



**RAPORT GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO  
W SPRAWIE ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH  
I NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH  
- STOP dopalaczom 2015-2016**



Główny Inspektorat Sanitarny  
Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi  
Dyrektor Tomasz Białas  
ul. Targowa 65, 03-729 Warszawa  
tel.: (22) 496 55 38  
e-mail: sekretariat.sz@gis.gov.pl

ISBN: 978-83-934495-7-6

### Szanowni Państwo



Mam przyjemność zaprezentować Państwu, kolejny trzeci już „Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych – STOP dopalaczom 2015-2016”.

Podobnie jak w poprzednich edycjach poświęconych temu zjawisku, w „Raporcie” znajdziecie Państwo wszystkie najważniejsze aspekty walki z nowymi narkotykami, jaką Państwowa Inspekcja Sanitarna wraz z innymi służbami prowadzi nieprzerwanie od 2010 roku. Zdajemy sobie sprawę, że środki zastępcze są najgroźniejszą trucizną, na jaką są narażeni młodzi ludzie. Pod „przykrywką” wspaniałych doznań, dilerzy sprzedają „imitacje szczęścia”, które najczęściej prowadzą do uzależnienia (są „dopalacze”, którymi można się uzależnić już po jednorazowym zażyciu), zatruć, chorób (często psychicznych), a nawet zgonów. W niniejszym „Raporcie” podajemy m.in. dane z badań, które pokazują skalę zagrożenia związanego z tym problemem.

Zakaz wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych obowiązuje w Polsce od 27 listopada 2010 r., natomiast od 1 lipca 2015 r. zakazem tym objęte zostały zarówno środki zastępcze, jak i nowe substancje psychoaktywne. Dodatkowo przywóz tych substancji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej został zdelegalizowany z mocy prawa.

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadziła również sformalizowaną procedurę oceny ryzyka narkotyków nowej generacji, poprzez powołanie przy Ministrze Zdrowia Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. W „Raporcie” znajdziecie Państwo zarówno opracowanie dotyczące aspektów prawnych zjawiska, jego dynamiki z perspektywy modyfikacji chemicznych samych substancji oraz ich wpływu na zdrowie i życie ludzi. Są tu również dane obrazujące realizację zadań nadzorczych w obszarze nowych narkotyków oraz informacje na temat działań edukacyjno – profilaktycznych.

Chciałbym skierować szczególne słowa podziękowania do Pana dr n. med. Piotra Burdy, Krajowego Konsultanta ds. Toksykologii Klinicznej, dzięki któremu i kierowanemu przez niego Ośrodkowi Kontroli Zatruc w Warszawie, od początku naszej walki z „dopalaczami” otrzymujemy bieżące informacje i analizy na temat epidemiologii zatruc tymi substancjami na terenie Polski. Dzięki danym możemy na bieżąco podejmować odpowiednie działania. Oczywiście kolejnymi osobami, którym należą się szczególne podziękowania są Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz wszystkich służb z nami współpracujących, bez wsparcia, których walka z „dopalaczami” nie przynosiłaby tak wymiernych skutków. Pamiętajmy, że jest to wciąż bardzo groźne zjawisko dotykające zwłaszcza młodych ludzi. Poprzez zwalczanie podaży środków zastępczych, ale i powszechną edukację, możemy uchronić konsumentów nowych narkotyków, ale i tych, którzy dzięki zdobytej wiedzy nie zdecydują się zostać ich użytkownikami, przed śmiertelnymi skutkami, jakie niesie za sobą zażywanie tej trucizny.

Wprowadzenie..... str. 1

Przepisy prawne regulujące problematykę wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.....str. 4

Nadzór Państwa w obszarze środków zastępczymi i nowych substancji psychoaktywnych.....str. 8

Środki zastępcze zidentyfikowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną z uwzględnieniem oceny ich wpływu na zdrowie i życie ludzi.....str. 16

1. Środki zastępcze zidentyfikowane w ramach działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.....str. 16

2. Charakterystyka grup nowych narkotyków.....str. 24

3. Analiza polskiej i europejskiej sceny nowych narkotyków.....str. 29

Epidemiologia przypadków zatruc środków zastępczymi i nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP), zgłoszonych przez podmioty lecznicze (przychodnie i szpitale) na tle lat poprzednich.....str. 36

Badania w obszarze rynku środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych - „Młodzież a „dopalacze” – postawy i zachowania”.....str. 50

Zakończenie.....str. 64



## PRZEPISY PRAWNE REGULUJĄCE PROBLEMATYKĘ WYTWARZANIA I WPROWADZANIA DO OBROTU ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH I NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH



Polskie prawodawstwo na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat podlegało ewolucji w zakresie podejścia do problematyki narkotyków nowej generacji. Zmiany stanowiły swojego rodzaju odpowiedź Państwa na dynamicznie zmieniający się wpływ tego rodzaju substancji na krajowym rynku narkotykowym. Po raz pierwszy pojęcie „środka zastępczego” pojawiło się w polskim ustawodawstwie regulującym kwestie przeciwdziałania narkomanii w 2005 r.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r., poz. 783) w art. 4 pkt 27 przyjęła następującą definicję środka zastępczego: „substancja w każdym stanie fizycznym, która jest trucizną lub środkiem szkodliwym, używana zamiast lub w takich samych celach innych niż medyczne, jako środek odurzający lub substancja psychotropowa”. Ustawodawca nie uznał jednakże, by niebezpieczeństwo związane z jej używaniem było analogiczne jak przy używaniu środków odurzających czy substancji psychotropowych i nie wprowadził żadnych restrykcji prawnych, by przeciwdziałać używaniu środków zastępczych.

Zmiany w prawie, polegające na uchyleniu przepisów o truciznach i środkach szkodliwych i zastąpienie ich ustawą o substancjach chemicznych i ich mieszaninach, jak również faktyczne w postaci ogromnego rozwoju pomysłowości i przedsiębiorczości w tworzeniu nowych dotychczas nieznanymi substancji chemicznych, mających działanie psychoaktywne, spowodowały konieczność nowego podejścia do roli środków zastępczych w problematyce narkomanii, w tym do zmiany ustawowej definicji tych środków.

Zmiany zostały dokonane ustawą z dnia 8 października 2010 r., która środek zastępczy określiła, jako: „substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślinę, grzyba lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów”. Ustawa dokonała także kolejnych zmian, bowiem zakazała wytwarzania środków zastępczych i nowych substancji

psychoaktywnych i wprowadzania ich do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Nieprzestrzeganie tego zakazu zagrożone było karą pieniężną w kwocie od 20 tys. zł do 1 mln zł. Dokonano także zmian w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1412 z późn. zm.), uprawniając jej organy do działań, których celem było wyeliminowanie środków zastępczych z obrotu i karanie osób, które wytwarzały bądź sprzedawały tzw. „dopalacze”. Wprowadzenie tych regulacji stało się niezbędne, bowiem od 2009 lawinowo otwierano sklepy, w których oferowano wyłącznie środki zastępcze. W drugiej połowie 2010 r. w całej Polsce zarejestrowano ponad 1300 sklepów z „dopalaczami”. Ich właściciele uznali, iż brak danej substancji na listach substancji zakazanych ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii oznacza „legalność”, mimo stwierdzanych bardzo licznych przypadków zatrucia, po ich zażyciu. Dramatyczna liczba zatrucia spowodowała podjęcie przez Głównego Inspektora Sanitarnego decyzji, w dniu 2 października 2010 r., o zakazie wprowadzania do obrotu tzw. produktów kolekcjonerskich, ze względu na bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi po ich spożyciu. Decyzja miała jednak charakter jednorazowy i niezbędne było podjęcie stosownych regulacji ustawowych, które jednoznacznie wskazałyby na szkodliwy wpływ tzw. „dopalaczy” na zdrowie i życie ludzi.

Ustawa z dnia 8 października 2010 r. miała charakter nowatorski, bowiem pojęciem „środki zastępcze” objęła wszelkie substancje, które ze względu na swoje psychoaktywne działanie, jeśli nie są objęte odrębnymi regulacjami, nie mogą być wytwarzane i wprowadzane do obrotu.

Jednakże ponad 4 letni okres obowiązywania omawianych przepisów wykazał konieczność dalszego dostosowania ich do zmieniających się warunków, w tym nowych metod sprzedaży. Prowadzone badania nad pojawiającymi się na rynku nowymi substancjami psychoaktywnymi, potwierdzające ich szkodliwy wpływ na zdrowie, czy życie ludzi, wskazały także na potrzebę rozszerzenia list środków odurzających i substancji psychotropowych, stanowiących załączniki do

ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Powyższe uzasadniało opracowanie przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Głównym Inspektoratem Sanitarnym, a następnie uchwalenie w dniu 24 kwietnia 2015 r. ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie w dniu 1 lipca 2015 r.

W ustawie tej m. in. zmieniono definicję środków zastępczych oraz wprowadzono pojęcie i definicję nowej substancji psychoaktywnej, z uwagi na decyzję Rady 2005/387/WSiSW z dnia 10 maja 2005 r. w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz. UE L 127 z 20.05.2005, str. 32), która definiuje nową substancję psychoaktywną, jako nowy środek odurzający lub nowy lek psychotropowy, który nie został zamieszczony w wykazach załączonych do Jednolitej Konwencji ONZ o środkach odurzających z 1961 r. oraz Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r., lecz może stanowić porównywalne zagrożenie dla zdrowia publicznego, tak jak substancje znajdujące się w tych wykazach. Ponadto na mocy wyżej wymienionych uregulowań dopuszczalne jest, aby nowe substancje psychoaktywne, objęte niniejszą decyzją, mogły obejmować produkty lecznicze określone dyrektywą 2001/82/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do weterynaryjnych produktów leczniczych (Dz. Urz. UE L 311 z 28.11.2001, str. 1) i dyrektywą 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. UE L 311 z 28.11.2001, str. 67). Odtąd środek zastępczy definiuje się, jako: „produkt zawierający, co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym

bezpieczeństwie produktów”. Z kolei za nową substancję psychoaktywną rozumie się substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określoną przez Ministra Zdrowia w stosownym rozporządzeniu. Tym samym z katalogu otwartego środków zastępczych, substancji, które z dużą częstotliwością pojawiają się na polskim rynku narkotykowym, a których rzeczywistego wpływu na organizm człowieka nie znamy, wyodrębniono takie, których ryzyko negatywnego oddziaływania na zdrowie i życie określono na poziomie wysokim.

Nowelizacja z 24 kwietnia 2015 r. miała także na celu znaczne przyspieszenie i uproszczenie zasad wprowadzania nowych substancji psychoaktywnych do wykazów środków odurzających i substancji psychotropowych oraz ujednoczenie procedur związanych z profilaktyką, jak również ze zwalczaniem wytwarzania i obrotu substancjami o działaniu psychoaktywnym oraz dostosowaniem tych procedur do obowiązujących i praktykowanych w większości państw Unii Europejskiej.

Umieszczenie 114 substancji na liście narkotyków, które dotychczas miały status środków zastępczych, w sposób zasadniczy uprościło drogę do skutecznego ścigania osób, które je wytwarzają lub wprowadzają do obrotu. Jak bowiem wskazywała praktyka w stosowaniu dotychczasowych przepisów, droga procedury administracyjnej, obejmująca również skargi do sądów administracyjnych, stosowana przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, trwająca nawet 3 lata, nie zawsze była skuteczna.

Zmiana obowiązujących przepisów podyktowana została również pilną potrzebą ograniczenia możliwości przywozu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych. W dotychczas obowiązującym stanie prawnym wymieniona wyżej kwestia nie podlega regulacji, co umożliwiało nieograniczony przywóz tych środków na teren kraju, które następnie były przedmiotem obrotu w sklepach z tzw. „dopalaczami”. Zasadne, zatem było wprowadzenie regulacji, która w sposób jednoznaczny wskazywałaby, że takich substancji

nie można wwozić na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz przyczyniłaby się do eliminowania „dopalaczy” już na etapie ich pojawienia się na granicy państwa, rozszerzając jednocześnie w tym zakresie zadania organów Służby Celnej.

Ze względu na potrzebę dokonywania oceny ryzyka związanego z użyciem nowych substancji psychoaktywnych w aspekcie wpływu na zdrowie ludzi, powstał przy Ministrze Zdrowia Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. W skład Zespołu wchodzi eksperci specjalizujący się w sprawach oceny potencjalnych zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi oraz szkód społecznych wynikających z używania substancji, co, do których istnieje podejrzenie, że działają na ośrodkowy układ nerwowy. Członkami Zespołu są specjaliści posiadający wiedzę z zakresu nauk chemicznych, farmakologii, toksykologii klinicznej, psychiatrii, nauk społecznych lub nauk prawnych.

Głównym zadaniem Zespołu jest opracowywanie opinii eksperckich na temat potencjalnego zagrożenia związanego z używaniem określonych substancji oraz rekomendowanie Ministrowi Zdrowia umieszczenia najbardziej niebezpiecznych dla zdrowia i życia ludzi substancji w wykazach środków odurzających, substancji psychotropowych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Na podstawie ocen i rekomendacji Zespołu, Minister Zdrowia podejmuje decyzje, mające na celu umożliwienie sprawowania kontroli w zakresie określonych substancji i zamieszczenie ich w odpowiednich załącznikach do ustawy albo w wykazie nowych substancji psychoaktywnych.

Zapisy, które wprowadziły do ustawy pojęcie nowych substancji psychoaktywnych, a także powołały Zespół i uprawniły Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, zawierającego wykaz nowych substancji psychoaktywnych, usprawniły pracę organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, bowiem stwierdzenie, po przeprowadzeniu badań, że dana substancja znajduje się na liście nowych substancji psychoaktywnych umożliwia podjęcie decyzji o zakazie jej wytwarzania, wprowadzania do obrotu, a wreszcie zniszczeniu, bez konieczności dalszego udowadniania jej szkodliwości dla zdrowia.

Nowe przepisy określają również, jakie wymagania powinny spełniać jednostki przeprowadzające badania nowych substancji psychoaktywnych oraz upoważniają Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, podmiotów, które będą mogły przeprowadzać wyżej wymienione badania.

Uregulowane zostały również kwestie ograniczenia w korzystaniu ze wszystkich środków prawnych, które przewiduje ustawa o swobodzie działalności gospodarczej, bowiem były one przez nieuczciwych przedsiębiorców, handlujących środkami zastępczymi, wykorzystywane w celu uniknięcia odpowiedzialności w tym zakresie.

