane wieloma czynnikami, do których zalicza się preferencje użytkowników, zmiany dotyczące produkcji i przemytu, poziom aktywności w egzekwowaniu prawa oraz priorytety i skuteczność działań przechwytyjących. Pełne zbiory danych oraz uwagi metodologiczne można znaleźć w internetowym [Statistical Bulletin \(Biuletynie Statystycznym\)](#)

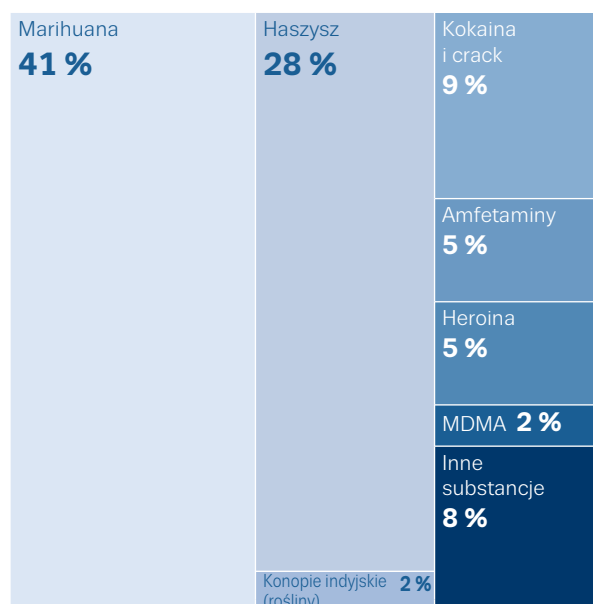
Przedstawiono tutaj także dane dotyczące konfiskat nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania UE przez krajowych partnerów EMCDDA i Europol. Ponieważ informacje te pochodzą z raportów dotyczących poszczególnych spraw, nie zaś z systemów rutynowego monitorowania, oszacowania liczby konfiskat stanowią jej dolne ograniczenie. Z pełnym opisem systemu wczesnego ostrzegania UE można zapoznać się na stronie internetowej EMCDDA w dziale [Action on new drug \(działania w obszarze nowych narkotyków\)](#).

Rynki narkotyków: pojawienie się podaży internetowej

Rynki nielegalnych środków odurzających stanowią złożone systemy generujące duże kwoty pieniężne na

WYKRES 1.1

Liczba zgłoszonych konfiskat narkotyków w podziale na rodzaj substancji, 2015



Konfiskata narkotyków: prawie milion przypadków w Europie

Co roku w Europie odnotowuje się ponad milion konfiskat narkotyków. Najczęściej są to niewielkie ilości konfiskowane użytkownikom, ale wielokilogramowe dostawy przechwycone od przemytników i producentów stanowią większość ogólnej ilości skonfiskowanych substancji.

Konopie indyjskie są najczęściej konfiskowanym narkotykiem (ponad 70% przypadków w Europie) (wykres 1.1). Na drugim miejscu jest kokaina (9%), a następnie amfetaminy (5%), heroina (5%) oraz MDMA (2%).

wszystkich poziomach i pozwalają na kojarzenie konsumentów z producentami poprzez szereg pośredników. Według ostrożnych szacunków rynek detalicznej sprzedaży nielegalnych substancji w Unii Europejskiej wart był w 2013 r. 24 miliardy euro (prawdopodobny przedział wartości to od 21 do 31 miliardów euro).

W ostatnim dziesięcioleciu nastąpił rozwój internetowych kanałów sprzedaży w oparciu o nowe technologie internetowe, które istnieją równolegle do fizycznych rynków zbytu. Niektórzy internetowi sprzedawcy prowadzą swoją działalność za pośrednictwem ogólnodostępnych witryn, przez które udostępnia się zwykle niepodlegające kontroli prekursorzy chemiczne, nowe substancje psychoaktywne lub podrabiane czy fałszywe leki. Inni sprzedawcy są aktywni w tzw. „głębokiej sieci” oraz na rynkach sfery darknet, dzięki której można zataić tożsamość kupujących i sprzedających. Mają one zwykle wiele cech wspólnych z takimi legalnymi serwisami sprzedażowymi jak eBay czy Amazon, a klienci mogą w nich swobodnie wyszukiwać i porównywać produkty i dostawców. W celu zatarcia śladów transakcji oraz fizycznego położenia serwerów stosuje się różne strategie. Są to m.in. usługi anonimizacyjne, takie jak Tor oraz I2P, które pozwalają na ukrycie adresu protokołu internetowego (IP) komputera, a także płatności z wykorzystaniem niemożliwych do śledzenia krypto-walut, takich jak bitcoin czy litecoin, oraz szyfrowanie komunikacji pomiędzy uczestnikami rynku. W regulacji dostawców na rynku dużą rolę odgrywa także system referencji.

Większość transakcji przeprowadzanych na rynkach darknet dotyczy narkotyków. Według ostatniego badania dotyczącego sprzedaży na 16 głównych rynkach tego rodzaju w latach 2011-2015, szacuje się, że sprzedaż narkotyków stanowiła ponad 90% całkowitych przychodów finansowych globalnych serwisów sprzedażowych w darknecie. Zgodnie z doniesieniami prawie połowa (46%) całej sprzedaży generowana była przez sprzedających z Europy, co stanowiło łącznie szacunkową kwotę 80 mln euro przez cały okres prowadzenia badania. Głównymi europejskimi krajami pochodzenia, według wolumenu sprzedaży, były Niemcy, Holandia oraz Wielka Brytania, przy czym za większość przychodów odpowiadały stymulanty, a w szczególności MDMA i kokaina.

**Większość transakcji
przeprowadzanych na rynkach
darknet dotyczy narkotyków**

W 2015 r. ponad 60% wszystkich konfiskat narkotyków w Unii Europejskiej zostało zgłoszonych przez zaledwie trzy kraje – Hiszpanię, Francję i Wielką Brytanię, chociaż pokaźne liczby konfiskat zgłaszały również: Belgia, Dania, Niemcy, Grecja, Włochy oraz Szwecja. Należy również zauważyć, że najnowsze dane dotyczące liczby konfiskat nie są dostępne dla Holandii, Finlandii i Polski. Te luki w danych zwiększają niepewność analizy.

Duża liczba konfiskat zgłoszonych przez Turcję odzwierciedla zarówno znaczne rozmiary rynku konsumenckiego w tym kraju, jak i jego umiejscowienie na szlakach przemytu pomiędzy Unią Europejską, Bliskim Wschodem i Afryką.

Zmniejszenie się ilości konfiskowanej marihuany

Na europejskich rynkach narkotyków występują powszechnie dwa główne produkty otrzymywane z konopi indyjskich: marihuana i haszysz. Olej z konopi występuje relatywnie rzadko. Największy udział w rynku niedozwolonych środków odurzających w Europie mają produkty na bazie konopi indyjskich (38%), których szacunkowa sprzedaż detaliczna osiągnęła wartość 9,3 miliarda euro (prawdopodobny przedział wartości to od 8,4 do 12,9 miliarda euro). Marihuana konsumowana w Europie pochodzi z produkcji krajowej (z roślin uprawianych w przestrzeniach zamkniętych) lub jest przemykana z krajów trzecich, natomiast haszysz jest w większości importowany – głównie z Maroka. Nowe sprawozdania wskazują na zmiany w drogach przemytu konopi – przemyt marihuany i oleju z konopi z Bałkanów Zachodnich, a szczególnie z Albanii, wzrasta ze względu

KONOPIE INDYJSKIE

Haszysz

Liczba konfiskat

288 000 UE

303 000 UE + 2

Skonfiskowana ilość

536
ton (UE)

546
ton (UE + 2)

Cena
(EUR/g)

25 €

11 €

8 €

3 €

Siła działania
(% THC)

28 %

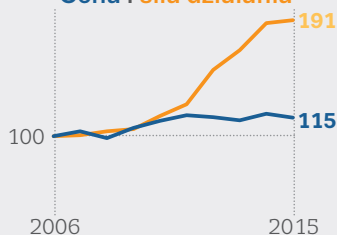
19 %

11 %

4 %

Zindeksowane tendencje:

Cena i siła działania



Marihuana

Liczba konfiskat

404 000 UE

438 000 UE + 2

Skonfiskowana ilość

89
ton (UE)

135
ton (UE + 2)

Cena
(EUR/g)

20 €

12 €

8 €

5 €

Siła działania
(% THC)

22 %

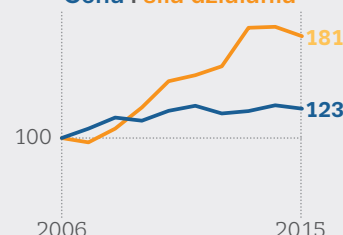
11 %

7 %

3 %

Zindeksowane tendencje:

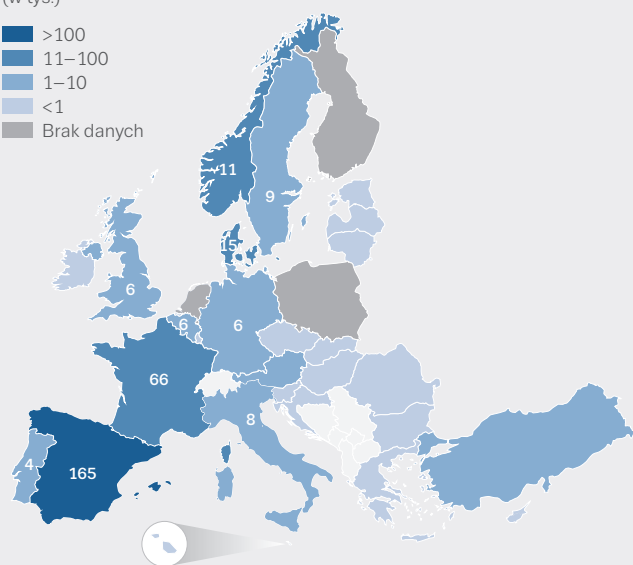
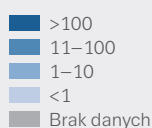
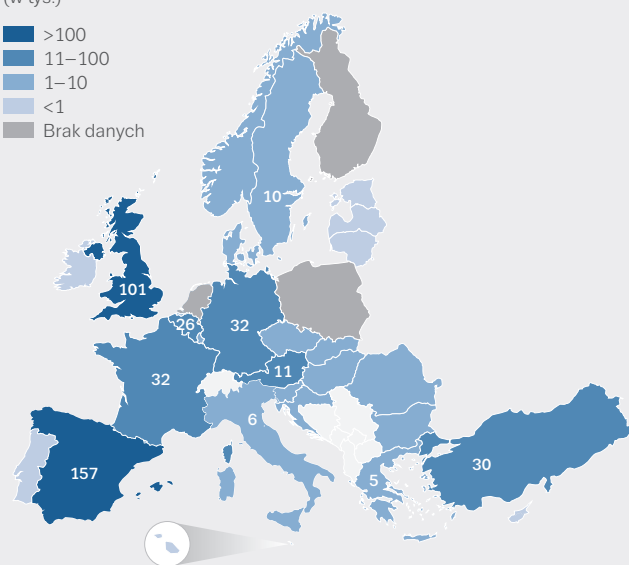
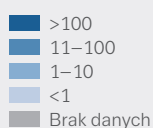
Cena i siła działania



Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. 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.

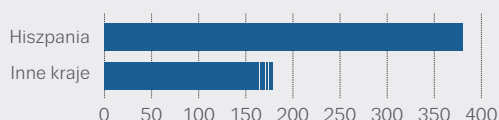
WYKRES 1.2

Konfiskaty haszyszu i marihuany, rok 2015 lub ostatni dostępny

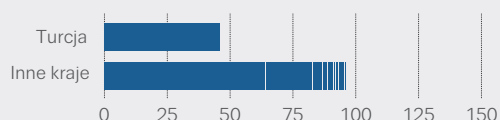
Liczba konfiskat haszyszu
(w tys.)Liczba konfiskat marihuany
(w tys.)

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

Ilość skonfiskowanego haszyszu (w tonach)



Ilość skonfiskowanej marihuany (w tonach)



na większe uprawy konopi w tych krajach. Istnieją też dowody na to, że dużym ośrodkiem przemytu haszyszu do różnych miejsc docelowych, w tym do Europy, stała się Libia.

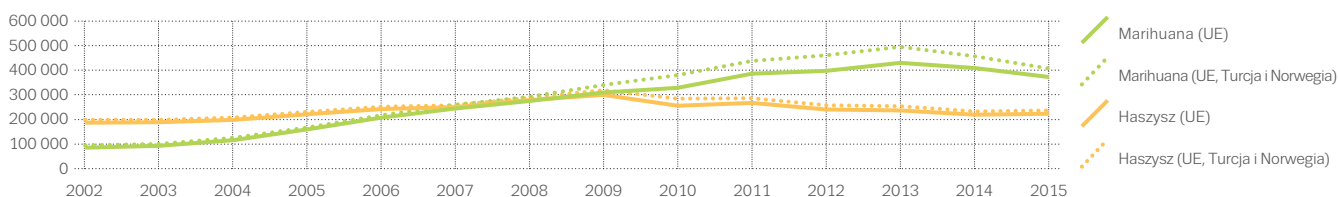
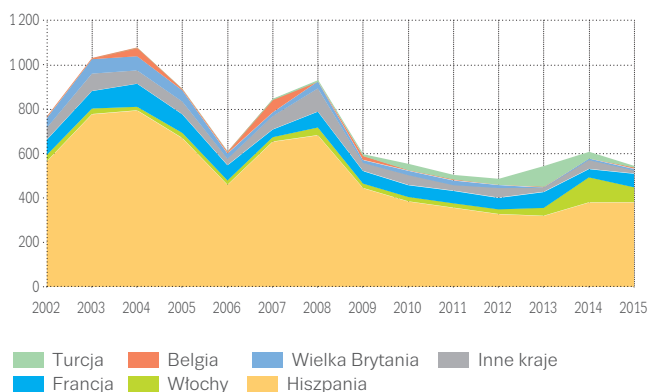
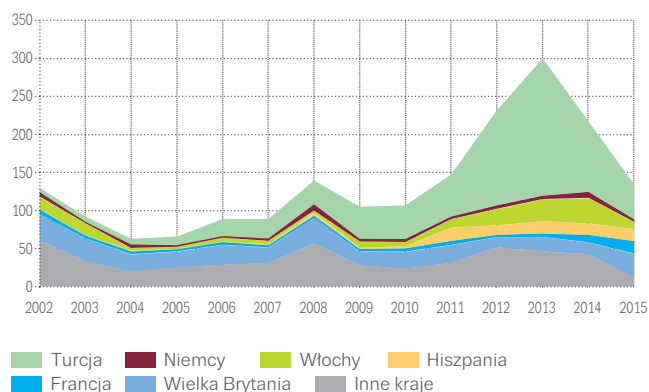
W 2015 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 732 000 konfiskat produktów z konopi indyjskich (404 000 marihuany, 288 000 haszyszu oraz 19 000 roślin konopi). Ilości haszyszu konfiskowanego w Unii Europejskiej są ponad sześciokrotnie większe od ilości marihuany (536 ton w stosunku do 89 ton). Po części wynika to z faktu, że haszysz jest częściej transportowany w dużych ilościach na duże odległości między państwami, dlatego łatwiej jest go przechwycić. W analizie ilości skonfiskowanych konopi niewielka liczba krajów okazuje się szczególnie ważna ze względu na ich położenie na głównych szlakach przemytu. Hiszpania jest na przykład głównym punktem przerzutowym haszyszu produkowanego w Maroku i zgłosiła ponad 70% ogólnej ilości haszyszu skonfiskowanego w Europie w 2015 r. (wykres 1.2).

Liczba konfiskat marihuany w Europie od 2009 r. przekracza liczbę konfiskat haszyszu, a od 2011 r. tendencje w zakresie liczby konfiskat zarówno haszyszu, jak i marihuany są stabilne (wykres 1.3). Szacuje się, że w Europie w 2015 r. skonfiskowano 135 ton marihuany, co stanowi spadek o 38% w porównaniu do 217 ton przechwyconych w 2014 r. Znaczny spadek odnotowano w Belgii, Grecji i we Włoszech. Podobne zmniejszenie się ilości skonfiskowanej marihuany obserwuje się także w Turcji od 2013 r. Powyższa sytuacja stanowi efekt oddziaływania szeregu czynników. Wśród nich można wymienić m.in.: inicjatywy podejmowane w celu ograniczenia produkcji na dużą skalę w krajach poza Unią Europejską, takich jak Albania, większa koncentracja na produkcji krajowej, a nie na przemyśle, zmiana rejestracji konfiskat, a także zmiana priorytetów w zakresie egzekwowania prawa w niektórych krajach. Z ostatnich danych wynika, że ilość skonfiskowanego w Unii Europejskiej haszyszu pozostaje względnie stabilna od 2009 r.

WYKRES 1.3

Tendencje dotyczące liczby konfiskat oraz konfiskowanych ilości haszyszu i marihuany

Liczba konfiskat

Haszysz
(tony)Marihuana
(tony)

Konfiskaty roślin konopi indyjskich można traktować jako wskaźnik produkcji tego narkotyku w danym kraju. Ze względu na różnice w sposobie raportowania, do danych na temat konfiskat roślin konopi indyjskich należy podchodzić ostrożnie. Można jednak dostrzec, że ilość skonfiskowanych roślin wykazuje w dłuższej perspektywie tendencję zwyżkową – w 2002 r. było to 1,5 mln roślin, w 2014 r. – 3,3 mln, podczas gdy do 2015 r. nastąpił znaczny wzrost do – 11,4 mln roślin. Szczególnie Holandia zgłosiła znaczny wzrost ilości konfiskowanych roślin. Tendencja ta może odzwierciedlać ostatnie zmiany priorytetów w zakresie egzekwowania prawa, co wyraża się w większej koncentracji na zwalczaniu upraw konopi.

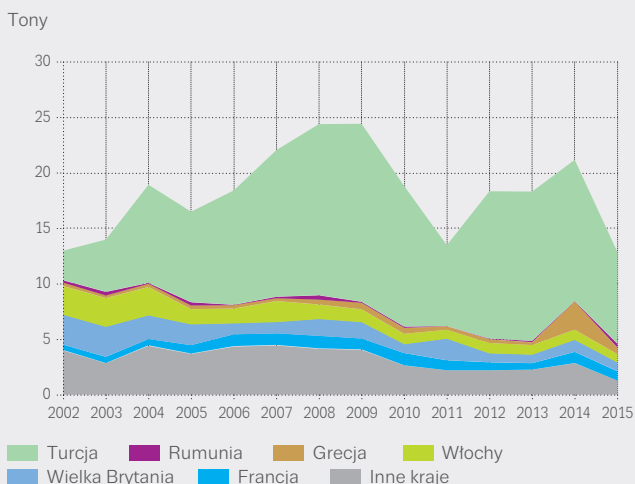
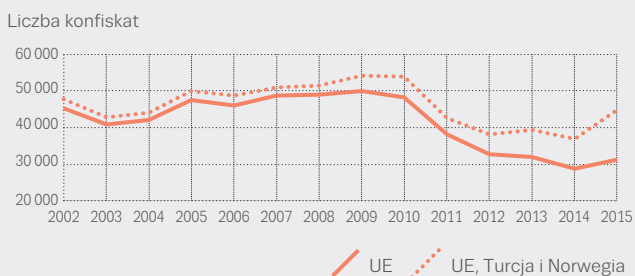
W 2015 r. zgłoszono 335 przypadków konfiskat oleju z konopi. Największe ilości przechwyciły odpowiednie służby Grecji i Turcji.

Analiza zindeksowanych tendencji w krajach dokonujących zgłoszeń konsekwentnie wskazuje na wzrost siły działania (zawartości tetrahydrokannabinolu, THC) marihuany i haszyszu w latach 2006–2014 oraz na jej stabilizację w 2015 r. To zwiększenie siły działania ww. substancji może wynikać z wprowadzenia intensywnych technik produkcyjnych w Europie, a także z niedawnego wdrożenia w Maroku nowych technik upraw roślin o silniejszym działaniu. Najnowsze dane wskazują, że ceny haszyszu i marihuany są podobne, ale haszysz ma większą siłę działania.

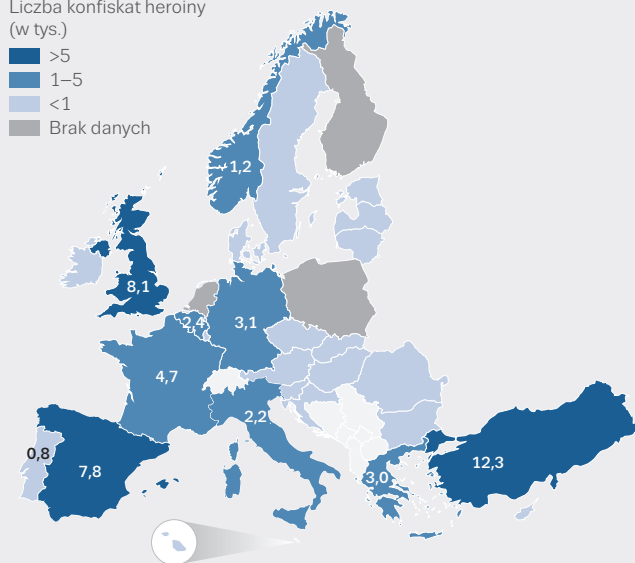
Liczba konfiskat marihuany w Europie od 2009 r. przekracza liczbę konfiskat haszyszu

WYKRES 1.4

Liczba konfiskat heroiny i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2015 r. lub ostatnim dostępnym roku

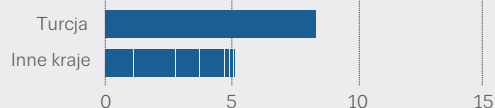


Liczba konfiskat heroiny (w tys.)



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

Ilość skonfiskowanej heroiny (w tonach)



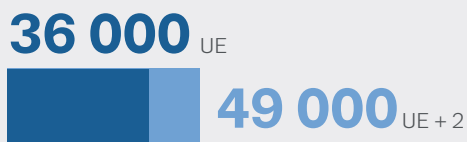
Coraz większa czystość heroiny

Heroina jest najpowszechniejszym opioidem na europejskim rynku narkotyków, o szacunkowej wartości detalicznej 6,8 mld euro (prawdopodobny przedział wartości od 6,0 mld euro do 7,8 mld euro). W Europie od dawna istnieją dwie formy importowanej heroiny – tzw. brązowa heroina i biała. Bardziej powszechna jest heroina brązowa (w jej podstawowej postaci chemicznej), pochodząca głównie z Afganistanu. Zdecydowanie mniej powszechna jest natomiast biała heroina (w postaci soli),

która dawniej pochodziła z południowo-wschodniej Azji, ale obecnie może być wytwarzana również w Afganistanie lub w sąsiednich krajach. Wśród pozostałych opioidów skonfiskowanych przez organy ścigania w krajach europejskich w 2015 r. znalazło się opium oraz produkty lecznicze, takie jak morfina, metadon, buprenorfina, tramadol i fentanyl (tabela 1.1). Niektóre medyczne opioidy mogą pochodzić z legalnych dostaw farmaceutycznych, a inne (jak np. 27 kg sproszkowanej morfiny skonfiskowane w 2015 r.) produkowane są nielegalnie.

HEROINA

Liczba konfiskat



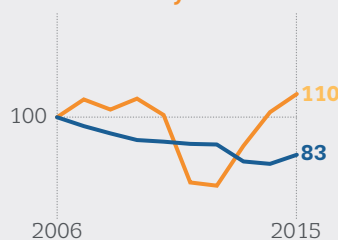
Skonfiskowana ilość



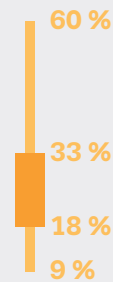
Cena (EUR/g)



Zindeksowane tendencje: Cena i czystość



Czystość (%)



Określenie „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.

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. Od lat 70. XX w. nielegalna produkcja opioidów na terenie Europy była ograniczona do domowej roboty produktów na bazie maku, które wytwarzano w niektórych krajach Europy Wschodniej. Odkrycie dwóch laboratoriów zajmujących się przetwarzaniem morfiny w heroinę w Hiszpanii oraz jednego w Republice Czeskiej w ostatnich latach świadczy jednak o tym, że niewielka ilość heroiny może obecnie być produkowana także w Europie.

Heroina trafia do Europy czterema głównymi szlakami przemytu. Najważniejszymi z nich są „szlak bałkański” i „szlak południowy”. Pierwszy biegnie przez Turcję do krajów bałkańskich (Bułgarii, Rumunii lub Grecji) i dalej do Europy Środkowej, Południowej oraz Zachodniej. Powstał także alternatywny szlak bałkański wiodący przez Syrię i Irak. Coraz ważniejszy staje się ostatnio szlak południowy, przez który realizowane są dostawy z Iranu i Pakistanu do Europy drogą lotniczą lub morską, bezpośrednio lub na zasadzie tranzytu przez kraje Afryki. Inne szlaki to m.in. tzw. „szlak północny” oraz szlak prowadzący przez południowy Kaukaz i Morze Czarne.

Po dekadzie względnej stabilności, w latach 2010-2011 na rynkach narkotykowych wielu państw europejskich odnotowano spadek dostępności heroiny. Wyraźnie widać to na podstawie danych dotyczących liczby konfiskat heroiny, która w latach 2009-2014 na terenie Unii Europejskiej uległa spadkowi, a ustabilizowała się w

2015 r. W latach 2002-2013 ilość heroiny przejętej w Unii Europejskiej spadła o połowę – z 10 do 5 ton. Po konfiskacie 8,4 ton narkotyku w 2014 r., kiedy to kilka krajów zgłaszało duże ilości przejętej substancji (od 100 kg wzwyż), w 2015 r. ilość heroiny skonfiskowanej w Europie (4,5 tony) wróciła do poziomu odnotowanego na początku drugiej dekady XXI w. W 2014 r. w Turcji skonfiskowano ok. 13 ton heroiny. W 2015 r. ilość ta zmniejszyła się do 8,3 ton – w dalszym ciągu było to więcej niż łącznie we wszystkich pozostałych krajach w Europie – choć liczba konfiskat w tym samym okresie wzrosła (wykres 1.4). Dane z krajów regularnie przekazujących stosowne informacje wskazują na dalsze zwiększanie się czystości heroiny w Europie w 2015 r.

W krajach europejskich konfiskowane są także inne opioidy poza heroiną, choć ich ogólny odsetek jest niewielki. Do najczęściej konfiskowanych opioidów należą opioidy medyczne, takie jak buprenorfina, tramadol i metadon (zob. tabela 1.1).

TABELA 1.1

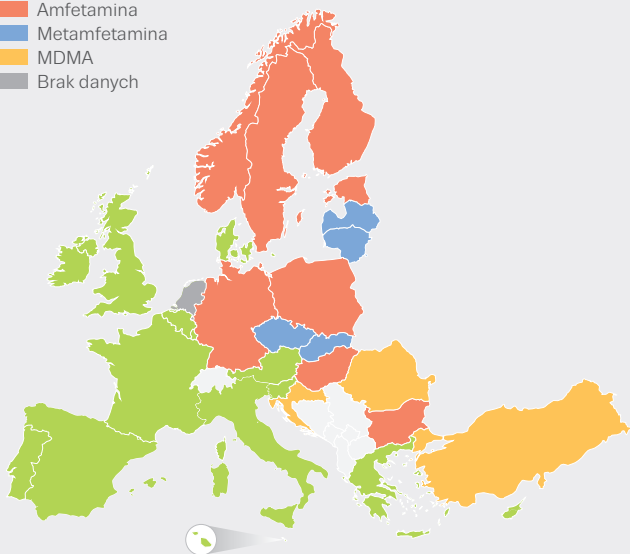
Konfiskata opioidów innych niż heroina w 2015 r.

Opioidy	Liczba	Ilość			Liczba krajów
		Kilogramy	Litry	Tabletki	
Metadon	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfina	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentanyle (fentanyl, ofentanyl, karfentanyl)	287	3		41	10
Morfina	775	27		8 837	15
Opium	293	734			14
Kodeina	293	3		9 855	8
Oksykodon	16	0,0003		962	5

WYKRES 1.5

Najczęściej konfiskowany w Europie niedozwolony stymulant, rok 2015 lub ostatni dostępny

- Kokaina
- Amfetamina
- Metamfetamina
- MDMA
- Brak danych



Konfiskaty stymulantów: zróżnicowanie regionalne

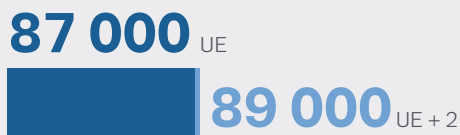
Do głównych stymulantów dostępnych w Europie należą: kokaina, amfetamina, metamfetamina i MDMA. Szacuje się, że wartość detaliczna rynku stymulantów w Unii Europejskiej wynosi pomiędzy 6,3 mld a 10,2 mld euro. Występują przy tym istotne różnice pod względem najczęściej konfiskowanych stymulantów (wykres 1.5), determinowane przez położenie portów wwozu oraz szlaków przemytu, głównych ośrodków produkcji oraz dużych rynków konsumenckich. Kokaina jest najczęściej konfiskowanym stymulantem w wielu krajach zachodniej i południowej Europy, co bezpośrednio odzwierciedla lokalizację punktów wwozu narkotyku do Europy. W Europie Północnej i Środkowej dominują konfiskaty amfetaminy, przy czym w ręce odpowiednich służb w Republice Czeskiej, na Łotwie, Litwie i Słowacji najczęściej trafia metamfetamina. MDMA jest z kolei najczęściej konfiskowanym środkiem pobudzającym w Chorwacji, Rumunii i w Turcji.

Kokaina: ostatni wzrost poziomu wskaźników rynkowych

Kokaina dostępna jest w Europie w dwóch postaciach, z których powszechniejszą jest kokaina w proszku (w postaci soli). Rzadziej dostępny jest crack, czyli narkotyk w postaci wolnej zasady nadający się do palenia. Kokainę wytwarza się z liści krzewu kokainowego. Narkotyk ten jest produkowany głównie w Boliwii, Kolumbii i Peru. Do Europy dociera na różne sposoby, w tym poprzez loty pasażerskie i towarowe, w przesyłkach pocztowych, na pokładzie prywatnych samolotów, jachtów oraz w kontenerach do

KOKAINA

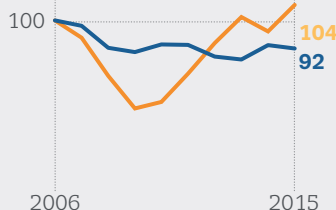
Liczba konfiskat



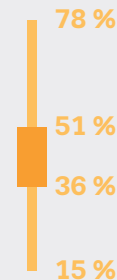
Skonfiskowana ilość



Cena (EUR/g)

Zindeksowane tendencje:
Cena i czystość

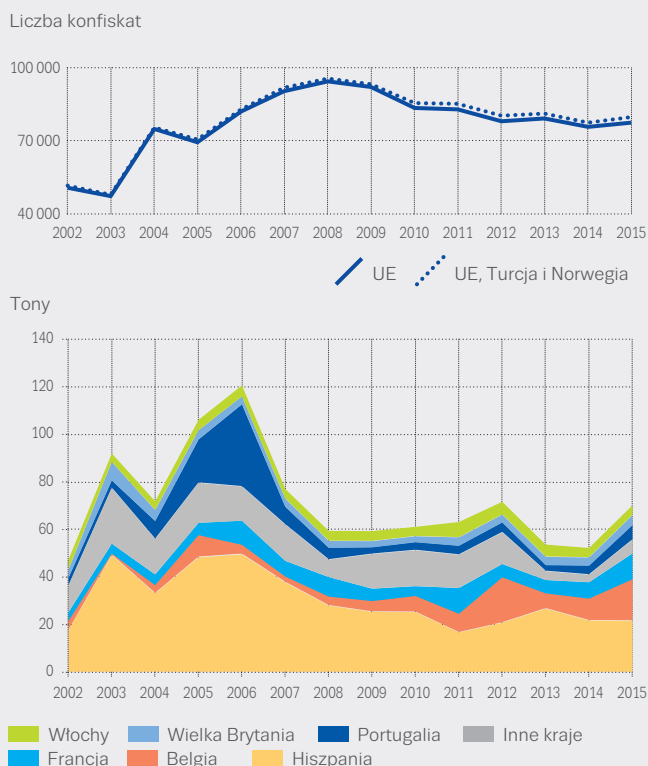
Czystość (%)



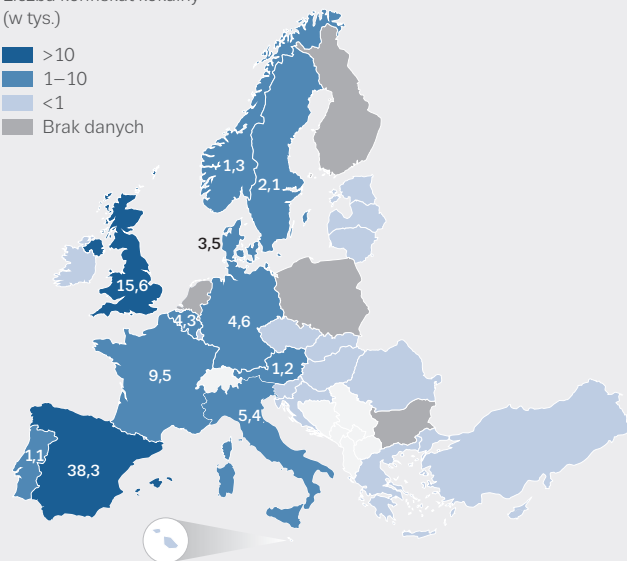
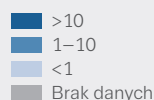
Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość kokainy: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.