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadząc intensywne działania w zakresie nowych substancji psychoaktywnych uznaje, że jest to niezwykle ważny problem w obszarze ochrony zdrowia i życia ludzkiego. Środki zastępcze stanowią potencjalne,

poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego, a kluczowym zadaniem Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest ochrona zdrowia ludzkiego przed działaniem niekorzystnych w tym zakresie zjawisk.

Dynamika rynku nowych narkotyków w Polsce, jego wzrastające znaczenie, różnorodność kanałów dystrybucji, zmieniające się otoczenie zewnętrzne, skutkują koniecznością dalszego dostosowywania narzędzi prawnych, służących skutecznemu przeciwdziałaniu temu problemowi. Podobnie jak w innych krajach (np. Wielka Brytania, Niemcy) niezbędny stanie się kolejny krok naprzód, w kierunku zaostrzenia sankcji w stosunku do tych, którzy produkują i sprzedają produkty, zawierające w swym składzie środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne. Wskazują na to również ustalenia kontroli pod nazwą: Przeciwdziałanie sprzedaży „dopalaczy”, zrealizowanej przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2016 r.



## NADZÓR PAŃSTWA W OBSZARZE ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH I NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH



W 2015 r. przeprowadzono ogółem 1 425 kontroli punktów, co, do których występowało podejrzenie, że są miejscami, gdzie sprzedaje się środki zastępcze lub nowe substancje psychoaktywne. Wynikiem tych działań było wydanie 586 decyzji dotyczących czasowego wycofania produktów z obrotu (art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz art. 44c ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Podczas działań kontrolnych zabezpieczono łącznie 73 295 sztuk podejrzanych produktów pobierając jednocześnie 2 590 próbek do badań laboratoryjnych. W ramach prowadzonych postępowań nałożono łącznie 25 128 000 zł. kar finansowych na podmioty wytwarzające lub wprowadzające do obrotu środki zastępcze. W 2015 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej złożyły łącznie 135 zawiadomień o możliwości popełnienia przestępstw związanych

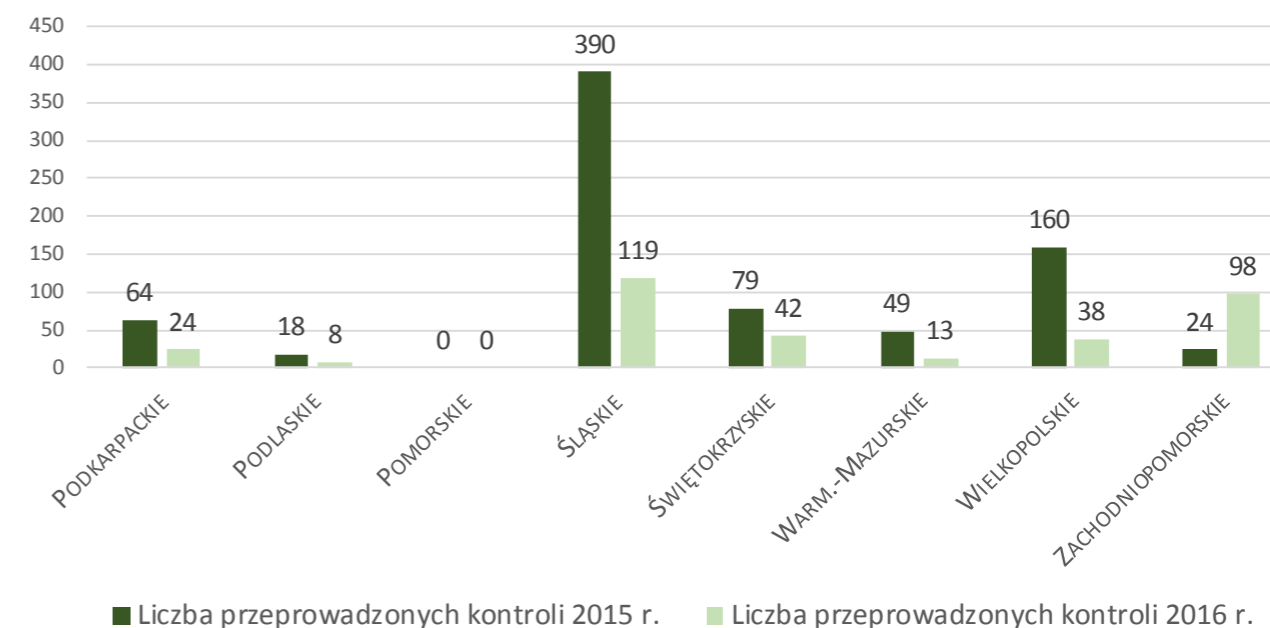
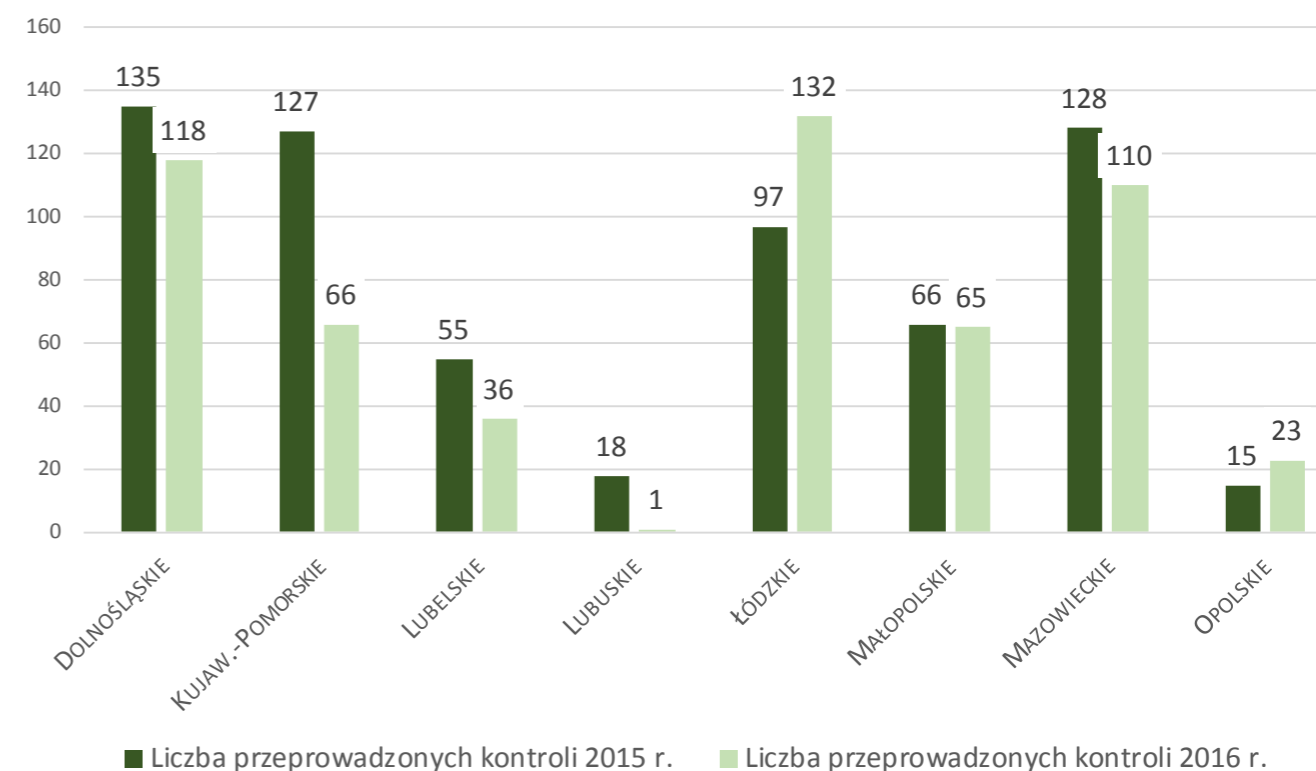
z funkcjonowaniem proceduru „dopalaczowego”.

Dane z 2016 r. wskazują, że organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ogółem 893 kontrole, wydały 393 decyzje dotyczące czasowego wycofania produktów z obrotu. Podczas działań zabezpieczono łącznie 38 626 sztuk podejrzanych produktów pobierając jednocześnie 1 222 próbek do badań laboratoryjnych. W ramach prowadzonych postępowań nałożono kary finansowe na łączną kwotę 14 162 100 zł. na podmioty wytwarzające lub wprowadzające do obrotu środki zastępcze. W 2016 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej złożyły łącznie 101 zawiadomień do organów ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa.

Zamknięcie dużej liczby punktów stacjonarnych sprzedaży środków zastępczych oraz zmiana sposobu dystrybucji nowych narkotyków w Polsce, która

zeszła „do podziemia”, spowodowały, w stosunku do roku 2015 r., wyraźny spadek wartości wskaźników mierzących nadzór Państwa nad obrotem środkami

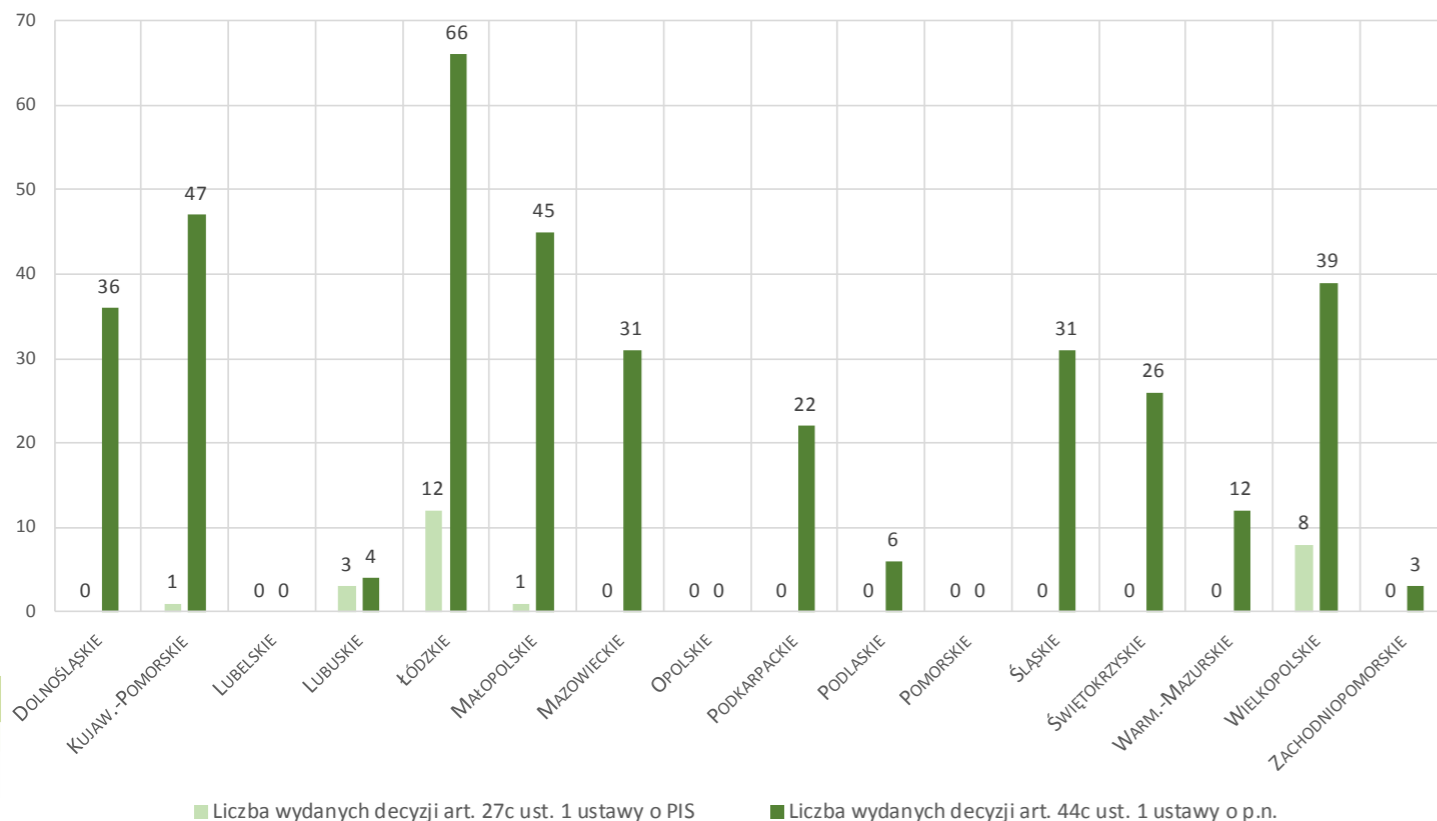
zastępczymi. Dotyczy to częstotliwości przeprowadzanych kontroli, ilości zabezpieczanych produktów jak również liczby wydawanych decyzji.



Wykres 1. Liczba przeprowadzonych kontroli w latach 2015 - 2016.

W związku z częściową i trwałą likwidacją stacjonarnych punktów sprzedaży środków zastępczych zauważalny jest spadek częstotliwości kontroli w 12 województwach. W województwie pomorskim nie przeprowadzono kontroli ze względu na to, że na

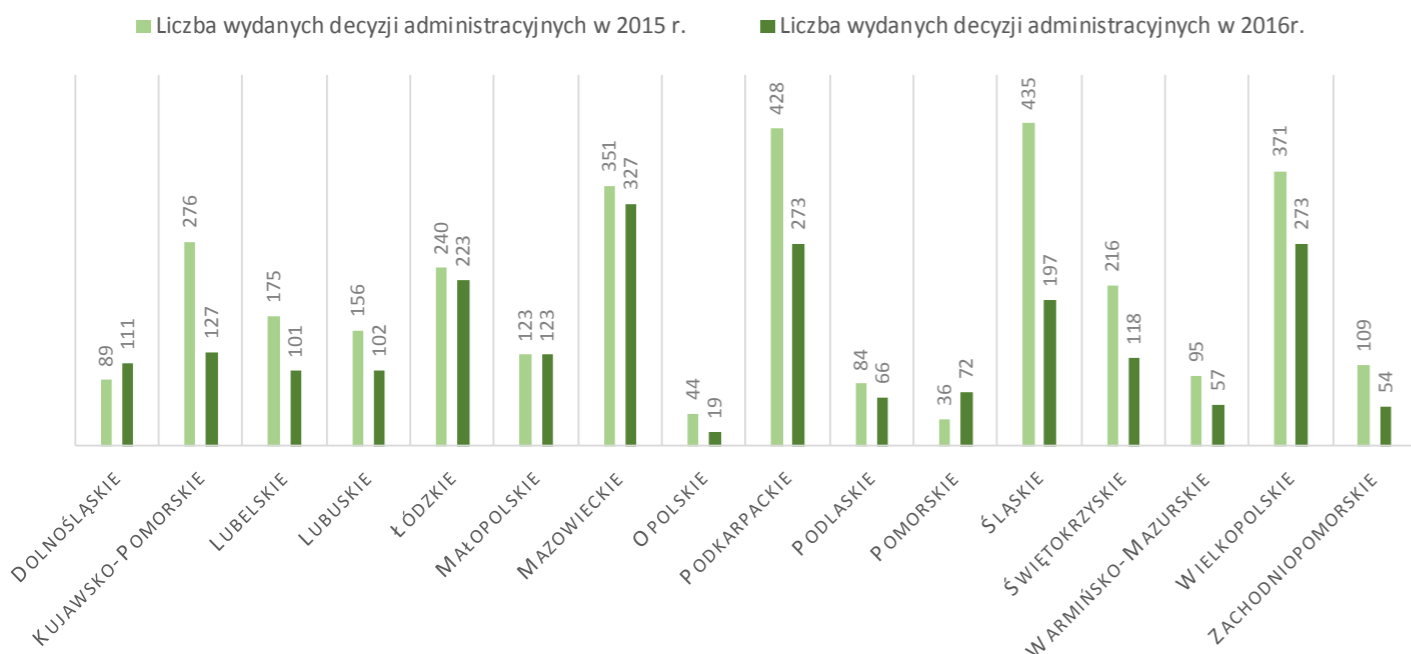
terenie województwa od 2014 r. nie ma punktów stacjonarnych sprzedaży „dopalaczy”. Wzrost zaobserwowano w województwie łódzkim, zachodniopomorskim oraz opolskim.



Wykres 2. Liczba decyzji wydanych na podstawie art. 27c ust. 1 ustawy o PIS do liczby decyzji z art. 44c ust. 1 ustawy o p.n. w 2016 r.

W 2015 r., w związku z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, zmieniła się podstawa prawna wydawania decyzji dotyczących czasowego wstrzymania wprowadzania do obrotu podejrzanych produktów. Łączna liczba decyzji, o których mowa, wydanych w 2016 r. zamyka się sumą 393, co wskazuje

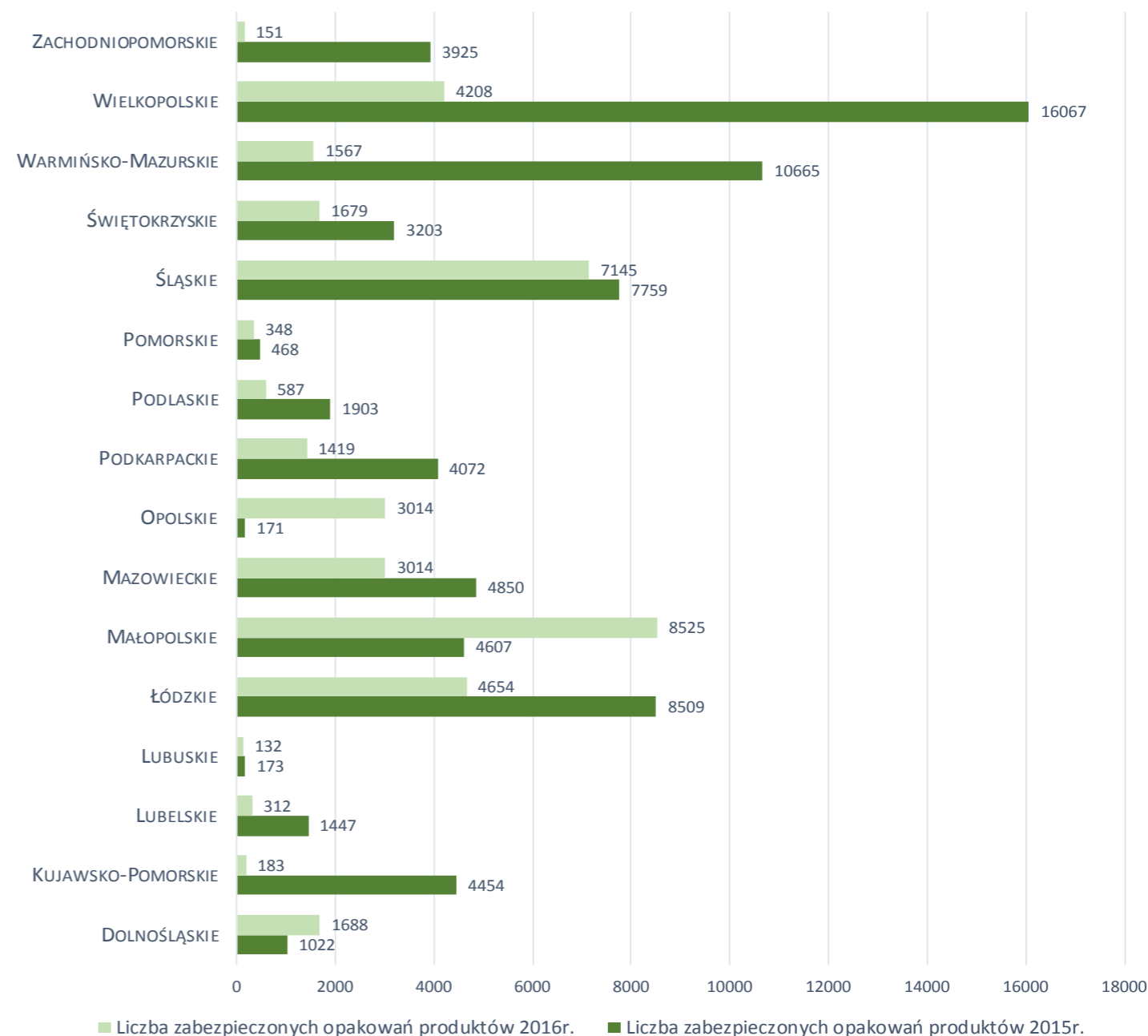
wyraźnie, że organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w głównej mierze przy wydawaniu decyzji opierają się na znolizowanej ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, która weszła w życie w połowie 2015 r.



Wykres 3. Liczba wydanych decyzji administracyjnych w latach 2015 – 2016

Miarą intensywności działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze nadzoru nad środkami zastępczymi jest m.in. liczba wydanych decyzji administracyjnych. W 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 3 228 decyzji administracyjnych w przedmiocie środków zastępczych, natomiast w 2016 r. 2 243 decyzje.

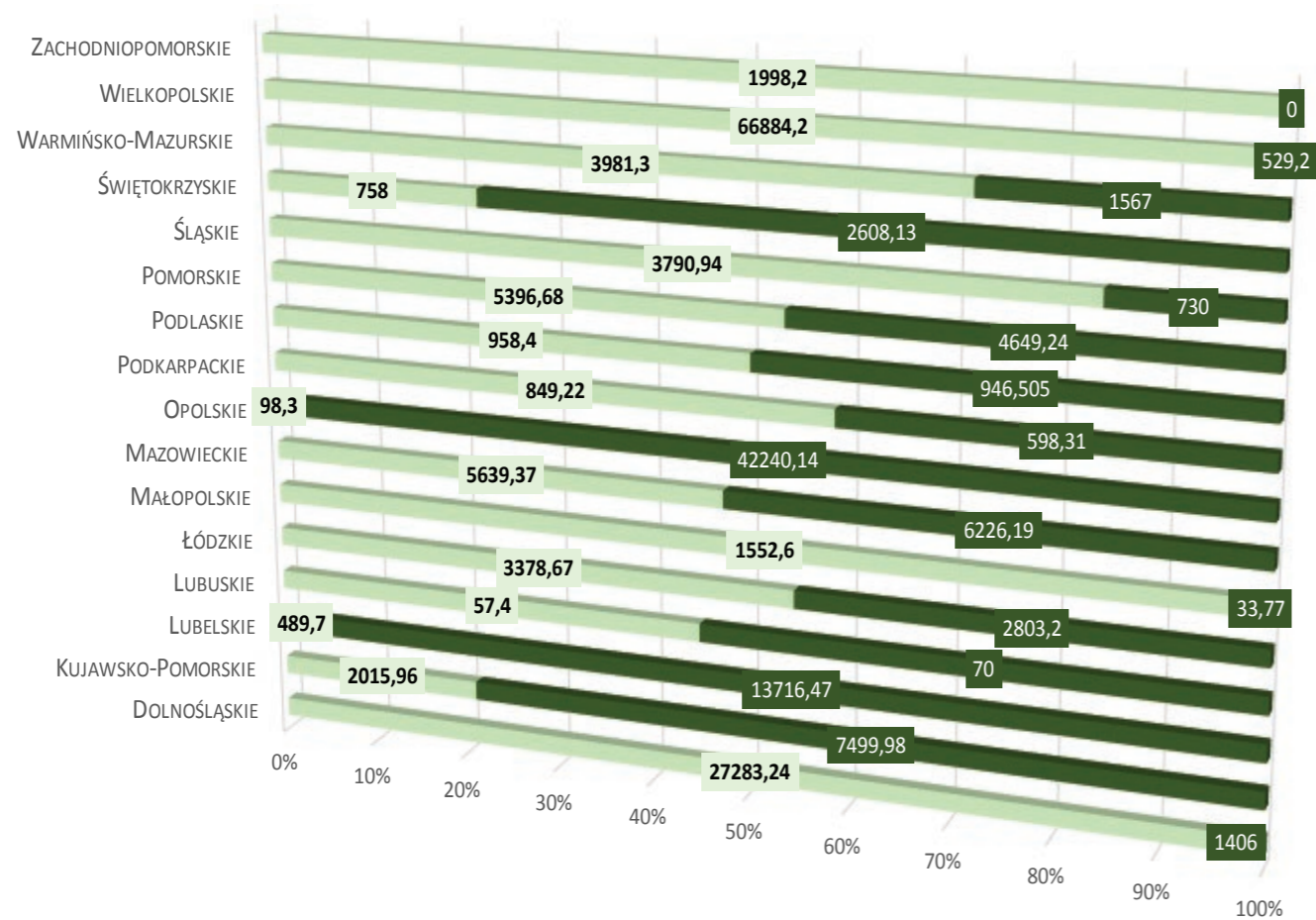
Postępowania administracyjne prowadzone w sprawach dotyczących środków zastępczych są bardzo zawite i wymagają ogromnych nakładów pracy oraz czasu od osób zaangażowanych w ich prowadzenie.



Wykres 4. Liczba zabezpieczonych opakowań produktów w latach 2015 - 2016.

Spadek liczby kontroli z 1425 w roku 2015 do 893 w roku 2016 wiąże się ze zmniejszeniem liczby zabezpieczonych produktów. Niewielki wzrost liczby zabezpieczonych produktów zaobserwowano

w dwóch województwach – dolnośląskim i opolskim. Natomiast w województwie małopolskim wzrost był niemal dwukrotny.

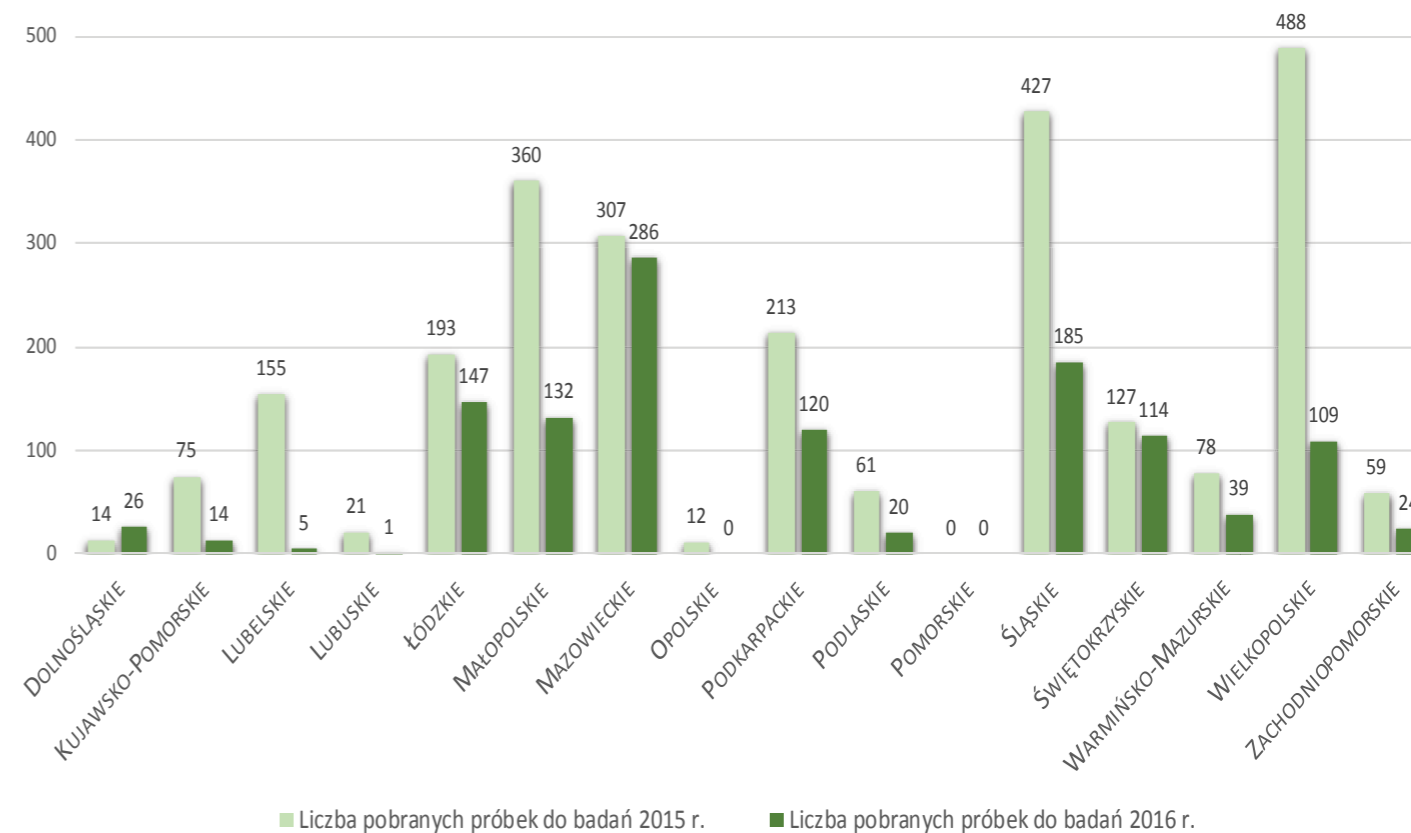


■ Wielkość zabezpieczonych produktów/waga w gramach 2015 r. ■ Wielkość zabezpieczonych produktów/waga w gramach 2016 r.