WYKRES 1.6

Liczba konfiskat kokainy i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2015 r. lub ostatnim dostępnym roku

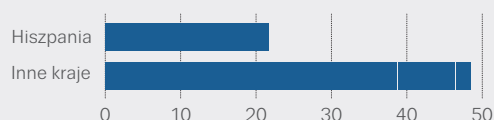


Liczba konfiskat kokainy (w tys.)



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

Ilość skonfiskowanej kokainy (w tonach)



transportu morskiego. Szacuje się, że wartość detaliczna rynku kokainy w Unii Europejskiej wynosi co najmniej 5,7 mld euro.

W 2015 r. w Unii Europejskiej zgłoszono łącznie 87 000 konfiskat kokainy. Belgia, Hiszpania, Francja, Włochy i Portugalia odpowiadają łącznie za 78% z szacunkowych skonfiskowanych 69,4 ton (wykres 1.6). Sytuacja pozostaje względnie stabilna od 2007 r., choć zarówno liczba konfiskat, jak i przechwycone ilości kokainy wzrosły w latach 2014-2015 (zob. wykres 1.6). Hiszpania (22 tony) wciąż dokonuje konfiskat największych ilości kokainy, ale także w Belgii i Francji przechwycono w 2015 r. pokaźne jej ilości (odpowiednio 17 i 11 ton). Znacznie

większe ilości skonfiskowanej substancji w porównaniu z rokiem poprzednim zgłoszono w Belgii, Niemczech i Portugalii. Indeksowane tendencje wskazują ogółem na niewielki wzrost czystości kokainy w 2015 r.

W 2015 r. w Europie skonfiskowano także inne produkty z koki, w tym 76 kg liści oraz 377 kg pasty. Konfiskata pasty z koki świadczy o istnieniu nielegalnych laboratoriów produkujących w Europie chlorowoderek kokainy. Jest to nowe zjawisko, jako że dotąd większość laboratoriów produkujących kokainę w Europie koncentrowało się na wtórnym pozyskiwaniu narkotyku z materiałów, w których go ukryto (np. w winach, ubraniach, tworzywach sztucznych).

Do głównych stymulantów dostępnych w Europie należą: kokaina, amfetamina, metamfetamina i MDMA

Prekursory chemiczne: dostępność nowych alternatyw dla amfetamin

Prekursory narkotykowe to środki chemiczne niezbędne do produkcji niedozwolonych środków odurzających. Jako że wiele prekursorów służy do zgodnych z prawem celów, pewne substancje chemiczne są odpowiednio klasyfikowane w przepisach unijnych, a handel nimi jest monitorowany i podlega kontroli. Dostępność prekursorów ma znaczny wpływ na rynek oraz metody produkcji stosowane w nielegalnych laboratoriach. W 2015 r. producenci w dalszym ciągu obchodzili mechanizmy kontrolne, korzystając z niesklasyfikowanych substancji chemicznych do wytwarzania prekursorów narkotykowych w pobliżu miejsca produkcji. Praktyka ta zwiększa jednak także ryzyko wykrycia, z uwagi na większą ilość potrzebnych do przetwarzania chemikaliów oraz produkcję większej ilości odpadów.

Dane dotyczące konfiskat i zatrzymanych dostaw prekursorów narkotyków potwierdzają fakt wykorzystywania zarówno substancji sklasyfikowanych, jak i niesklasyfikowanych do produkcji narkotyków w Unii Europejskiej, szczególnie zaś do wytwarzania amfetamin i MDMA (tabela 1.2). W 2015 r. skonfiskowane znaczne ilości prekursora amfetaminy BMK (fenyloacetonu) – władze polskie przechwyciły aż 7 000 kg tej substancji w

jednym transporcie powiązanim z produkcją w Holandii. Wydaje się, że pozytywny wpływ miało objęcie kontrolą pod koniec 2013 r. prekursora BMK o nazwie APAAN (alfa-fenyloacetonitryl). Ilość skonfiskowanej substancji zmniejszyła się z 48 000 kg w 2013 r. do 780 kg w 2015 r. Wydaje się jednak, że ten środek kontrolny doprowadził do wprowadzenia pewnych innowacji, takich jak APAA (alfa-fenyloacetoacetamid) oraz glicydowe pochodne BMK zgłoszone po raz pierwszy w 2015 r.

Konfiskaty niesklasyfikowanych pre-prekursorów MDMA pozostają na stabilnym poziomie – ok. 5 500 kg. Choć ilości skonfiskowanych safroli były marginalne, ponownie doszło do konfiskaty PMK – Holandia zgłosiła w 2015 r. przejęcie 622 kg substancji w 2015 r., w 2014 r. – 0.

Amfetamina i metamfetamina: produkcja krajowa

Amfetamina i metamfetamina to syntetyczne środki pobudzające, często ogólnie nazywane amfetaminami. W pewnych zbiorach danych trudno je zatem rozróżnić. Konfiskaty, których dokonano w ciągu ostatniej dekady świadczą o zwiększonej dostępności metamfetaminy, która jednak wciąż pozostanie mniejsza niż dostępność amfetaminy.

TABELA 1.2

Podsumowanie konfiskat i zatrzymanych dostaw prekursorów wykorzystywanych do wytwarzania wybranych narkotyków syntetycznych produkowanych w Unii Europejskiej, 2015 r.

Prekursor/pre-prekursor	Konfiskaty		Zatrzymane dostawy		OGÓŁEM	
	Liczba	Ilość	Liczba	Ilość	Liczba	Ilość
MDMA lub substancje pokrewne						
PMK (litry)	6	622	0	0	6	622
Safrol (litry)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
Glicydowe pochodne PMK (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
Amfetamina i metamfetamina						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (litry)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, kwas fenylooctowy (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedryna luzem (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedryna luzem (kg)	8	32	0	0	8	32
APAAN (kg)	1	201	0	0	1	201
Glicydowe pochodne BMK (kg)	5	14	0	0	5	14

Oba narkotyki produkowane są w Europie na użytek wewnętrzny. Istnieją sygnały, że produkcja amfetaminy ma miejsce głównie w Belgii, w Holandii i w Polsce, a w mniejszym stopniu w krajach bałtyckich, w Niemczech i na Węgrzech. Wiele przemawia także za tym, że ostatni etap produkcji – konwersja oleju bazowego amfetaminy na siarczan amfetaminy – ma miejsce w Europie.

Część amfetaminy produkuje się także na eksport, szczególnie na Bliski Wschód oraz na Daleki Wschód i do Oceanii. W ostatnim czasie zwiększyła się ilość przechwytywanych tabletek amfetaminy z logotypem „Captagon” – szczególnie w Turcji, gdzie w 2015 r. skonfiskowano ich 15 mln.

Od dłuższego czasu znaczna część metamfetaminy dostępnej w Europie pochodzi z Czech, a od niedawna także z przygranicznych okolic państw ościennych. Narkotyk wytwarza się też w Bułgarii, na Litwie i w Holandii.

W Czechach metamfetaminę produkuje się głównie z prekursorów takich jak efedryna i pseudoefedryna, które pozyskuje się z produktów leczniczych, głównie przemycanych z Polski. Narkotyk można także uzyskać z BMK. Z 291 nielegalnych laboratoriów metamfetaminy zgłoszonych w Unii Europejskiej w 2015 r., 263 znajdowały się na terenie Czech. Produkcja w tym kraju zmieniła się z działalności na niewielką skalę, polegającej na wytwarzaniu narkotyku przez użytkowników na własne potrzeby lub na rynek lokalny, w większą produkcję zdominowaną przez zorganizowane grupy przestępcze, wytwarzające narkotyk do celów konsumpcyjnych na terenie Europy oraz na eksport.

AMFETAMINY

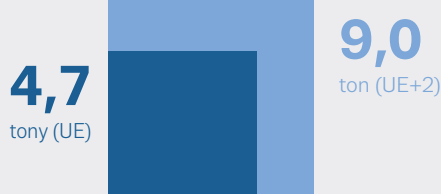
Amfetamina

Liczba konfiskat

34 000 UE **39 000** UE+2



Skonfiskowana ilość



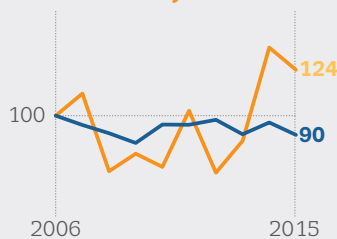
Cena (EUR/g)

43 €
26 €
10 €
7 €

Czystość (%)

50 %
35 %
13 %
7 %

Zindeksowane tendencje:
Cena i czystość



Metamfetamina

Liczba konfiskat

8 000 UE **12 000** UE+2



Skonfiskowana ilość



Cena (EUR/g)

172 €
111 €
18 €
10 €

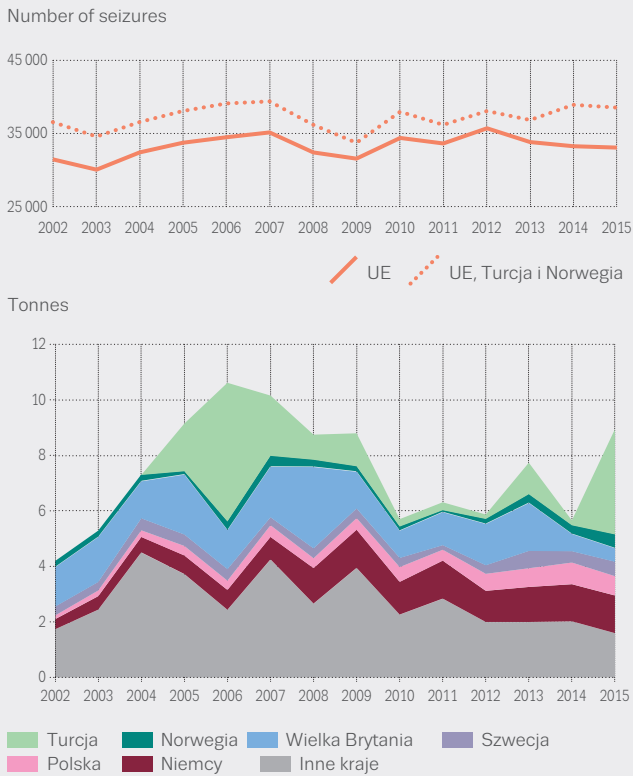
Czystość (%)

79 %
70 %
36 %
16 %

Określenie „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.

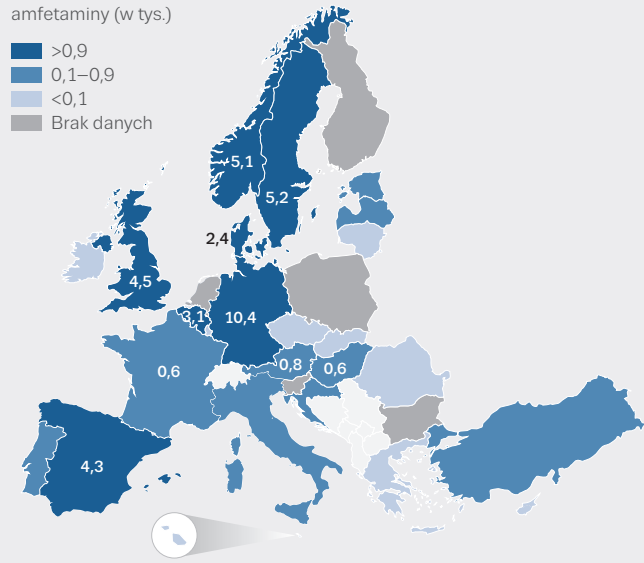
WYKRES 1.7

Liczba konfiskat amfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2015 r. lub ostatnim dostępnym roku



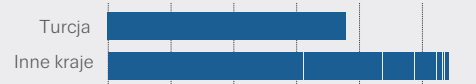
Liczba konfiskat amfetaminy (w tys.)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Brak danych



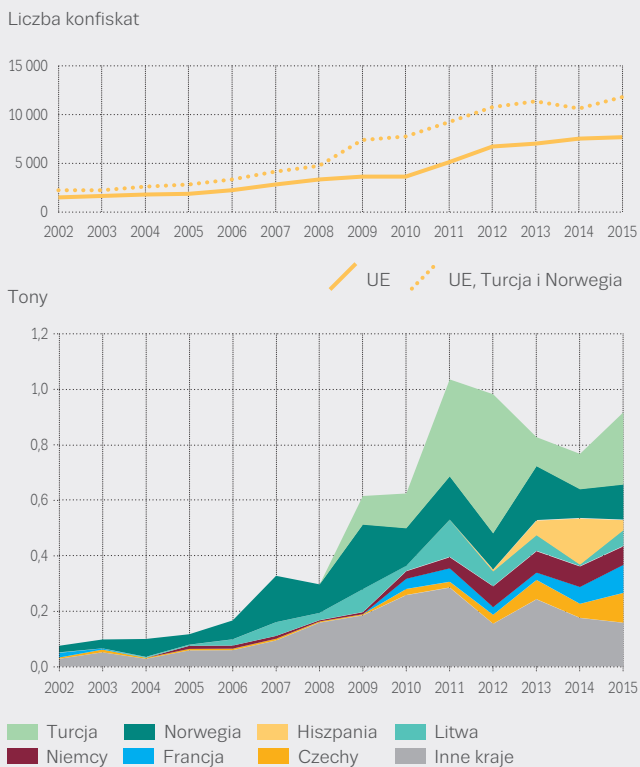
Uwaga: Liczba konfiskat (w tysiącach) w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

Ilości skonfiskowanej amfetaminy (w tonach)



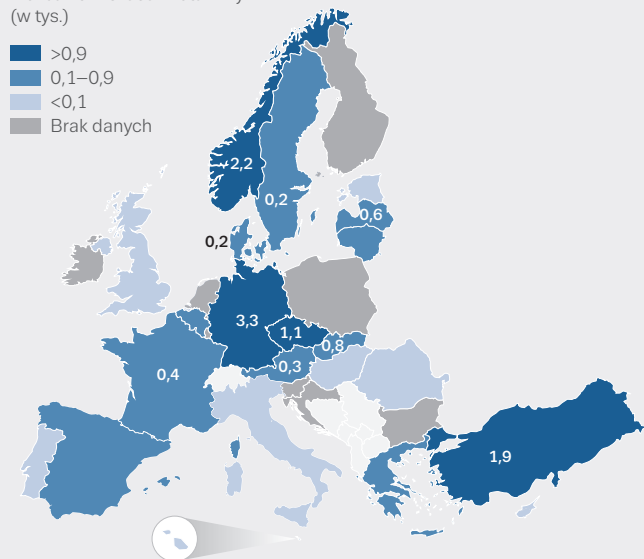
WYKRES 1.8

Liczba konfiskat metamfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2015 r. lub ostatnim dostępnym roku



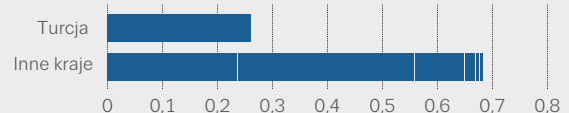
Liczba konfiskat amfetaminy (w tys.)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Brak danych



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

Ilości skonfiskowanej metamfetaminy (w tonach)



W 2015 r. państwa członkowskie UE zgłosiły 34 000 przypadków konfiskat amfetaminy, w ramach których przejęto 4,7 tony tego narkotyku. Ogółem, ilość skonfiskowanej w Unii Europejskiej amfetaminy rośnie, wahając się w przedziale od 4 do 6 ton w okresie 2002 – 2015 (wykres 1.7). Liczba konfiskat metamfetaminy jest znacznie mniejsza; w 2015 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 7 700 konfiskat metamfetaminy, w ramach których przejęto 0,5 tony tego narkotyku. Największe ilości skonfiskowano w Czechach (wykres 1.8). W 2015 r. duże ilości amfetamin przejęto także w Turcji (3,8 ton amfetaminy i 0,3 tony metamfetaminy) oraz w Norwegii (0.1 tony metamfetaminy). Zarówno liczba konfiskat, jak i ilość skonfiskowanej metamfetaminy rośnie od 2002 r.

Średnia zgłaszana czystość próbek metamfetaminy jest zwykle wyższa niż w przypadku amfetaminy. Zindeksowane tendencje wskazują, że czystość amfetaminy wzrosła w ostatnich latach.

MDMA: dostępność produktów o dużej sile działania

MDMA (3,4-Metylenodioksymetamfetamina) to syntetyczny narkotyk spokrewniony z amfetaminami, choć efekty jego działania są odmienne. MDMA przyjmuje się w postaci tabletek (zwanymi często „ecstasy”), a także w formie proszku lub kryształów. Na rynek narkotykowy wciąż trafiają nowe rodzaje tabletek MDMA o różnych kolorach, kształtach i logotypach. W ostatnich latach rynek MDMA odradza się po okresie ograniczonej dostępności związanej z brakiem prekursorów chemicznych wymaganych do produkcji tego narkotyku. Szacuje się, że wartość detaliczna rynku MDMA wynosi co najmniej 0,7 mld euro.

Średnia zawartość MDMA w tabletkach w ostatnich latach zwiększyła się. Duże ilości MDMA w niektórych partiach powiązane z problemami zdrowotnymi oraz przypadkami zgonów.

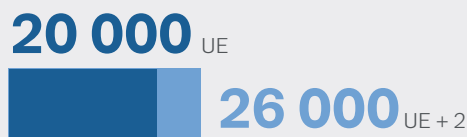
Wydaje się, że produkcja MDMA w Europie koncentruje się w Belgii i Holandii – to właśnie tam znajdowały się 4 laboratoria MDMA zlikwidowane w Unii Europejskiej w 2015 r. (3 w Holandii i 1 w Belgii). MDMA produkuje się w Europie także na eksport do innych części świata.

Ocena najnowszych tendencji dotyczących konfiskat MDMA jest trudna ze względu na brak danych z niektórych krajów, które mogą wносить znaczny wkład w ogólną liczbę. Brakuje dostępnych danych na temat liczby konfiskat MDMA za 2015 r. z Holandii, która w 2012 r. zgłosiła konfiskatę 2,4 mln tabletek, jak również z Polski i Finlandii. Bez tych ważnych informacji szacuje się, że w 2015 r. w Unii Europejskiej skonfiskowano 4 mln tabletek MDMA i 0,2 tony MDMA w postaci proszku.

Średnia zawartość MDMA w tabletkach w ostatnich latach zwiększyła się

MDMA

Liczba konfiskat



Skonfiskowana ilość



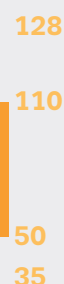
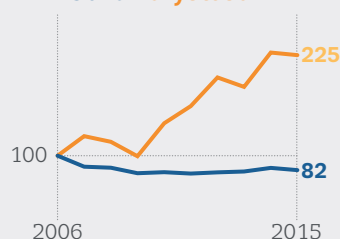
Cena

(EUR/tabletka)



Czystość (MDMA mg/tabletka)

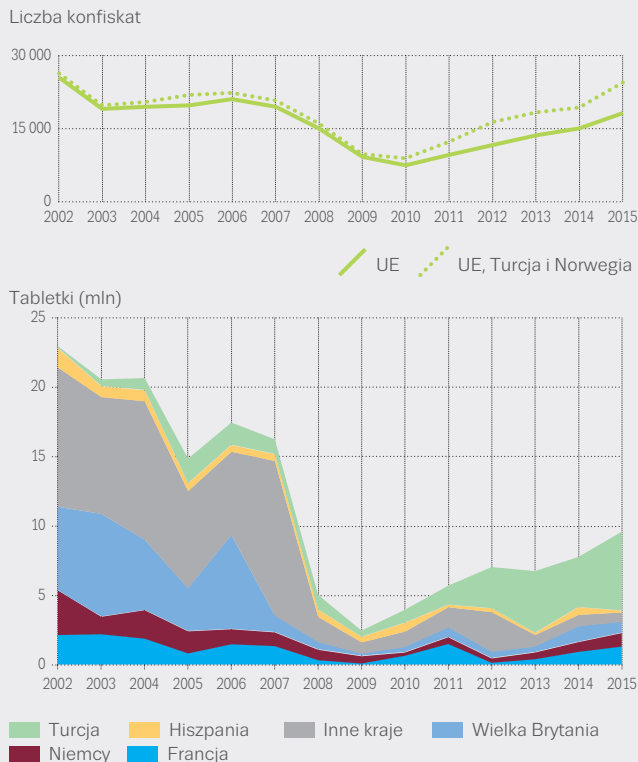
Zindeksowane tendencje: Cena i czystość



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

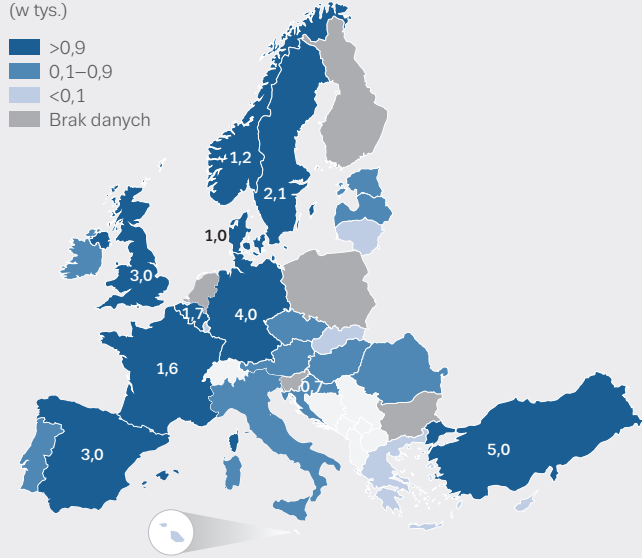
WYKRES 1.9

Liczba konfiskat MDMA i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2015 r. lub ostatnim dostępnym roku



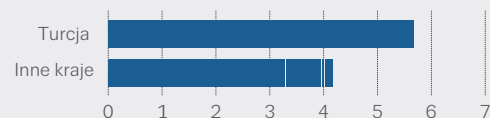
Liczba konfiskat MDMA (w tys.)

■ >0,9
■ 0,1–0,9
■ <0,1
■ Brak danych



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

Skonfiskowane tabletki MDMA (w mln)



Od 2010 r. liczba zgłaszanych konfiskat MDMA stale rośnie, choć ilość przechwytywanego narkotyku utrzymuje się na relatywnie niezmiennym poziomie. Znaczne ilości MDMA konfiskowane są także w Turcji – w 2015 r. było to łącznie 5,7 mln tabletek, więcej niż zgłosiły łącznie wszystkie inne kraje (wykres 1.9).

Konfiskaty LSD, GHB i ketaminy

Na terenie Unii Europejskiej konfiskuje się także inne nielegalne substancje. W 2015 r. dokonano m.in. 1 400 konfiskat LSD (dietyloamid kwasu D-lizergowego), co odpowiada 100 000 dawek. W Belgii przechwycono ponadto 1 kg tej substancji. Od 2010 r. liczba zgłaszanych konfiskat LSD podwoiła się, choć ilość przechwytywanego narkotyku jest zmienna. Czternaście krajów zgłosiło konfiskaty GHB (kwasu gamma-hydroksymasłowego) lub GBL (gamma-butyrolaktonu) w 2015 r. Było to szacunkowo ogółem 1 300 konfiskat, co równa się 320 kg oraz ponad 1 500 litrom substancji. Za ponad dwie trzecie tej wielkości konfiskat odpowiadają łącznie Belgia (33%) oraz Norwegia (35%). Dwanaście krajów zgłosiło ok. 1 200 konfiskat ketaminy o łącznej szacunkowej wadze 130 kg. Większość wykryto w Danii, we Włoszech oraz w Wielkiej Brytanii.

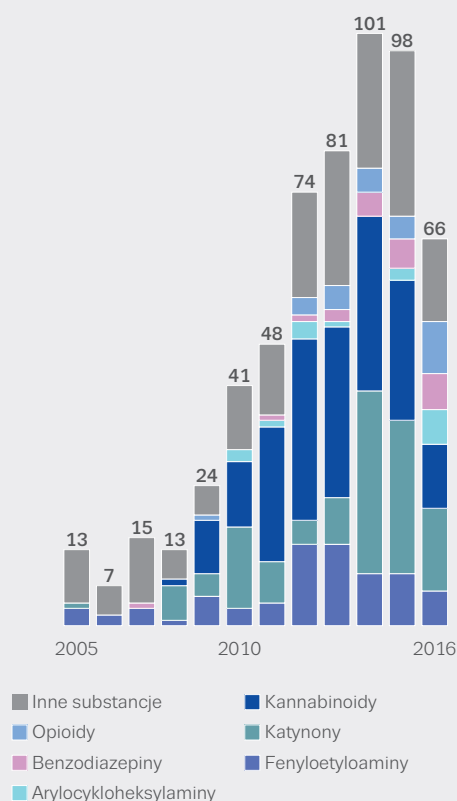
Nowe substancje psychoaktywne: duża liczba różnorodnych narkotyków

Do końca 2016 r. EMCDDA monitorowało ponad 620 nowych substancji psychoaktywnych, które pojawiły się na europejskim rynku narkotyków. Substancje te nie podlegają międzynarodowym kontrolom. Jest to grupa obejmująca substancje psychoaktywne różnego rodzaju, w tym syntetyczne kannabinoidy, stymulanty, opioidy oraz benzodiazepiny (wykres 1.10). W większości przypadków są one sprzedawane jako „legalne” zamienniki niedozwolonych środków odurzających, podczas gdy inne są przeznaczone dla niewielkich grup osób pragnących eksperymentować z różnymi substancjami, aby odkryć możliwe nowe skutki ich zażywania.

W wielu przypadkach nowe substancje produkowane są w ilościach hurtowych przez spółki chemiczne i farmaceutyczne w Chinach. Stamtąd wysyłane są do Europy, gdzie przetwarzane są na produkty docelowe, a następnie pakowane i sprzedawane. Niektóre nowe substancje mogą być pozyskiwane jako leki, a więc pochodzić z legalnego łańcucha dostaw, lub mogą pochodzić ze źródeł nielegalnych. Substancje te mogą być również wytwarzane w tajnych laboratoriach w Europie lub w innych częściach świata. Różne wskaźniki, takie jak

WYKRES 1.10

Liczba i kategorie nowych substancji psychoaktywnych zgłaszanych po raz pierwszy do systemu wczesnego ostrzegania UE w latach 2005-2016



wykrywanie nielegalnych laboratoriów, analiza odpadów narkotyków syntetycznych oraz konfiskaty prekursorów, wskazują na częstsze występowanie tej formy produkcji w ostatnich latach w Europie.

Niektóre nowe substancje sprzedawane są otwarcie na ogólnodostępnych stronach internetowych oraz w wyspecjalizowanych sklepach stacjonarnych, często jako markowe „dopalacze”. Handluje się nimi także w darknecie oraz na rynku substancji nielegalnych, gdzie dostępne są czasem pod nazwą własną, a niekiedy oznaczane są niezgodnie z prawdą, jako heroina, kokaina, ecstasy czy benzodiazepiny.

Ponad 70% nowych substancji wykrytych za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej powstało w ostatnich pięciu latach. W 2016 r. po raz pierwszy wykryto w Europie 66 nowych substancji. Jest to wartość mniejsza niż w poprzednich dwóch latach, ale podobna do tych, które rejestrowano w latach 2012 i 2013. Powody tego spadku są niejasne, ale mogą częściowo wynikać z działań podejmowanych przez rządy krajowe w Europie związanych z zakazem obrotu nowymi substancjami, a w szczególności ich jawnej sprzedaży jako „dopalaczy”. Kolejnym ważnym aspektem mogą być środki kontroli oraz działania organów ścigania w Chinach,

skierowane przeciwko laboratoriom wytwarzającym nowe substancje. Istotne mogą być także coraz mocniejsze związki z szerszym rynkiem niedozwolonych środków odurzających.

Liczba wykrywanych każdego roku nowych substancji jest tylko jednym z szeregu wskaźników wykorzystywanych przez EMCDDA, aby ocenić sytuację na całym rynku. Z 620 nowych substancji, które obecnie objęte są monitorowaniem, 423 (prawie 70%) wykryto na rynku narkotyków w 2015 r.; w 2014 r. było ich 365, a w 2013 r. – 299. Liczby te pokazują, jak skomplikowany stał się ten rynek.

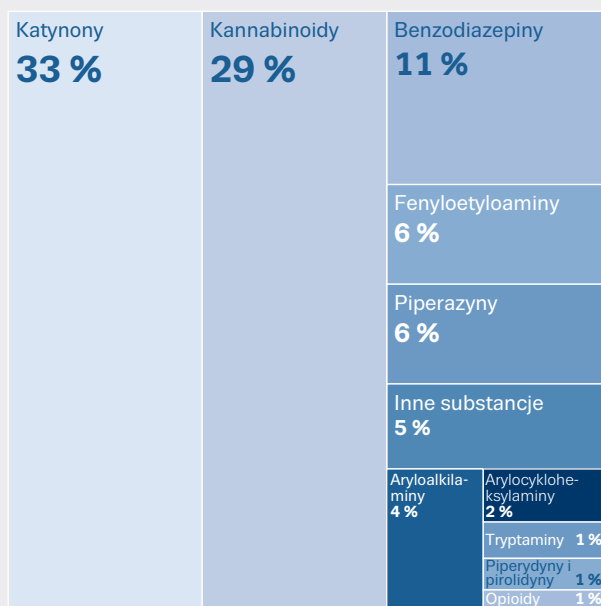
Do końca 2016 r. EMCDDA monitorowała ponad 620 nowych substancji psychoaktywnych

WYKRES 1.11

Liczba konfiskat nowych substancji psychoaktywnych zgłaszanych do systemu wczesnego ostrzegania UE: tendencje i podział według kategorii w 2015 r.



Uwaga: Dane dotyczące państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii.



Większe konfiskaty nowych substancji psychoaktywnych

W 2015 r. poprzez europejski system wczesnego ostrzegania zgłoszono prawie 80 000 konfiskat nowych substancji psychoaktywnych (wykres 1.11). Syntetyczne katynony i kannabinoidy łącznie stanowiły ponad 60% wszystkich przypadków konfiskat nowych substancji w 2015 r. (ponad 47 000). W 2015 r., w porównaniu z rokiem poprzednim, zaobserwowano także wzrost ilości skonfiskowanych syntetycznych katynonów, syntetycznych kannabinoidów oraz nowych opioidów.

Europejskie dane dotyczące konfiskat nowych substancji należy przyjmować jako wartości minimalne, jako że pochodzą one z doniesień o konkretnych przypadkach, a nie z systemów monitorowania. Na zgłaszane konfiskaty ma wpływ szereg czynników, takich jak rosnąca świadomość nowych substancji, ich zmieniający się status prawny, możliwości i priorytety w zakresie egzekwowania prawa oraz praktyki sprawozdawcze organów ścigania.

Nowe opioidy syntetyczne

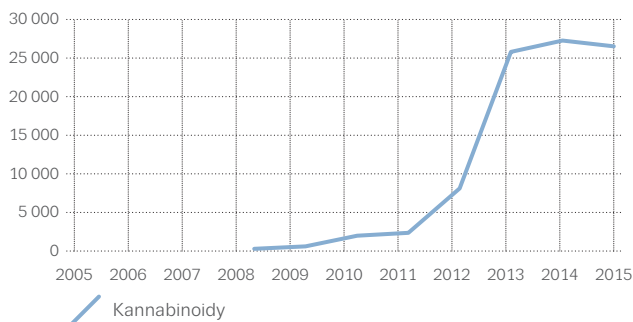
Ogółem, na europejskim rynku narkotyków wykryto od 2009 r. 25 nowych opioidów, z czego 9 zgłoszono po raz pierwszy w 2016 r. Liczba ta obejmuje także 18 fentanyli, z których 8 zgłoszono po raz pierwszy w 2016 r. Nowe fentanyle odgrywają obecnie na europejskim rynku narkotyków mniej ważną rolę, ale są to substancje o bardzo dużej sile działania, które stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego i indywidualnego.

Nowe opioidy konfiskuje się w różnej postaci – głównie w formie proszku, tabletek i kapsułek, a od 2014 r. także w postaci płynnej. Ponad 60% z 600 konfiskat nowych syntetycznych opioidów w 2015 r. to fentanyle. W 2015 r. przechwycono prawie 2 litry opioidów syntetycznych, co stanowi wzrost o 240 ml w porównaniu do poprzedniego roku. W 85% skonfiskowanego płynu wykryto fentanyle. Ważnym nowym zjawiskiem w tym zakresie jest pojawienie się na rynku płynów z atomizerem do stosowania donosowego, które zawierają takie fentanyle jak akryl-fentanyli i furanyl-fentanyli. Opioidy te stanowiły 0,75% całkowitej liczby przypadków konfiskat nowych substancji, ale tylko 0,04% ich całej przechwyconej ilości, co obrazuje niski udział tych substancji w rynku narkotykowym, a zarazem ich dużą siłę działania.

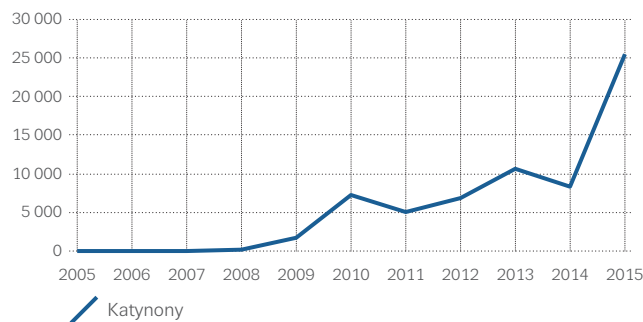
WYKRES 1.12

Konfiskaty syntetycznych kannabinoidów i katynonów zgłoszone do systemu wczesnego ostrzegania UE: tendencje dotyczące liczby konfiskat i skonfiskowana ilość

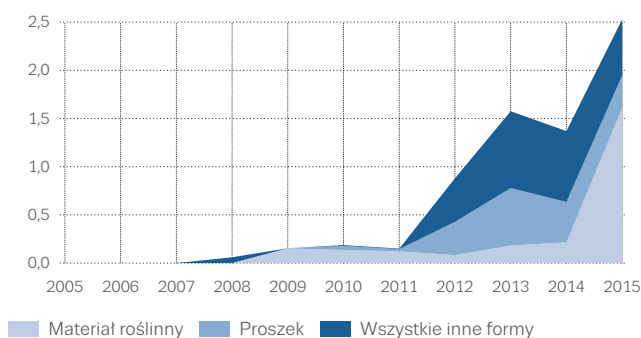
Liczba przypadków konfiskat



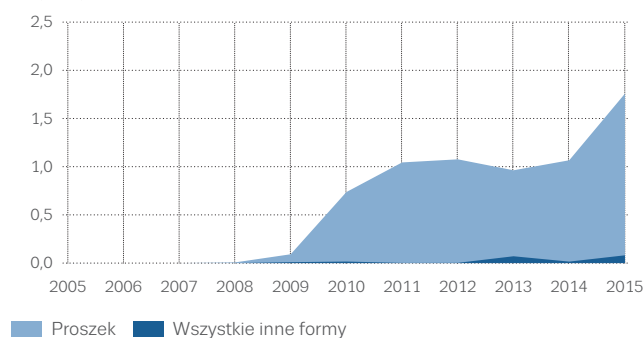
Liczba przypadków konfiskat



Kannabinoidy (w tonach)



Katynony (w tonach)



Uwaga: Dane dotyczące UE, Turcji i Norwegii

Syntetyczne kannabinoidy

Syntetyczne kannabinoidy to substancje, których efekty działania imitują skutki zażycia delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), który jest w dużej mierze odpowiedzialny za główne skutki psychoaktywne zażycia konopi indyjskich. Od przynajmniej 2008 r. producenci w Europie wykorzystują ten efekt, importując hurtowe ilości kannabinoidów w proszku i mieszając je z wysuszonym materiałem roślinnym, wytwarzając w ten sposób setki różnych „dopalaczy”. Były one następnie wprowadzane do obrotu jako legalne zamienniki konopi i sprzedawane jako gotowe do użycia „ziołowe mieszanki do palenia”. Syntetyczne kannabinoidy wciąż pozostają największą grupą nowych substancji monitorowanych przez EMCDDA. Stają się też chemicznie coraz bardziej różnorodne. Od 2008 r. wykryto 169 substancji, w tym 11 zgłoszono w 2016 r., co oznacza spadek w stosunku do 2015 r. (24 substancje zgłoszone w 2015 r.).

W 2015 r. zgłoszono niewiele ponad 22 000 konfiskat syntetycznych kannabinoidów (wykres 1.12). Pięcioma najczęściej konfiskowanymi w 2015 r. kannabinoidami były ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 i ADB-CHMINACA.

Łącznie przechwycono 2,5 tony tych substancji. Prawie 64% wszystkich przypadków konfiskat syntetycznych

kannabinoidów dotyczyło mieszanek ziołowych, a 13% – proszku.

Wykrycie kannabinoidów syntetycznych w formie sproszkowanej oraz zakładów ich przetwarzania na terenie Europy świadczy o tym, że produkty te są pakowane w Europie. Po przetworzeniu na „mieszanki ziołowe do palenia” proszki te mogły posłużyć do stworzenia wielu milionów dawek. Najczęściej przechwytywanymi w 2015 r. kannabinoidami w formie sproszkowanej były 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) i ADB-FUBINACA (57 kg).

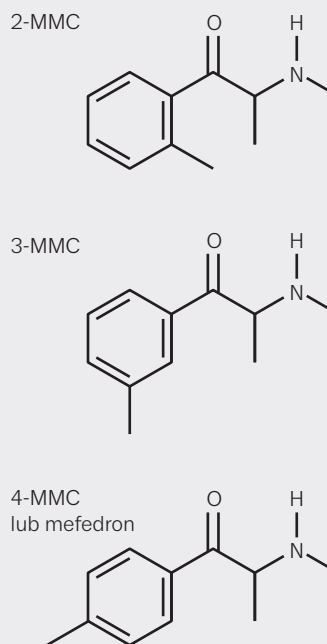
Syntetyczne katynony

Katynony syntetyczne są chemicznie spokrewnione z katynonem, który jest występującym naturalnie środkiem pobudzającym pochodzącym z rośliny czuwaliczki jadalnej (*Catha edulis*). Substancje te wywołują efekty podobne do nielegalnych stymulantów, takich jak amfetamina, kokaina i MDMA. Syntetyczne katynony są drugą co do wielkości grupą nowych substancji monitorowanych przez EMCDDA. Wykryto ich w sumie 118, w tym 14 po raz pierwszy w 2016 r., co oznacza spadek w stosunku do 2015 r. (26).

Syntetyczne katynony były najczęściej konfiskowaną nową substancją psychoaktywną w 2015 r. (25 000 konfiskat), stanowiąc zarazem prawie jedną trzecią całkowitej liczby konfiskat. Oznacza to wzrost liczby konfiskat o prawie 17 000 w porównaniu z poprzednim rokiem. Łączna przechwycona ilość to trochę ponad 1,8 tony, co stanowi wzrost o ok. 0,75 ton w porównaniu z 2014 r. (wykres 1.12). Syntetyczne katynony mają zwykle postać sproszkowaną. W 2015 r. pięcioma najczęściej konfiskowanymi katynonami w 2015 r. były: alfa-PVP, 3-MMC, etylon, 4-CMC and pentedron. Ponad 60% zgłoszonych syntetycznych katynonów (1,2 tony) skonfiskowanych w 2015 r. pochodziło z Chin. Duża część (42%) skonfiskowanych syntetycznych katynonów stanowiły: 2-MMC (156 kg) i 3-MMC (616 kg), które są chemicznie zbliżone do mefedronu (4-MMC), ale nie są objęte międzynarodową kontrolą narkotykową. Mefedron jest silnie obecny na rynkach niedozwolonych środków odurzających w niektórych krajach, a prawdopodobnie część 2-MMC i 3-MMC sprzedaje się jako mefedron (zob. wykres 1.13).

WYKRES 1.13

Wzory chemiczne 2-MMC, 3-MMC and 4-MMC (mefedron)



Nowe benzodiazepiny

Niepokojący jest także rozwój rynku nowych benzodiazepin. Ponad 20 substancji tego rodzaju monitoruje EMCDDA – 6 po raz pierwszy wykryto w Europie w 2016 r. W 2015 r. skonfiskowano ponad 300 000 tabletek zawierających nowe benzodiazepiny, takie jak clonazolam, diclazepam, etizolam oraz flubromazolam. Było to prawie dwa razy więcej niż w poprzednim roku. Niektóre nowe benzodiazepiny sprzedawano w postaci tabletek, kapsułek i proszków pod ich własnymi nazwami. W innych przypadkach substancje te fałszowano w celu wyprodukowania podrabianych wersji często przepisywanych leków przeciwlękowych, takich jak diazepam i alprazolam, które były sprzedawane bezpośrednio na narkotykowym rynku.

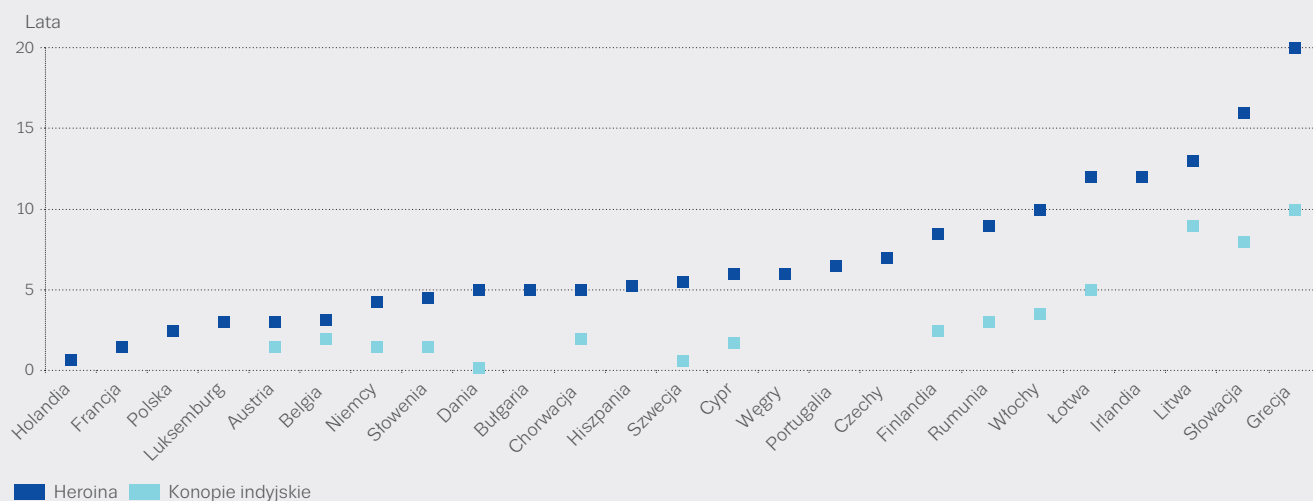
Przepisy służące zwalczaniu podaży nowych substancji psychoaktywnych

Państwa europejskie podejmują działania mające zapobiegać wprowadzaniu narkotyków do obrotu na mocy trzech konwencji ONZ określających ramy kontroli wytwarzania i posiadania oraz obrotu w odniesieniu do ponad 240 substancji psychoaktywnych. Szybkie pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych oraz różnorodność dostępnych produktów okazały się wyzwaniem dla zapisów konwencji oraz europejskich decydentów i ustawodawców.

Na poziomie krajowym wdrożono różne działania mające na celu kontrolę nowych substancji. Można przy tym zidentyfikować trzy podstawowe rodzaje reakcji prawnych. Wiele krajów europejskich zareagowało początkowo w ten sposób, że przyjęto przepisy o bezpieczeństwie konsumentów, a następnie rozszerzono zakres zastosowania lub dostosowano obowiązujące przepisy tak, aby objąć nimi nowe substancje psychoaktywne. Poszczególne kraje coraz częściej zaczęły tworzyć nowe ustawodawstwo w odpowiedzi na to zjawisko. Istnieje wiele różnych definicji wykroczeń oraz powiązanych z nimi kar, podobnie jak istnieje wiele przepisów antynarkotykowych w różnych krajach europejskich. W przyjmowanych w ostatnim czasie przepisach dotyczących nowych narkotyków można zaobserwować ogólną tendencję charakteryzującą krajowe przepisy antynarkotykowe, tj. obniżanie wymiaru kary za posiadanie narkotyków na

WYKRES 1.14

Przewidywany wymiar kary pozbawienia wolności za sprzedaż 1 kg heroiny lub konopie indyjskich w państwach członkowskich UE



Uwaga: Mediana przewidywanego wymiaru kary w oparciu o opinię przykładowej grupy ekspertów w zakresie prawa w każdym z krajów; dotyczy osób po raz pierwszy popełniających czyn zabroniony bez udziału w zorganizowanej grupie przestępczej. Jeżeli przewidywano możliwość zawieszenia wykonania kary, nie podano mediany jej wymiaru.

własny użytek. Większość nowych przepisów dotyczących konkretnie nowych substancji psychoaktywnych zakłada karanie jedynie za handel nielegalnymi substancjami, ale nie za ich posiadanie na własny użytek.

Na poziomie unijnym obecne ramy prawne dotyczące kontroli nowych substancji psychoaktywnych, przyjęte w 2005 r., są weryfikowane w celu stworzenia sprawniejszego, bardziej skutecznego systemu pozwalającego na objęcie środkami prawa karnego zachowań związanych ze szkodliwymi nowymi substancjami psychoaktywnymi.

Penalizacja handlu narkotykami: różnice pomiędzy poszczególnymi substancjami i krajami

Nieuprawnione wprowadzanie narkotyków do obrotu jest przestępstwem we wszystkich krajach europejskich, ale kary przewidziane w przepisach znacząco różnią się między poszczególnymi państwami. Przeprowadzona ostatnio przez EMCDDA ankieta wśród praktykujących prawników w państwach członkowskich UE wykazała, że w poszczególnych krajach eksperci mieli różne oczekiwania co do kar za podobne czyny zabronione związane z przemytem narkotyków (zob. wykres 1.14). Różnice te mogą wynikać z czynników historycznych i kulturowych, mających wpływ na system prawa karnego danego kraju, a także z różnych podejść do skuteczności kar jako środka odstrasającego. Badanie pokazało także, że choć przepisy

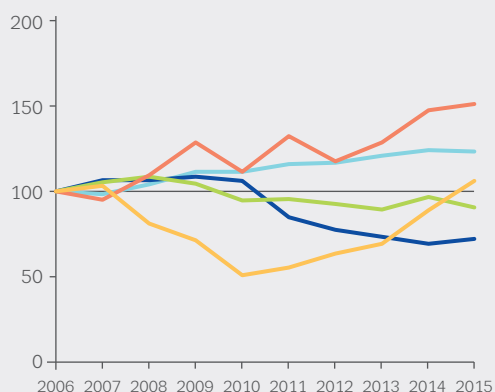
mogą przewidywać podobne środki karne w odniesieniu do różnych substancji, w większości krajów eksperci przewidzieli, że wymiar kary będzie uzależniony od rodzaju substancji. Oznaczałoby to, że sędziowie biorą pod uwagę różne aspekty, m.in. domniamaną szkodliwość społeczną związaną z działaniem poszczególnych narkotyków.

WYKRES 1.15

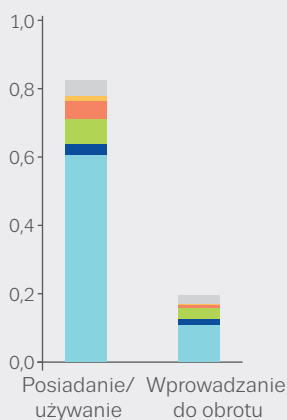
Przestępstwa związane z używaniem, posiadaniem lub wprowadzaniem narkotyków do obrotu w Europie w 2015 r.

Przestępstwa związane z posiadaniem/używaniem

Zindeksowane tendencje

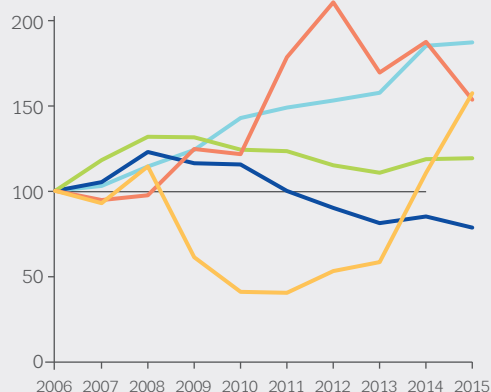


Liczba przestępstw (w mln)



Przestępstwa związane z wprowadzaniem do obrotu

Zindeksowane tendencje



■ Heroina
 ■ Kokaina
 ■ MDMA
 ■ Konopie indyjskie
 ■ Amfetaminy
 ■ Inne substancje

Uwaga: Dane dotyczące przestępstw, dla których zgłoszono dany narkotyk

Przestępstwa związane z narkotykami: większość ma związek z konopiami indyjskimi

Egzekwowanie przepisów jest monitorowane za pośrednictwem raportów o przestępczości narkotykowej. W Unii Europejskiej w 2015 r. zgłoszono około 1,5 miliona przestępstw związanych z narkotykami; większość z nich (57%) dotyczyła stosowania lub posiadania konopi indyjskich. Czynów dokonano z udziałem ok. 1 miliona sprawców. Od 2006 do 2015 r. liczba zgłaszanych przestępstw wzrosła o prawie jedną trzecią (31%).

Od 2006 r. o 18% zwiększyła się liczba zgłoszeń dotyczących przestępstw związanych z wprowadzaniem narkotyków do obrotu, przekraczając w 2015 r. zgodnie z szacunkami poziom 214 000 przypadków. W tej grupie większość czynów zabronionych stanowiły te związane z konopiami indyjskimi (57%). Od 2013 r. znacznie wzrasta liczba zgłoszeń przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu MDMA (wykres 1.15).

Szacuje się, że w całej Europie w 2015 r. zgłoszono ponad milion przestępstw związanych z używaniem lub posiadaniem narkotyku na własny użytek, co stanowi wzrost o 27% w porównaniu z 2006 r. Wśród zgłoszonych przestępstw narkotykowych związanych z posiadaniem nielegalnych substancji około trzech czwartych dotyczyło konopi indyjskich (74%). Od 2015 r. utrzymuje się tendencja zwykła w zakresie przestępstw związanych z posiadaniem amfetamin oraz MDMA (wykres 1.15).

**W 2015 r. zgłoszono
około 1,5 miliona
przestępstw związanych
z narkotykami**

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA**2017**

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

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

The internet and drug markets, Technical reports.

2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

Wspólne publikacje EMCDDA i Europolu**2017**

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Wspólne publikacje EMCDDA i Eurojust**2016**

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

Wszystkie publikacje są dostępne na stronie:
www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Powszechne wśród osób
używających narkotyków jest
jednoczesne przyjmowanie różnych substancji**

Rozpowszechnienie używania narkotyków i tendencje

Używane w Europie narkotyki stanowią obecnie bardziej różnorodną grupę niż kiedyś. Powszechne wśród osób używających narkotyków jest jednocześnie przyjmowanie różnych substancji, a indywidualne modele konsumpcji obejmują używanie eksperymentalne, problemowe i uzależnienie. Ogólnie wszystkie narkotyki są częściej używane przez mężczyzn, a różnica ta jest zazwyczaj szczególnie wyraźna w przypadku bardziej intensywnego lub regularnego używania. Używanie konopi indyjskich jest około pięć razy bardziej rozpowszechnione niż innych substancji. Choć konsumpcja heroiny i innych opioidów pozostaje na stosunkowo niskim poziomie, to właśnie te narkotyki wiążą się z najbardziej szkodliwymi formami konsumpcji, w tym z podawaniem drogą iniekcji.

Monitorowanie używania narkotyków

EMCDDA zbiera dane i tworzy bazy obejmujące informacje na temat używania narkotyków oraz prawidłowości w tym zakresie występujących w Europie.

Ankiety przeprowadzane wśród uczniów szkolnych i ogółu populacji mogą dostarczyć informacji na temat skali problemu eksperymentalnego i rekreacyjnego używania substancji psychoaktywnych. Badania sondażowe można uzupełnić analizą na poziomie lokalnych społeczności, badającą pozostałości narkotyków w ściekach w poszczególnych miastach europejskich.

Badania koncentrujące się na szacunkowych danych w zakresie problemowego używania substancji psychoaktywnych mogą pomóc w diagnozie bardziej utrwalonych problemów narkotykowych, a dane o osobach rozpoczynających specjalistyczne leczenie odwykowe, w połączeniu z innymi wskaźnikami, mogą pomóc zrozumieć charakter oraz tendencje w zakresie problemowego używania narkotyków.

Pełne zbiory danych oraz uwagi metodologiczne można znaleźć w internetowym [Statistical Bulletin \(Biuletynie Statystycznym\)](#).

Różnorodne trendy w zakresie przyjmowania substancji psychoaktywnych przez uczniów w różnych krajach

Monitorowanie używania narkotyków przez uczniów rzuca światło na aktualne zachowania ryzykowne wśród młodzieży i sygnalizuje potencjalne tendencje w przyszłości. W 2015 r. zebrano dane w ramach szóstej edycji europejskiego programu badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Ostatnia edycja tego zapoczątkowanego w 1995 r. projektu pozwoliła na zebranie porównywalnych danych dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez uczniów w wieku 15-16 lat w 35 państwach europejskich, w tym w 23 państwach członkowskich UE oraz w Norwegii. Spośród uczniów z wymienionych 24 krajów, średnio 18% zadeklarowało, że co najmniej raz spróbowało konopi indyjskich (wskaźnik używania narkotyków kiedykolwiek w życiu). Największy odsetek takich osób odnotowano w Czechach (37%) oraz we Francji (31%). Poziom konsumpcji narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem wahał się od 2% w Szwecji, Finlandii i Norwegii, po 17% we Francji. Średnia dla wszystkich 24 krajów wynosiła 8%. Na terenie całej Europy występowały także duże różnice dotyczące płci osób używających narkotyków. Stosunek chłopców do dziewcząt wśród osób, które przynajmniej raz w życiu użyły narkotyków różnił się od dokładnie takiego samego w Czechach i na Malcie, po stosunek 2,5 chłopca na każdą dziewczynę w Norwegii.

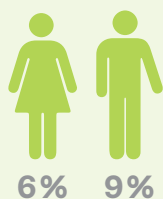
Młodzi ludzie dużo rzadziej używali niedozwolonych środków odurzających innych niż konopie indyjskie – wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia takich narkotyków wyniósł 5%. Najczęściej używanymi substancjami po konopiach indyjskich były MDMA/ecstasy, amfetamina, kokaina, metamfetamina i LSD lub inne substancje halucynogenne – używanie każdej z nich zadeklarowało 2% uczniów. Cztery procent uczniów stwierdziło także, że przynajmniej raz w życiu spróbowało którejś z nowych substancji psychoaktywnych – najwięcej takich osób odnotowano w Estonii i w Polsce (10% każdym z tych krajów).

Wśród 22 krajów, które udostępniły wystarczające do analizy dane (21 państw członkowskich UE oraz Norwegia), ogólna tendencja w zakresie stosowania konopi indyjskich w ostatnim miesiącu przed badaniem osiągnęła najwyższy poziom w 2003 r., a następnie wykazywała lekki spadek (wykres 2.1). Porównanie najnowszych danych z lat 2011 i 2015 wykazało, że odsetek osób, które przynajmniej raz w życiu spróbowały konopi oraz tych, które stosowały je w miesiącu poprzedzającym badanie pozostał w większości tych krajów stabilny. Od 1995 r. odsetek osób, które przynajmniej raz w roku spróbowały narkotyków innych niż konopie indyjskie pozostaje zasadniczo na niezmiennym poziomie, choć w latach 2011-2015 zaobserwowano niewielki spadek.

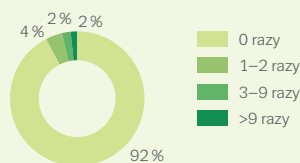
Cztery procent uczniów stwierdziło, że przynajmniej raz w życiu spróbowało którejś z nowych substancji psychoaktywnych

STOSOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ EUROPEJSKICH UCZNIÓW W WIEKU 15-16 LAT (ESPAD 2015)

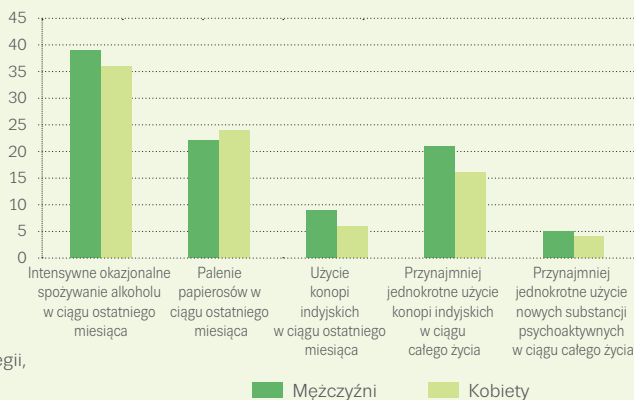
Użycie konopi indyjskich w ciągu ostatniego miesiąca w podziale według płci



Częstotliwość używania konopi w ciągu ostatniego miesiąca



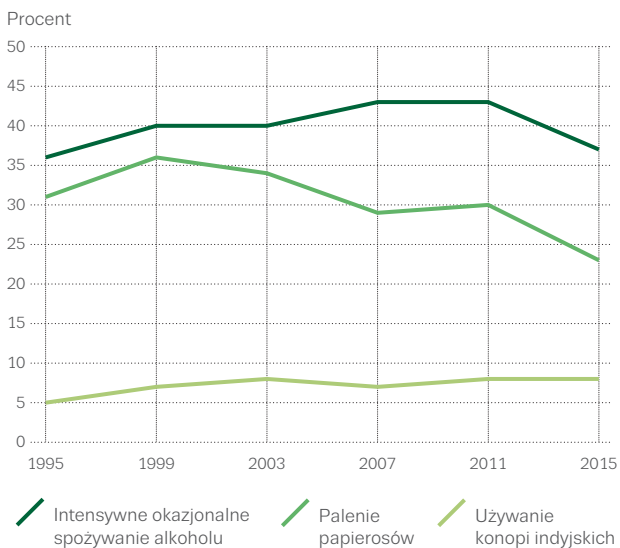
Stosowanie substancji psychoaktywnych (wartości procentowe)



Uwaga: Zestawienie w oparciu o dane z 23 państw członkowskich UE oraz z Norwegii, które uczestniczyły w edycji badania ESPAD z 2015 r.

WYKRES 2.1

Tendencje w zakresie intensywnego okazjonalnego spożywania alkoholu, palenia tytoniu i konopi indyjskich w ciągu ostatniego miesiąca przez europejskich uczniów w wieku 15-16 lat



Uwaga: Zestawienie w oparciu o dane z 21 państw członkowskich UE oraz z Norwegii, które uczestniczyły w co najmniej czterech edycjach badania ESPAD.

Spadek liczby uczniów używających tytoniu oraz spożywających okazjonalnie duże ilości alkoholu

ESPAD dostarcza też danych na temat spożycia alkoholu i palenia tytoniu. Ponad cztery piąte (83%) uczniów spróbowało alkoholu co najmniej raz w życiu. Połowa przyznała się do spożywania alkoholu co najmniej raz w miesiącu poprzedzającym badanie, przy czym 39% chłopców oraz 36% dziewcząt wypilo cztery lub pięć napojów alkoholowych przy jednej okazji (intensywne okazjonalne spożywanie alkoholu).

Nieco mniej niż połowa uczniów paliła papierosy (47%). W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie sondażowe 23% uczniów wypaliło co najmniej jednego papierosa dziennie, przy czym 3% paliło więcej niż 10 sztuk dziennie.

Spośród 22 krajów EMCDDA, które przekazały wystarczające dane umożliwiające analizę trendów, w latach 1995-2015 wykryto ogólny spadek odsetka osób, które przynajmniej raz w życiu spróbowały alkoholu i papierosów, oraz takich, które sięgnęły po nie w ostatnim miesiącu. Zmiany w zakresie intensywnego okazjonalnego spożywania alkoholu były mniej wyraźne, choć zaobserwowano w tym okresie wzrost liczby dziewcząt w tej grupie. Pomiędzy badaniem przeprowadzonym w 2011 i 2015 roku zaobserwowano spadek liczby osób deklarujących intensywne okazjonalne spożywanie alkoholu oraz palenie tytoniu w ostatnim miesiącu.

Ponad 93 miliony osób dorosłych używały niedozwolonych środków odurzających

Szacuje się, że trochę ponad jedna czwarta mieszkańców Unii Europejskiej w wieku od 15 do 64 lat, a więc ponad 93 mln osób, przynajmniej raz w życiu spróbowała narkotyków. Częściej przyznają się do tego mężczyźni (56,8 mln) niż kobiety (36,8 mln). Najczęściej używanym narkotykiem są konopie indyjskie (53,8 mln mężczyzn i 34,1 mln kobiet), natomiast szacunki dotyczące przynajmniej eksperymentalnego używania kokainy (12,2 mln mężczyzn i 5,3 mln kobiet), MDMA (9,3 mln mężczyzn i 4,7 mln kobiet) oraz amfetamin (8,4 mln mężczyzn i 4,2 mln kobiet) są niższe. Wskaźniki dotyczące eksperymentalnego używania konopi są zróżnicowane w poszczególnych państwach i wahają się od około 8 na 20 dorosłych we Francji do mniej niż jednej na 20 osób na Malcie i w Rumunii.

Dane dotyczące używania narkotyków za zeszły rok stanowią dobre odzwierciedlenie skali tego zjawiska w ostatnim czasie, szczególnie wśród młodych dorosłych. Szacuje się, że w zeszłym roku po narkotyki sięgnęło 18,7 mln osób młodych (w wieku 15-34 lat), przy czym było wśród nich dwukrotnie więcej mężczyzn niż kobiet.

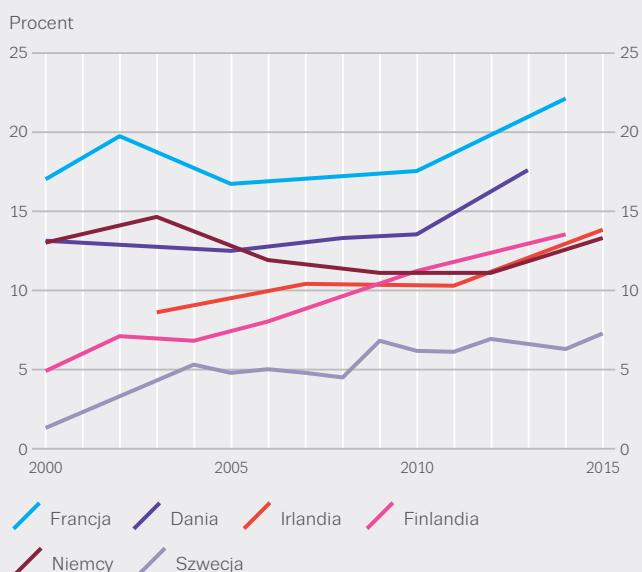
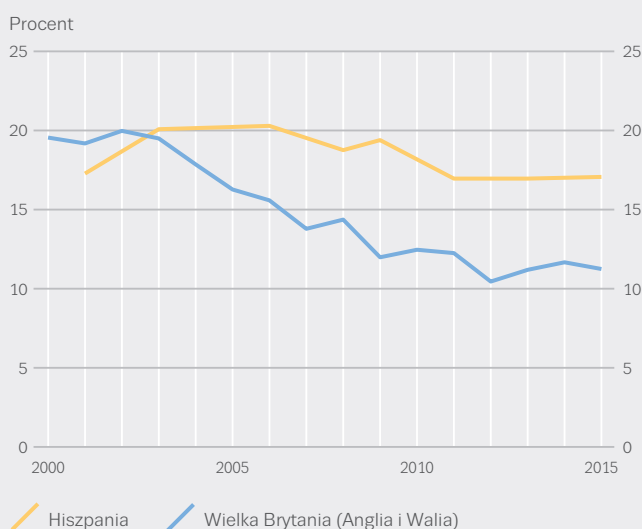
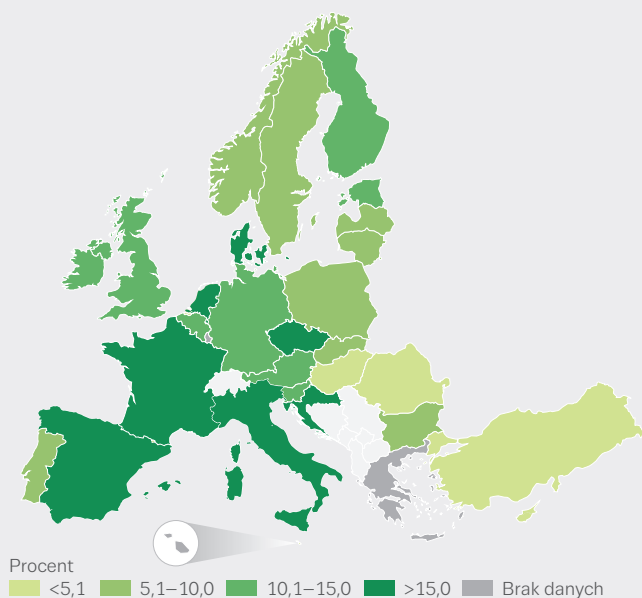
Zażywanie konopi indyjskich: różnorodne tendencje krajowe

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. Wzorce używania konopi indyjskich są różne – od okazjonalnego lub eksperymentalnego po używanie regularne i uzależnienie.