Wykres 5. Waga zabezpieczonych produktów w latach 2015 – 2016.

Spadek liczby kontroli oraz liczby sztuk zabezpieczonych produktów ma również wpływ na wielkość (wagę) zabezpieczanych substancji. Analogicznie, jak w przypadku poprzedniego wykresu obrazującego liczbę zabezpieczonych opakowań produktów, można

zauważyć spadek wagi zarekwirowanych produktów. Na uwagę zasługuje duże zajęcie towaru w województwie opolskim w 2016 r. oraz w województwie wielkopolskim w 2015 r.



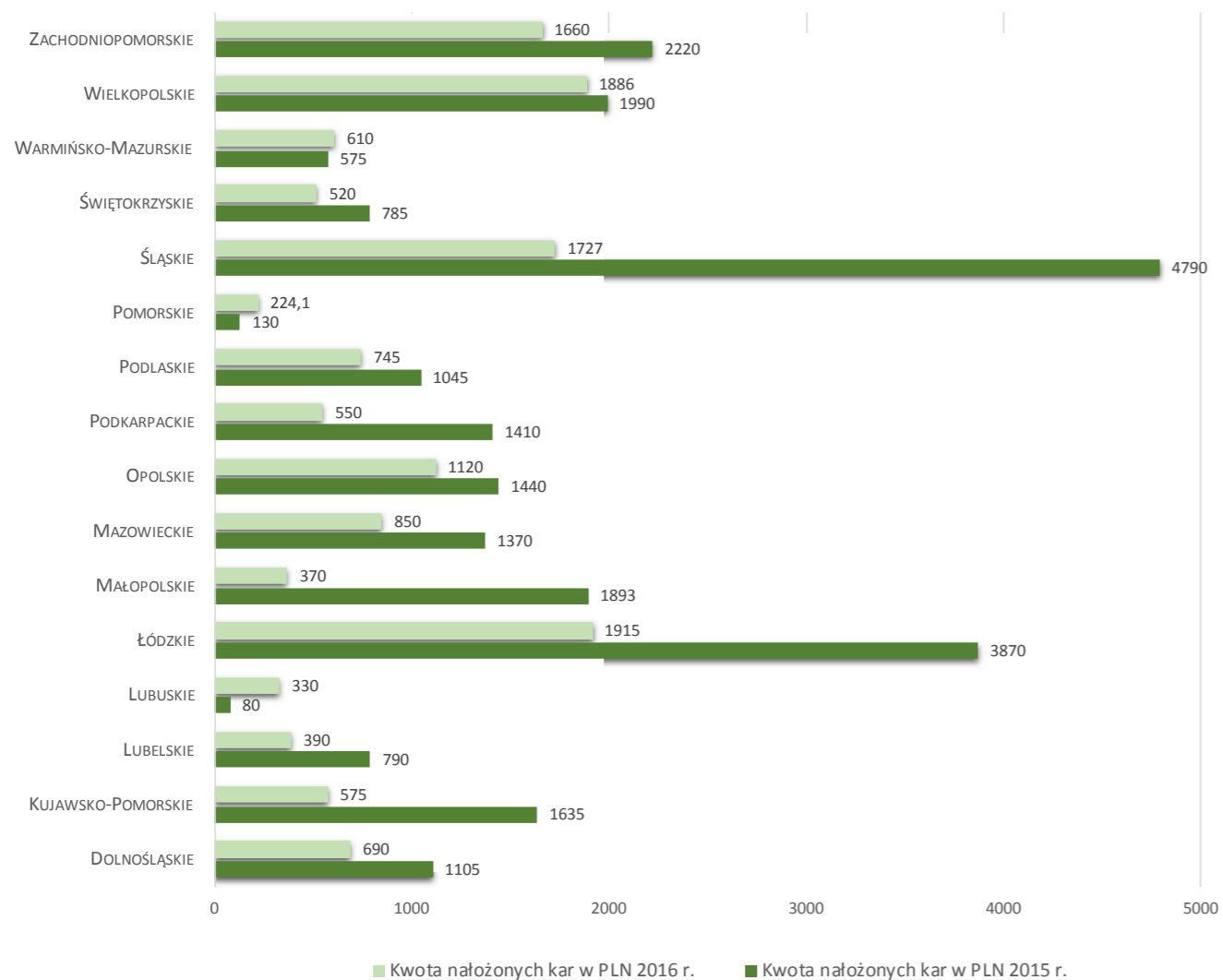
Wykres 6. Liczba pobranych próbek do badań laboratoryjnych w latach 2015 - 2016.

W 2016 r. roku pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pobrali 1 222 próbki do badań laboratoryjnych, co oznacza prawie 50% spadek w stosunku do roku 2015 gdzie pobrano 2 590 próbek. Jedynym województwem gdzie zanotowano wzrost liczby pobranych próbek było województwo dolnośląskie. Przełożyło się to na spadek kosztów badań laboratoryjnych w kierunku wykrywania środków zastępczychi nowych substancji psychoaktywnych. Kwota przeznaczona przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na badanie próbek w 2016 roku wyniosła 389 274,49 zł natomiast w 2015 wydatkowano na badania 549 100,19 zł.

Głównym narzędziem prewencyjnym, jakim dysponują państwo inspektorzy sanitarni jest

możliwość nałożenia kary finansowej na podmioty łamiące ustawy zakaz wytwarzania oraz wprowadzania do obrotu środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych. W 2016 r. wydano 340 decyzji administracyjnych w przedmiocie kary pieniężnej na łączną kwotę 14 162 100 zł. W 2015 r. wydano 443 decyzje administracyjne w przedmiocie kary pieniężnej na łączną kwotę 25 128 000 zł, co było najwyższą wartością od czasu prowadzenia działań w zakresie nadzoru nad środkami zastępczymi. W dalszym ciągu jednak mankamentem pozostaje ściągłość zasądzonych prawomocnie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kar finansowych, zarówno przez te organy, jak i wyspecjalizowane służby dochodzące należności finansowych na rzecz Skarbu Państwa.





Wykres 7. Wielkość kar finansowych nałożonych przez organy PIS w latach 2015 -2016 (dane w tys zł)

Przedstawione dane tj. zmniejszenie łącznej wielkości kar, wyraźnie wskazują na zmieniający się rynek nowych substancji psychoaktywnych w Polsce. Zauważyć można wyraźny trend odchodzenia od dystrybucji środków zastępczych w punktach stacjonarnych na rzecz sprzedaży dilerkiej oraz przez Internet. Jest to wynik intensywnych działań, jakie podjęły organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wraz z innymi służbami zmierzające do zamknięcia tzw. sklepów z „dopalaczami”. Z drugiej strony Państwowa Inspekcja Sanitarna, nie będąc służbą wyposażoną w narzędzia adekwatne do zwalczania handlu dilerkiego i e-handlu, intensyfikuje współpracę z podmiotami mającymi większe możliwości ograniczania podaży nowych narkotyków poprzez te kanały dystrybucji. Efektem tego jest wszczynanie postępowań i nakładanie kar finansowych posiłkując się materiałami przekazywanymi przez organy ścigania lub Służbę Celną. Wydaje się, że ten trend w przyszłości zostanie utrzymany.

Można stwierdzić, że zamknięcie punktów stacjonarnych oferujących w sprzedaży środki zastępcze jest z jednej strony ogromnym sukcesem, gdyż funkcjonowanie takich miejsc w przestrzeni publicznej stanowi siedlisko różnego rodzaju zachowań patologicznych. Jednakże zmieniający się rynek narkotykowy oraz nowe formy dystrybucji niebezpiecznych substancji, stanowią wielkie wyzwanie dla służb, których zadaniem jest stałe nadążanie z instrumentami kontroli, mającymi służyć ograniczeniu tego zjawiska. W obliczu tych zmian organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej muszą dostosowywać swoje działania do nowych wyzwań oraz zintensyfikować współpracę z innymi służbami. Współpraca pomiędzy służbami zajmującymi się walką z tzw. „dopalaczami” jest niezwykle ważną kwestią, ponieważ tylko połączone kompleksowe działania mogą doprowadzić do ograniczenia dostępności nowych substancji psychoaktywnych na rynku, a w rezultacie ograniczyć zagrożenie, jakim są wymienione wyżej substancje dla zdrowia Polaków.



NIE DAJ SIĘ NABRAĆ!  
**STOP** DOPALACZOM



[nowe narkotyki.]

autor: Patrycja Bielecka  
 nagroda w konkursie „Stop dopalaczom”

WWW.GIS.GOV.PL

## ŚRODKI ZASTĘPCZE ZIDENTYFIKOWANE PRZEZ PAŃSTWOWĄ INSPEKCJĘ SANITARNAJĄ Z UWZGLĘDNIENIEM OCENY ICH WPŁYWU NA ZDROWIE I ŻYCIE LUDZI



### 1. ŚRODKI ZASTĘPCZE ZIDENTYFIKOWANE W RAMACH DZIAŁAŃ ORGANÓW PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii Państwowa Inspekcja Sanitarna na bieżąco prowadzi działania nadzorcze w zakresie środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. W Polsce nowe narkotyki znane są przeważnie, jako tzw. „dopalacze”, które charakteryzują grupę substancji lub ich mieszanek o faktycznym lub rzekomym działaniu psychoaktywnym. Na świecie nowe substancje psychoaktywne znane są pod wieloma nazwami np. designer drugs, party pills, herbal highs. Zażywanie tych produktów, co, do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że działają na ośrodkowy układ nerwowy, powoduje istotne zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzi.

Na przestrzeni lat 2015 – 2016 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej identyfikowały przede wszystkim pojedyncze substancje psychoaktywne w produktach, ale również zdarzały się mieszanki dwóch, trzech, a nawet więcej różnego typu substancji. W okresie tym środki zastępcze występowały w różnej postaci np. suszu roślinnego, proszku,

tabletek oraz plastycznej masy. W zależności od rodzaju nowego narkotyku może być on połykany, wciągany przez nos, palony, wstrzykiwany lub inhalowany. Dla produktów zawierających w swym składzie środki zastępcze, charakterystyczna jest wielość i „fantazyjność” nazw, a także brak opisu składu zawartości na opakowaniu. Rynek oferuje również substancje będące środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi w postaci czystej, tzw. odczynniki chemiczne (research chemicals).

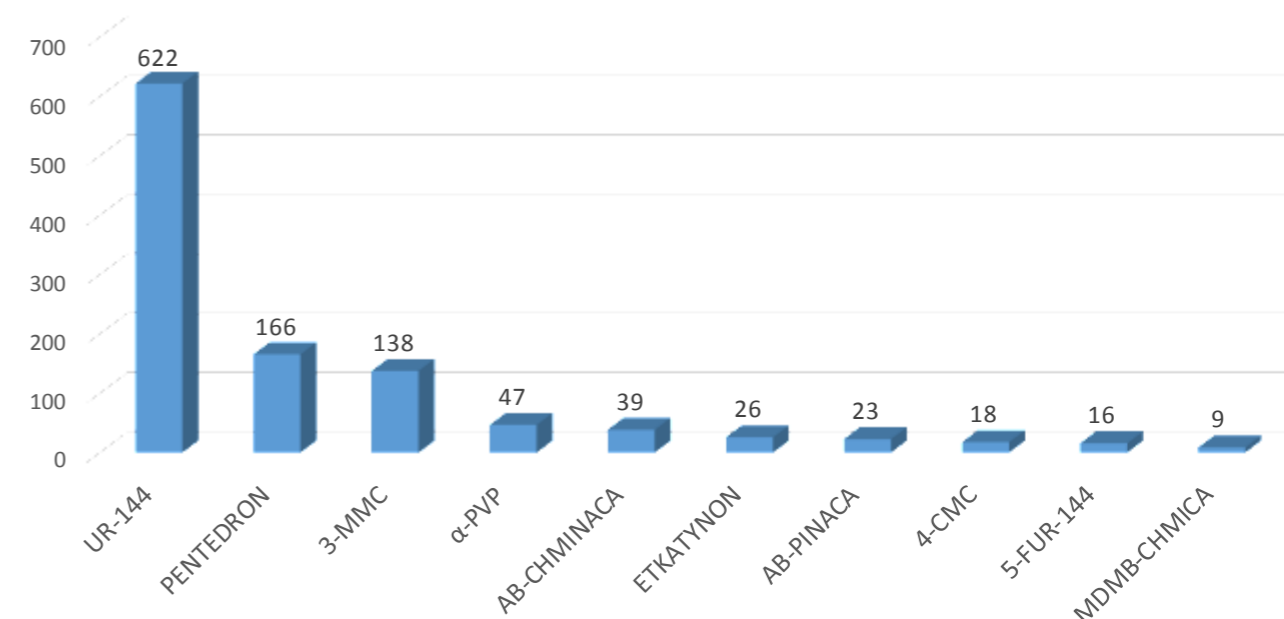
Rynek nowych narkotyków stale się rozwija z uwagi na to, iż możliwości syntezy nowych związków są praktycznie nieograniczone. Służby Państwowej Inspekcji Sanitarnej dynamicznie działają na rzecz ograniczania dostępu do środków zastępczych, przyczyniając się tym samym do eliminowania zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi, jakie niesie za sobą wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu tzw. „dopalaczy”.

Na podstawie informacji gromadzonych przez Główny Inspektorat Sanitarny na temat identyfikowanych substancji oraz częstotliwości ich pojawiania się w produktach wynika, że w pierwszej połowie 2015 r. czołowe pozycje zajmowały związki chemiczne o nazwie UR-144, pentedron, 3-MMC, których popularność rosła już od 2012 r. Kolejnymi, po raz pierwszy wykrytymi w Polsce substancjami psychoaktywnymi były: AB-CHMINACA, AB-PINACA, 4-CMC oraz MDMB-CHMICA. Są one przedstawicielami grupy syntetycznych kannabinoidów oraz pochodnych katynonu. Warto zaznaczyć, że przed 1 lipca 2015 r., czyli przed nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu

narkomanii, która uzupełniła wykazy środków odurzających i substancji psychotropowych, na rynek zostały wprowadzane nowe substancje, które z dużym prawdopodobieństwem wykazywały mocniejsze i bardziej toksyczne działanie w porównaniu do substancji, które były dostępne dla użytkowników przez dłuższy czas.