Szacuje się, że 87,7 mln dorosłych Europejczyków (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 26,3% tej grupy, eksperymentowało w jakimś momencie z konopiami indyjskimi. W tej grupie 17,1 mln młodych Europejczyków (między 15. a 34. rokiem życia), czyli 13,9% tej grupy wiekowej, używało konopi indyjskich w ostatnim roku, z czego 10 mln to osoby między 15. a 24. rokiem życia (17,7 % tej grupy wiekowej). Wskaźnik używania narkotyku w ciągu ostatniego roku przez osoby między 15. a 34. rokiem życia waha się od 3,3% w Rumunii po 22% we Francji. W grupie osób młodych, które używały w zeszłym roku konopi indyjskich stosunek mężczyzn do kobiet wynosi dwa do jednego.

WYKRES 2.2

Rozpowszechnienie użycia konopi wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) w poprzednim roku: najnowsze dane (mapa) oraz wybrane tendencje



Wyniki ostatnich badań sondażowych wskazują, że w poszczególnych krajach sytuacja, jeżeli chodzi o używanie konopi indyjskich, jest w znacznym stopniu zróżnicowana. Spośród państw, które prowadzą badania od 2014 r. i które zgłosiły przedziały ufności, siedem zgłosiło wyższe oszacowania, sześć przedstawiło dane na tym samym poziomie, a dwa – niższe oszacowanie niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

Niewiele krajów dysponuje już wystarczającymi danymi sondażowymi umożliwiającymi analizę statystyczną tendencji dotyczących używania w roku ubiegłym konopi indyjskich przez młode osoby dorosłe (między 15. a 34. rokiem życia). Z nowych dostępnych danych wynika, że długoterminowe tendencje spadkowe obserwowane wcześniej w ciągu ostatniej dekady w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii ustabilizowały się (wykres 2.2).

Tendencja zwyżkowa obserwowana była w ciągu ostatniej dekady w Irlandii i Finlandii, a także w Szwecji, choć częstość używania narkotyków w tym kraju jest stabilna od 2009 r. W Niemczech, we Francji i w Danii nie zaznacza się wyraźnie w tym okresie żaden zwyżkowy trend statystyczny, choć najnowsze sondaże wskazują na zwiększenie się w ostatnich latach odsetka młodych osób dorosłych deklarujących używanie konopi indyjskich w ostatnim roku. W 2014 r. Francja doniosła o nowym najwyższym odsetku 22%, podczas gdy 13% zadeklarowane w Niemczech w 2015 r. to najwyższy wskaźnik używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe, jaki odnotowano w tym kraju w ciągu ostatniej dekady. Pośród krajów, z których brakuje wystarczających danych do przeprowadzenia analizy statystycznej tendencji, w 2015 r. drugi porównywalny doroczny sondaż z Holandii wykazał wskaźnik na poziomie 16%, a w Austrii, na podstawie pierwszego ogólnokrajowego badania od 2008 r. obliczono wskaźnik użycia na poziomie 14%.

Użytkownicy konopi indyjskich wysokiego ryzyka: coraz więcej pacjentów rozpoczyna leczenie

Na podstawie badań sondażowych ogółu populacji szacuje się, że ok. 1% dorosłych w Europie codziennie lub prawie codziennie używa konopi indyjskich, co oznacza, że w zeszłym miesiącu przyjmowali je przez 20 dni lub więcej. Około 30% z nich to osoby od 35. do 64. roku życia, a ponad trzy czwarte osób z tej grupy wiekowej to mężczyźni.

Dane dotyczące osób rozpoczynających leczenie związane z używaniem konopi indyjskich – w połączeniu z innymi wskaźnikami – dostarczają informacji o charakterze oraz skali zjawiska wysoce ryzykownej konsumpcji konopi indyjskich w Europie. Ogólna liczba osób zgłaszających się na leczenie po raz pierwszy wzrosła w latach 2006-2015 z 43 000 do 76 000. U podstaw tego wzrostu może leżeć szereg różnych czynników, w tym częstsze używanie konopi przez ogół społeczeństwa, rosnąca liczba osób używających narkotyku w sposób intensywny, dostępność produktów o większej sile działania, a także częstsze kierowanie pacjentów na leczenie oraz poziom obsługi.

Rozpowszechnienie kokainy: stabilne trendy krajowe

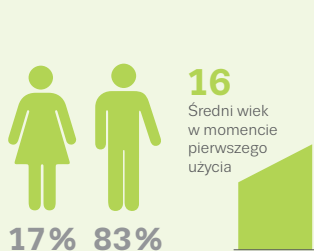
Kokaina jest najczęściej stosowaną nielegalną substancją pobudzającą w Europie, choć częściej przyjmują ją mieszkańcy Europy Południowej i Zachodniej. Osoby regularnie zażywające kokainę można podzielić na osoby, które często rekreacyjnie wciągają sproszkowaną kokainę (chlorowodurek kokainy) przez nos i które są lepiej zintegrowane ze społeczeństwem, oraz na osoby zmarginalizowane społecznie, które wstrzykują sobie kokainę lub palą crack (wolna zasada), czasem w połączeniu z opioidami.

Szacuje się, że 17,5 mln dorosłych Europejczyków (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 5,2% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie swojego życia z kokainą. Wśród nich jest około 2,3 mln młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 34 lat (1,9% tej grupy wiekowej), które zażywały narkotyk w poprzednim roku.

Tylko w Irlandii, Hiszpanii, Holandii i Wielkiej Brytanii zgłoszone w zeszłym roku rozpowszechnienie kokainy wśród młodych osób dorosłych przekracza 2,5%. W całej Europie spadek w użyciu kokainy zgłaszany w poprzednich latach nie został odnotowany w najnowszych badaniach sondażowych. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2014 r. i które podały przedziały ufności, dwa zgłosiły wyższe oszacowania, jedenaście – stabilne, a jedno – niższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

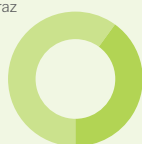
UŻYTKOWNICY KONOPI INDYJSKICH ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka



Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

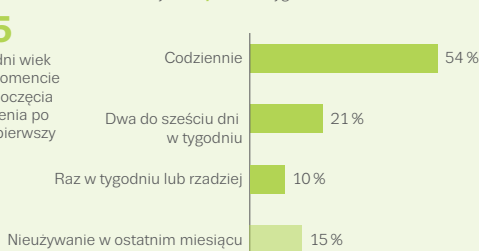
60%



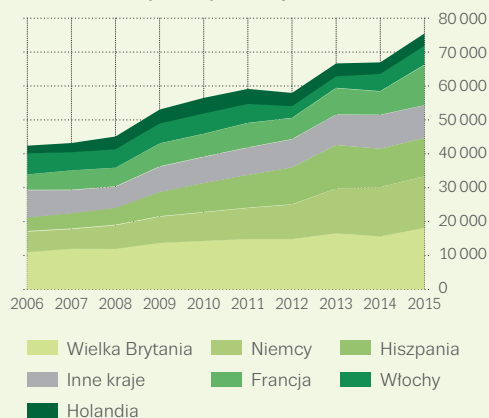
Pacjenci leczeni uprzednio
40%

Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

średnia użycia: 5,4 dni w tygodniu



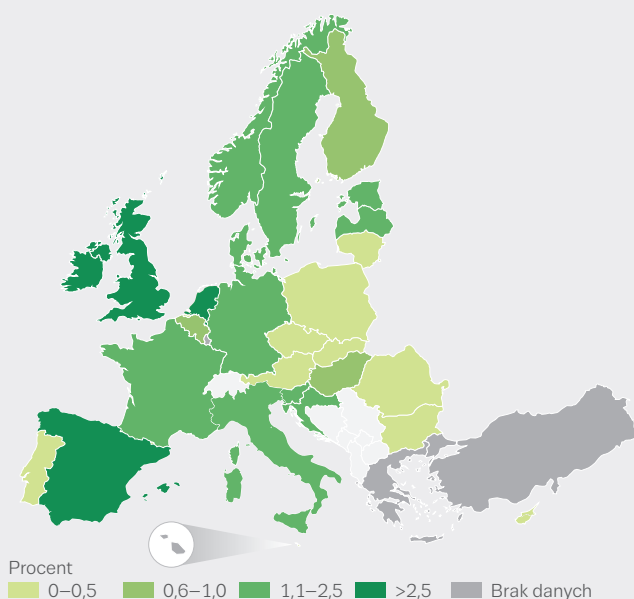
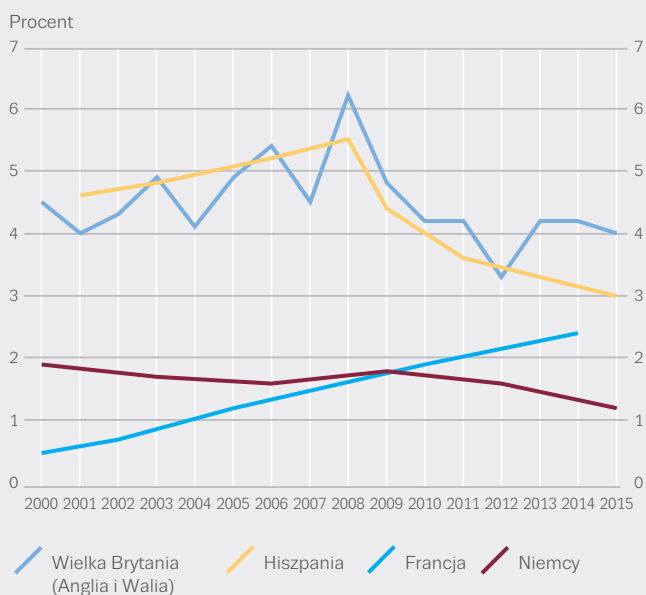
Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są konopie indyjskie. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy obliczone dla 23 krajów. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane dotyczące Włoch od roku 2014 nie są porównywalne z wcześniejszymi.

WYKRES 2.3

Rozpowszechnienie użycia kokainy wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) w ostatnim roku: wybrane tendencje oraz najnowsze dane



Analiza statystyczna długoterminowych tendencji dotyczących używania w roku ubiegłym kokainy przez młode osoby dorosłe możliwa jest jedynie dla nielicznych państw, przy czym nowe dane potwierdzają istniejące tendencje. W Hiszpanii i Wielkiej Brytanii obserwowano do 2008 r. tendencję wzrostową, po czym stała się ona stabilna lub spadkowa (wykres 2.3). Choć rozpowszechnienie używania narkotyku jest we Francji na niższym poziomie, można zaobserwować tendencję zwykłą, a w 2014 r. po raz pierwszy przekroczony został poziom 2%. Statystycznie sondaż przeprowadzony w 2015 r. w Niemczech wykazał spadek rozpowszechnienia używania kokainy, które pozostawało na stabilnym poziomie w okresie 2000-2009.

Wyniki uzyskane z badań sondażowych uzupełniane są analizami występowania pozostałości kokainy w ściekach komunalnych w wielu europejskich miastach. Analiza ścieków może dostarczyć informacji na temat kolektywnego użycia czystych substancji w danej społeczności, ale jej wyniki nie są bezpośrednio porównywalne z szacunkowymi ocenami dotyczącymi rozpowszechnienia narkotyków, pochodzącymi z krajowych badań populacyjnych. Wyniki badania ścieków przedstawiane są w formie standaryzowanych wartości (stężenia) pozostałości narkotyków na 1000 mieszkańców na dzień.

Analiza przeprowadzona w 2016 r. wykazała najwyższe stężenia benzoilokogoniny – głównego metabolitu kokainy – w próbkach pobranych w miastach belgijskich, hiszpańskich i brytyjskich, a także niewielkie stężenia w większości miast wschodnioeuropejskich

(zob. wykres 2.4). Spośród 33 miast, dla których dostępne są dane za 2015 i 2016 r., w 22 zgłoszono wzrost, w 4 – spadek, a w 7 – sytuację bez zmian. Stabilne lub zwykłe tendencje długoterminowe zgłasza większość spośród 13 miast podających dane za 2011 i 2016 rok.

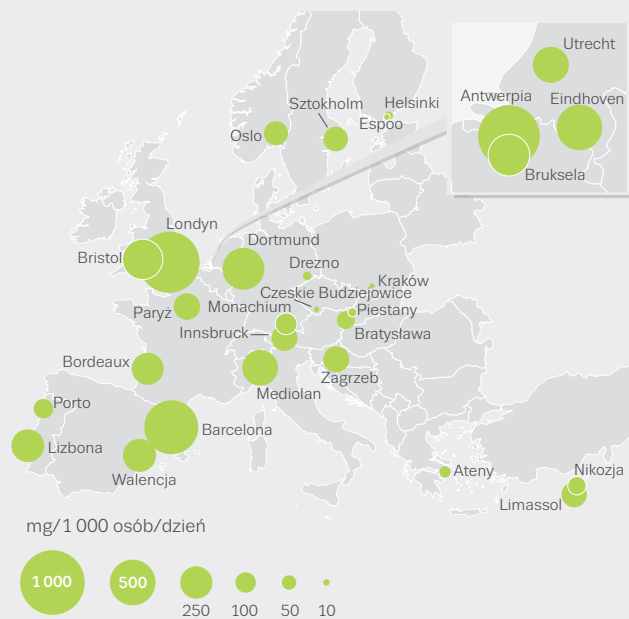
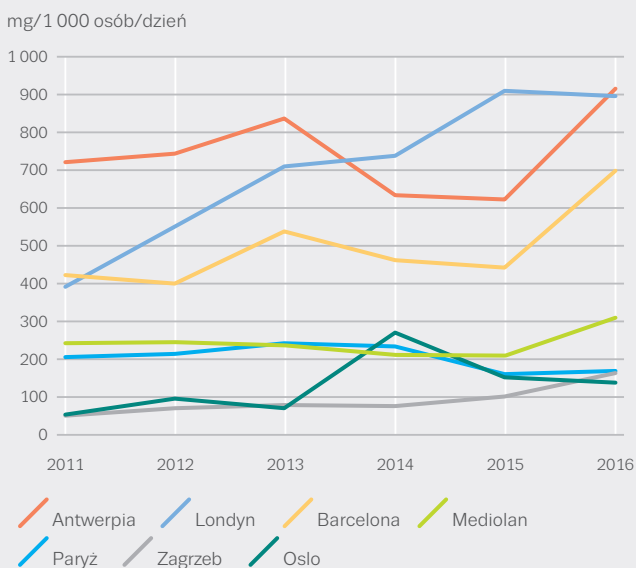
Problemowe używanie kokainy: stabilne zapotrzebowanie na leczenie

Rozpowszechnienie problemowego używania kokainy w Europie jest trudne do określenia, gdyż tylko cztery kraje dysponują nowymi szacunkami, a te nie są łatwe do porównania ze względu na przyjęcie różnych definicji i metodologii. W 2015 r. na podstawie pytań dotyczących stopnia uzależnienia w Niemczech oszacowano, że 0,20% osób dorosłych używa kokainy w sposób problemowy. W Hiszpanii przyjęto wskaźnik problemowego używania stosowania tej substancji na poziomie 0,24% na podstawie danych o częstości użycia. W 2015 r. we Włoszech oszacowały liczbę osób wymagających leczenia w tym kraju ze względu na używanie kokainy na 0,65%. Problemowe używanie kokainy w Portugalii oszacowano według danych za 2012 r. na 0,62%.

Trzy czwarte (74%) wszystkich pacjentów objętych leczeniem z powodu uzależnienia od kokainy w Europie to osoby mieszkające w Hiszpanii, we Włoszech i w Wielkiej Brytanii. Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie uzależnienia w 2015 r., ok. 63 000 podało kokainę jako narkotyk podstawowy, a wśród osób rozpoczynających leczenie po

WYKRES 2.4

Pozostałości kokainy w ściekach w wybranych miastach europejskich: tendencje oraz najnowsze dane



Uwaga: Średnie dzienne ilości benzoilkoekgoniny w miligramach na 1000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia w 2016 r.
 Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

raz pierwszy było ich 28 000. Po okresie spadków ogólna liczba osób po raz pierwszy podejmujących leczenie pozostaje względnie stabilna od 2012 r.

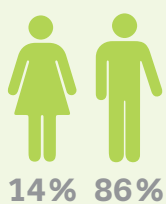
W 2015 r. 7 400 osób rozpoczynających leczenie w Europie podało crack jako narkotyk podstawowy, z czego prawie dwie trzecie (4 800) to osoby z Wielkiej Brytanii.

Reszta pochodzi przede wszystkim z Hiszpanii, Francji i Holandii (1 900).

Co więcej, w Wielkiej Brytanii (Anglii) szacunkowe użycie cracku-kokainy wśród dorosłej populacji wyniosło 0,48% w latach 2011–12. Większość osób zażywających crack stosowała także opioidy.

UŻYTKOWNICY KOKAINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka

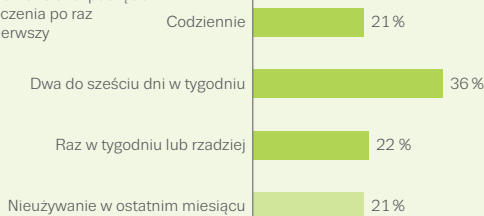


34

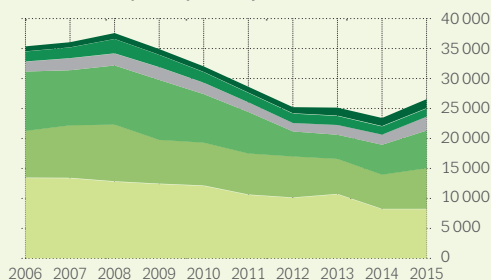
Średni wiek w momencie rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy

Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

Średnia użycia: 3,7 dni w tygodniu



Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



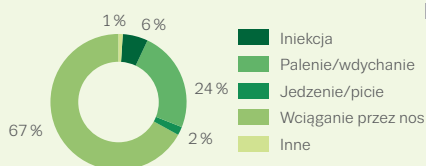
Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

47%



Pacjenci leczeni uprzednio
53%

Droga podania

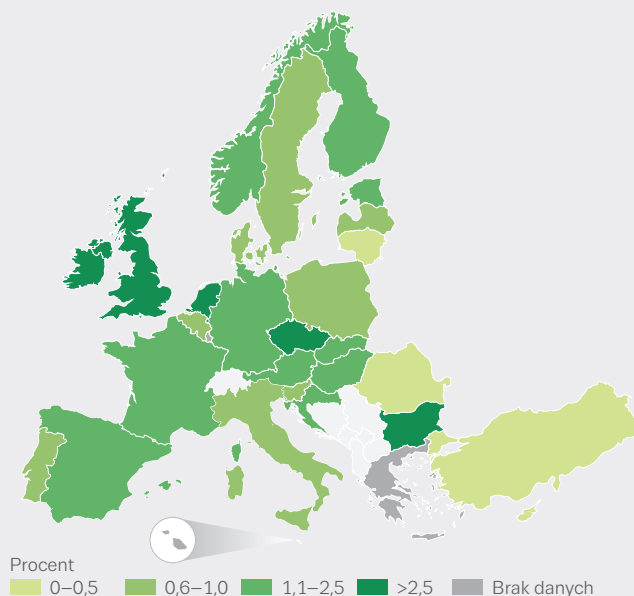
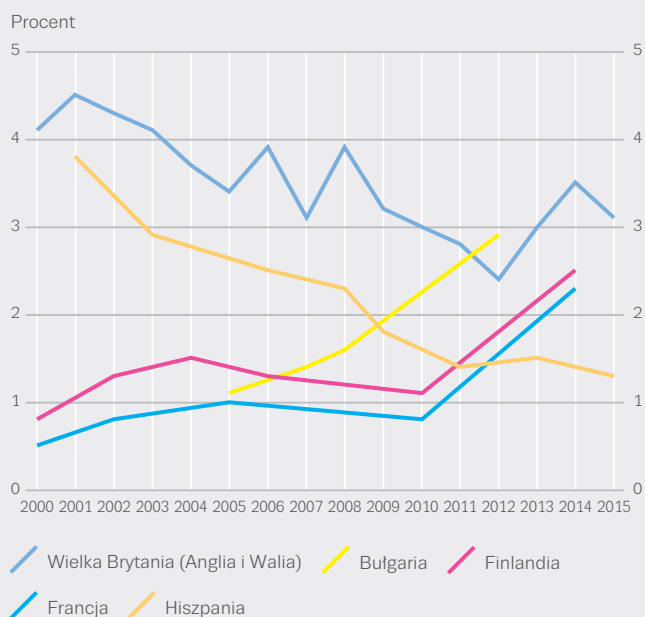


Hiszpania Wielka Brytania Włochy
 Inne kraje Holandia Niemcy

Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest kokaina lub crack. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy obliczone dla 23 krajów. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane dotyczące Włoch od roku 2014 nie są porównywalne z wcześniejszymi.

WYKRES 2.5

Rozpowszechnienie użycia MDMA wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) w ostatnim roku: wybrane tendencje oraz najnowsze dane



MDMA: coraz więcej użytkowników

MDMA (3,4-Metylenodioksymetamfetamina) zażywana jest w postaci tabletek (często nazywanych ekstazy), a także w postaci kryształów i proszków; tabletki zazwyczaj się połyka, a kryształy i proszek przyjmuje się doustnie, poprzez tzw. „dabbing” lub wciąganie przez nos. W większości badań europejskich gromadzono dane o użyciu ekstazy, a nie MDMA, choć to podejście się obecnie zmienia.

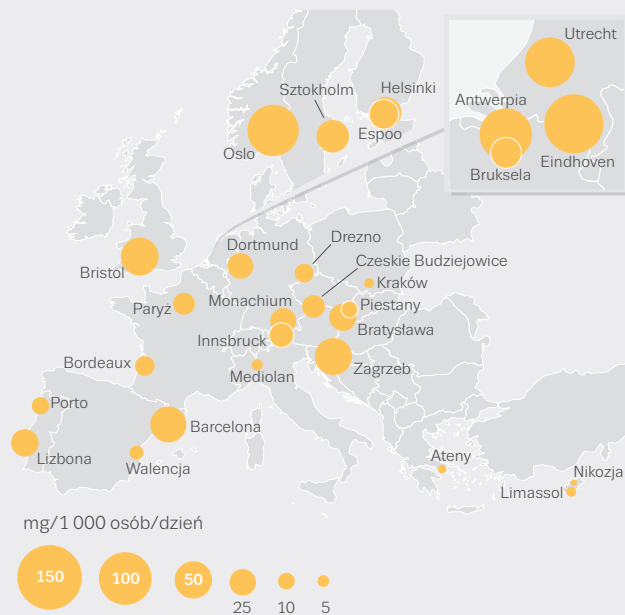
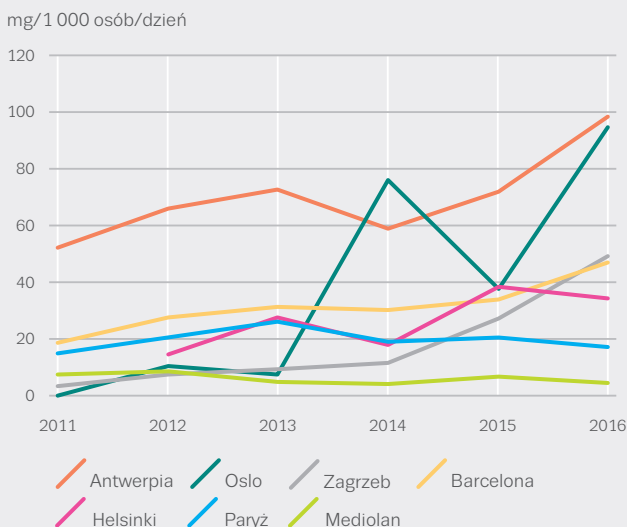
Szacuje się, że 14 mln dorosłych Europejczyków (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 4,2% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie swojego życia z MDMA/ekstazy. Dane dotyczące używania narkotyków w ostatnim okresie przez osoby z grupy wiekowej, w której używa się najczęściej narkotyków, wskazują, że 2,3 miliona młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) zażywało w ostatnim roku MDMA (1,8% tej grupy wiekowej), a szacunki krajowe wahają się od 0,3% na Cyprze, Litwie i w Rumunii do 6,6% w Holandii.

Jeszcze do niedawna rozpowszechnienie MDMA w wielu krajach spadało po osiągnięciu wartości szczytowych w połowie pierwszej dekady XXI w. Źródła monitorujące wskazują jednak na zwiększone użycie MDMA w ostatnich latach. W krajach, które prowadzą badania od 2014 r. oraz które podały przedziały ufności, wyniki wskazują na ogólną tendencję wzrostową w Europie. Pięć państw zgłosiło wyższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu, a dziewięć zgłosiło wyniki bez zmian.

W krajach, dla których istnieją dane potrzebne do analizy statystycznej tendencji w zakresie używania MDMA w zeszłym roku przez młode osoby dorosłe, dostrzec można zmiany. Po okresie stabilizacji lub stopniowego wzrostu od 2000 r. Francja i Finlandia zgłosiły znaczny wzrost w 2014 r. (wykres 2.5). W Wielkiej Brytanii wzrost odnotowywany od 2012 r. został zahamowany przez dane z 2015 r., podczas gdy w Hiszpanii tendencja długoterminowa pozostaje spadkowa, choć dane z ostatniego okresu wydają się stabilne.

WYKRES 2.6

Pozostałości MDMA w ściekach w wybranych miastach europejskich: tendencje oraz najnowsze dane



Uwaga: Średnie dzienne ilości MDMA w miligramach na 1000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia w 2016 r.
 Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

W przeprowadzonej w 2016 r. w wielu europejskich miastach analizie ścieków największe stężenie MDMA wykryto w ściekach w miastach belgijskich, holenderskich i norweskich (wykres 2.6). Spośród 32 miast, dla których dostępne są dane za 2015 i 2016 r., w 17 zgłoszono wzrost, w 11 spadek, a w 4 sytuację bez zmian. Biorąc pod uwagę tendencje bardziej długoterminowe, w większości miast, które dysponują danymi dotyczącymi obu analizowanych lat, stężenie MDMA w ściekach było wyższe w 2016 r. niż w 2011 r., przy czym w niektórych miastach odnotowano znaczny wzrost.

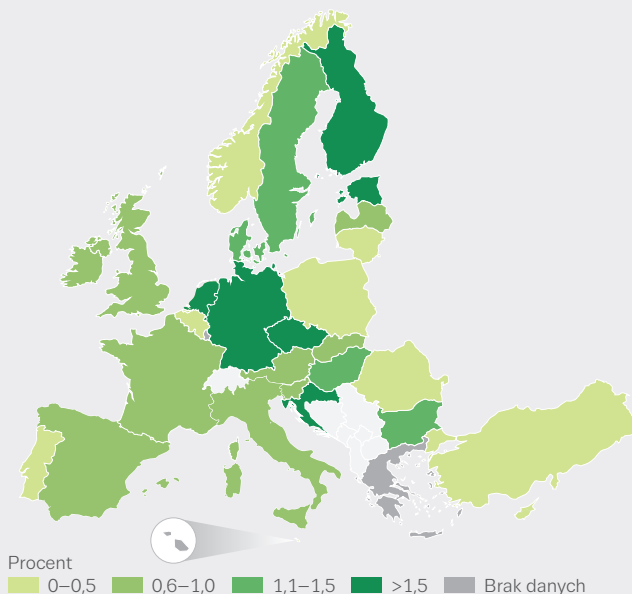
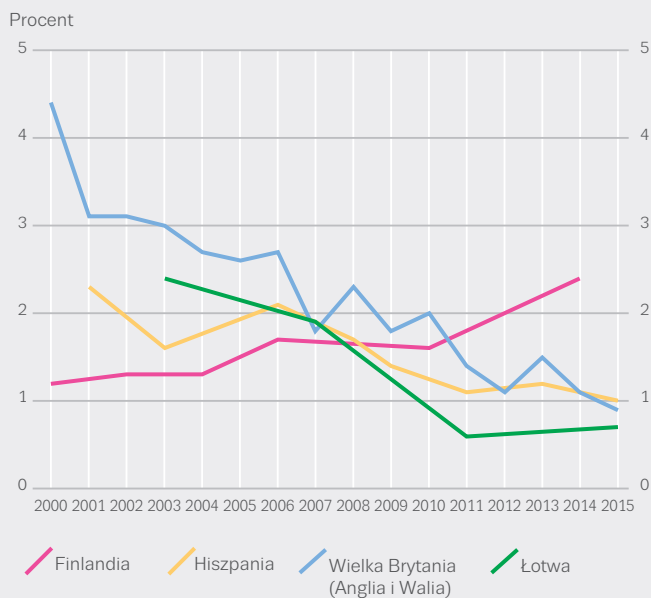
MDMA przyjmowane jest często łącznie z innymi substancjami, w tym z alkoholem. Dawniej narkotyk ten ściśle kojarzono z życiem nocnym, a szczególnie z muzyką elektroniczną. Najnowsze dane wskazują, że w krajach, w których MDMA jest bardziej rozpowszechnione, substancja ta nie jest już narkotykiem niszowym czy wiązany z konkretną subkulturą, a jej występowanie nie ogranicza się już do klubów tanecznych czy imprez. Po substancję sięga szerokie grono młodych ludzi w popularnych miejscach rozrywki, takich jak bary czy spotkania towarzyskie w domach prywatnych.

Zażywanie MDMA rzadko stanowi powód zgłoszenia się na leczenie odwykowe. W 2015 r. mniej niż 1% (900 przypadków) wszystkich pacjentów trafiających po raz pierwszy na leczenie specjalistyczne podawało jako przyczynę użycie MDMA.

**Źródła monitorujące
wskazują na zwiększone
użycie MDMA**

WYKRES 2.7

Rozpowszechnienie użycia amfetamin wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) w ostatnim roku: wybrane tendencje oraz najnowsze dane



Używanie amfetamin: różne tendencje krajowe

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

Szacuje się, że 12,5 mln dorosłych Europejczyków (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 3,8% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie swojego życia z amfetaminami. Dane dotyczące zażywania narkotyków w ostatnim okresie przez osoby z grupy wiekowej, w której zażywa się najwięcej narkotyków, wskazują, że 1,3 miliona (1,1%) młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) zażywało w ostatnim roku amfetaminy, a szacunki krajowe wahają się od 0,1% na Cyprze, w Portugalii i w Rumunii do 3,1% w Holandii. Dostępne dane wskazują, że od około 2000 r. tendencja w zakresie używania amfetamin jest względnie stabilna w większości krajów europejskich. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2014 r. i które

podają przedziały ufności, dwa zgłosiły wyższe oszacowania, dziesięć – stabilne, a dwa – niższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

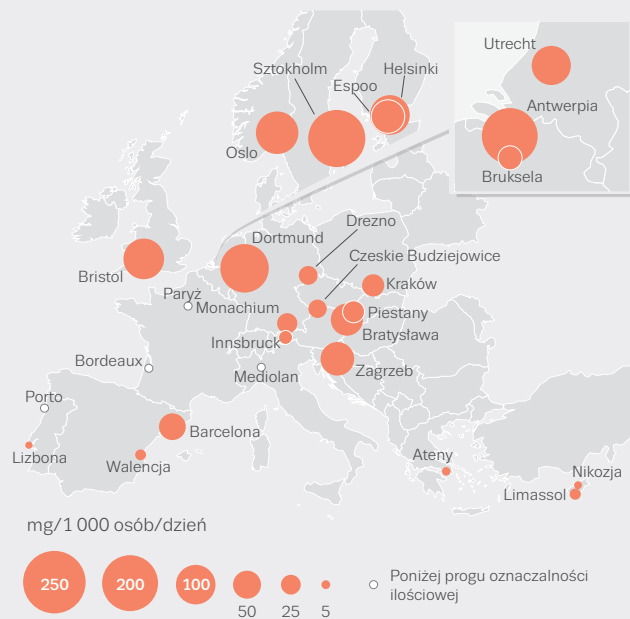
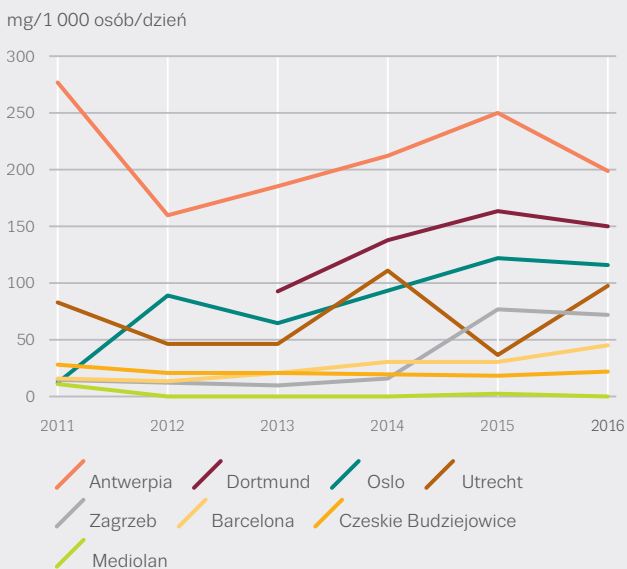
Analiza statystyczna tendencji dotyczących używania w roku ubiegłym amfetamin przez młode osoby dorosłe możliwa jest jedynie dla nielicznych państw. W Hiszpanii, na Łotwie i w Wielkiej Brytanii można dostrzec długoterminowe tendencje spadkowe (wykres 2.7). W Finlandii natomiast rozpowszechnienie używania tych substancji wzrasta od 2000 r.

Przeprowadzona w 2016 r. analiza ścieków komunalnych wykazała, że stężenia amfetaminy przyjmowały bardzo różne wartości na terenie Europy, przy czym najwyższe odnotowano w miastach położonych na północy kontynentu (zob. wykres 2.8). W miastach na południu Europy ich poziom był znacznie niższy. Spośród 32 miast, dla których dostępne są dane za 2015 i 2016 r., w 13 zgłoszono wzrost, w 9 – sytuację stabilną, a w 10 – spadek. Ogólne dane za okres 2011-2016 wskazują na względnie stałe tendencje w zażywaniu amfetaminy.

Użycie metamfetaminy jest na generalnie niskim poziomie, a koncentrowało się dotąd głównie w Czechach i na Słowacji. Obecnie można jednak odnotować jego wzrost we wschodnich Niemczech i w Europie Północnej, szczególnie zaś w miastach fińskich (zob. wykres 2.9). Spośród 30 miast, dla których dostępne są dane dotyczące pozostałości metamfetaminy w ściekach, w 13 zgłoszono w latach 2015 i 2016 wzrost, w 10 – sytuację stabilną, a w 7 – spadek.

WYKRES 2.8

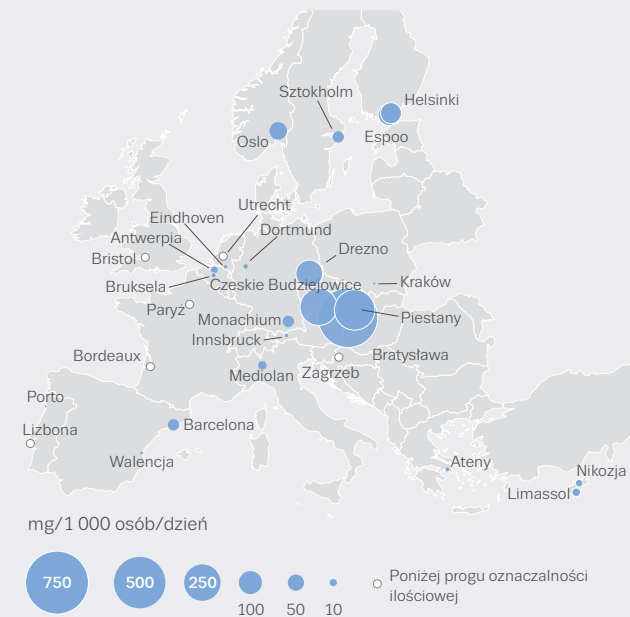
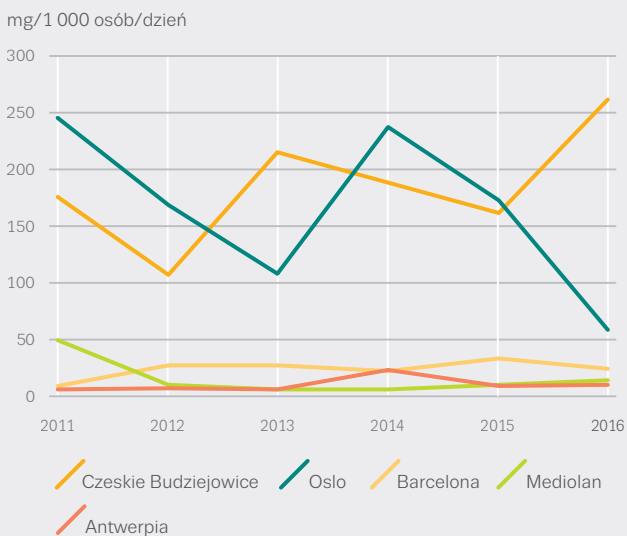
Pozostałości amfetaminy w ściekach w wybranych miastach europejskich: tendencje oraz najnowsze dane



Uwaga: Średnie dzienne ilości amfetaminy w miligramach na 1000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia w 2016 r.
 Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

WYKRES 2.9

Pozostałości metamfetaminy w ściekach w wybranych miastach europejskich: tendencje oraz najnowsze dane



Uwaga: Średnie dzienne ilości metamfetaminy w miligramach na 1000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia w 2016 r.
 Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

Wysoce ryzykowne używanie amfetamin: rosnące zapotrzebowanie na leczenie

Problemy związane z długoterminowym i przewlekłym przyjmowaniem amfetamin oraz z ich podawaniem drogą iniekcji są najwyraźniej widoczne w krajach położonych na północy Europy. Z kolei długoterminowe problemy z metamfetaminą są najdotkliwsze w Republice Czeskiej i na Słowacji. Aktualne dane szacunkowe dotyczące wysoce ryzykownego używania amfetamin dostępne dla Norwegii wskazują, że grupa tego rodzaju użytkowników narkotyku obejmuje 0,33%, tj. 11 200 wszystkich osób dorosłych. W Niemczech jej liczebność oceniono na 102 000 osób, tj. 0,19% w 2015 r. Osoby używające amfetamin stanowią prawdopodobnie większość szacunkowej liczby 2 180 (0,17%) osób problemowo używających substancji pobudzających na Litwie w 2014 r., co oznacza spadek z poziomu 6 540 osób (0,46%) w 2010 r. Najnowsze szacunki dotyczące wysoce ryzykownego użycia metamfetaminy dostępne są dla Republiki Czeskiej i Cypru. W Czechach wysoce ryzykowne używanie metamfetaminy przez osoby dorosłe (w wieku od 15 do 64 lat) oszacowano na ok. 0,49% w 2015 r. Liczba osób wysoce ryzykownie używających narkotyku, głównie drogą iniekcji, wzrosła z 20 900 użytkowników w 2007 r. do wartości szczytowej 36 400 osób w 2014 r., a następnie spadła do 34 200 osób w 2015 r. Dane szacunkowe dla Cypru to 0,14%, tj. 678 osób w 2015 r.

Spśród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie uzależnienia w Europie w 2015 r., 34 000 podało amfetaminy jako narkotyku podstawowy, a wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy wskaźnik ten wyniósł 14 000. Osoby używające amfetaminy jako narkotyku podstawowego stanowią ponad 15% wszystkich osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w Bułgarii, w Niemczech, na Łotwie, w Polsce i w Finlandii. Pacjenci rozpoczynający leczenie, którzy podają metamfetaminę jako narkotyku podstawowy, mieszkają głównie w Republice Czeskiej i na Słowacji, gdzie łącznie żyje 90 % spośród 9 000 europejskich pacjentów używających metamfetaminy poddawanych leczeniu specjalistycznemu. Ogólnie rzecz biorąc, obserwowana w latach 2006-2014 tendencja zwykła dotycząca liczby pacjentów podejmujących leczenie po raz pierwszy, którzy jako narkotyku podstawowy podają amfetaminę lub metamfetaminę, w 2015 r. utrzymywała się w większości krajów.

UŻYTKOWNICY AMFETAMIN ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

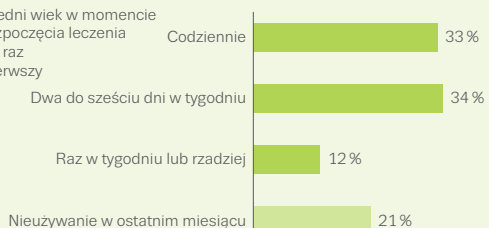
Charakterystyka



20
Średni wiek w momencie pierwszego użycia

29
Średni wiek w momencie rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy

Średnia użycia: **4,4** dni w tygodniu



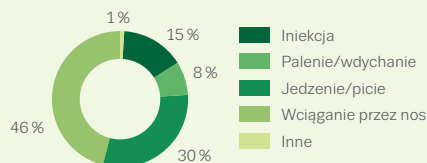
Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

43%

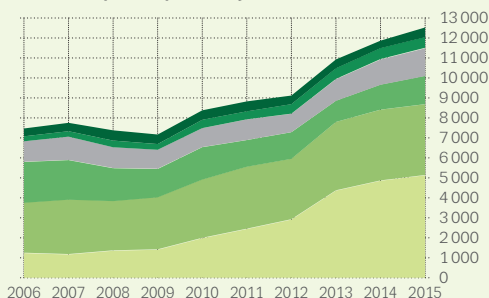


Pacjenci leczeni [uprzednio] **57%**

Droga podania



Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są amfetaminy. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy obliczone dla 23 krajów.

Ketamina, GHB i halucynogeny: wciąż niski wskaźnik użycia

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

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. 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. Z badań sondażowych przeprowadzonych w 2015 r. w Norwegii wynika, że rozpowszechnienie użycia GHB w zeszłym roku osiągnęło poziom 0,1% wśród osób dorosłych (w wieku od 16 do 64 lat). W 2015 r. w Czechach i w Wielkiej Brytanii użycie ketaminy, poppersów i GHB przez młode osoby dorosłe (w wieku 15-34 lat) osiągnęło poziom 0,6%.

Ogólnie poziom używania LSD i grzybów halucynogennych w Europie jest niski i utrzymuje się na stałym poziomie od wielu lat. Według krajowych badań sondażowych użycie obu substancji wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) w ciągu ostatniego roku szacuje się na mniej niż 1%, z wyjątkiem grzybów halucynogennych w Holandii (1,1%) oraz Czechach (2,2%) w 2015 r. oraz LSD w Finlandii (1,3%) w 2014 r.

Użycie nowych substancji psychoaktywnych: niewielki odsetek ogółu społeczeństwa

Kilka państw zdecydowało się na ujęcie nowych substancji psychoaktywnych w badaniach sondażowych ogółu populacji, choć porównywalność wyników z poszczególnych krajów ograniczają różnice dotyczące metodologii i stawianych respondentom pytań. Od 2011 r. jedenaście państw europejskich dostarcza szacunkowe dane dotyczące używania nowych substancji psychoaktywnych (nie uwzględniając ketaminy oraz GHB). Wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) użycie omawianych substancji w zeszłym roku waha się od 0,3% w Austrii do 1,6% w Czechach i Irlandii.

Dostępne są dane sondażowe z Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) dotyczące używania mefedronu. W najnowszym badaniu (2015/2016) użycie tego narkotyku w ostatnim

roku wśród młodych ludzi w wieku od 16 do 34 lat szacowano na 0,5%; stanowiło to spadek z poziomu 1,1% w sezonie 2014/2015.

Niewielka liczba sondaży zawiera pytania dotyczące wykorzystania kannabinoidów syntetycznych. Użycie tego narkotyku w ostatnim roku wśród młodych ludzi w wieku od 15 do 34 lat szacowano na 1,5% na Łotwie i 0,4% na Słowacji w 2015 r. oraz na 0,1% w Finlandii w 2014 r. Także w 2014 r. szacunkowa grupa 4% osób w wieku 18-34 lata we Francji zgłosiła, że w jakimś momencie swojego życia zażywała syntetyczne kannabinoidy.

Nowe substancje psychoaktywne: wysoce ryzykowne zachowania w marginalizowanych grupach społecznych

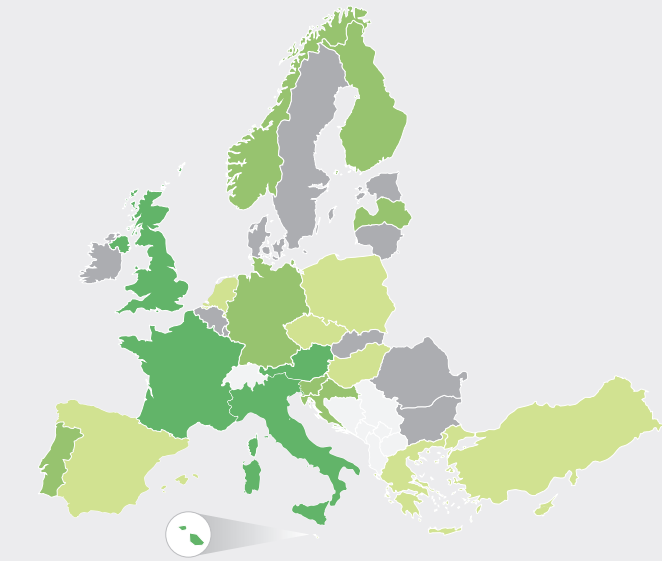
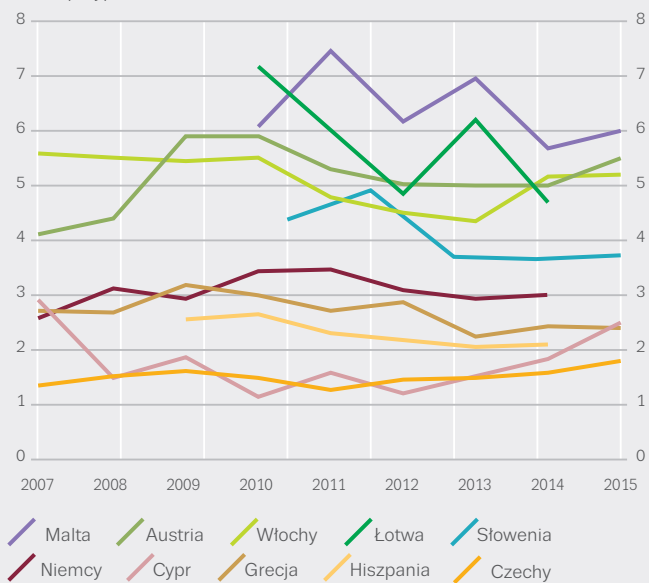
W 2016 r. EMCDDA przeprowadziła badania dotyczące stosowania nowych substancji psychoaktywnych przez osoby używające narkotyków w sposób bardzo ryzykowny. Wykazały one, że choć ogólny poziom użycia takich substancji był w Europie niski, pewne sposoby ich zażywania wiązały się z licznymi problemami. W większości państw europejskich (22) zgłoszono pewien stopień użycia nowych substancji psychoaktywnych wśród użytkowników wysokiego ryzyka, choć częstsze ich stosowanie przez osoby wstrzykujące sobie opioidy i stymulanty odnotowano tylko na Węgrzech i w niektórych częściach Wielkiej Brytanii. Przyjmowanie syntetycznych katynonów drogą iniekcji zgłoszono w połowie (15) wszystkich krajów, choć rodzaj stosowanej substancji różnił się w poszczególnych państwach: w Wielkiej Brytanii był to np. mefedron, w Finlandii – alfa-PVP, na Węgrzech – pentendron, a w Słowenii – 3-MMC. Palenie kannabinoidów syntetycznych w populacjach marginalizowanych, w tym wśród osób bezdomnych oraz więźniów, jest rosnącym problemem, zgłaszanym przez ok. dwie trzecie krajów europejskich.

Niewiele osób w Europie decyduje się obecnie podjąć leczenie ze względu na problemy związane z użyciem nowych substancji psychoaktywnych, choć możliwe, że podawane są w tym zakresie zaniżone dane. W 2015 r. około 3 200 (mniej niż 1%) osób podejmujących specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie zgłaszało problemy związane z takimi substancjami. W Wielkiej Brytanii około 1 500 osób podejmujących leczenie (czyli ok. 1% całej tej grupy) zgłosiło, że ich podstawowym narkotykiem były syntetyczne katynony; z Węgier i Rumunii także docierają wieści o relatywnie dużej liczbie osób używających nowych substancji psychoaktywnych, które podejmują leczenie.

WYKRES 2.10

Krajowe oszacowania dotyczące ryzykownego używania opioidów w ciągu roku: wybrane tendencje i najnowsze dane

Liczba przypadków na 1 000 osób



Liczba przypadków na 1 000 osób

0-2,5 2,51-5,0 >5,0 Brak danych

Osoby wysoce ryzykownie używające opioidów: na dominującej pozycji wciąż znajduje się heroina

Najpowszechniejszym opioidem używanym w Europie jest heroina, którą można palić, wciągać przez nos lub przyjmować drogą iniekcji. Nadużywanych jest także wiele syntetycznych opioidów, takich jak metadon, buprenorfina i fentanyl.

Przez Europę przetoczyło się kilka fal uzależnienia od heroiny. Pierwsza z nich dotknęła wielu krajów Europy Zachodniej w połowie lat 70. XX w., a druga – szczególnie państw położonych w Europie Środkowo-Wschodniej od połowy lat 90. XX w. do końca tej dekady. W ostatnich latach odkryto istnienie starzejącej się grupy osób używających opioidów w sposób wysoce ryzykowny, które prawdopodobnie korzystały z usług związanych z leczeniem substytucyjnym.

Szacuje się, że średnie rozpowszechnienie ryzykownego używania opioidów przez osoby dorosłe (w wieku 15-64 lat) wynosi około 0,4% populacji UE, co odpowiada 1,3 mln osób wysoce ryzykownie używających opioidów w Europie w 2015 r. Dane szacunkowe dotyczące wskaźników ryzykownego używania opioidów w krajach europejskich wahają się od mniej niż jednego do więcej niż ośmiu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15. do 64. roku życia (wykres 2.10). Trzy czwarte (76%) szacunkowej grupy osób wysoce ryzykownie przyjmujących opioidy w Unii Europejskiej mieszka w pięciu krajach, tj. w Niemczech, Hiszpanii, Francji, we Włoszech i w Wielkiej Brytanii. Spośród 10 krajów, które dostarczyły więcej niż

jedno oszacowanie ryzykownego używania opioidów w latach 2007–2015 Hiszpania odnotowała istotny statystycznie spadek (wykres 2.10).

Spośród 191 000 pacjentów podejmujących w Europie leczenie specjalistyczne w 2015 r. i wskazujących opioidy jako główny narkotyk, 37 000 osób nie przechodziło wcześniej leczenia. Osoby podające jako narkotyk podstawowy heroinę stanowiły 79% grupy pacjentów podejmujących w leczenie po raz pierwszy i wskazujących opioidy jako główny narkotyk.

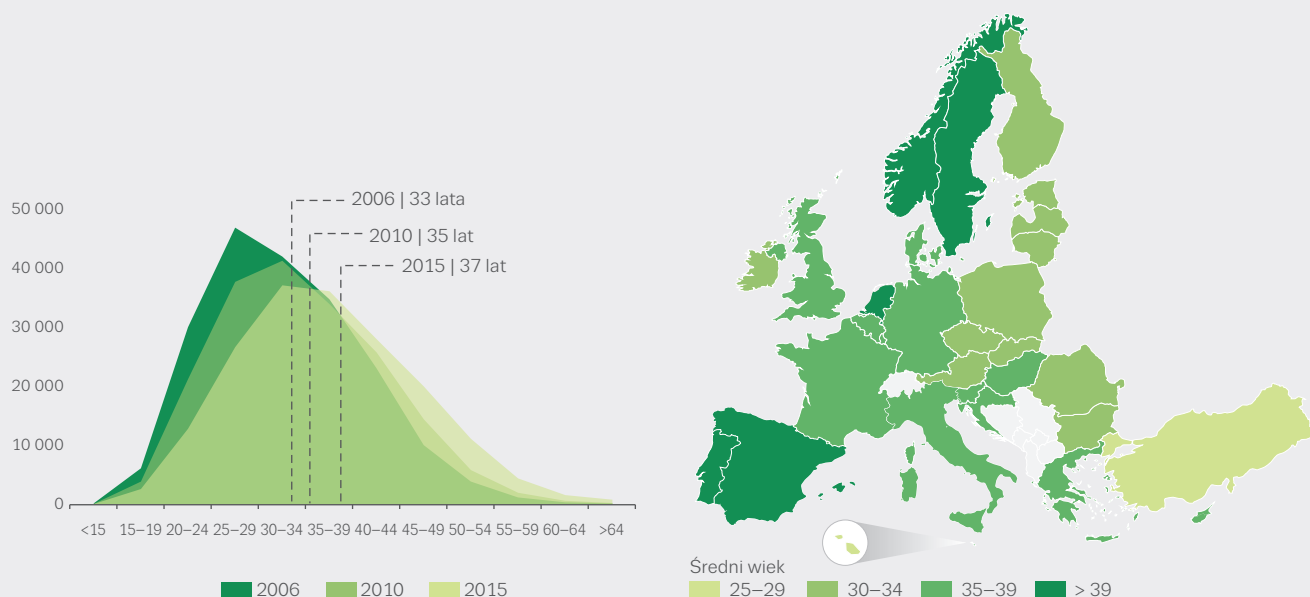
Starzejąca się grupa osób przyjmujących opioidy

Liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w związku z heroiną zmniejszyła się o ponad połowę - po osiągnięciu szczytowej wartości 56 000 w 2007 r. spadła do 23 000 w 2013 r., ale w 2015 r. ponownie wzrosła do 29 000. Ten ostatni wzrost odnotowano w kilku krajach, ale należy go interpretować ostrożnie, jako że na sumaryczne dane dla UE mogły mieć wpływ zmiany w sprawozdawczości krajowej.

Znaczna liczba osób długoterminowo przyjmujących opioidy w Europie, które zwykle używały też większej liczby narkotyków, jest obecnie w wieku od 40 do 50 lat. W latach 2006–2015 mediana wieku pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu problemów związanych z używaniem opioidów wzrosła o 4 lata (zob. wykres 2.11). W tym samym okresie średni wiek zgonów spowodowanych narkotykami (głównie związanych z opioidami) wzrósł o

WYKRES 2.11

Zmiany w strukturze wiekowej osób podejmujących leczenie, dla których podstawowym narkotykiem są opioidy (po lewej) oraz średni wiek według kraju (po prawej)

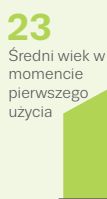
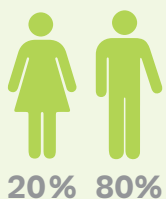


5,5 lat. Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji, a także zły stan zdrowia i złe warunki życia w połączeniu ze spożywaniem alkoholu i paleniem tytoniu, sprawiają że użytkownicy są narażeni na szereg różnych problemów zdrowotnych, w tym zaburzeń sercowo-naczyniowych i oddechowych. Długoletni użytkownicy opioidów uskarżają się również na przewlekłe stany bólowe, natomiast przewlekłe zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C

naraża ich na zwiększone ryzyko wystąpienia marskości wątroby i innych problemów z wątrobą. 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 i zapobiegania zgonom związanym z używaniem środków odurzających.

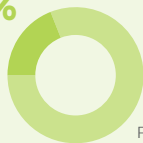
UŻYTKOWNICY HEROINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka



Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

19%



Pacjenci leczeni uprzednio

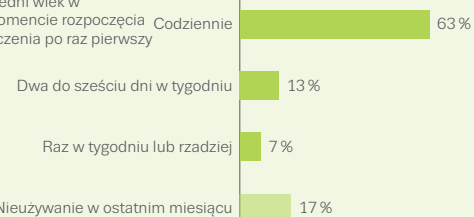
81%

Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

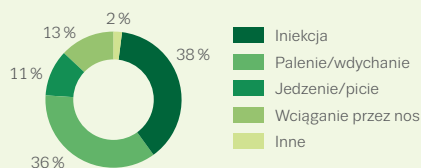
34

Średnia użycia: 6 dni w tygodniu

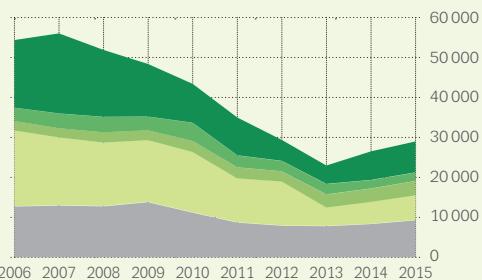
Średni wiek w momencie rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy



Droga podania



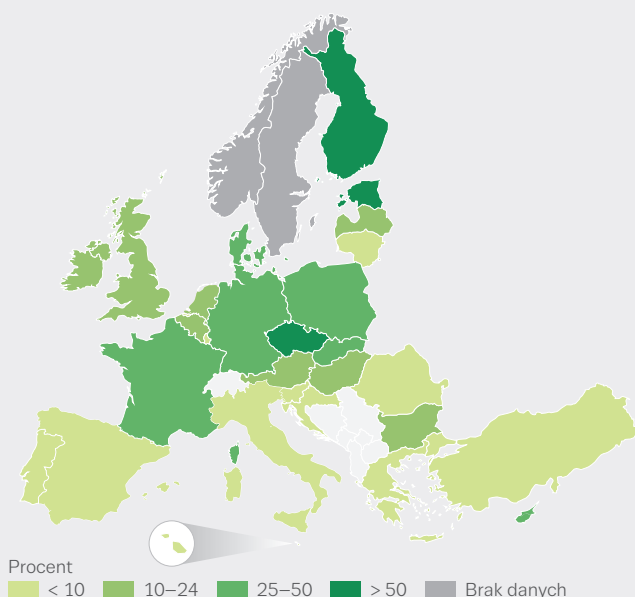
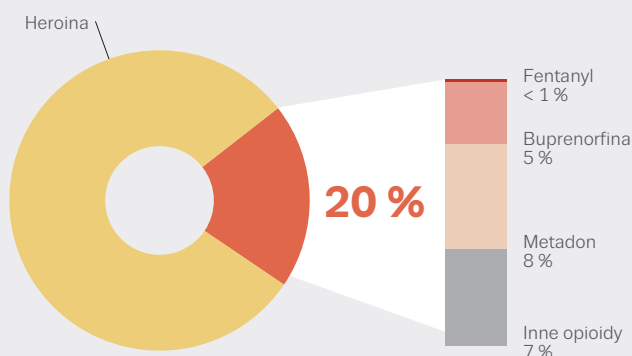
Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest heroina. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy obliczone dla 23 krajów. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane dotyczące Włoch od roku 2014 nie są porównywalne z wcześniejszymi.

WYKRES 2.12

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



Opioidy syntetyczne: coraz częściej przyjmowane w sposób związany z wysokim ryzykiem

Najczęściej stosowanym niedozwolonym opioidem wciąż pozostaje heroina, ale szereg źródeł wskazuje na coraz powszechniejsze nadużywanie legalnych opioidów syntetycznych (np. metadonu, buprenorfiny czy fentanylu). Siedemnaście państw europejskich zgłosiło w 2015 r., że ponad 10% osób podejmujących leczenie specjalistyczne z uwagi na uzależnienie od opioidów deklarowało problemy związane głównie z opioidami innymi niż heroina (wykres 2.12). Opioidy przyjmowane przez osoby podejmujące leczenie to m.in. metadon, buprenorfina, fentanyl, kodeina, morfina, tramadol oraz oksykodon. W niektórych krajach opioidy inne niż heroina stanowią obecnie substancje najczęściej przyjmowane przez osoby podejmujące leczenie. W Estonii na przykład większość osób podejmujących leczenie i podających jako główny narkotyk któryś z opioidów przyjmowała fentanyl, podczas gdy w Finlandii najczęściej nadużywanym opioidem jest buprenorfina. W Czechach najczęściej przyjmowanym narkotykiem podstawowym jest wprawdzie heroina, ale inne opioidy stanowią niewiele ponad połowę substancji przyjmowanych przez osoby zgłaszające się na leczenie w związku z uzależnieniem od substancji z tej grupy.

Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji: najniższy poziom wśród nowych pacjentów podejmujących leczenie

Iniekcyjne przyjmowanie narkotyków kojarzy się głównie z opioidami, choć w niektórych państwach problemem jest przyjmowanie drogą iniekcji środków stymulujących, takich jak amfetaminy czy kokaina.

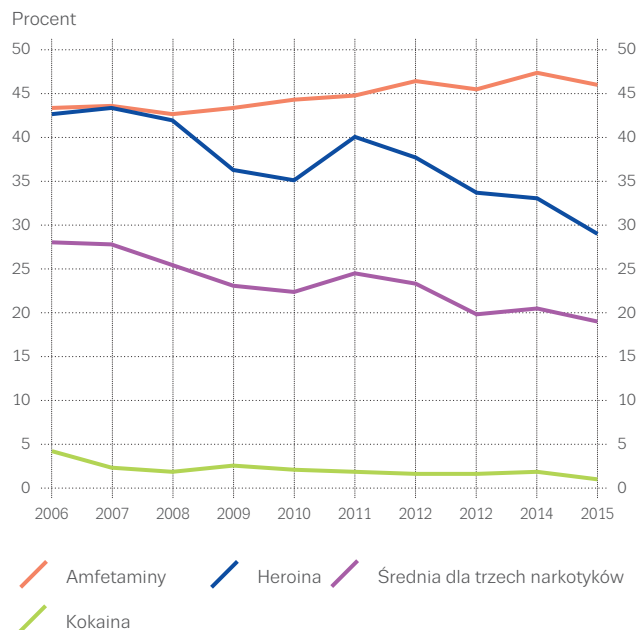
Jedynie 12 krajów dysponuje danymi szacunkowymi na temat przyjmowania narkotyków drogą iniekcji od roku 2012. Liczba takich użytkowników narkotyków waha się od mniej niż jednego do dziewięciu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 lat.

Wśród osób zgłaszających się w 2015 r. po raz pierwszy na specjalistyczne leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem była heroina, 29% wskazało, że główną drogą podania jest wstrzykiwanie, co stanowi spadek z 43% w 2006 r. (wykres 2.13). W omawianej grupie odsetek osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji różni się w zależności od kraju i wynosi od 8% w Hiszpanii do 90% lub więcej na Łotwie, Litwie i w Rumunii. Wstrzykiwanie deklarowane jest jako główna droga podania przez 46% osób po raz pierwszy podejmujących leczenie z uwagi na uzależnienie od amfetaminy. Stanowi to niewielki wzrost od 2006 r., wynoszący 1% tej grupy. Uwzględniając trzy główne wstrzykiwane 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 19% w 2015 r.

WYKRES 2.13

W pewnych populacjach (choć nie jest to zjawisko powszechne) nadal zgłaszane jest wstrzykiwanie syntetycznych katynonów – deklarują to osoby wstrzykujące opioidy, a w niektórych krajach także pacjenci placówek leczenia uzależnienia od narkotyków. W nowym badaniu ankietowym przeprowadzonym przez EMCDDA 10 krajów zgłosiło przypadki wstrzykiwania syntetycznego katynonu (często łącznie z innymi stymulantami oraz GHB) podczas spotkań organizowanych w celach seksualnych w małych grupach mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami.

Tendencje dotyczące osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, które wskazują wstrzykiwanie jako główną drogę podania podstawowego narkotyku



Coraz częściej obserwuje się nadużywanie legalnych opioidów syntetycznych

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

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

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

2012

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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.

Wspólne publikacje EMCDDA i ESPAD

2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Wszystkie publikacje są dostępne na stronie:
www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Z przyjmowaniem narkotyków
wiążą się przewlekłe i ostre
problemy zdrowotne**

Problemy związane z używaniem narkotyków oraz odpowiedź na zjawisko

Używanie narkotyków uznawane jest powszechnie za jedną z przyczyn ogólnoświatowego obciążenia chorobami. Z przyjmowaniem narkotyków wiążą się przewlekłe i ostre problemy zdrowotne, na które dodatkowy wpływ mają liczne czynniki, takie jak właściwości danej substancji, droga podania, wytrzymałość organizmu oraz kontekst społeczny, w którym odbywa się konsumpcja narkotyku. Przewlekłe problemy zdrowotne obejmują uzależnienie oraz choroby zakaźne związane z przyjmowaniem narkotyków. Możliwe jest także wystąpienie stanów ostrych, z których najlepiej udokumentowanym jest przedawkowanie. Choć używanie opioidów jest względnie rzadkie, substancje z tej grupy wciąż odpowiadają za znaczny odsetek przypadków zachorowań i zgonów związanych z używaniem narkotyków. Szczególnie wysokie ryzyko wiąże się z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji. Problemy zdrowotne związane z przyjmowaniem konopi indyjskich nie są tak poważne, ale rozpowszechnienie tej substancji może nie pozostawać bez wpływu na zdrowie publiczne. Zróżnicowana zawartość i czystość substancji dostępnych obecnie dla użytkowników zwiększa ryzyko

ewentualnych problemów zdrowotnych i utrudnia odpowiednie reagowanie.

Polityki narkotykowe tworzone w Europie obejmują szereg możliwych do zastosowania środków, koncentrując się na opracowaniu i wdrażaniu skutecznych reakcji na problemy narkotykowe w oparciu o wypracowane dowody naukowe. Działania w zakresie profilaktyki oraz wczesnej interwencji mają na celu zapobieganie przyjmowaniu narkotyków oraz powstawaniu związanych z tym problemów, podczas gdy w przypadku uzależnień podstawową formą reakcji jest leczenie oparte zarówno na podejściu psychospołecznym, jak i farmakologicznym. Zasadnicze sposoby interwencji, takie jak leczenie substytucyjne oraz rozdawanie igieł i strzykawek, opracowano częściowo w odpowiedzi na zjawisko przyjmowania opioidów drogą iniekcji i powiązane z tym problemy, takie jak rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych czy śmierć w następstwie przedawkowania.

Monitorowanie problemów związanych z używaniem narkotyków oraz reakcji na nie

Informacji na temat zdrowia oraz reakcji społecznych na używanie narkotyków, w tym strategii narkotykowych i związanych z tym wydatków publicznych, dostarcza EMCDDA sieć krajowych punktów kontaktowych Reitox oraz eksperckie grupy robocze. W przypadku gdy bardziej sformalizowane dane są niedostępne, uzupełniające informacje na temat dostępności interwencji pochodzą z ocen eksperckich. Niniejszy rozdział wykorzystuje także przeglądy dowodów naukowych dotyczących skuteczności interwencji w zakresie zdrowia publicznego. Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie internetowej EMCDDA w zakładce Health and social responses profiles (Profile reakcji w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym) oraz w Best practice portal (portalu najlepszych praktyk).