Na poniższym wykresie pokazane zostały najpopularniejsze substancje psychoaktywne zidentyfikowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w produktach „dopalaczy” od 1 stycznia do 1 lipca 2015 r. z uwzględnieniem liczby ich ujawnień.

Częstotliwość występowania substancji psychoaktywnych w produktach tzw. „dopalaczy” od 1 stycznia do 1 lipca 2015 r.



Wykres 8. Częstotliwość występowania substancji psychoaktywnych w produktach tzw. „dopalaczy” od 1 stycznia do 1 lipca 2015 r.

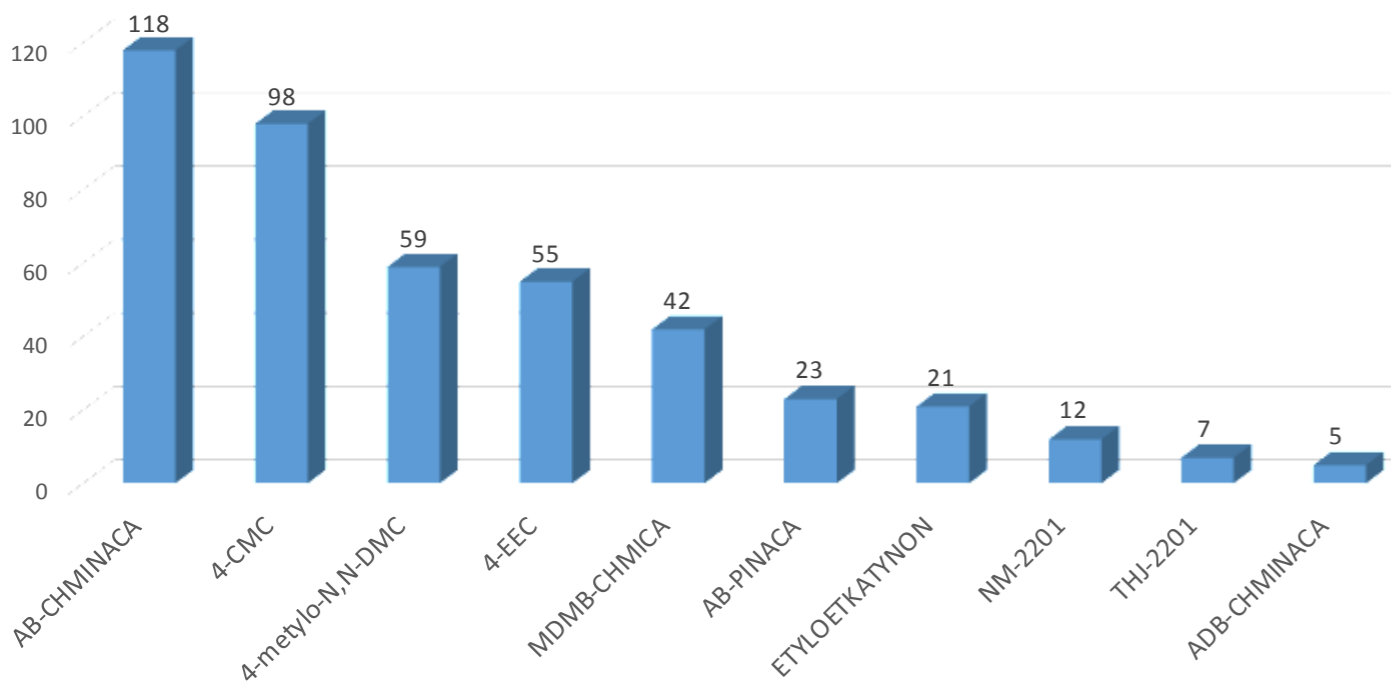
Jak już zostało wskazane, z dniem 1 lipca 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 875), która objęła reżimem sankcji karnych 114 substancji. Umieszczenie tych substancji w wykazie środków odurzających lub substancji psychotropowych w sposób zasadniczy uprościło drogę do skutecznego ścigania osób, które je wytwarzają lub wprowadzają do obrotu. Jednakże najistotniejszą reakcją na rynku „dopalaczy” było pojawienie się produktów zawierających w swym składzie analogi strukturalne dostępnych uprzednio na rynku substancji psychoaktywnych, między innymi

4-metylo-N, N-DMC,4-EEC czy NM-2201, które, podobnie jak wcześniejsze, reprezentują grupę syntetycznych kannabinoidów oraz pochodnych katynonu. Odnośnie wyżej wymienionych trzech substancji, Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych przy Ministrze Zdrowia, dokonał oceny ich ryzyka i aktualnie znajdują się one w wykazie nowych substancji psychoaktywnych, określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych (Dz. U 2016, poz. 1393).

Przedmiotowy wykres prezentuje najpopularniejsze substancje psychoaktywne, które były zidentyfikowane przez organy Państwowej Inspekcji

Sanitarnej w produktach „dopalaczy” od 1 lipca do 31 grudnia 2015 r.

Częstotliwość występowania substancji psychoaktywnych w produktach tzw. „dopalaczy” od 1 lipca do 31 grudnia 2015 r.



Wykres 9. Częstotliwość występowania substancji psychoaktywnych w produktach tzw. „dopalaczy” od 1 lipca do 31 grudnia 2015 r.

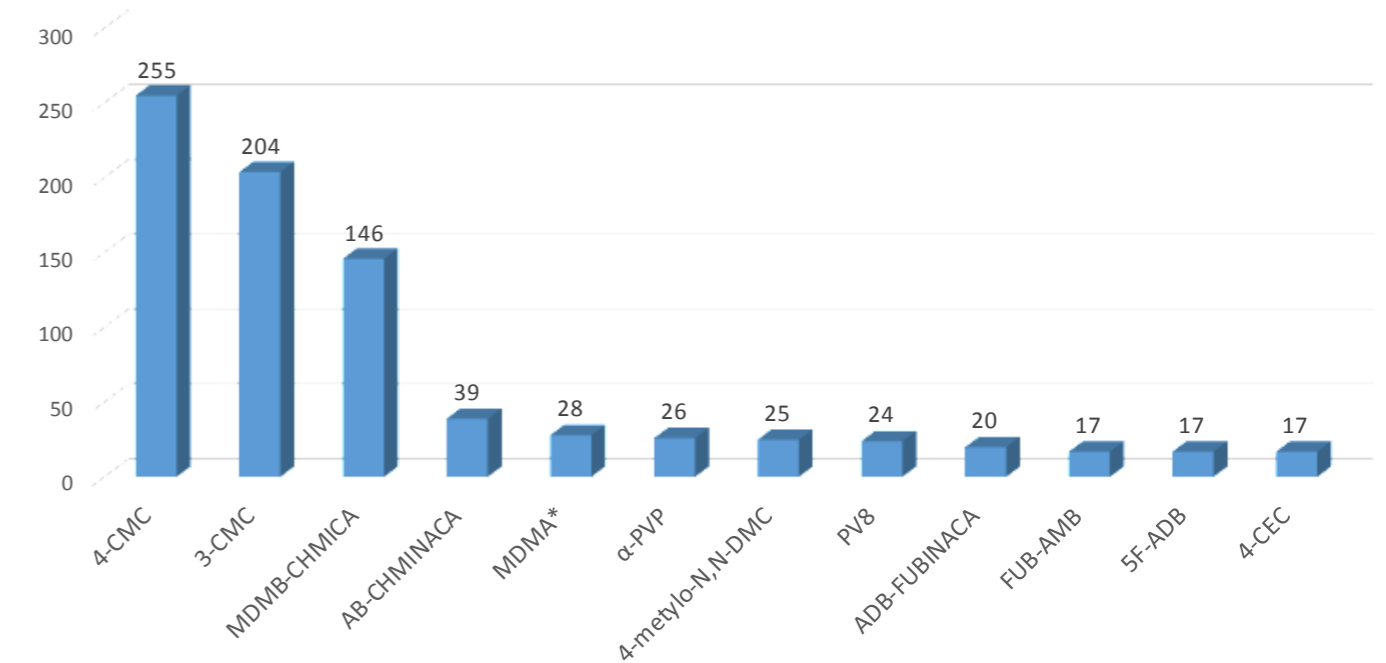
W 2016 roku ugruntowana została pozycja nowej generacji narkotyków. Bezwrotnie zastąpiły one dotychczas znane substancje, które w wyniku zmiany prawa zyskały status środka odurzającego lub substancji psychotropowej. Wyjątkiem jest tu MDMA (ekstazy), który powrócił, podobnie jak w wielu krajach Europy, na rynek narkotyków syntetycznych. Warto zaznaczyć, że od dnia 15 kwietnia 2011 r. wraz z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, MDMA stanowi substancję psychotropową grupy I-P, co nie zmienia faktu, że w 2016 r. pojawiał się na rynku w składzie tzw. „dopalaczy” rekwirowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, z czego nawet sprzedający mogli nie zdawać sobie sprawy.

Na przestrzeni 2016 r. najbardziej popularnymi nowymi narkotykami były w szczególności związki:

4-CMC, 3-CMC, MDMB-CHMICA oraz AB-CHMINACA. W toku działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczących egzekwowania zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych w produktach stwierdzana była znaczna ilość tych substancji. Przedmiotowe substancje z dużym prawdopodobieństwem stanowią potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi, możliwości powodowania szkód społecznych oraz działania na ośrodkowy układ nerwowy, wynikających z ich używania. Potwierdzeniem powyższego jest to, że znajdują się one w wykazie nowych substancji psychoaktywnych określonym w stosownym rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Poniższy wykres przedstawia częstotliwość występowania substancji psychoaktywnych w produktach tzw. „dopalaczy” w 2016 r. wraz z liczbą ich ujawnień.

Częstotliwość występowania substancji psychoaktywnych w produktach tzw. „dopalaczy” w 2016 r.

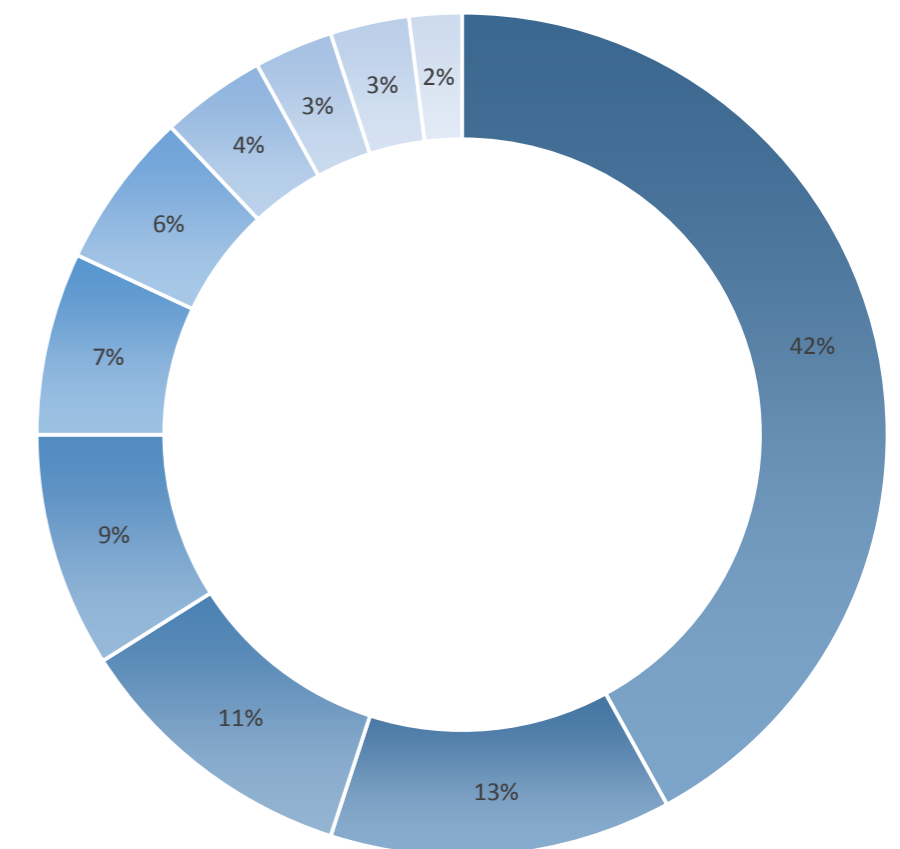


(\*Substancja psychotropowa grupy I-P, stanowiąca załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii)

Wykres 10. Częstotliwość występowania substancji psychoaktywnych w produktach tzw. „dopalaczy” w 2016 r.

Najbardziej popularne nowe narkotyki w 2015 r.

- UR-144
- PENTEDRON
- 3-MMC
- α-PVP
- AB-CHMINACA
- 4-CMC
- 4-metylo-N,N-DMC
- 4-EEC
- MDMB-CHMICA
- ETKATYNON



Wykres 11. Najbardziej popularne nowe narkotyki w 2015 r.

W 2015 r. trzema najbardziej popularnymi środkami zastępczymi były: UR-144, pentedron oraz 3-MMC. W toku działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczących egzekwowania zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych w produktach stwierdzana była ich znaczna ilość.

Zgodnie z obecnym stanem prawnym, UR-144 znajduje się w załączniku nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, jako środek odurzający grupy I-N. Natomiast substancje o nazwie pentedron oraz 3-MMC znajdują się w załączniku nr 2 do wyżej wymienionej ustawy, jako substancje psychotropowe grupy I-P.

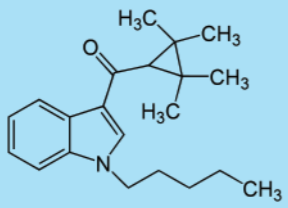
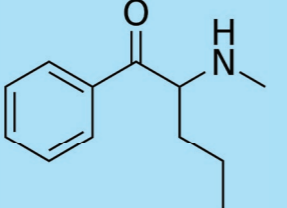
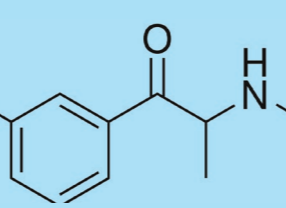



Substancja	UR-144	PENTEDRON	3-MMC
Rodzina substancji psychoaktywnej	kannabinoid	katynon	katynon
Nazwa IPUAC	(1-pentyl-1H-indol-3-yl) (2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)-methanone	2-(methylamino)-1-phenyl-1-pentanone	2-(methylamino)-1-(3-methylphenyl)propan-1-one
Nr CAS	1199943-44-6	879722-57-3	1246816-62-5
Wzór strukturalny			
Postać fizykochemiczna			

Tabela 1. Lista Top 3 – najpopularniejsze nowe narkotyki zidentyfikowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r.