EMCDDA systematycznie monitoruje takie zasadnicze problemy zdrowotne jak choroby zakaźne związane z użyciem narkotyków, zachorowalność oraz śmiertelność. Dane te uzupełniane są bardziej ograniczonymi informacjami na temat nagłych interwencji szpitalnych związanych z przyjmowaniem narkotyków oraz danymi z systemu wczesnego ostrzeżenia UE, w ramach którego monitoruje się problemy związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Dodatkowe informacje znaleźć można na stronie internetowej w sekcji Key epidemiological indicators (Kluczowe wskaźniki epidemiologiczne), w Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym) oraz w sekcji [Action on new drug](#) (Działania wymierzone w nowe substancje odurzające).

Strategie antynarkotykowe: koordynacja działań

Krajowe strategie antynarkotykowe to narzędzia planowania i koordynacji stosowane powszechnie w krajach europejskich w celu odpowiedniego reagowania na różnorodne wyzwania w zakresie zdrowia, problemów społecznych i zagrożeń dla bezpieczeństwa związanych z problemami narkotykowymi. Obejmują one zwykle pewne zasady ogólne, cele i priorytety, a także zbiór konkretnych działań oraz grupę osób odpowiedzialnych za ich wykonanie. Na duńską strategię antynarkotykową składa się na przykład szereg dokumentów strategicznych, ustaw i konkretnych działań, podczas gdy we wszystkich pozostałych krajach przyjęto narodowe strategie antynarkotykowe w formie osobnego dokumentu. W 18 krajach strategie antynarkotykowe dotyczą głównie niedozwolonych środków odurzających. W pozostałych 12 krajach przyjęte polityki mają szerszy zakres, koncentrują się także bardziej na innych substancjach i zachowaniach uzależniających. W Wielkiej Brytanii organy administracyjne Walii i Irlandii Północnej przyjęły strategie o szerokim zakresie tematycznym. Jeżeli weźmiemy pod uwagę te dwa dokumenty, całkowita liczba szerokich strategii antynarkotykowych wzrasta do 14 (zob. wykres 3.1). Dokumenty te dotyczą głównie narkotyków, a inne substancje i uzależnienia są w nich uwzględnione w różnym stopniu. We wszystkich 14 dokumentach uwzględniono alkohol, w 9 tytoń, w 8 leki, w 3 doping sportowy (np. leki poprawiające wydolność organizmu), a w siedmiu – także uzależniające zachowania (np. hazard). Krajowe strategie antynarkotykowe wpisują się w zrównoważone podejście do polityk antynarkotykowych zapisane w strategii przyjętej na poziomie UE (2013-2020), a także w stosownych planach działania (2013-2016 i 2017-2020). Kładzie się w nich jednakowy nacisk na ograniczenie zarówno podaży narkotyków, jak i popytu na nie.

WYKRES 3.1

Punkt ciężkości krajowych dokumentów strategicznych dotyczących narkotyków: niedozwolone środki odurzające lub szerszy zakres



Uwaga: Strategie o szerszej tematyce mogą dotyczyć także np. dozwolonych środków odurzających i innych uzależnień. Wielka Brytania posiada strategię obejmującą nielegalne substancje psychoaktywne, natomiast Walia i Irlandia Północna posiadają strategie o szerokim zakresie tematycznym, które uwzględniają również alkohol.

Standardową praktyką w państwach członkowskich UE jest obecnie ocena narodowej strategii antynarkotykowej. Jej głównym celem jest ocena poziomu wdrożenia strategii oraz zmian w ogólnej sytuacji w obszarze narkotyków. Według przekazanych informacji w 2016 r. przeprowadzono 10 ocen wielokryterialnych, 10 analiz postępów w zakresie wdrażania oraz 4 oceny dotyczące konkretnych zagadnień. Sześć krajów zastosowało inne podejścia, takie jak połączenie ocen wskaźników i projektów badawczych. W niektórych państwach zakres strategii antynarkotykowych poszerza się o dodatkowe substancje i uzależniające zachowania, co sprawia, że trudniej jest opracować metody i wskaźniki pozwalające na monitorowanie i ocenę takich polityk.

Reagowanie na problemy narkotykowe: koszt podejmowanych działań

Ważnym aspektem oceny istniejących w tej dziedzinie polityk jest świadomość kosztów ponoszonych w związku z działaniami antynarkotykowymi. Informacje dostępne na temat związanych z narkotykami wydatków publicznych w Europie pozostają jednak skromne i niejednorodne zarówno na poziomie lokalnym, jak i krajowym.

W 23 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 (PKB).

Udział wydatków przeznaczonych na zmniejszenie popytu w ogólnym budżecie na działania antynarkotykowe różni się znacznie w poszczególnych krajach, gdzie stanowił od 23% do 83% wszystkich wydatków publicznych związanych z narkotykami. Różnice te częściowo wynikają z różnych rozwiązań w zakresie polityk oraz z organizacji służb publicznych, ale duże znaczenie ma też kompletność danych szacunkowych. Według aktualnych szacunków leczenie uzależnienia od narkotyków oraz inne koszty zdrowotne stanowią dużą część wydatków na ograniczanie popytu na substancje psychoaktywne. Choć monitorowanie wydatków na leczenie uzależnienia od narkotyków jest bardziej rozwinięte niż kiedykolwiek wcześniej, potrzebne jest dalsze doskonalenie metodologiczne.

Wydatki publiczne na rozwiązywanie problemów narkotykowych to tylko część kosztów ponoszonych przez społeczeństwo w związku z niedozwolonymi środkami odurzającymi. Należy do nich dodać koszty ponoszone przez poszczególne jednostki, takie jak prywatne płatności za opiekę medyczną, a także koszty dla ogółu społeczeństwa, takie jak spadek produktywności oraz koszty finansowe wynikające z przedwczesnych zgonów i chorób wiążących się z zażywaniem narkotyków. Ocena tych dodatkowych kosztów społecznych może umożliwić skuteczniejsze przydzielanie zasobów na poszczególne działania. W krajach europejskich, dla których istnieją dostępne dane, koszt społeczny związany z niedozwolonymi środkami odurzającymi można oszacować na 0,1%-2% PKB.

Zmniejszenie popytu: europejskie standardy

Na poziomie europejskim i krajowym standardy jakości w zakresie zmniejszenia popytu na narkotyki są coraz częściej postrzegane jako narzędzie do przeprowadzania interwencji w oparciu o dowody naukowe. W 2015 r. Rada Unii Europejskiej przyjęła 16 minimalnych standardów jakości w zakresie ograniczania popytu na narkotyki w Unii Europejskiej, a poszczególne kraje zachęca się do ich uwzględniania w tworzonych przez siebie politykach antynarkotykowych. Europejskie standardy jakości to zestaw wyrażających dążenia europejskie stwierdzeń dotyczących zapobiegania, leczenia, redukcji szkód oraz reintegracji społecznej. W standardach tych wiąże się jakość interwencji z konkretnymi działaniami, w tym z odpowiednimi szkoleniami pracowników oraz z przeprowadzaniem interwencji w oparciu o dowody naukowe. Wprowadza się także zasady takie jak poszanowanie indywidualnych potrzeb i przestrzeganie zasad etycznych. W standardach podkreślono także potrzebę zaangażowania wszystkich interesariuszy, w tym społeczeństwa obywatelskiego, we wdrażanie i ocenę przeprowadzonych interwencji.

Zebrane przez EMCDDA dane pokazują, że standardy jakości istnieją obecnie w większości krajów europejskich, a w innych trwają prace nad ich przyjęciem. Standardy jakości wykorzystywane są w praktyce na różne sposoby. W niektórych krajach są one powiązane ze świadczeniem usług i służą ocenie ich realizacji. Wykorzystywane są także jako wymóg dla uczestnictwa w postępowaniach o udzielenie zamówienia na usługi oraz jako narzędzia ich samooceny.

Zapobieganie używaniu: podejście systemowe

Zapobieganie używaniu narkotyków i problemom związanym z narkotykami wśród młodych ludzi obejmuje szerokie spektrum działań. Strategie środowiskowe i uniwersalne ukierunkowane są na całe populacje; profilaktyka selektywna dotyczy grup szczególnie wrażliwych, które mogą być bardziej narażone na problemowe używanie narkotyków, natomiast profilaktyka wskazująca koncentruje się na osobach zagrożonych.

**Standardy jakości istnieją
obecnie w większości
krajów europejskich**

Poszczególne kraje europejskie różnią się pod względem podejścia do prewencji – niektóre przyjmują raczej szersze podejście oparte o społeczność i środowisko (np. regulowanie konsumpcji alkoholu oraz życia nocnego), a inne wykorzystują przede wszystkim programy oparte na przygotowywanych przewodnikach. Wykorzystanie tych ostatnich, które charakteryzuje się ściśle określoną zawartością i sposobem przekazywania informacji, może być skutecznym sposobem dotarcia do dużych grup z interwencjami opartymi na dowodach naukowych. Programy takie uznawane są za kluczowy element krajowych działań prewencyjnych w 6 państwach członkowskich.

W innych krajach położono nacisk na szersze podejście systemowe do interwencji zapobiegawczych, koncentrując się nie na programach indywidualnych, ale także na czynnikach takich jak mechanizmy ich wdrażania oraz na związkach pomiędzy podejmowanymi działaniami a szerszym kontekstem społecznym i strategicznym. Przykładem może być podejście „Communities That Care”, które wdrażane jest w 5 państwach członkowskich UE. Podejście to, opracowane w Stanach Zjednoczonych, wywodzi się z założenia, że występowanie problemów zdrowotnych i behawioralnych wśród młodzieży można ograniczyć poprzez określenie rodzajów ryzyka oraz czynników zabezpieczających przed nim, a także poprzez odpowiedni dobór pasujących do nich rodzajów wczesnej interwencji. W następstwie przeprowadzonego niedawno systematycznego przeglądu wykryto pozytywne dowody na skuteczność podejścia „Communities That Care” jako inicjatywy zapobiegania uzależnieniom od narkotyków w USA. W Europie brak jeszcze podobnych badań.

Reagowanie na sytuację grup zwiększonego ryzyka

Profilaktyka selektywna, skierowana do grup zwiększonego ryzyka, realizowana jest w Europie poprzez interwencje, które koncentrują się zarówno na indywidualnych zachowaniach, jak i na kontekście społecznym. Na poziomie lokalnym działania takie mogą obejmować kilka różnych usług oraz interesariuszy (np. społeczeństwo, rodzinę, młodzież czy policję). Są one często stosowane w Skandynawii i Irlandii, a także w częściach Hiszpanii i Włoch. Najczęściej prowadzone są prace z młodocianymi przestępcami, uczniami z problemami w nauce oraz w sferze społecznej, a także z młodzieżą z ośrodków opiekuńczych. Niewiele wiadomo o rzeczywistej treści tych strategii zapobiegania, a ich ocena jest ograniczona. Dane pochodzące z ekspertyz świadczą jednak o tym, że najczęściej stosowane techniki prewencji selektywnej opierają się na informowaniu.

W niektórych krajach wdrożono działania zapobiegawcze skierowane do społeczności wysokiego ryzyka, które opierają się na nowych metodach, takich jak zmienione planowanie przestrzeni publicznej oraz tworzenie map ryzyka umożliwiających nadawanie priorytetowego znaczenia poszczególnym interwencjom. Z przedstawianych danych wynika, że tego rodzaju działania podejmowane są najczęściej w Europie Północnej i Zachodniej (zob. wykres 3.2), przy czym te, które poparte są rzetelnymi dowodami skuteczności (normatywnej i środowiskowej) realizowane są w nieco ponad jednej trzeciej krajów.

Profilaktyka wskazująca skierowana jest do osób, które mają bardzo wysoki indywidualny poziom ryzyka rozwoju problemów i jednocześnie demonstrować wczesne symptomy problemów. Interwencje tego rodzaju są w Europie ograniczone – tylko 4 kraje zgłaszają dostępność programów profilaktyki wskazującej dla osób w potrzebie.

Krótkie interwencje

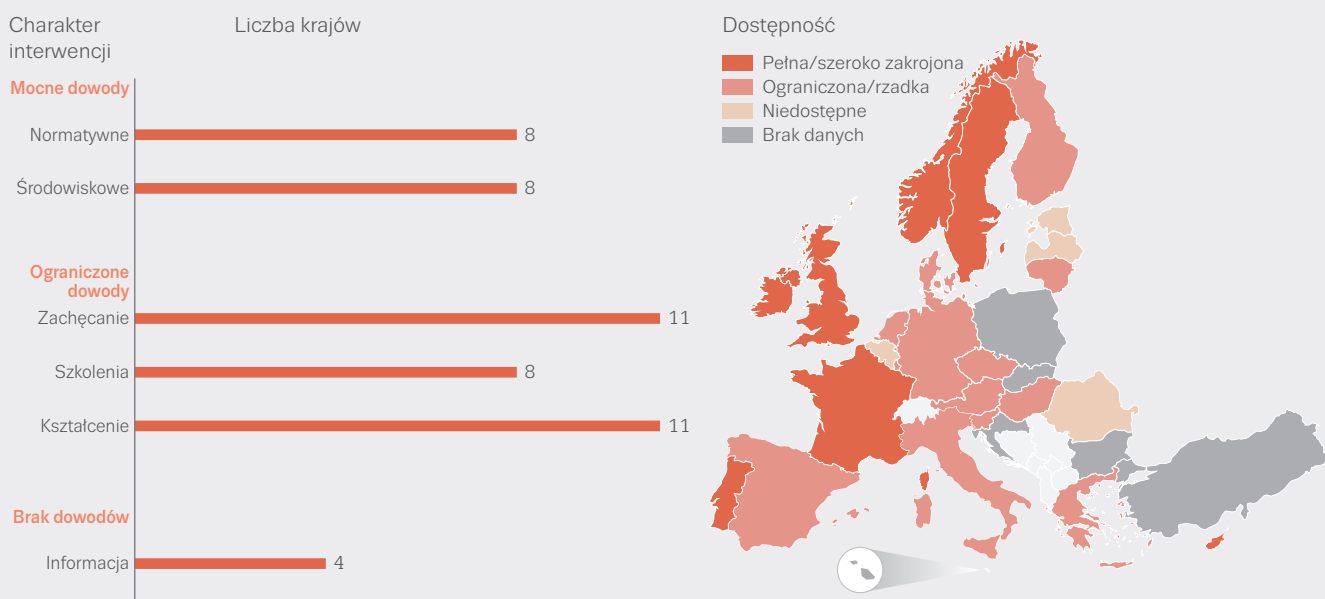
Celem krótkich interwencji jest zapobieganie konsumpcji substancji psychoaktywnych lub jej opóźnienie, ograniczenie jej intensywności oraz przeciwdziałanie przekształceniu w używanie problemowe. Te ograniczone czasowo działania znajdują się na pograniczu pomiędzy zapobieganiem a leczeniem. Skierowane są głównie do ludzi młodych lub narażonych na ryzyko związane z problemowym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Mogą one być prowadzone przez różnych specjalistów w zakresie zdrowia i pracy społecznej, w tym przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, psychologów, osoby pracujące z młodzieżą i policjantów, często obejmując elementy rozmów motywacyjnych.

Aktualne dane wskazują, że krótkie interwencje nie są w Europie powszechne – trzy kraje zgłaszają, że zapewniają pełne i przekrojowe usługi tego rodzaju w szkołach, a dwa inne deklaruje, że udostępniają je w ośrodkach niskoprogowych.

Krótkie interwencje uznaje się za działania względnie tanie, a które można przy tym realizować w wielu środowiskach i poprzez różnych specjalistów po krótkim przeszkoleniu. Przykłady krótkich interwencji wdrażanych w niektórych krajach to choćby: eSBIRT – projekt obejmujący krótkie interwencje na izbach przyjęć (Belgia), czy Fred – skierowany do młodych ludzi na pierwszych etapach postępowania karnego (Niemcy, Cypr, Polska, Rumunia i Słowenia). Niedawny przegląd przeprowadzony przez EMCDDA wykazał, że choć istnieją badania przemawiające za skutecznością krótkich interwencji, nie są one wyczerpujące i potrzebna jest dodatkowa wiedza w zakresie ich wdrażania.

WYKRES 3.2

Interwencje prewencyjne na terenach wysokiego ryzyka w krajach europejskich: dowody i zakres



Uwaga: W oparciu o ocenę ekspercką.

Kierowanie na leczenie i długość jego trwania

Leczenie odwykowe jest zasadniczą formą interwencji mającą pomóc osobom borykającym się z problemami narkotykowymi, w tym z uzależnieniami. Kluczowym celem jest tu zapewnienie dobrego dostępu do odpowiedniego leczenia. Monitorowanie wyników terapii ma kluczowe znaczenie dla poprawy procesu leczenia, przez który przechodzą pacjenci oraz dla dostosowania oferowanych usług do ich potrzeb.

Pacjenci w dalszym ciągu najczęściej trafiają na leczenie z własnej inicjatywy. Obejmuje to także zgłaszanie pacjentów do leczenia przez członków rodziny lub przyjaciół. Osoby trafiające na leczenie w ten sposób stanowiły około połowy wszystkich pacjentów specjalistycznego leczenia uzależnienia od narkotyków w Europie w 2015 r. Kolejne 25% pacjentów trafiło na leczenie ze skierowania pracowników służby zdrowia i opieki społecznej, podczas gdy 15% do ośrodków skierował wymiar sprawiedliwości. W niektórych państwach istnieją programy, których celem jest kierowanie osób popełniających przestępstwa związane z narkotykami do programów leczenia uzależnień, a nie do systemu sądownictwa karnego. Mogą one polegać na wydaniu przez sąd nakazu poddania się leczeniu lub zawieszenie wykonania kary pod takim warunkiem. W niektórych krajach jest to możliwe na jeszcze wcześniejszym etapie postępowania karnego. Spośród wszystkich osób poddanych leczeniu w 2015 r., największą grupę pacjentów kierowanych do specjalistycznych placówek przez system sądownictwa stanowiły osoby borykające się z problemami związanymi z przyjmowaniem konopi. Na Węgrzech około 80% osób skierowanych na leczenie w związku z przyjmowaniem konopi indyjskich zostało skierowanych do placówek właśnie w ten sposób.

Leczenie uzależnienia od narkotyków obejmuje często różne placówki, wielokrotne podejmowanie leczenia oraz pobyty różnej długości w placówkach leczniczych. Przebieg całego procesu obrazują wyniki analizy danych z 2015 r. na temat specjalistycznego leczenia z 7 krajów europejskich.

Spośród 400 000 pacjentów poddawanych tam leczeniu, tylko niewiele poniżej 20% odbywało leczenie po raz pierwszy w życiu; około 30% podejmowało leczenie ponownie po wcześniejszej terapii w poprzednich latach, a około połowy pozostawało w ciągłym leczeniu przez okres dłuższy niż 1 rok. Większość pacjentów w leczeniu ciągłym stanowili mężczyźni w wieku nieco poniżej 40 lat, którzy podawani byli terapii od ponad 3 lat i borykali się z problemami związanymi z zażywaniem opioidów, a szczególnie heroiny.

Leczenie uzależnienia od konopi indyjskich: różnorakie podejścia

Regularne oraz długoterminowe używanie konopi indyjskich wiąże się z podwyższonym ryzykiem licznych problemów fizycznych i psychicznych, w tym uzależnień. Podczas gdy w wielu krajach proponuje się osobom z problemami związanymi z konopiami indyjskimi leczenie w ramach ogólnych programów zwalczania uzależnienia od substancji psychoaktywnych, około połowy krajów opracowało osobne metody leczenia skierowane do użytkowników tego narkotyku. 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 ich własnych społeczności lub w warunkach ambulatoryjnych, 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 głównie podejścia psychospołeczne; w przypadku młodzieży 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 wzmocnienia motywacji do pozytywnych zachowań. Ponadto są dowody wskazujące na skuteczność wielowymiarowej terapii rodzinnej w przypadku młodych osób używających konopi indyjskich. Aby dotrzeć do użytkowników konopi indyjskich, coraz częściej korzysta się z interwencji internetowych i cyfrowych, a wstępne wyniki badań mierzących efekty tego rodzaju interwencji są obiecujące, jeżeli chodzi o zmniejszenie konsumpcji oraz poddawanie się leczeniu na zasadzie osobistego kontaktu z terapeutą (w razie potrzeby).

Szereg badań koncentruje się na wykorzystaniu interwencji farmakologicznych w odniesieniu do problemów związanych z używaniem konopi indyjskich. Obejmują one badania potencjalnego wykorzystania THC oraz syntetycznego THC w połączeniu z innymi lekami psychoaktywnymi, w tym z antydepresantami, lekami przeciwłękowymi oraz stabilizatorami nastroju. Wyniki do tej pory były niejednoznaczne i nie udowodniono żadnego skutecznego podejścia farmakologicznego do leczenia uzależnienia od konopi.

Leczenie uzależnienia od narkotyków: głównie prowadzone pozaszpitalnie

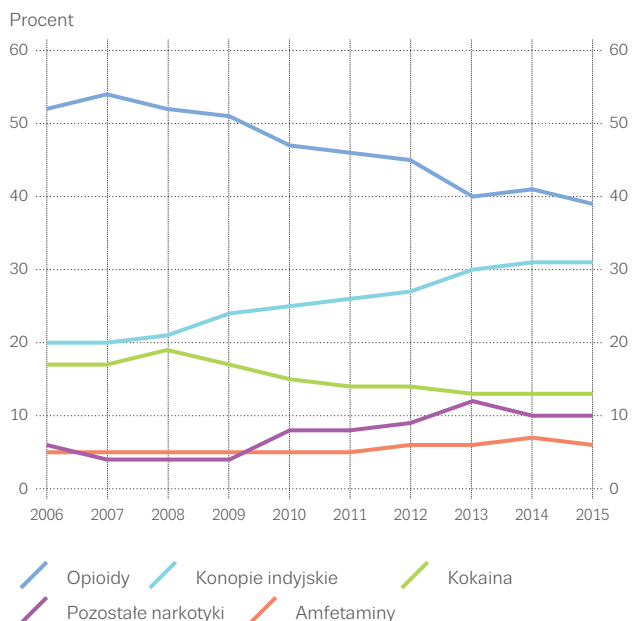
Szacuje się, że w Unii Europejskiej w 2015 r. leczeniu uzależnienia od narkotyków poddano 1,4 mln osób (1,6 mln osób, uwzględniając także Norwegię i Turcję). Najliczniejszą grupę podejmującą specjalistyczne leczenie odwykowe stanowią osoby używające opioidów. Wykorzystują one przy tym największą część dostępnych zasobów, głównie w formie leczenia substytucyjnego. Użytkownicy konopi indyjskich i kokainy stanowią odpowiednio drugą i trzecią pod względem liczebności grupę podejmującą specjalistyczne leczenie odwykowe (wykres 3.3), przy czym głównym sposobem leczenia stosowanym wobec tych pacjentów są interwencje psychospołeczne. Sytuacja jest jednak diametralnie różna w różnych krajach, w których użytkownicy opioidów mogą stanowić od 90% (Estonia) do mniej niż 5% (Węgry) ogólnej liczby osób podejmujących leczenie.

Leczenie odwykowe w Europie odbywa się w większości w warunkach ambulatoryjnych – wyspecjalizowane ośrodki ambulatoryjne są największym dostawcą usług pod względem liczby obsługiwanych użytkowników narkotyków (wykres 3.4). Drugim co do wielkości dostawcą usług w tym zakresie są ogólne placówki służby zdrowia. Ośrodki te obejmują gabinety lekarzy rodzinnych, którzy odgrywają ważną rolę jako osoby odpowiedzialne za leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów w niektórych dużych krajach, takich jak Niemcy i Francja. W innych krajach, takich jak Słowenia, ważną rolę w leczeniu ambulatoryjnym odgrywają poradnie zdrowia psychicznego.

**Świadczenia dostępne dla osób
używających konopi indyjskich
mogą być bardzo różne**

WYKRES 3.3

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



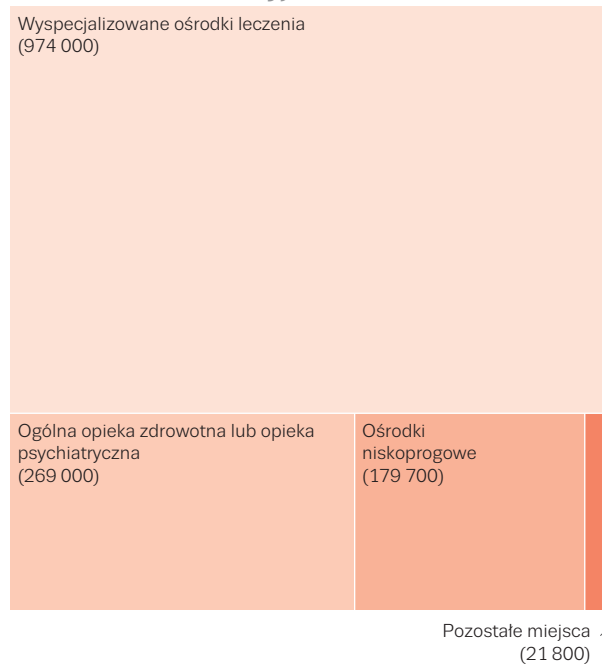
Mniejsza część leczenia uzależnień w Europie odbywa się w placówkach stacjonarnych, takich jak placówki szpitalne (np. szpitale psychiatryczne), społeczności terapeutyczne i specjalistyczne stacjonarne ośrodki leczenia uzależnień. Względne znaczenie świadczonych usług ambulatoryjnych i stacjonarnych w ramach krajowych systemów leczenia uzależnień jest bardzo zróżnicowane w poszczególnych krajach.

Coraz częściej liczne działania w zakresie leczenia uzależnień prowadzone są przez internet. Interwencje podejmowane za pośrednictwem internetu mogą potencjalnie zwiększyć zasięg społeczny i geograficzny programów leczenia, umożliwiając dotarcie do osób borykających się z problemem narkotyków, które inaczej nie miałyby dostępu do specjalistycznych usług leczenia uzależnień.

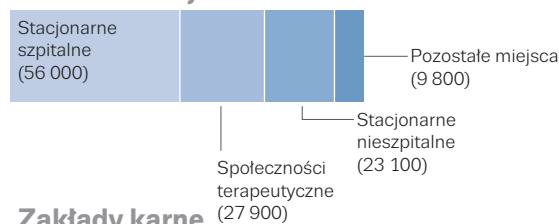
WYKRES 3.4

Liczba osób leczonych z uzależnienia od narkotyków w Europie w 2015 r. według miejsca leczenia

Leczenie ambulatoryjne



Leczenie stacjonarne

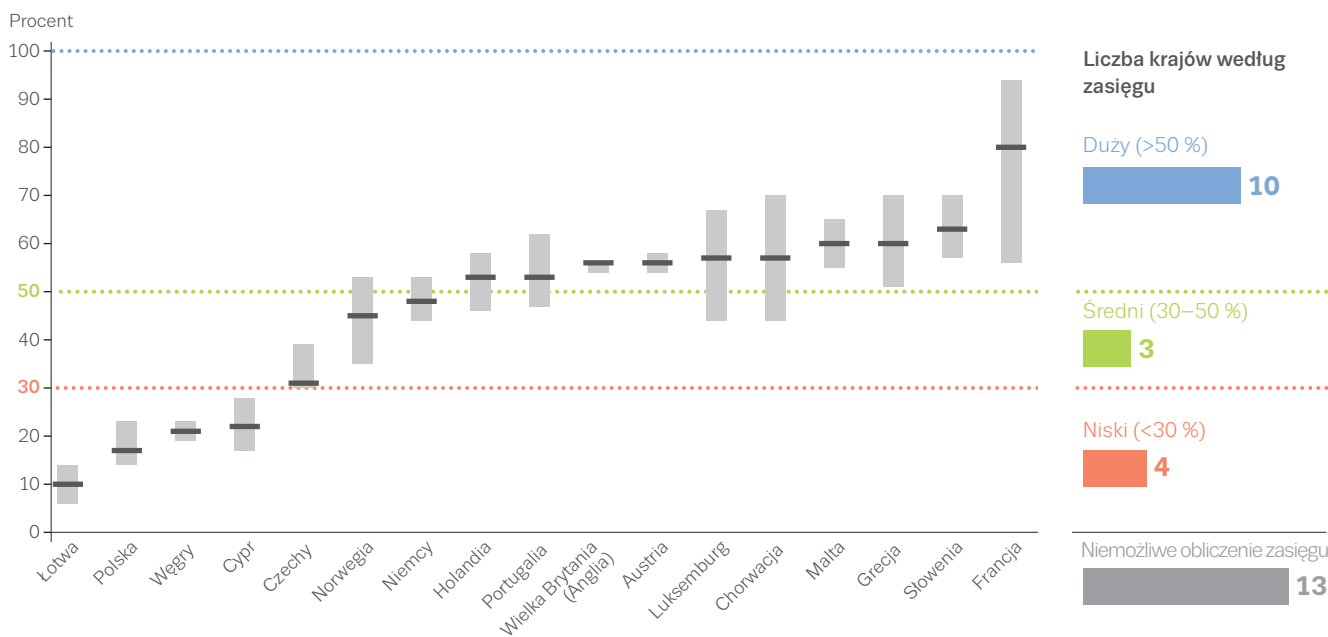


Zakłady karne

(82 100)

WYKRES 3.5

Zasięg leczenia substytucyjnego uzależnienia od opioidów (szacunkowy odsetek osób wysoce ryzykownie używających opioidów objętych leczeniem)



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

Leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów

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.

W 2015 r. w UE leczeniem substytucyjnym objęto około 630 tysięcy osób używających opioidów (650 tysięcy, uwzględniając Norwegię i Turcję). Tendencje wykazują wzrost liczby klientów do poziomu szczytowego w 2010 r., a następnie spadek o 6% w 2015 r. W latach 2010-2015 zaobserwowano spadki w 12 krajach, przy czym największe (przekraczające 25%) odnotowane zostały w Hiszpanii, na Węgrzech, w Holandii i Portugalii. Można to tłumaczyć czynnikami związanymi z popytem i dostępnymi świadczeniami, w tym zmniejszającą się liczebnością populacji starszych, wieloletnich użytkowników opioidów, albo zmianami celów leczenia w niektórych krajach. Inne kraje w dalszym ciągu zwiększają ofertę dostępnych świadczeń, starając się poprawić zasięg leczenia – 12 krajów odnotowało w latach 2010-2015 wzrost. Były wśród nich Łotwa (157%), Finlandia (67%) oraz Grecja (61%).

Te dwie tendencje potwierdzają najnowsze dane (za lata 2014-2015), według których w 12 krajach nastąpił wzrost ogólnej liczby osób poddawanych leczeniu substytucyjnemu, a w 9 – spadek.

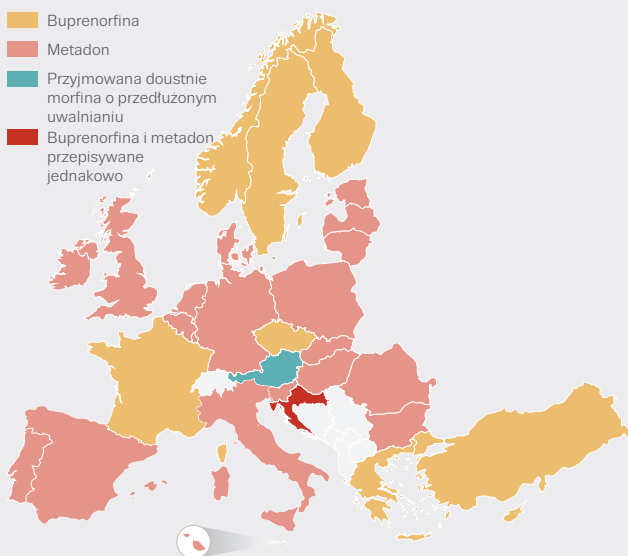
Porównanie z aktualnymi szacunkami dotyczącymi liczby osób, które używają opioidów w sposób wysoce ryzykowny w Europie wskazuje, że połowa poddawana jest leczeniu substytucyjnemu, choć pomiędzy poszczególnymi krajami występują różnice (wykres 3.5). Wyniki te należy jednak interpretować z ostrożnością ze względów metodologicznych.

Metadon jest najczęściej przepisywanym substytutem opioidów, który otrzymuje ponad dwie trzecie (63%) pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym. Kolejnych 35% pacjentów leczy się buprenorfiną, która jest głównym lekiem substytucyjnym wykorzystywanym w ośmiu krajach (wykres 3.6). Inne substancje, takie jak morfina o powolnym uwalnianiu lub diacetylmorfina (heroina), są przepisywane jedynie okazjonalnie i otrzymuje je około 2% osób objętych leczeniem substytucyjnym w Europie.

**Metadon jest najczęściej
przepisywanym
substytutem opioidów**

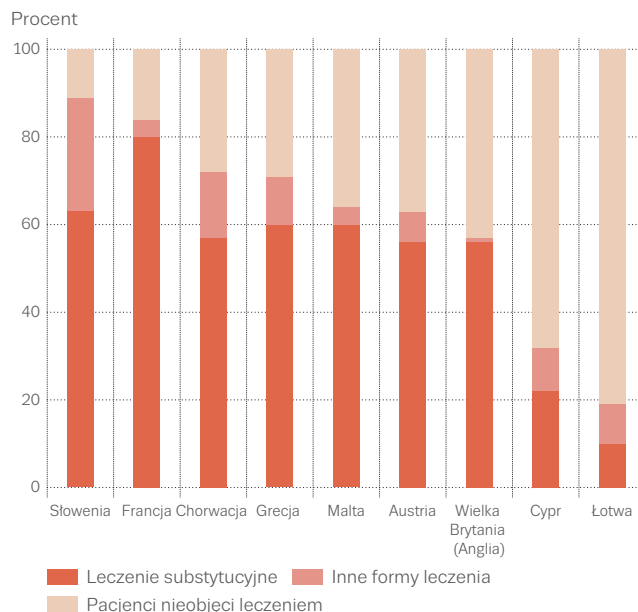
WYKRES 3.6

Główny przepisany lek do substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów



WYKRES 3.7

Odsetek osób wysoce ryzykownie używających opioidów objętych leczeniem substytucyjnym (dane szacunkowe)



Alternatywne możliwości leczenia dla osób używających opioidów są dostępne we wszystkich krajach europejskich, choć są one mniej powszechne niż leczenie substytucyjne. W dziewięciu krajach, które dysponują wystarczającymi danymi, dostępność innych form leczenia niż leczenie substytucyjne obejmuje zasadniczo od 1% do 26% wszystkich osób używających opioidów (wykres 3.7).

Zakłady karne: ograniczona dostępność leczenia WZW typu C

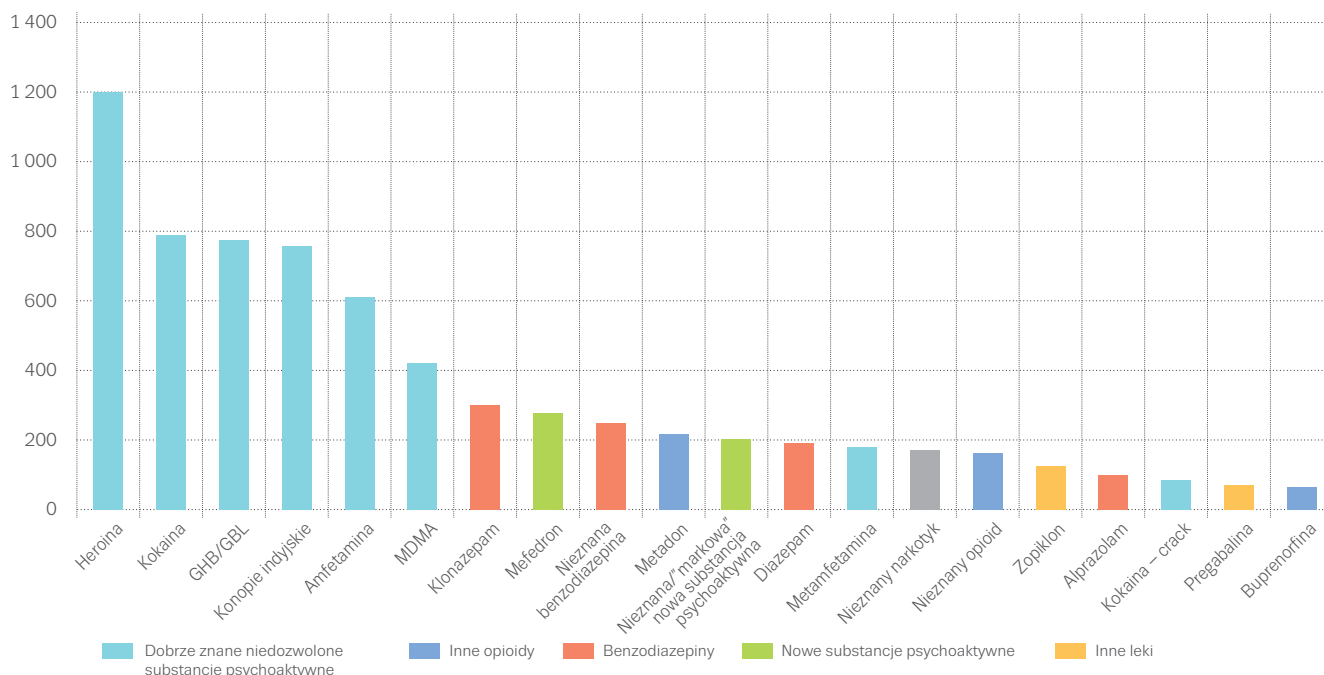
Wśród więźniów odnotowuje się wyższy odsetek osób, które co najmniej raz w życiu spróbowały narkotyków, niż w populacji ogólnej oraz bardziej szkodliwe wzorce używania substancji (w tym wstrzykiwanie). Sprawia to, że więzienia to ważne miejsca, w których należy prowadzić interwencje związane z używaniem środków odurzających. W wielu zakładach karnych występują złożone potrzeby zdrowotne, a ocena używania narkotyków oraz związanych z tym problemów jest istotnym elementem badań przesiewowych nowych osadzonych w wielu krajach.

Dwie ważne zasady rządzące realizacją interwencji zdrowotnych w zakładach karnych to zapewnienie świadczeń równoważnych tym, które dostępne są w innych placówkach oraz ciągłość opieki po powrocie na wolność. Dostępność leczenia substytucyjnego opioidów w więzieniach zgłosiło 28 z 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA. W większości krajów dostępna jest detoksykacja, poradnictwo indywidualne i grupowe oraz wspólnoty terapeutyczne i specjalne oddziały leczenia stacjonarnego. W wielu krajach funkcjonują obecnie partnerstwa między służbami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną w zakładach karnych a zewnętrznymi placówkami medycznymi. Mają one na celu interwencje ukierunkowane na edukację zdrowotną i leczenie w zakładach karnych oraz kontynuację opieki w trakcie pobytu w zakładzie i po jego opuszczeniu.

WYKRES 3.8

Dwadzieścia narkotyków najczęściej zgłaszanych przy okazji nagłych interwencji w szpitalach wskaźnikowych w 2015 r.

Stwierdzony narkotyk



Uwaga: Wyniki z 5 054 nagłych interwencji w 15 ośrodkach wskaźnikowych w 9 krajach europejskich.
Źródło: Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN plus)

W większości krajów w zakładach karnych dostępne są także badania na obecność wirusów (HIV, HBV, HCV), choć rzadkie jest leczenie na WZW typu C. Szesnaście krajów zgłasza dostępność programów szczepiennych przeciwko zakażeniu wirusem WZW typu B. Dostarczanie czystego sprzętu do iniekcji jest rzadsze – tylko cztery kraje zgłaszają obecność programów wymiany igieł i strzykawek w więzieniach.

W większości krajów prowadzi się przygotowanie osadzonych do powrotu na wolność, włącznie z reintegracją społeczną. Programy zapobiegania ryzyku przedawkowania narkotyków, które jest szczególnie duże wśród osób wstrzykujących sobie opioidy po opuszczeniu przez nie więzienia, funkcjonują w 5 krajach. Obejmują one szkolenia oraz informowanie, a także udostępnianie osobom wychodzącym z zakładu karnego naloksonu.

Leczenie zatruc: udział kilku substancji

Dane dotyczące zatruc leczonych szpitalnie dają obraz szkód zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków. Informacje na ten temat dostępne są w European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus), która służy monitorowaniu zatruc związanych z narkotykami w piętnastu (wskaźnikowych) szpitalach 9 krajach europejskich. W 2015 r. w ramach projektu odnotowano 5 054 zgłoszeń do szpitala osób w średnim wieku 31 lat. Większość z nich stanowili mężczyźni (77%).

W odniesieniu do każdego przypadku zgłoszono średnio ok. 1,5 substancji (ogółem 7 768) (zob. wykres 3.8). Prawie dwie trzecie (65%) zgłoszeń dotyczyło użycia dobrze znanych narkotyków, wśród których najczęstsze były: heroina, kokaina, konopie indyjskie, GHB/GBL, amfetamina oraz MDMA; jedną czwartą (24%) stanowiły przypadki nadużycia leków wydawanych z przepisu lekarza lub bez recepty (szczególnie opioidów lub benzodiazepin), a w 9% przypadków za konieczność interwencji odpowiedzialne były nowe substancje psychoaktywne (wzrost w stosunku do poziomu 6% w 2014 r.). Połowa przypadków związanych z użyciem nowych substancji psychoaktywnych dotyczyła syntetycznych katynonów, a 14% syntetycznych kannabinoidów. Odzwierciedleniem lokalnych różnic we wzorcach używania narkotyków jest fakt, że w poszczególnych miastach dokonywano zgłoszeń różnych substancji. Nagłe interwencje szpitalne związane z heroiną były na przykład najczęstsze w Dublinie (Irlandia) i w Oslo

**Wielu osadzonych ma
złożone potrzeby
zdrowotne**

(Norwegia), podczas gdy w Londynie (Wielka Brytania) dominowały zgłoszenia związane z użyciem GHB/GBL, kokainy, mefedronu oraz MDMA.

Większość pacjentów (80%) zgłaszających się do szpitala w związku ostrym zatruciem narkotykami wypisywano w ciągu 12 godzin. U niewielkiego odsetka (6%) wystąpiło poważne zatrucie wymagające przyjęcia na oddział intensywnej opieki medycznej, a 4% pacjentów przyjęto na oddział psychiatryczny. Około połowy (9) z 17 zgonów związanych było z użyciem opioidów.

Systemy monitorowania, które umożliwiają analizę tendencji w zakresie ostrych zatruc związanych z narkotykami, funkcjonują w niewielu państwach. Spośród nich, Wielka Brytania zgłasza rosnącą liczbę przypadków wystąpienia ostrych problemów zdrowotnych związanych z użyciem heroiny, wymagających nagłych interwencji, podczas gdy w Czechach i Danii jest ich coraz mniej, choć tam z kolei wzrasta liczba takich przypadków związanych z zażywaniem metadonu. Na Litwie liczba zatruc związanych z opioidami prawie się podwoiła w latach 2013–2015. W Hiszpanii zażywanie kokainy odpowiada ze prawie połowę wszystkich zgłoszonych przypadków. Tendencja ta stabilizuje się obecnie po okresie spadków. Wzrasta natomiast liczba zatruc związanych z użyciem konopi indyjskich. Słowenia także odnotowała tendencję wzrostową w tej ostatniej grupie. W Holandii połowa osób zgłaszających się do punktów pierwszej pomocy na festiwalach (51%) to osoby, które zażywały MDMA. Odsetek ten stale wzrasta. Liczba zatruc związanych z zażywaniem metamfetaminy odnotowanych przez ośrodki wskaźnikowe w Czechach zwiększyła się o ponad 50% w latach 2014-2015.

Nowe narkotyki: duża siła działania i poważne problemy zdrowotne

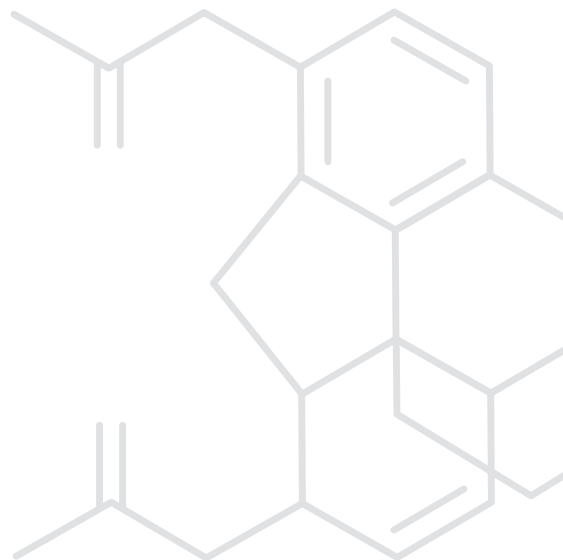
Nowe substancje psychoaktywne, w tym nowe syntetyczne opioidy, kannabinoidy i katynony, powodują w Europie szereg poważnych problemów zdrowotnych.

Fentanyle to opioidy o szczególnie dużej mocy działania, które – choć odgrywają obecnie na europejskim rynku narkotyków mniej ważną rolę – stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego i indywidualnego. Jest to częściowo spowodowane zwiększonym ryzykiem poważnych i śmiertelnych zatruc – często objawiających się wystąpieniem ognisk choroby – jako że fentanyle powodują szybkie i głębokie upośledzenie funkcji oddechowych. Jest tak również z uwagi na zwiększone ryzyko przypadkowego narażenia, które prowadzi do zatrucia innych osób – na ryzyko mogą w ten sposób

zostać narażeni członkowie rodziny lub znajomi, a także przedstawiciele organów ścigania i innych służb ratowniczych, personel medyczny oraz pracownicy laboratoriów. W niektórych warunkach konieczne może być stosowanie środków ochronnych, co pozwala ograniczyć ryzyko szkód związanych z przypadkowym narażeniem. Jest to szczególnie wskazane w przypadku celników na granicach europejskich, którzy mogą dokonywać konfiskat fentanylu w formie proszku luzem. Co więcej, istnieją dowody na to, że fentanyle sprzedawano nieświadomym tego użytkownikom jako legalne substancje, a także jako podrabiane środki przeciwbólowe, które mogą potencjalnie zwiększyć ryzyko ostrego i śmiertelnego zatrucia w niektórych grupach użytkowników. W takich warunkach konieczna może się okazać ocena dostępności naloksonu jako antidotum. Oprócz znacznego ryzyka przedawkowania fentanyle są także silnie uzależniające i mogą prowadzić do nadużyć, co może pogorszyć sytuację w zdrowiu publicznym oraz zaostrzyć problemy społeczne kojarzone zazwyczaj z wysoce ryzykownym zażywaniem opioidów.

W 2016 r. EMCDDA i Europol rozpoczęły specjalne dochodzenia dotyczące akryl-fentanylu i furanyl-fentanylu po zgłoszeniach, które wpłynęły do systemu wczesnego ostrzegania UE. Zgłoszono ponad pięćdziesiąt przypadków śmiertelnych powiązanych bezpośrednio z tymi substancjami. EMCDDA wystosowało także pięć ostrzeżeń do swoich sieci w całej Europie, które dotyczyły tych oraz innych nowych fentanyli.

Nowe substancje psychoaktywne powodują w Europie szereg poważnych problemów zdrowotnych



Kannabinoidy syntetyczne są kolejną grupą nowych substancji, które powodowały problemy w 2016 r. EMCDDA wystosowało ostrzeżenia dotyczące trzech substancji — MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA i 5F-MDMB-PINACA — w oparciu o 45 poważnych zdarzeń niepożądanych, w tym 18 zgonów i 27 zatruc bez skutku śmiertelnego. EMCDDA uruchomiła także procedurę prowadzącą do oceny ryzyka substancji MDMB-CHMICA, co doprowadziło ostatecznie do zastosowania w stosunku do niej środków kontroli na terenie całej Europy.

Nowe narkotyki: kształcenie umiejętności reagowania

Problemy wywołane przez nowe narkotyki wiążą się z nowymi wyzwaniami dla służb ratunkowych. Przeprowadzona niedawno przez EMCDDA analiza wykazała, że europejscy pracownicy służby zdrowia pracujący w różnych placówkach (specjalizujących się w leczeniu, profilaktyce i ograniczaniu szkód) polegają głównie na doświadczeniu zawodowym zdobytym w zakresie dobrze znanych niedozwolonych środków odurzających oraz przeprowadzanych w związku z nimi interwencji. Interwencje te obejmują rozpowszechnianie materiałów edukacyjnych, przekazywanie sterylnych igieł i strzykawek oraz leczenie objawów w przypadku ostrych zatruc. Często interwencje poparte dowodami naukowymi można dopasować do konkretnych rodzajów toksyczności, do charakterystyki społeczno-kulturowej grup ryzyka (np. tzw. „imprezowiczów” lub mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami) lub konkretnych zachowań ryzykownych (np. lepszy dostęp do strzykawek w odpowiedzi na dużą częstotliwość przyjmowania narkotyków drogą iniekcji) związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi. W analizie podkreślono także potrzebę szkolenia zawodowego, doradztwa oraz kształtowania kompetencji w zakresie reagowania na problemy związane z nowymi narkotykami.

Szczególnym wyzwaniem jest przeprowadzanie interwencji w trudno dostępnych grupach używających narkotyków, które są szczególnie narażone na problemy związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi, takimi jak mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami, osoby bezdomne oraz osadzone. W niektórych krajach z obawą przyjęto większe rozpowszechnienie syntetycznych kannabinoidów wśród więźniów, ze względu na ich wpływ na zdrowie psychiczne, silny efekt odstawienia oraz częstsze przypadki przemocy. Wydaje się, że ważnym elementem odpowiedniego podejścia do problemów spowodowanych użyciem nowych substancji psychoaktywnych w Europie jest wielodyscyplinarne reagowanie oraz współpraca z pracownikami ośrodków zdrowia o różnych profilach (np. poradni zdrowia seksualnego, zakładów karnych i ośrodków leczenia uzależnienia od narkotyków).

Ocena ryzyka MDMB-CHMICA

W lipcu 2016 r. MDMB-CHMICA stała się pierwszym kannabinoidem syntetycznym, który został poddany przez EMCDDA ocenie ryzyka. Po raz pierwszy substancja została zgłoszona do systemu wczesnego ostrzegania UE w 2014 r. przez Węgry, a następnie wykryto ją w 23 państwach członkowskich UE, w Turcji oraz w Norwegii. Substancję kojarzy się z ponad 20 przypadkami poważnych zatruc oraz ze zgonem 28 osób.

MDM-CHMICA w postaci sproszkowanej luzem produkuje się w Chinach i importuje do Europy, gdzie substancja jest przetwarzana i pakowana jako „ziołowe mieszanki do palenia”. Niektórzy uważają, że wiele ze zatruc wywołanych przez MDMB-CHMICA i inne kannabinoidy syntetyczne wiąże się z dużą siłą działania tych substancji oraz z niewłaściwymi procedurami produkcji. Dowody wskazują, że producenci zgadzają, jakie ilości substancji powinny zostać zawarte w „mieszkach do palenia”. Co więcej, stosowane niedoskonałe techniki wytwórcze mogą powodować nierównomierne rozproszczenie substancji w produkcji. Niektóre próbki mogą przez to zawierać duże ilości substancji, a tym samym duże dawki, oraz powodować zwiększone ryzyko ostrych zatruc oraz śmierci.

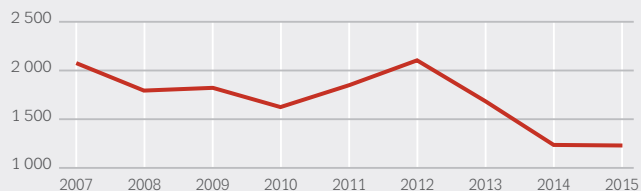
Przewlekłe problemy związane z używaniem narkotyków: mniejsza liczba zakażeń wirusem HIV i ogniska lokalne

Osoby używające narkotyków, zwłaszcza w iniekcjach, są zagrożone chorobami zakaźnymi wskutek dzielenia się sprzętem do przyjmowania narkotyków oraz nawiązywania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia. Iniekcyjne przyjmowanie narkotyków nadal odgrywa istotną rolę w przenoszeniu zakażeń krwiopochodnych, takich jak zapalenie wątroby typu C i w niektórych krajach ludzki wirus niedoboru odporności (HIV). W 2015 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 1 233 nowe rozpoznania zakażenia wirusem HIV poprzez zażywanie narkotyków drogą iniekcji (wykres 3.9), co stanowi 5% rozpoznań, dla których znana jest droga transmisji. Odsetek ten pozostaje w ostatniej dekadzie niski i stabilny. Liczba nowych przypadków zakażenia wirusem HIV wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki spadła w większości krajów europejskich – w latach 2007-2015 ten odsetek spadł o 41%. Wstrzykiwanie narkotyków pozostaje jednak w dalszym ciągu ważną drogą transmisji w niektórych krajach – w 2015 r. jedną czwartą nowo rozpoznanych przypadków zakażenia wirusem HIV przypisano zażywaniu narkotyków drogą

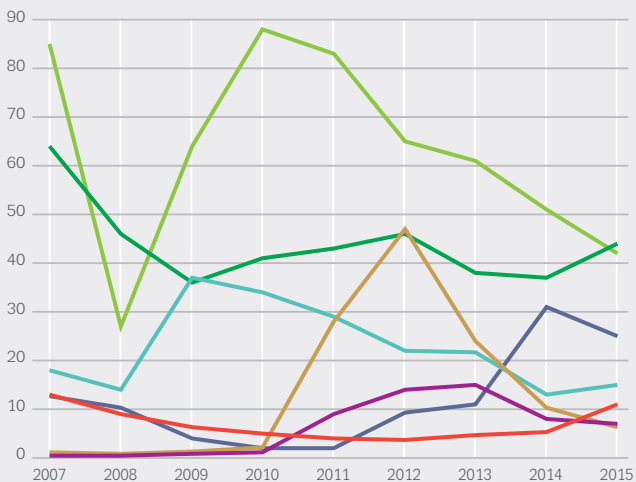
WYKRES 3.9

Nowo zdiagnozowane przypadki HIV związane z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji: ogólne i wybrane tendencje oraz najnowsze dane

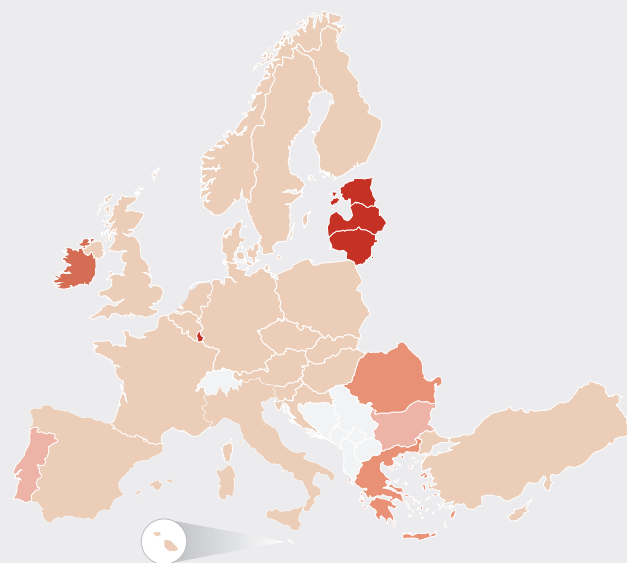
Przypadki w Unii Europejskiej



Liczba przypadków na milion osób



— Łotwa — Estonia — Luksemburg — Litwa
— Irlandia — Rumunia — Grecja



Liczba przypadków na milion osób

■ <3 ■ 3,1–6 ■ 6,1–9 ■ 9,1–12 ■ >12

Uwaga: Dane dotyczące 2015 r. (źródło: ECDC).

iniekcji na Litwie (34%), Łotwie (32%), w Luksemburgu (27%) oraz w Estonii (25%).

Podczas gdy większość krajów odnotowała w latach 2014-2015 spadek liczby przypadków zakażenia wirusem HIV poprzez iniekcję, w Niemczech, Irlandii i Wielkiej Brytanii nastąpił wzrost na skalę niespotykaną w ciągu ostatnich 7 do 8 lat. W Irlandii i Wielkiej Brytanii było to częściowo powiązane z lokalnymi ogniskami nowych zakażeń wirusem HIV wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki. Luksemburg również zgłosił wystąpienie takiego ogniska zakażeń w 2014 r. Częstsze iniekcyjne przyjmowanie substancji pobudzających, a także daleko posunięta marginalizacja to typowe czynniki decydujące o powstawaniu takich ognisk. Także dożylne przyjmowanie substancji pobudzających w kontekście współżycia seksualnego („slamming”) w niewielkich grupach mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami wiąże się z podwyższonym ryzykiem zakażenia.

W 2015 r. 14% nowych przypadków AIDS w Unii Europejskiej, dla których droga transmisji była znana, przypisano dożylnemu przyjmowaniu narkotyków. Te 479 zawiadomień o nowych przypadkach związanych z wstrzykiwaniem narkotyków stanowi zaledwie niewiele ponad jedną czwartą liczby takich przypadków dziesięć lat

temu. Wiele z tych przypadków zgłoszono w Grecji, na Łotwie i w Rumunii, gdzie konieczne jest dalsze wzmocnienie systemu badań na obecność wirusa HIV oraz leczenia.

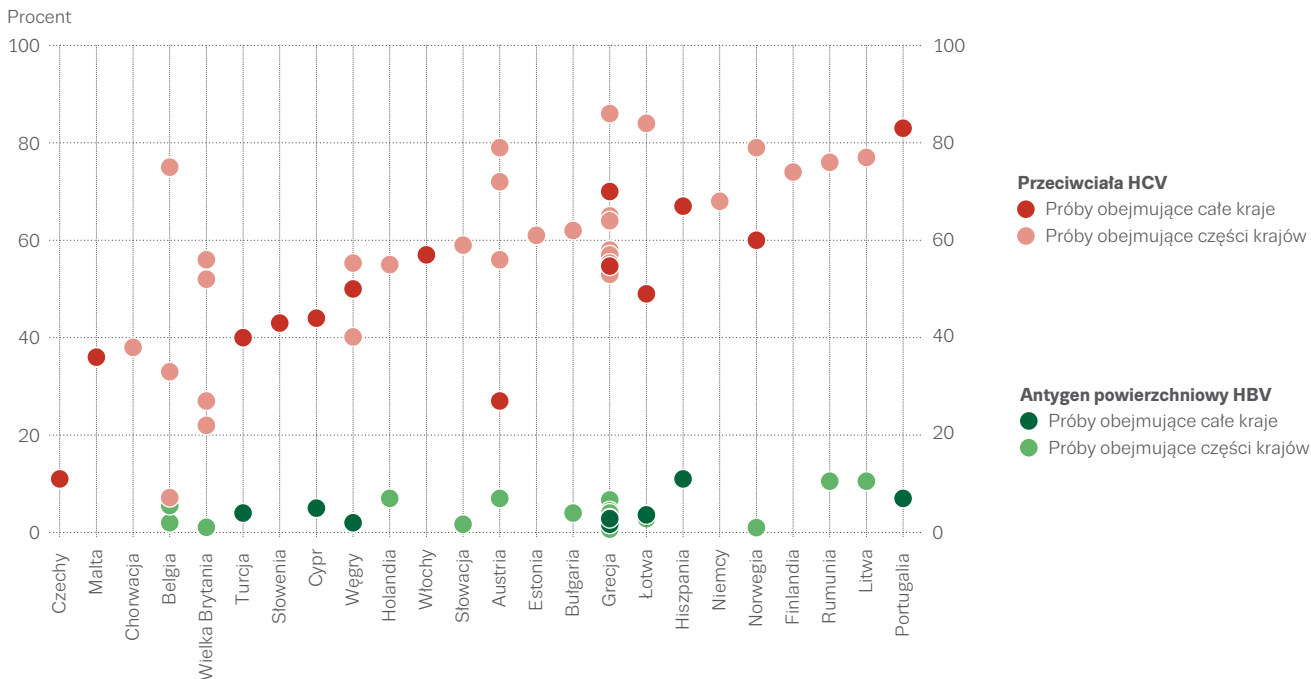
Występowanie HCV: różnice krajowe

Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności zakażenie wywołane wirusem typu C (HCV), jest wysoce rozpowszechnione w całej Europie wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Na każde 100 osób zakażone wirusem HCV (u których wykryto przeciwciała), u 75-80 rozwinie się zakażenie przewlekłe. Ma ono poważne długoterminowe konsekwencje, gdyż przewlekłe zakażenie wirusem HCV, często zaostrzone wskutek nadużywania alkoholu, odpowiada za coraz większą liczbę zgonów i przypadków ciężkich schorzeń wątroby, w tym marskości wątroby i raka wątroby, w starzejącej się grupie osób wysoce ryzykownie używających narkotyków.

Liczba nowych przypadków zakażenia wirusem HIV wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki spadła

WYKRES 3.10

Rozpowszechnienie występowania przeciwciał HCV i antygenu powierzchniowego HBV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie, lata 2014 do 2015



W latach 2014-2015 poziom rozpowszechnienia przeciwciał HCV – wskazujących na obecną lub przeszłą infekcję – w krajowych próbkach pobranych od osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wynosił od 16% do 84%, przy czym 5 z 13 krajów dysponujących danymi zgłaszało rozpowszechnienie HCV przekraczające 50% (wykres 3.10). Spośród krajów dysponujących krajowymi danymi dotyczącymi tendencji w latach 2010–2015 jedynie cztery zgłosiły mniejszą liczbę przypadków zakażenia wirusem HCV przez osoby używające narkotyków w iniekcjach, natomiast w trzech odnotowano wzrost.

Zakażenie wirusem HBV wśród osób zażywających narkotyki jest rzadsze niż zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C. Obecność antygenu powierzchniowego HBV oznacza jednak w tym przypadku obecne zakażenie, które może mieć postać ostrą lub przewlekłą. Szacuje się, że w 7 krajach, które dysponują odpowiednimi danymi od 1,7% do 11% osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach jest obecnie zakażonych wirusem HBV.

Dożylne przyjmowanie narkotyków jest czynnikiem ryzyka innych chorób zakaźnych, a ogniska występowania WZW typu A związanego z zażywaniem narkotyków zaobserwowano w 2016 r. w Czechach, Niemczech i Luksemburgu. W Niemczech, Norwegii i Wielkiej Brytanii zgłaszano klastry oraz sporadyczne przypadki botulizmu przyrannego wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie.

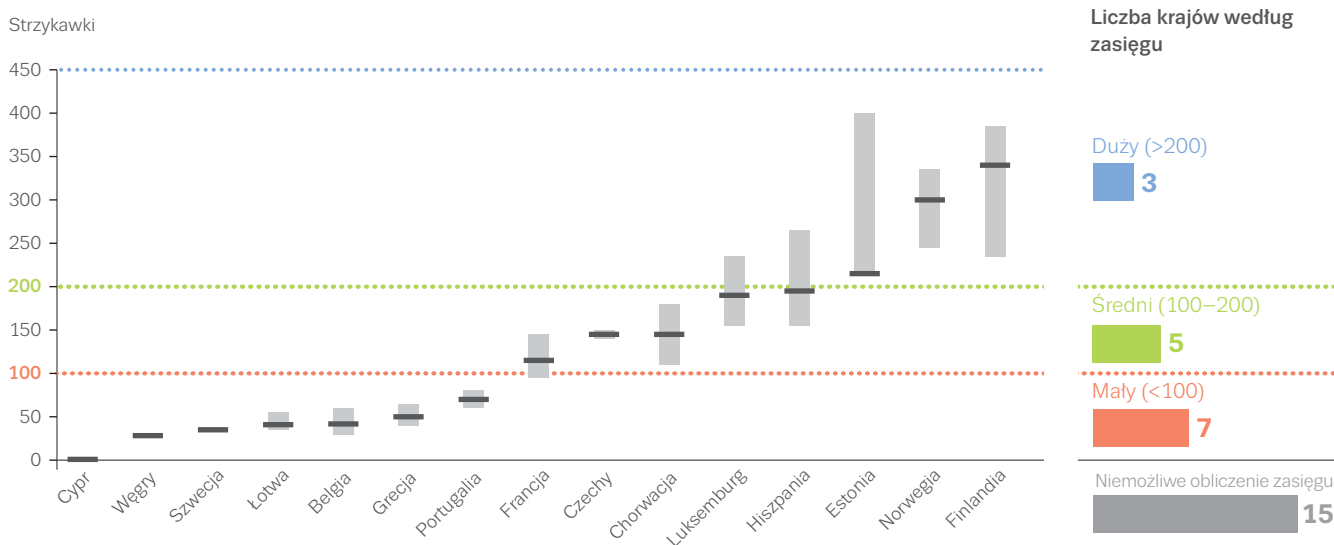
Choroby zakaźne: środki zapobiegawcze

Najważniejsze środki zapobiegawcze stosowane w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki to m.in. leczenie substytucyjne, udostępnianie sterylnych strzykawek i igieł, poradnictwo w zakresie ryzyka związanego z iniekcijnym używaniem narkotyków, szczepienia przeciwko WZW typu B, badania na obecność chorób zakaźnych, leczenie zakażeń wirusem zapalenia wątroby oraz leczenie w przypadku HIV.