### UR-144

UR-144 jest agonistą receptorów kannabinoidowych CB1 i CB2. Wykazuje działanie podobne do  $\Delta$ -9-tetrahydrokannabinolu (THC). Niepożądane skutki zdrowotne związane z używaniem UR-144 obejmują m.in. stany niepokoju, tachykardię, drgawki,

halucynacje, ataki paniki, pobudzenie ruchowe, zaburzenia percepcji oraz czasu i przestrzeni. Zwykle jest palony w postaci „jointów” lub za pomocą fajki wodnej, może być także przyjmowany doustnie lub przez inhalację.

### PENTEDRON

Pentedron należy do grupy katynonów, charakteryzuje się grupą etylową w pozycji  $\alpha$  i grupą metylową przy atomie N. Działa stymulująco na ośrodkowy układ nerwowy. Po zażyciu pentedronu występują następujące działania niepożądane: nadciśnienie,

przyspieszona akcja serca, niepokój, rozszerzenie źrenic, tłumienie apetytu i pragnienia. Według użytkowników może być przyjmowany: doustnie, donosowo, poprzez wstrzykiwanie, palenie czy też doodbytniczo.

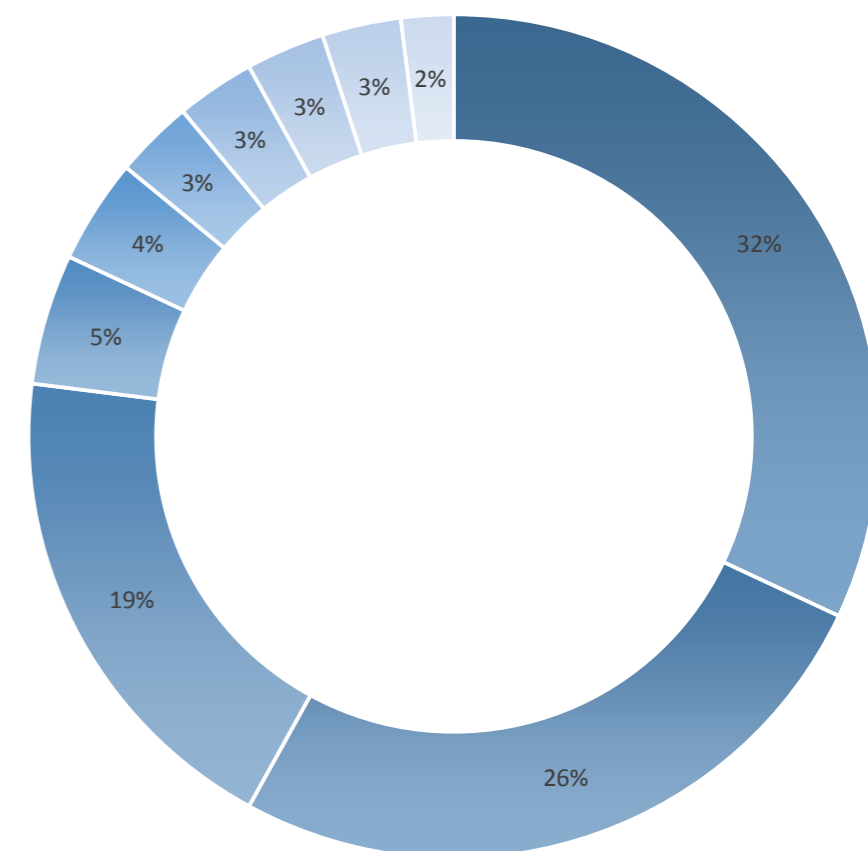
### 3-MMC

3-MMC (3-metylometkatynon) należy do rodziny syntetycznych katynonów i jest izomerem mefedronu (4-MMC) tzn. cząsteczki tych związków posiadają taką samą liczbę i rodzaj atomów, lecz różnią się położeniem podstawników w pierścieniu benzenowym. Wykazuje działanie stymulujące i empatogenne. Objawy związane z zażywaniem 3-MMC są następujące: nudności, bóle i zawroty głowy, skurcze mięśni, długotrwałe ataki paniki, niepokój czy

bezsenna. 3-MMC jest substancją silnie uzależniającą psychicznie, użytkownik odczuwa silne pragnienie ich ponownego zażycia. Toksyczność ostra po przyjęciu tej substancji objawia się niekorzystnymi stanami neurologicznymi, psychopatologicznymi oraz układu sercowo-naczyniowego. 3-MMC może być przyjmowany: doustnie, donosowo, poprzez wstrzykiwanie, palenie lub doodbytniczo.

- 4-CMC
- 3-CMC
- MDMB-CHMICA
- AB-CHMINACA
- MDMA
- $\alpha$ -PVP
- 4-metylo-N,N-DMC
- PV8
- ADB-FUBINACA
- FUB-AMB; 5F-ADB; 4-CEC

Najbardziej popularne nowe narkotyki w 2016 r.



Wykres 12. Najbardziej popularne nowe narkotyki w 2016 r.

Natomiast w 2016 r. trzema najpopularniejszymi substancjami psychoaktywnymi zidentyfikowanymi przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w produktach „dopalaczy” były: 4-CMC, 3-CMC oraz MDMB-CHMICA. Przedmiotowe substancje zostały poddane analizie ryzyka zdrowotnego i społecznego

przez Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Obecnie zamieszczone są w wykazie nowych substancji psychoaktywnych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

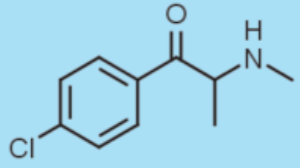
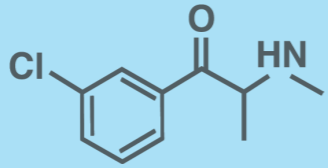
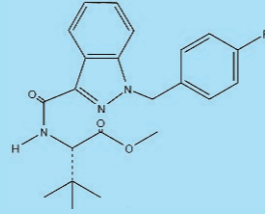
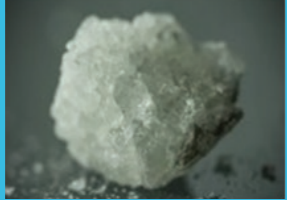


Substancja	4-CMC	3-CMC	MDMB-CHMICA
Rodzina substancji psychoaktywnej	katynon	katynon	kannabinoid
Nazwa IPUAC	1-(4-chlorophenyl)-2-(methylamino)-1-propanone	1-(3-chlorophenyl)-2-(methylamino)-1-propanone, monohydrochloride	methyl 2-[[1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethylbutanoate
Nr CAS	842212-02-1 (chlorowodorek)	1607439-32-6 (chlorowodorek)	1715016-78-6
Wzór strukturalny			
Postać fizykochemiczna			

Tabela 2. Lista Top 3 – najpopularniejsze nowe narkotyki zidentyfikowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2016 r.

### 4-CMC

4-CMC (4-chlorometkatynon) jest syntetycznym katynonem, strukturalnym analogiem mefedronu, różniącym się grupą chlorową w pozycji para (4) w pierścieniu aromatycznym. Wykazuje aktywność w układzie dopaminergicznym i adrenergicznym ośrodkowego oraz obwodowego układu nerwowego człowieka. Zażycie 4-CMC może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia człowieka, jako następstwo

pojawienia się silnych efektów toksycznych, w szczególności upośledzenia funkcji układu sercowo-naczyniowego (np. zaburzenia rytmu serca, zmiany ciśnienia krwi) z granicznymi zaburzeniami skutkującymi utratą przytomności z zatrzymaniem krążenia włącznie. Według użytkowników może być przyjmowany: doustnie, donosowo czy też doodbytniczo.

### 3-CMC

3-CMC (3-chlorometkatynon) jest syntetycznym katynonem, strukturalnym analogiem 3-MMC (3-metylometkatynonu), różniącym się grupą chlorową w pozycji meta (3) w pierścieniu aromatycznym. Mechanizm działania katynonów, a tym samym 3-CMC, polega najprawdopodobniej na wzroście uwalniania dopaminy oraz noradrenaliny z zakończeń nerwowych

W przypadku przedawkowania 3-CMC odnotowuje się zwykle objawy zespołu sympatykomimetycznego np.: tachykardię, podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała, ataki paniki, silne pobudzenie psychomotoryczne oraz halucynacje. Według użytkowników może być przyjmowany: doustnie, donosowo czy też doodbytniczo.

### MDMB-CHMICA

MDMB-CHMICA jest syntetycznym kannabinoidem, który działa silnie selektywnie na obwodowy receptor kannabinoidowy CB2 oraz znacznie słabiej na receptor CB1. Używanie syntetycznych kannabinoidów, a tym samym MDMB-CHMICA, może skutkować np. uszkodzeniem nerek, ostrymi zmianami w układzie oddechowym, zaburzeniami funkcji układu krążenia. Uważa się, że substancja, o nazwie MDMB-CHMICA, jest

odpowiedzialna za falę zatruć „dopalaczami” w Polsce w lipcu 2015 r. W zatruciach tych obserwowano m.in. silne pobudzenie, splątanie oraz agresję. Również odnotowano przypadki zatruć śmiertelnych tą substancją w Polsce, Niemczech, Szwecji i Norwegii. Substancja o nazwie MDMB-CHMICA przeważnie jest palona w postaci „jointów” lub za pomocą fajki wodnej





## 2. CHARAKTERYSTYKA GRUP NOWYCH NARKOTYKÓW

Problem nowych narkotyków zobowiązuje Państwową Inspekcję Sanitarną do stałej aktywności i współpracy z wieloma ekspertami oraz instytucjami. Wiedza na temat tego dynamicznie rozwijającego się zjawiska stale rośnie, co powoduje lepiej zrozumieć jego charakter.

Zarówno w 2015 r. jak i 2016 r. skala identyfikacji substancji psychoaktywnych przez służby Inspekcji była zbyt duża, aby ich wyliczenie i dokładne opisanie było możliwe, warto jednak wyróżnić następujące grupy jak: syntetyczne katynony, syntetyczne kannabinoidy, piperydyny i pirolidyny, opioidy, benzodiazepiny, fenyloetyloaminy czy tryptaminy.

### SYNTETYCZNE KATYNONY

Syntetyczne katynony to strukturalne analogi katynonu, alkaloidu o działaniu psychostymulującym, który występuje w czuwalicze jadalnej (*Catha edulis*; khat), czyli tradycyjnie popularnego środka roślinnego w krajach afrykańskich. Budowa chemiczna tych związków jest w dużej mierze podobna do struktury amfetaminy i ekstazy. Syntetyczne katynony wykazują działanie stymulujące i empatogenne. Zażywanie środków z grupy pochodnych katynonu prowadzić może do pojawienia się silnych

Pod względem chemicznym środki zastępcze powstają przez modyfikację kontrolowanych substancji, obecnie istniejących na rynku. Zmiana ta odbywa się poprzez wprowadzenie do struktury konkretnego związku dodatkowej grupy chemicznej np. metylowej oraz ewentualne zastąpienie atomu wodoru atomem halogenu, np. fluoru, bromu, chloru. Również na scenę nowych narkotyków wprowadzane są izomery strukturalne oraz analogi, czyli związki, w których jeden lub kilka atomów zostało zamienionych innymi atomami w stosunku do związku wyjściowego. Dodatkowo tworzone są nowe związki nie podobne strukturalnie do substancji już występujących na rynku, które charakteryzują się często silniejszym działaniem psychotropowym.

efektów toksycznych, w szczególności upośledzenia funkcji układu sercowo-naczyniowego (np. zmiany ciśnienia krwi, zaburzenia rytmu serca), z zaburzeniami skutkującymi utratą przytomności oraz zatrzymaniem krążenia włącznie. Syntetyczne katynony najczęściej aplikuje się donosowo, poprzez wciąganie postaci sproszkowanej i wchłanianie przez błony śluzowe nosa, a także doustnie przeważnie w postaci tabletek, kapsułek czy roztworów. Znane są również przypadki iniekcyjnego podawania tych substancji.

### SYNTETYCZNE KANNABINOIDY

Syntetyczne kannabinoidy stanowią grupę substancji, która obejmuje zarówno związki naturalnie występujące w konopiach siewnych (*Cannabis sativa*), ale także ich syntetyczne analogi lub metabolity. Syntetyczne kannabinoidy to grupa związków chemicznych, oddziałujących na receptory kannabinoidowe w mózgu. Dodatkowo można stwierdzić, że działają podobnie do  $\Delta$ -9-tetrahydrokannabinolu (THC), głównego składnika aktywnego konopi indyjskich. Zażywanie produktów zawierających syntetyczne kannabinoidy mogą być podobne do tych, wywoływanych przez preparaty konopi, np.: zmiana

nastroju i samopoczucia, zaburzenia koordynacji ruchowej, nudności, zawroty głowy, czy apatia i urojenia. Ponadto sądzi się, że w przypadku ich długotrwałego stosowania istnieje wyższe ryzyko rozwoju tolerancji oraz uzależnienia niż w przypadku ziela konopi. Najczęściej występującymi objawami po użyciu syntetycznych kannabinoidów mogą być: zaburzenia funkcji układu krążenia, uszkodzenia nerek oraz ostre zmiany w układzie oddechowym. Produkty zawierające syntetyczne kannabinoidy w dużej mierze mają postać rozdrobnionego suszu roślinnego koloru zielonego i przeznaczone są do palenia.

### PIPERYDYN I PIROLIDYN

Piperydyny i pirolidyny to organiczne związki chemiczne z grupy związków heterocyklicznych. Jednym z przedstawicieli tej grupy nowych narkotyków jest etylofenidat, który wykazuje

silne działanie euforyczne, wrażliwość na bodźce zewnętrzne, lęki, niepokój, brak koncentracji, gadałliwość, szczękościsk czy wzrost temperatury ciała.