W przypadku iniekcyjnych użytkowników opioidów leczenie substytucyjne znacznie zmniejsza ryzyko zakażenia, a niektóre badania wskazują, że skutek ochronny zwiększa się w połączeniu z programami rozdawania igieł i strzykawek. Wykazano, że programy polegające na udostępnianiu igieł i strzykawek skutecznie ograniczają rozprzestrzenianie się wirusa HIV wśród osób iniekcjnie używających substancji psychoaktywnych. Wśród 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA wszystkie oprócz Turcji za darmo udostępniają czyste igły i strzykawki w specjalistycznych placówkach. Pomędzy poszczególnymi krajami istnieją jednak znaczne różnice w zakresie położenia geograficznego placówek zapewniających bezpieczne igły i strzykawki oraz wielkości docelowej populacji, do której dociera interwencja (wykres 3.11). Dane na temat rozdawania strzykawek w ramach specjalistycznych programów udostępni

WYKRES 3.11

Zasięg specjalistycznych programów dystrybucji strzykawek: liczba udostępnionych strzykawek przypadających na jedną osobę szacunkowo przyjmującą narkotyki drogą iniekcji



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

25 państw, które łącznie zgłosiły rozdanie ponad 52 milionów strzykawek w 2014–15 r. Liczba ta jest znacznie zaniżona ponieważ kilka dużych państw, takich jak Niemcy, Włochy oraz Wielka Brytania, nie podaje pełnych danych krajowych na temat liczby rozdawanych strzykawek.

Szczególnie ważnym elementem skutecznego reagowania na problemy związane z dożywym przyjmowaniem środków pobudzających przez mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami jest zapewnienie współpracy służb zwalczających uzależnienia od narkotyków z podmiotami zajmującymi się zdrowiem seksualnym. Ważne interwencje profilaktyczne w tej grupie to badania i leczenie zakażeń, edukacja prozdrowotna oraz udostępnianie środków ochronnych, takich jak prezerwatywy oraz sterylne igły i strzykawki. Aby zapobiec zakażeniu HIV drogą płciową, ważna jest dostępność profilaktyki przedekspozycyjnej jako dodatkowego elementu profilaktyki w grupach najwyższego ryzyka.

Coraz wcześniejsze rozpoznawanie HIV: większe możliwości przeprowadzania badań

Późne rozpoznanie zakażenia wirusem HIV – kiedy zaczął on już uszkadzać układ odpornościowy – stanowi szczególnie duży problem wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki. W 2015 r. 58% nowo zgłoszonych przypadków zakażeń związanych z dożywym zażywaniem narkotyków wykryto na późnym etapie. Jest to wynik porównywalny z unijną średnią 47% przypadków, które wykrywane są późno bez względu na drogę transmisji. Późne rozpoznanie zakażenia wirusem HIV wiąże się ze zwiększoną zachorowalnością i umieralnością, a także z opóźnionym rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej. Polityka obejmująca badanie i leczenie zakażenia wirusem HIV, w ramach której leczenie antyretrowirusowe rozpoczyna się bezpośrednio po rozpoznaniu zakażenia, prowadzi do ograniczenia transmisji i jest szczególnie ważna w grupach przejawiających zachowania ryzykowne, w tym wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki. Wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie terapii antyretrowirusowej daje osobom zakażonym szansę na normalną spodziewaną długość życia.

W wielu krajach w ramach opieki pozaszpitalnej i niskoprogowej dostępne są szerokie możliwości badań na obecność wirusa HIV. Celem jest zwiększenie grupy osób poddawanych badaniom oraz wcześniejsze wykrywanie zakażeń. Minimalne standardy jakości w UE promują dobrowolne poddawanie się badaniom na obecność chorób przenoszonych przez krew w ośrodkach pozaszpitalnych, a także poradnictwo w zakresie zachowań ryzykownych oraz wsparcie w radzeniu sobie z chorobą. Stygmatyzacja i marginalizacja osób używających środków odurzających to jednak wciąż bariera utrudniająca badania i leczenie.

Leczenie zakażeń HCV: skuteczniejsze leki

W Europie zakażenie wirusem HCV jest częstsze wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Osoby te są adresatami programów badawczych i leczniczych. Ich celem jest zapobieganie postępowaniu choroby wątroby oraz śmierci pacjenta. Ważnym elementem całościowych działań profilaktycznych jest ograniczenie liczby osób mogących być źródłem zakażenia poprzez ich odpowiednie leczenie. Europejskie wytyczne kliniczne zalecają rozważenie możliwości poddania leczeniu wszystkich pacjentów cierpiących na przewlekłe schorzenia wątroby związane z zakażeniem wirusem HCV. Zaleca się także, by niezwłoczne wdrożenie leczenia rozważyć u osób, które mogą potencjalnie zarażać innych (w tym osoby przyjmujące narkotyki dożylnie), a także by zapewnić indywidualny i interdyscyplinarny sposób leczenia osobom zażywającym narkotyki.

Od 2013 r. stałym elementem leczenia zakażeń wirusem HCV stają się skuteczne i lepiej tolerowane terapie oparte na przyjmowanych doustnie lekach bez interferonu oraz bezpośrednio działających substancjach antywirusowych. Co równie ważne, leczenie z ich zastosowaniem można prowadzić w specjalistycznych placówkach pozaszpitalnych, co może przekładać się na większą liczbę pacjentów i lepszą dostępność. W wielu krajach europejskich przyjmuje się nowe strategie walki z wirusowym zapaleniem wątroby, aktualizuje się wytyczne dotyczące leczenia, a także doskonalą się badania na obecność wirusa HCV oraz powiązania ze świadczoną opieką. Wciąż pozostało jednak wiele wyzwań do rozwiązania, takich jak niski odsetek osób poddających się badaniom, niejasne w wielu krajach mechanizmy kierowania na leczenie i jego prowadzenia, a także wysokie koszty nowych leków.

Użycie narkotyków uznawane jest za jedną z przyczyn możliwych do uniknięcia zgonów młodych osób dorosłych w Europie

Zgony spowodowane przedawkowaniem: wzrost na przestrzeni ostatnich lat

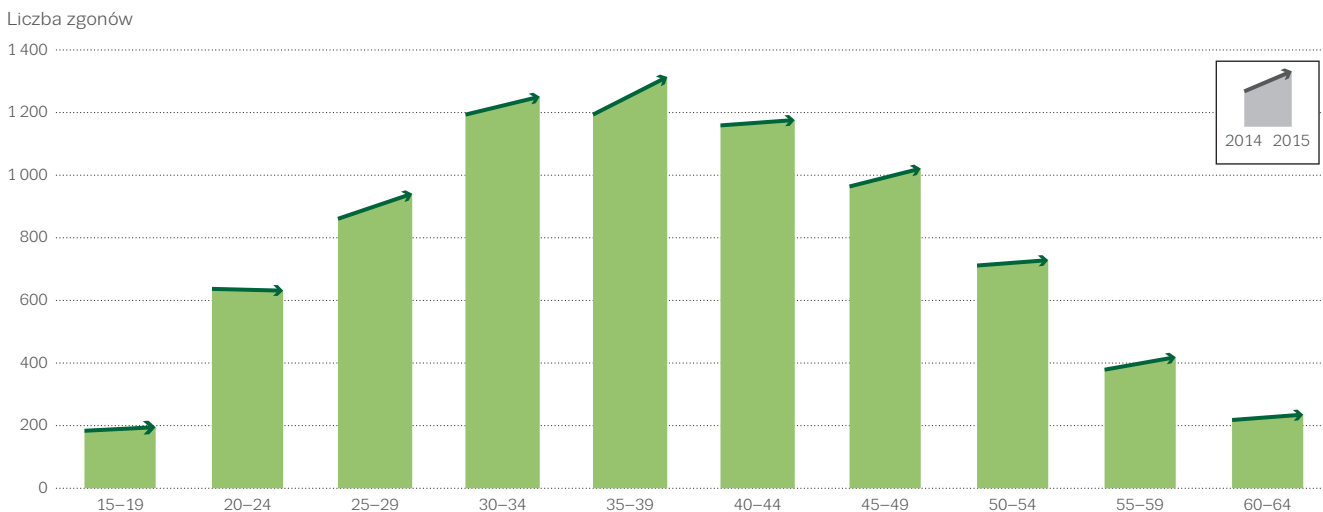
Użycie narkotyków uznawane jest za jedną z przyczyn możliwych do uniknięcia zgonów młodych osób dorosłych w Europie. Badania grup osób problemowo używających narkotyków wykazują całkowity odsetek zgonów na poziomie 1-2% rocznie. Ogólnie rzecz biorąc, osoby używające opioidów są od 5 do 10 razy bardziej narażone na śmierć niż inne osoby w tym samym wieku i tej samej płci. Zwiększona umieralność wśród użytkowników opioidów jest głównie związana z przedawkowaniem, ale ważną rolę odgrywają także inne przyczyny, tylko pośrednio związane z narkotykami, takie jak zakażenia, wypadki, przemoc oraz samobójstwa. Ogólny zły stan zdrowia często powodowany jest współwystępowaniem powiązanych schorzeń. Na przykład występują przewlekłe schorzenia płuc i wątroby, a także problemy sercowo-naczyniowe. Odpowiadają one za większy odsetek zgonów wśród starszych i wieloletnich użytkowników narkotyków.

Przedawkowanie pozostaje w Europie główną przyczyną zgonów wśród osób używających narkotyków w sposób wysoce ryzykowny, a ponad trzy czwarte (78%) ofiar przedawkowania stanowią mężczyźni. Dane dotyczące przedawkowania, a szczególnie łączną liczbę przypadków w całej Europie, należy interpretować z ostrożnością. Wynika to np. z tego, że niektóre kraje podają systematycznie zaniżone dane, a procesy rejestracji skutkują opóźnieniami w zgłoszeniach. Szacunkowe dane roczne stanowią zatem orientacyjne wartości minimalne.

Szacuje się, że w 2015 r. na terenie Unii Europejskiej doszło do co najmniej 7 585 przypadków przedawkowania narkotyków ze skutkiem śmiertelnym, w które zaangażowany był przynajmniej jeden niedozwolony środek odurzający. Liczba ta wzrasta do szacunkowego poziomu 8 441 zgonów przy uwzględnieniu Norwegii i Turcji, co stanowi wzrost o 6% z poziomu 7 950 zweryfikowanego na 2014 r. Wzrost odnotowano praktycznie we wszystkich grupach wiekowych (wykres 3.12). Podobnie jak w latach poprzednich Wielka Brytania (31%) oraz Niemcy (15%) łącznie stanowią około połowy wszystkich przypadków zgonów odnotowanych w Europie. Jest to związane częściowo z wielkością populacji wysokiego ryzyka w tych krajach, ale także z podawaniem przez inne kraje wyników zaniżonych. Jeżeli chodzi o kraje posiadające względnie rzetelne systemy raportowania, zweryfikowane dane dotyczące 2014 r. potwierdzają wzrost liczby zgonów z przedawkowania w Hiszpanii, podczas gdy tendencje zwykłe w tym zakresie zgłaszane w 2014 r. na Litwie i w Wielkiej Brytanii utrzymały się w 2015 r. Wzrost odnotowuje się obecnie także w Niemczech oraz w Holandii. Stałą tendencją zwykłą można też dostrzec w

WYKRES 3.12

Liczba zgonów spowodowanych narkotykami w Europie w 2014 i 2015 r. według grupy wiekowej



Szwecji, choć może to być częściowo spowodowane połączeniem rezultatów zmian w procedurach dochodzeniowych, kodowaniu oraz sprawozdawczości. Turcja w dalszym ciągu zgłasza wzrost, ale wydaje się, że jest to zasadniczo spowodowane lepszym zbieraniem danych i ich raportowaniem.

W związku ze starzeniem się użytkowników opioidów w Europie, stanowiących grupę najbardziej narażoną są na śmierć w wyniku przedawkowania, zgłoszona liczba takich przypadków w starszych grupach wiekowych w latach 2007-2015 wzrosła. Odwrotną tendencję zaobserwowano wśród ludzi młodszych. Jednak 10% osób zmarłych na skutek przedawkowania narkotyków to osoby w wieku poniżej 25 lat. W ostatnim czasie odnotowano w

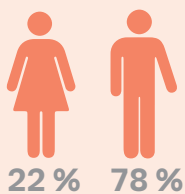
niektórych krajach, w tym w Szwecji i w Turcji, niewielki wzrost liczby przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w tej grupie wiekowej.

Za ogólny wzrost liczby zgonów odpowiadają te związane z opioidami

W większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w Europie wykrywane są heroina lub jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami. Najnowsze dane pokazują wzrost liczby przypadków śmiertelnych związanych z zażyciem heroiny, szczególnie w Wielkiej Brytanii. W Anglii i Walii heroina została wspomniana w związku z 1 200 przypadków śmiertelnych

ZGONY ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI

Charakterystyka



Średni wiek w momencie zgonu

38

Zgony z obecnością opioidów



Wiek w momencie zgonu

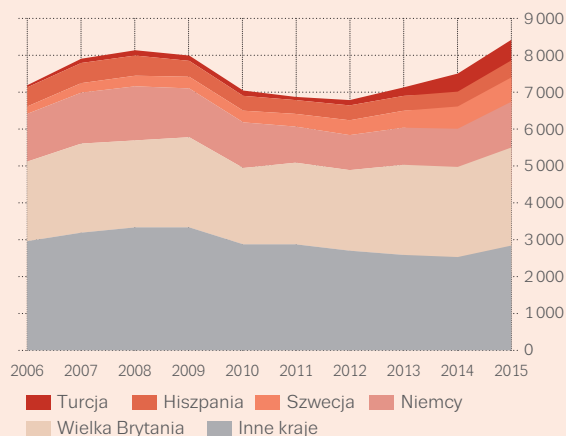


Liczba zgonów

7 585 UE

8 441 UE + 2

Tendencje dotyczące zgonów spowodowanych przedawkowaniem



Uwaga: Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii.

odnotowanych w 2015 r., co stanowi wzrost o 26% w porównaniu do poprzedniego roku i o 57% w porównaniu do roku 2013. Przypadki zgonów związanych z zażywaniem heroiny stały się także częstsze w Szkocji (Wielka Brytania), Irlandii i Turcji. W raportach toksykologicznych regularnie pojawiają się także inne opioidy. Substancje te – głównie metadon i buprenorfina, ale także fentanyle i tramadol – obecnie wiąże się ze znaczną częścią zgonów spowodowanych przedawkowaniem w niektórych krajach. Według najnowszych danych w Chorwacji, Danii, Francji i Irlandii, liczba przypadków zgonów związanych z zażywaniem metadonu przekroczyła liczbę przypadków zgonu związanych z zażywaniem heroiny.

Substancje pobudzające takie jak kokaina, amfetaminy, MDMA oraz katynony wiążą się w Europie z mniejszą liczbą przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym, choć ich udział różni się w zależności od kraju. W Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) liczba zgonów związanych z użyciem kokainy wzrosła ze 169 w 2013 r. do 320 w 2015 r., choć wydaje się, że wiele z tych przypadków dotyczyło przedawkowania heroiny wśród osób zażywających crack. W Hiszpanii, gdzie liczba zgonów związanych z użyciem kokainy od kilku lat pozostawała na tym samym poziomie, narkotyk ten był w 2014 r. wciąż drugim najczęściej wymienianym w przypadkach przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym (269 przypadków). W 2015 r. liczba zgonów związanych z zażywaniem stymulantów w Turcji obejmowała 56 przypadków związanych z kokainą, 206 przypadków związanych z amfetaminą i 166 przypadków związanych z MDMA (z czego 62 przypadki były związane z samym tylko MDMA). Syntetyczne kannabinoidy zgłoszono w 137 przypadkach w Turcji, z czego 63 przypisano wyłącznie zażyciu tej substancji.

Wskaźnik umieralności najwyższy w Europie Północnej

Wskaźnik umieralności wskutek przedawkowania w 2015 r. w Europie szacuje się na 20,3 zgonów na milion mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat. Odsetek zgonów wśród mężczyzn (32,3 przypadki na milion mężczyzn) jest prawie czterokrotnie większy niż u kobiet (8,4 przypadki na milion kobiet). Wskaźnik umieralności jest najwyższy u

mężczyzn w wieku 35-39 i u kobiet w wieku 30-34. Średni wiek w momencie zgonu jest jednak niższy u mężczyzn: 38 lat w porównaniu do 41 lat u kobiet. Krajowe wskaźniki umieralności oraz tendencje są bardzo różne (wykres 3.13) i mają na nie wpływ takie czynniki jak powszechność i wzorce używania oraz praktyki krajowe dotyczące zgłaszania, zapisywania informacji oraz kodowania przypadków przedawkowania w krajowych bazach danych dotyczących umieralności. Według najnowszych dostępnych danych osiem krajów Europy Północnej zgłosiło wskaźniki wynoszące powyżej 40 zgonów na milion mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zgonów odnotowano w Estonii (103 na milion mieszkańców), Szwecji (100 na milion mieszkańców), Norwegii (76 na milion) i Irlandii (71 na milion mieszkańców) (wykres 3.13).

Zapobieganie przedawkowaniom i zgonom związanym z narkotykami

Zmniejszenie liczby przypadków przedawkowania narkotyków ze skutkiem śmiertelnym i innych zgonów związanych z narkotykami pozostaje ważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Europie. Ukierunkowane reakcje w tym obszarze skupiają się albo na zapobieganiu przedawkowaniom, albo na zwiększaniu prawdopodobieństwa przeżycia przedawkowania.

Metaanaliza badań obserwacyjnych świadczy o skuteczności leczenia substytucyjnego metadonem, jeżeli chodzi o ograniczanie liczby zgonów (z powodu przedawkowania oraz z wszelkich innych przyczyn) osób uzależnionych od opioidów. Wskaźnik umieralności pacjentów leczonych metadonem wynosił mniej niż jedną trzecią oczekiwanego odsetka wśród osób używających opioidów poza leczeniem. Analiza ryzyka zgonu na różnych etapach leczenia wskazuje na potrzebę skoncentrowania interwencji na samych początkach terapii (pierwszych czterech tygodniach, szczególnie przy leczeniu metadonem) oraz na etapie po jej zakończeniu. Przez pierwsze cztery tygodnie po zakończeniu leczenia występuje wyższe ryzyko przedawkowania. Oznacza to, że pacjenci, którzy często zgłaszają się na leczenie i opuszczają je, są szczególnie narażeni na przedawkowanie.

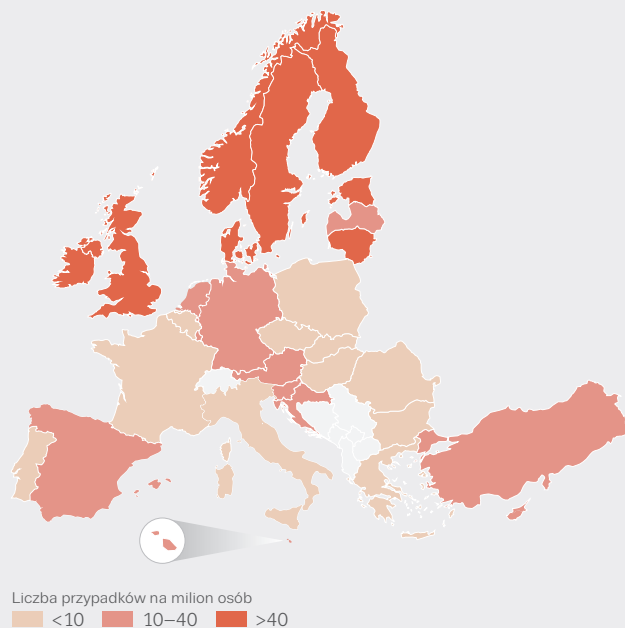
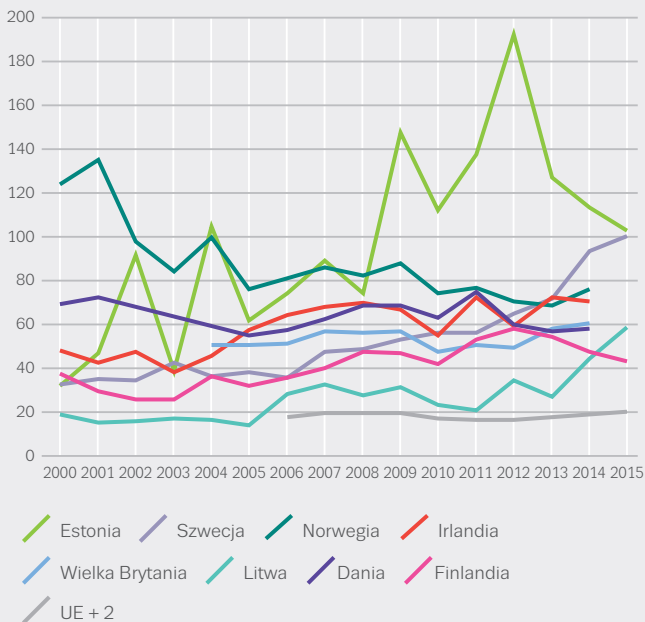
Celem ośrodków umożliwiających przyjmowanie narkotyków pod nadzorem jest zapobieganie przedawkowaniu oraz zapewnienie profesjonalnej pomocy, jeżeli do niego dojdzie. Ośrodki takie działają obecnie w 6 państwach członkowskich UE i w Norwegii – jest to łącznie 78 placówek. W 2016 r. we Francji otwarto na sześćioletni okres próbný dwie placówki, w których uzależnieni mogą zażywać narkotyki pod kontrolą medyczną. Nowe placówki założono natomiast w Danii i Norwegii.

Pacjenci, którzy często zgłaszają się na leczenie i opuszczają je, są szczególnie narażeni na przedawkowanie

WYKRES 3.13

Wskaźniki umieralności osób dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat): wybrane tendencje i najnowsze dane

Liczba przypadków na milion osób



Uwaga: Tendencje w ośmiu krajach zgłaszających najwyższe wartości w 2015 lub 2014 r. oraz ogólna tendencja w Europie. Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii.

Nalokson: nowe produkty w opracowaniu

Nalokson to antagonistą opioidów, który może uratować życie w sytuacji przedawkowania. Korzystają z niego szpitalne oddziały ratunkowe oraz pogotowie. W ostatnim czasie coraz częściej udostępnia się nalokson użytkownikom opioidów, ich partnerom, kolegom i rodzinom, proponując przy tym szkolenia, które umożliwiają rozpoznanie sytuacji przedawkowania oraz odpowiednią reakcję. Nalokson udostępniono także personelowi ośrodków, które mają regularny kontakt z użytkownikami narkotyków. W 10 krajach europejskich istnieją programy obejmujące udostępnianie naloksonu do użytku domowego. Zestawy do podawania naloksonu udostępniane przez ośrodki leczenia uzależnień i placówki służby zdrowia mają formę strzykawek wypełnionych lekiem, choć w Danii i Norwegii środek można także podawać donosowo dzięki specjalnej końcówce. We

Francji tymczasowo dopuszczono do użytku nową postać preparatu podawaną drogą donosową. Po upowszechnieniu od 2013 r. programów udostępniania naloksonu w otoczeniu pozaszpitalnym w Estonii, zostały one rozszerzone na zakłady karne w 2015 r. Niedawne systematyczne badanie skuteczności naloksonu udostępnianego do użytku domowego wykazało, że działania edukacyjne i szkoleniowe w połączeniu z rozdawaniem naloksonu pozwalają zredukować liczbę zgonów w wyniku przedawkowania. Z programów tego rodzaju mogą skorzystać szczególnie niektóre grupy narażone na wysokie ryzyko przedawkowania. W wyniku przeprowadzonej w Wielkiej Brytanii (Szkocji) oceny funkcjonowania programu udostępniania naloksonu stwierdzono, że wiązał się on ze znaczną redukcją odsetka zgonów związanych z opioidami, następujących w ciągu miesiąca od opuszczenia zakładu karnego.

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

2016

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Wspólne publikacje EMCDDA i ECDC

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

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

Załącznik

Krajowe dane dotyczące szacunkowego rozpowszechnienia użycia narkotyków, w tym problemowego użycia opioidów, leczenia substytucyjnego, liczby osób poddawanych leczeniu, liczby osób podejmujących leczenie, dożylnego podawania narkotyków, zgonów związanych z użyciem narkotyków, chorób zakaźnych związanych z użyciem narkotyków, rozdawania strzykawek i konfiskat. Przedstawione tu dane krajowe stanowią podzbiór danych zawartych w **Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym) EMCDDA** na 2017 r., w którym dostępne są uwagi i metadane. Wskazano lata, których dotyczą dane.

TABELA A1

OPIOIDY

Kraj	Dane szacunkowe dotyczące wysokiego ryzykownego używania opioidów		Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku						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	
Rok szacunku	Liczba przypadków na 1000 osób	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	liczba	
Belgia	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bułgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Czechy	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dania	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Niemcy	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estonia	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irlandia	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Grecja	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Hiszpania	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Francja	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Chorwacja	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Włochy	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Cypr	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Łotwa	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Litwa	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luksemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Węgry	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Holandia	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austria	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Polska	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugalia	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Rumunia	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Słowenia	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Słowacja	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finlandia	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Szwecja (¹)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Wielka Brytania	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Turcja	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norwegia (²)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Unia Europejska	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
UE, Turcja i Norwegia	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Dane na temat pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne dotyczą 2015 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Dania, Finlandia, Holandia i Hiszpania, 2014; Turcja, 2011.

(¹) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie po raz pierwszy i po raz kolejny dostępne są jedynie dla dwóch z trzech źródeł dostępnych w Szwecji, a zatem nie można ich porównać z danymi dotyczącymi wszystkich osób podejmujących leczenie.

(²) Odsetek pacjentów leczonych w związku z problemami związanymi z zażywaniem opioidów stanowi wartość minimalną, nieobejmującą pacjentów zażywających opioidy, odnotowanych jako osoby zażywające kilka substancji odurzających.

TABELA A2

KOKAINA

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku					
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od kokainy na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących kokainę drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	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)
Belgia ⁽¹⁾	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bułgaria	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Czechy	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dania	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Niemcy ⁽²⁾	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estonia	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irlandia	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Grecja	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Hiszpania	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Francja	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Chorwacja	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Włochy	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Cypr	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Łotwa	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litwa	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Węgry ⁽³⁾	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Holandia	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Austria	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Polska	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugalia	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Rumunia	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Słowenia	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Słowacja	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Szwecja ^(4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Wielka Brytania ^(2,4)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Turcja	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norwegia ⁽⁴⁾	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Unia Europejska	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji szkolnej pochodzą z krajowych badań szkolnych lub projektu ESPAD. Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

⁽¹⁾ Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Flandrii.

⁽²⁾ Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Anglii i Walii.

⁽³⁾ Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 18-64, 18-34.

⁽⁴⁾ Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 16-64, 16-34.

⁽⁵⁾ Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie po raz pierwszy i po raz kolejny dostępne są jedynie dla dwóch z trzech źródeł dostępnych w Szwecji, a zatem nie można ich porównać z danymi dotyczącymi wszystkich osób podejmujących leczenie.

TABELA A3

AMFETAMINY

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku					
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od amfetamin na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących amfetaminy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	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 (1)	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bułgaria	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Czechy	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dania	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Niemcy (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estonia	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irlandia	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Grecja	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hiszpania	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Francja	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Chorwacja	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Włochy	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Cypr	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Łotwa	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Litwa	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luksemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Węgry (4)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Holandia	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Austria	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Polska	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugalia	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumunia	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Słowenia	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Słowacja	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finlandia	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Szwecja (3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Wielka Brytania (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Turcja	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norwegia (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Unia Europejska	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji szkolnej pochodzą z krajowych badań szkolnych lub projektu ESPAD. Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

(1) Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Flandrii.

(2) Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Anglii i Walii.

(3) Jako pacjentów rozpoczynających leczenie rozumie się pacjentów, którzy używają substancji stymulujących innych niż kokaina, nie tylko amfetamin.

(4) Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 18-64, 18-34.

(5) Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 16-64, 16-34.

(6) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie po raz pierwszy i po raz kolejny dostępne są jedynie dla dwóch z trzech źródeł dostępnych w Szwecji, a zatem nie można ich porównać z danymi dotyczącymi wszystkich osób podejmujących leczenie.

TABELA A4

MDMA

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku		
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od MDMA na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio
		%	%	%			
Belgia ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bułgaria	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Czechy	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dania	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Niemcy ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlandia	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Grecja	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Hiszpania	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Francja	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Chorwacja	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Włochy	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Cypr	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Łotwa	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Litwa	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–
Węgry ⁽³⁾	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Holandia	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Polska	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugalia	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Rumunia	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Słowenia	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Słowacja	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finlandia	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Szwecja ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Wielka Brytania ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turcja	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norwegia ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Unia Europejska	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji szkolnej pochodzą z krajowych badań szkolnych lub projektu ESPAD. Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

⁽¹⁾ Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Flandrii.

⁽²⁾ Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Anglii i Walii.

⁽³⁾ Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 18-64, 18-34.

⁽⁴⁾ Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 16-64, 16-34.

TABELA A5

KONOPIE INDYJSKIE

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku		
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od konopi indyjskich na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczenia uprzednio
		%	%	%			
Belgia ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bułgaria	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Czechy	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dania	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Niemcy ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estonia	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irlandia	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Grecja	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Hiszpania	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Francja	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Chorwacja	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Włochy	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Cypr	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Łotwa	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Litwa	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luksemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Węgry ⁽³⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Holandia	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Polska	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugalia	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Rumunia	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Słowenia	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Słowacja	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finlandia	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Szwecja ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Wielka Brytania ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turcja	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norwegia ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Unia Europejska	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji szkolnej pochodzą z krajowych badań szkolnych lub projektu ESPAD. Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

(1) Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Flandrii.

(2) Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Anglii i Walii.

(3) Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 18-64, 18-34.

(4) Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 16-64, 16-34.

(5) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie po raz pierwszy i po raz kolejny dostępne są jedynie dla dwóch z trzech źródeł dostępnych w Szwecji, a zatem nie można ich porównać z danymi dotyczącymi wszystkich osób podejmujących leczenie.

TABELA A6

INNE WSKAŹNIKI

Kraj	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 strzykawk rozprawdzonych w ramach specjalistycznych programów
	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Rok szacunku	Liczba przypadków na 1 000 osób	liczba
Belgia	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bułgaria	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Czechy	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Dania	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Niemcy	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estonia	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irlandia (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Grecja	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Hiszpania (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Francja (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Chorwacja	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Włochy	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Cypr	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Łotwa	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Litwa	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luksemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Węgry	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Holandia	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Austria	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Polska	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugalia	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Rumunia	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Słowenia	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Słowacja	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finlandia	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Szwecja	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Wielka Brytania (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turcja	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norwegia	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Unia Europejska	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
UE, Turcja i Norwegia	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

Przy porównywaniu danych dotyczących zgonów wywołanych użyciem narkotyków konieczne jest zachowanie ostrożności z uwagi na kwestie związane z kodowaniem, zasięgiem oraz podawaniem zaniżonych danych przez niektóre kraje.

(¹) Liczba strzykawk rozprawdzonych w ramach specjalistycznych programów w 2014 r.

(²) Dane dotyczące strzykawk w Wielkiej Brytanii: Anglia, brak danych; Szkocja, 4 376 456 i Walia, 3 398 314 (dane dla obu z 2015 r.); Irlandia Północna, 292 390 (2014 r.).

TABELA A7

KONFISKATY

Kraj	Heroina		Kokaina		Amfetaminy		MDMA	
	Skonfiskowana ilość kg	Liczba konfiskat liczba	Skonfiskowana ilość kg	Liczba konfiskat liczba	Skonfiskowana ilość kg	Liczba konfiskat liczba	Skonfiskowana ilość tabletki (kg)	Liczba konfiskat liczba
Belgia	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bułgaria	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Czechy	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Dania	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Niemcy	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estonia	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irlandia	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Grecja	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Hiszpania	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Francja	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Chorwacja	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Włochy	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Cypr	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Łotwa	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Litwa	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luksemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Węgry	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Holandia	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Polska	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugalia	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Rumunia	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Słowenia	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Słowacja	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finlandia	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Szwecja	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Wielka Brytania	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turcja	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norwegia	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Unia Europejska	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
UE, Turcja i Norwegia	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

Pojęcie „amfetaminy” obejmuje amfetaminę oraz metamfetaminę.
Wszystkie dane dotyczą 2015 r. Brak danych dla Szkocji (Wielka Brytania)

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	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bułgaria	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Czechy	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Dania	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Niemcy	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estonia	812	21	60	597	0 (12)	44
Irlandia	–	192	–	1 049	– (–)	182
Grecja	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Hiszpania	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Francja	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Chorwacja	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Włochy	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Cypr	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Łotwa	1 272	63	71	712	– (20)	17
Litwa	591	32	143	456	– (–)	–
Luksemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Węgry	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Holandia	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Austria	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Polska	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugalia	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Rumunia	5	178	180	1 987	– (293)	90
Słowenia	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Słowacja	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finlandia	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Szwecja	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Wielka Brytania	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turcja	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norwegia	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Unia Europejska	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
UE, Turcja i Norwegia	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Wszystkie dane dotyczą 2015 r. Brak danych dla Szkocji (Wielka Brytania)

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)
w delegaturach Unii Europejskiej w krajach poza UE:
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_pl.htm)
kontaktując się z Europe Direct
(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>)



Informacje o 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 \(Biuletynem statystycznym\)](#) oraz 30 [Country Drug Reports \(Raportami krajowymi na temat narkotyków\)](#), tworzy pakiet zatytułowany „Europejski raport narkotykowy na rok 2017”.

O EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) jest centralnym źródłem informacji i potwierdzonym 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 zjawiska narkotyków 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 ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej.