### OPIOIDY

Opioidy to grupa substancji działających na receptory opioidowe. Terminem tym określamy związki naturalne (np. morfina), półsyntetyczne (np. heroina) oraz syntetyczne (np. narkotyczne leki przeciwbólowe, m.in. fentanyl), o zróżnicowanej budowie chemicznej. Opioidy mają działanie przeciwbólowe. Stosowanie opioidów może mieć poważne konsekwencje zdrowotne, które niosą za sobą rozwój tolerancji i uzależnienia oraz depresję czynności

oddechowej, w wyniku, której może dojść do zgonu. Notowanymi objawami po zażyciu opioidów jest euforia (działanie narkotyczne), spowolnienie psychoruchowe oddechu, akcji serca, analgezja, zawroty głowy czy problemy w koncentracji. Według użytkowników opioidy mogą być przyjmowane doustnie, wziewnie, drogą doustną lub w postaci plastra.

### BENZODIAZEPINY

Beznodiazepiny to grupa organicznych związków chemicznych wykazujących działanie przeciwlękowe, uspokajające, nasenne czy przeciwdrgawkowe. Pod względem chemicznym benzodiazepiny są pochodnymi (alkilowymi, triazolowymi, chlorowcowymi, fenyłowymi itp.) benzo-1,4-diazepiny. Podstawową strukturę chemiczną tworzy połączenie pierścienia benzenowego z siedmiocłonowym, heterocyklicznym pierścieniem diazepinowym. Benzodiazepiny działają przez wzmocnienie akcji

naturalnego związku chemicznego w mózgu, czyli GABA (kwas  $\gamma$ -aminomasłowy), który jest neuroprzebieżnikiem odpowiedzialnym za przekazywanie informacji między komórkami mózgowymi (neuronami). Najpoważniejsze skutki uboczne stosowania benzodiazepin są efektem działania depresyjnego na ośrodkowy układ nerwowy. Również do ich działań niepożądanych zalicza się: zawroty głowy, senność, zaburzenia koordynacji ruchowej, osłabienie siły mięśniowej.

## FENYLOETYLOAMINY

Fenyloetyloaminy stanowią dużą grupę organicznych związków chemicznych, których najbardziej znanymi narkotykami w Europie są amfetamina, metamfetamina oraz MDMA (3,4-dimetoksyamfetamina). Ponadto grupa ta także określana jest, jako amfetaminy – stymulanty (ATS), aczkolwiek wiele związków z tej klasy nie stymuluje ośrodkowego układu nerwowego. Najbardziej znane nowe narkotyki tej grupy zaliczane są do tak zwanych serii 2C-X, gdzie X oznacza atom lub grupę

## TRYPTAMINY

Tryptaminy charakteryzują się działaniem halucynogennym, powodują zniekształcenie odbioru bodźców – kolorów, dźwięków, czy kształtów. W cząsteczce tryptaminy oraz jej pochodnych wyodrębnić można pierścień indolowy powiązany dwuwęglowym łańcuchem alifatycznym z grupą aminową. Pochodne tryptaminy możemy pogrupować m.in. na proste tryptaminy (nieposiadające podstawnika w pierścieniu indolowym, mające podstawnik w pozycji 4. pierścienia oraz podstawnik w pozycji 5.), a także tzw. ergoliny. Warto zaznaczyć,

## IV INNE SUBSTANCJE

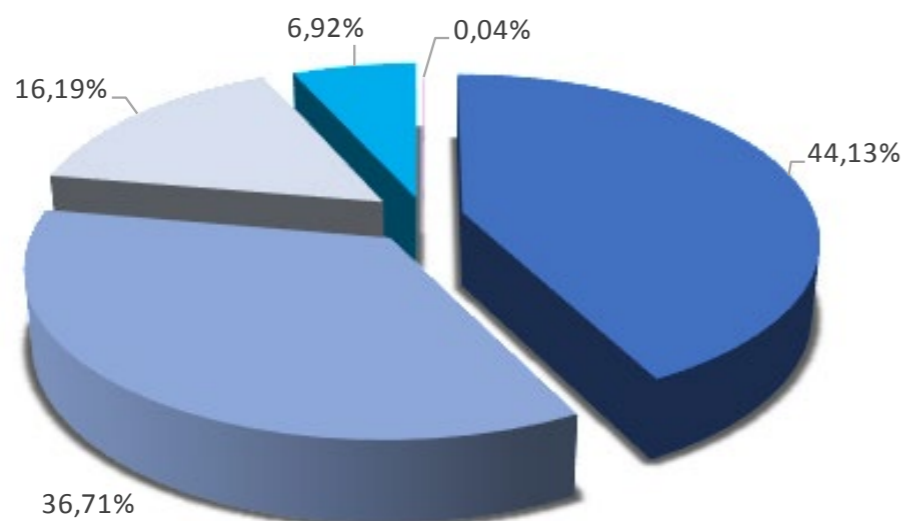
Należy również przytoczyć, że w produktach będących środkami zastępczymi oprócz wymienionych wyżej substancji charakteryzujących się określonym typem budowy chemicznej oraz specyficznym mechanizmem działania Państwowa Inspekcja

chemiczną podstawioną w pozycji 4 (para) do pierścienia benzenowego 2,5-dimetoksyfenetyloaminy. Przedstawicielami ich są między innymi: 2C-B (4-bromo-), 2C-I (4-jodo-), 2-C-T-2 (4-etylotio-). Substancje należące do grupy fenyloetyloaminy mają działanie psychoaktywne (stymulanty, psychodeliki, empatogeny), opierające się na zmianach poziomu monoamin, będących neuroprzekaznikami w ośrodkowym układzie nerwowym.

że Alexander Shulgin, profesor farmakologii, doktor biochemii Uniwersytetu w Berkley zajmował się odkrywaniem substancji psychoaktywnych będących pochodnymi tryptaminy i efekty swojej pracy w tej kwestii skatalogował w książce pt. „TiKHAL –Tryptamines I Have Known And Loved: The Continuation”. Ze statystyki prowadzonej przez Główny Inspektorat wynika, że tryptaminy są aktualnie bardzo rzadko identyfikowaną grupą nowych substancji psychoaktywnych.

Sanitarna identyfikuje także inne substancje chemiczne (niebędące się zaklasyfikować do wyżej omówionych grup), wywołujące działanie psychoaktywne.

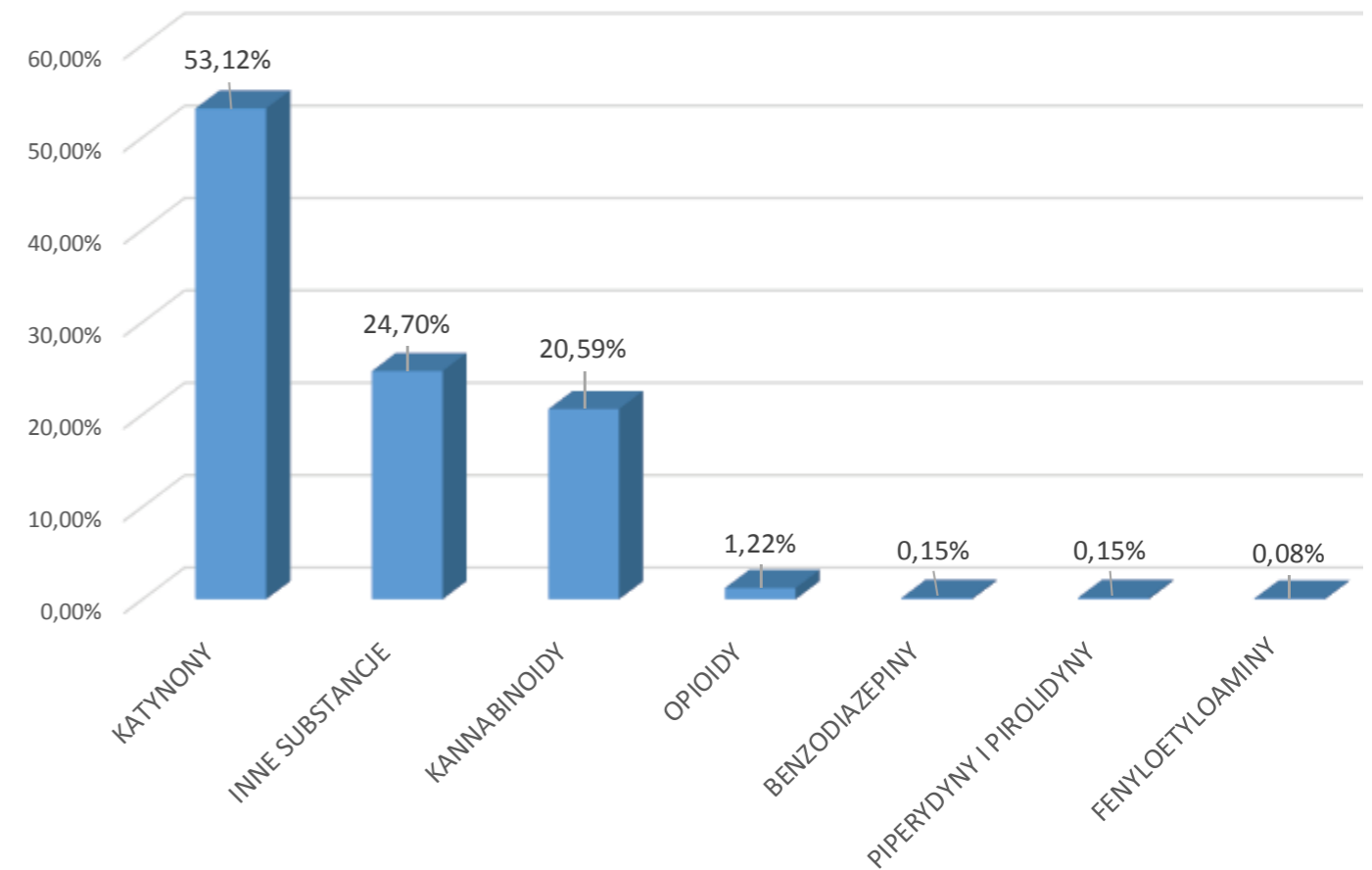
Grupy nowych narkotyków w 2015 r.



Wykres 13. Grupy nowych narkotyków w 2015 r. w Polsce

■ KANNABINOIDY  
■ INNE SUBSTANCJE  
■ TRYPTAMINY  
■ KATYNONY  
■ PIPERYDINY I PIROLIDYNY

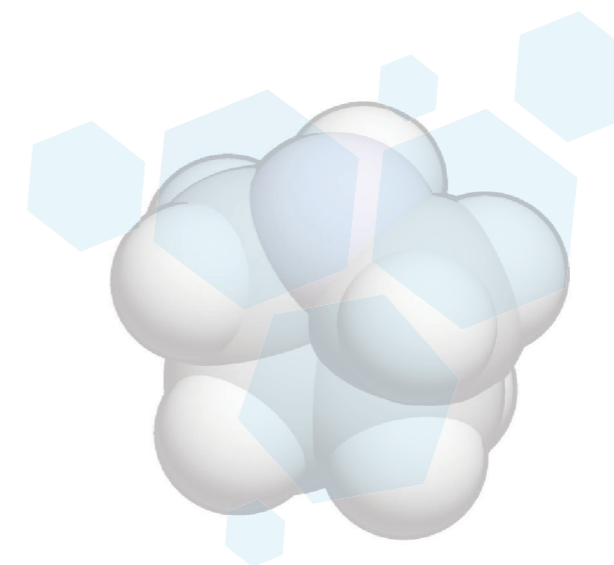
Grupy nowych narkotyków w 2016 r.



Wykres 14. Grupy nowych narkotyków w 2016 r. w Polsce

Aktywne monitorowanie wyników badań laboratoryjnych udostępnionych przez służby Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozwoliły na odnotowanie w 2015 r. następujących grup nowych narkotyków: kannabinoidy (40,13%), katynony (36,71%), piperidyny i pirolidyny (6,92%), tryptaminy (0,04%) oraz inne substancje (16,19%), których nie można zakwalifikować do żadnej grupy.

Natomiast w 2016 r. występowały one w następującej kolejności: katynony (53,12%), inne substancje (24,70%), kannabinoidy (20,59%), opioidy (1,22%), benzodiazepiny (0,15%), piperidyny i pirolidyny (0,15%), fenyloetyloaminy (0,08%) oraz inne substancje (24,70%).



DO PALACZE ROBIA  
Z CIEBIE...  
TUMORA!



autor: Martyna Hugo - Bader  
nagroda w konkursie „Stop dopalaczom”



[nowe  
narkotyki]

WWW.GIS.GOV.PL



3.

### ANALIZA POLSKIEJ I EUROPEJSKIEJ SCENY NOWYCH NARKOTYKÓW

Na polskim rynku narkotykowym pojawiają się coraz to nowe substancje psychoaktywne, które w dużej mierze pochodzą z modyfikacji już istniejących, aktualnie objętych kontrolą karną substancji lub mogą być lekami, które nie przeszły testów klinicznych, a także mogą być to całkowicie nowe struktury o analogicznych właściwościach psychoaktywnych do kontrolowanych substancji lub farmaceutyków. Utrzymująca się tendencja wzrostowa występowania tzw. „dopalaczy” przyczyniła się do stworzenia Systemu Wczesnego Ostrzegania, za który odpowiedzialne jest Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions - EMCDDA) w celu monitorowania zjawiska narkomanii w krajach Unii Europejskiej. Potwierdzeniem dynamicznej sytuacji narkotykowej jest fakt, że w 2012 r. państwa członkowskie zgłosiły po raz pierwszy 74 nowe substancje psychoaktywne za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania UE. Dla porównania w 2013 r. liczba ta zwiększyła się aż do 81 nowych substancji psychoaktywnych (Europejski raport narkotykowy 2013 i 2014). Również z raportów przekazywanych do unijnego systemu wczesnego ostrzegania wynika, że zarówno różnorodność, jak i liczba nowych substancji psychoaktywnych na rynku

europejskim systematycznie wzrasta. W 2014 r. po raz pierwszy wykryto 101 nowych substancji psychoaktywnych oraz dokonano aż sześciu ocen ryzyka, co podkreśla konieczność koncentracji na tych substancjach, które powodują szczególne szkody dla zdrowia publicznego (Europejski raport narkotykowy 2015). Natomiast w 2015 r. do przedmiotowego systemu zostało zgłoszonych po raz pierwszy 98 nowych substancji psychoaktywnych, wśród których najliczniejszą grupę stanowiły syntetyczne katynony (Europejski raport narkotykowy 2016).

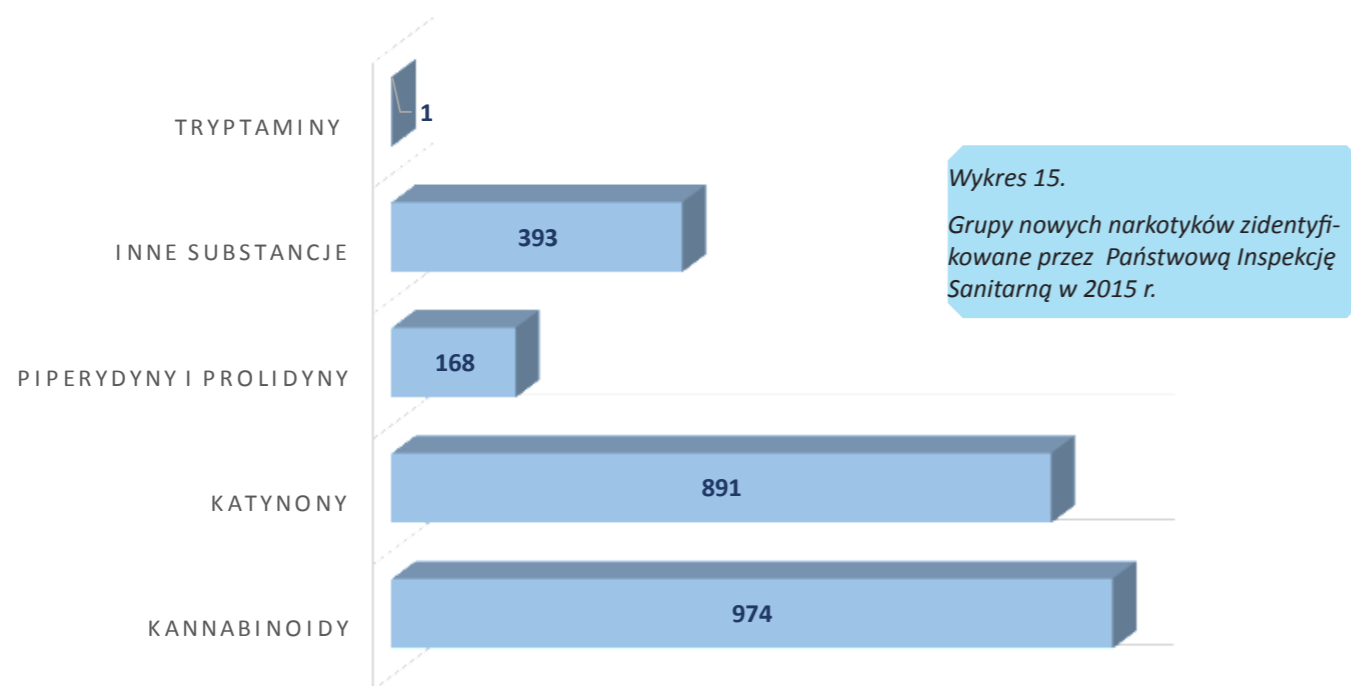
Mając na uwadze fakt, że Główny Inspektor Sanitarny kieruje pracami Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych przy Ministrze Zdrowia, zgodnie z art. 44c ust. 11 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, podmioty, które przeprowadziły badania, w wyniku których stwierdzono obecność substancji niebędącej nową substancją psychoaktywną, ale wykazującej działanie na ośrodkowy układ nerwowy zobligowane są do zawiadomienia Zespołu o przedmiotowej kwestii. Główny Inspektorat Sanitarny jest w posiadaniu danych za 2016 r. o zidentyfikowanych grupach nowych narkotyków, które zostały przekazane przez podmioty



umieszczone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2015 r. (poz. 2018) w sprawie wykazu podmiotów uprawnionych do przeprowadzania badań mających na celu ustalenie, czy dany produkt jest środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną (Dz. U. 2015, poz. 2018).

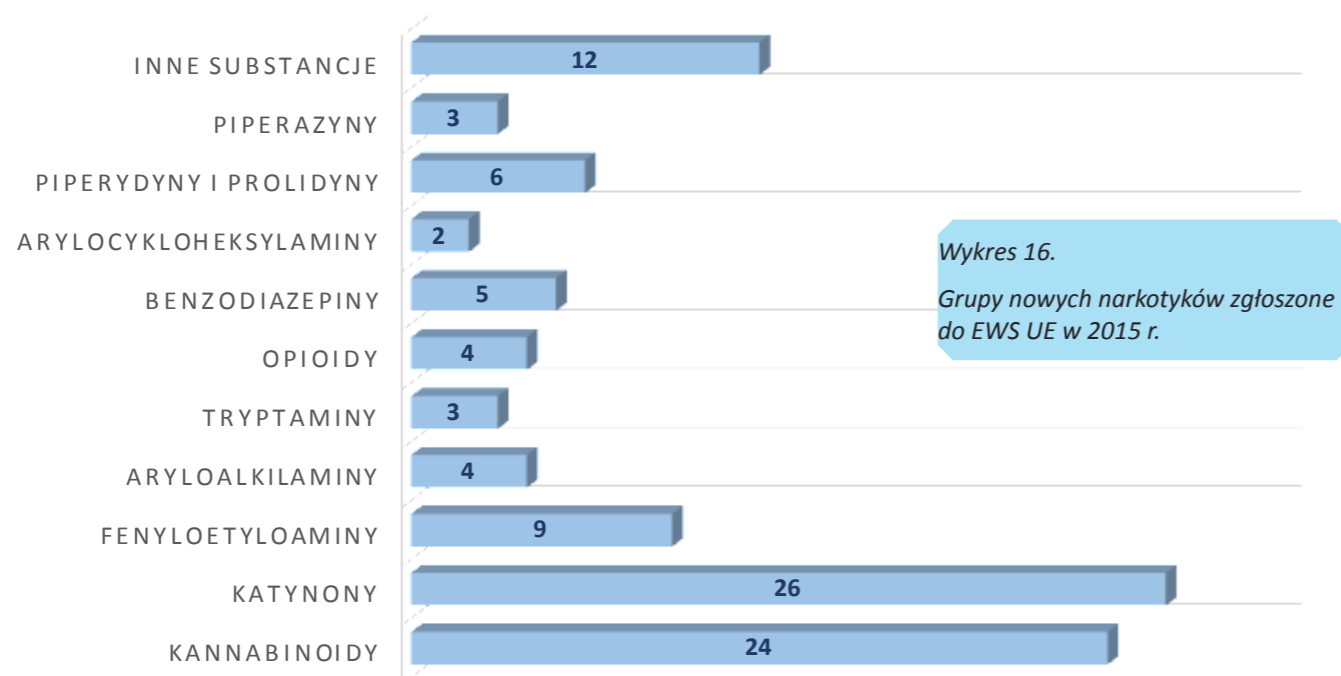
Ze względu na fakt rozwijającego się rynku środków zastępczych, potrzebny jest stały monitoring tego proceduru, który podjęły organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

GRUPY NOWYCH NARKOTYKÓW ZIDENTYFIKOWANE PRZEZ PAŃSTWOWĄ INSPEKCJĘ SANITARNĄ W 2015 R.



Wykres 15.  
Grupy nowych narkotyków zidentyfikowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2015 r.

GRUPY NOWYCH NARKOTYKÓW ZGŁOSZONE DO EWS UE W 2015 R.



Wykres 16.  
Grupy nowych narkotyków zgłoszone do EWS UE w 2015 r.

Wykres nr 15 przedstawia liczbę zidentyfikowanych grup nowych narkotyków przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2015 r. Warto zaznaczyć, że najwięcej zostało zidentyfikowanych substancji psychoaktywnych, które należały do grupy syntetycznych kannabinoidów, syntetycznych katynonów, piperidyn i prolidyn, tryptamin, a także innych substancji.

Natomiast na wykresie nr 16 pokazano, dla porównania, liczbę nowych substancji psychoaktywnych, zgłoszonych do monitorowania przez EMCDDA w 2015 r. Są to m.in. syntetyczne kannabinoidy, syntetyczne katynony, fenetyloaminy, opioidy, tryptaminy, benzodiazepiny, aryloalkilaminy oraz

liczne inne substancje. Prowadzi to do wniosku, że co do zasady, polski rynek nowych narkotyków jest elementem sceny europejskiej i użytkownicy krajowi tych substancji podążają za ogólnoeuropejskimi trendami.

Warto w tym miejscu zwrócić szczególną uwagę zwłaszcza na fakt pojawiania się w Polsce od 2016 r., na razie sporadycznie, substancji z grupy syntetycznych opioidów. Są to związki odpowiedzialne za falę zgonów USA i wielu krajów Europy (m.in. Wielkiej Brytanii, Estonii, Szwecji). Większe rozprzestrzenianie się tych substancji w przyszłości może być zgubne i wpłynąć na wzrost śmiertelności użytkowników tzw. „dopalaczy” w naszym kraju.

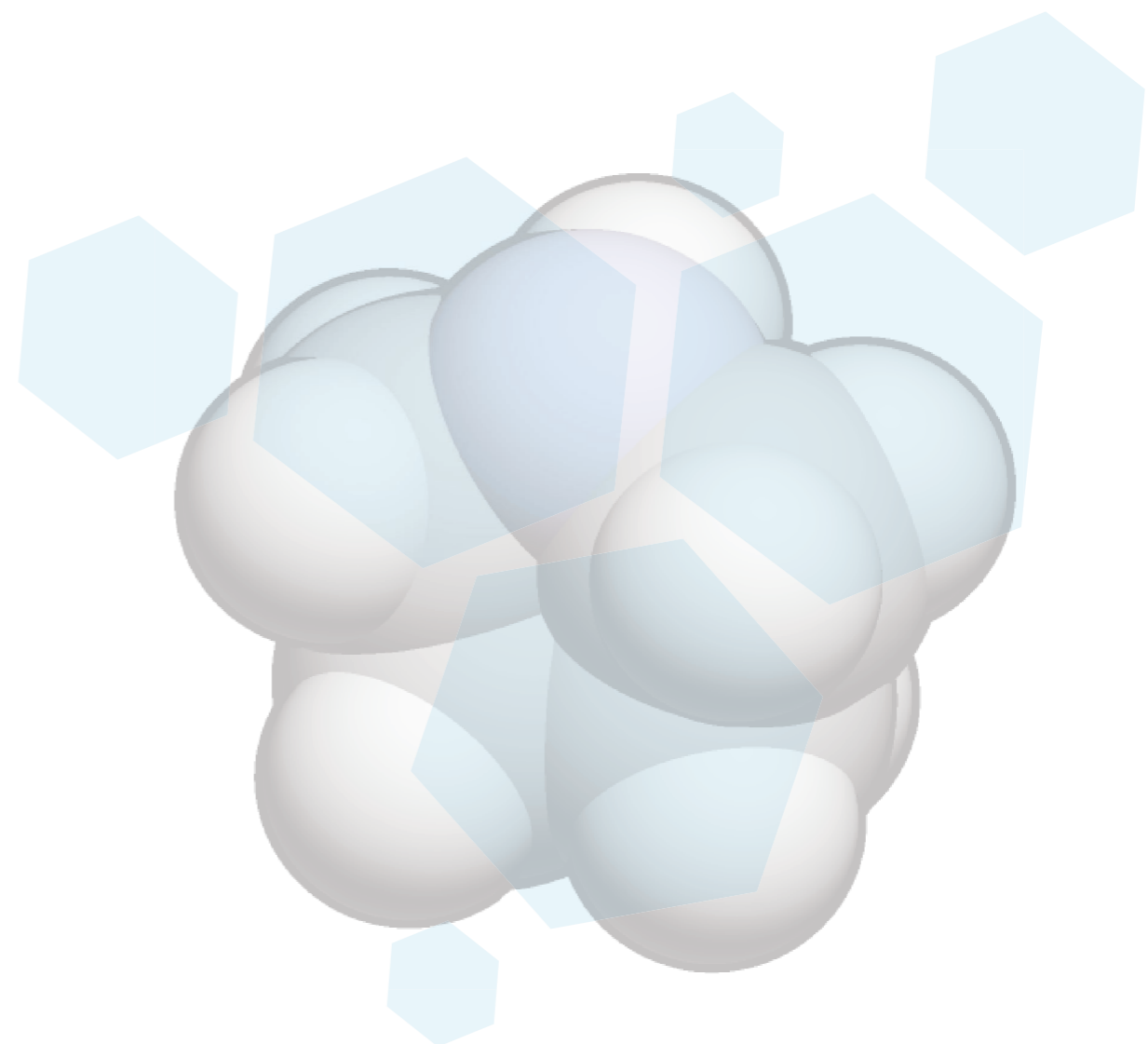


Tabela 3 Substancje psychoaktywne zidentyfikowane w produktach „dopalaczy” w 2015 r.

Grupa substancji psychoaktywnych	Nazwa substancji	
KANNABINOIDY	UR-144 ((1-pentyloindol-3-yl)-(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanone)	
	AB-CHMINACA (N-[(2S)-1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl]-1-(cyclohexylmethyl)indazole-3-carboxamide)	
	MDMB-CHMICA (methyl (2S)-2-[(1-(cyclohexylmethyl)-1H-indol-3-yl)formamido]-3,3-dimethylbutanoate)	
	AB-PINACA (N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-pentylo-1H-indazole-3-carboxamide)	
	5-FUR-144 (1-(3-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanone)	
	NM-2201 (1-naphthyl 1-(3-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxylate)	
	SF-AKB48 (N-[adamantan-1-yl]-1-(3-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxamide)	
	THU-2201 ([1-(3-Fluoropentyl)-1H-indazol-3-yl][1-naphthyl]methanone)	
	A-834,735 ((1-(tetrahydro-2H-pyran-4-yl)methyl)-1H-indol-3-yl)-(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanone)	
	AM-2201 ([1-(3-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]naftalen-1-yl)metanon)	
	MAM-2201 ([1-(3-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl][4-methyl-1-naphthalenyl]methanone)	
	SCI-UR-144 ([1-(3-chloropentyl)-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3 tetramethylcyclopropyl)methanone)	
	AB-FUBINACA (N-[(2S)-1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl]-1-(4-fluorophenyl)methylindazole-3-carboxamide)	
	AQB-CHMINACA (N-[(1-aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide)	
	SF-PB-22 (1-pentylo-1H-indole-3-carboxylic acid 8-quinoliny ester)	
	SF-AB-PINACA (N-[(2S)-1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl]-1-(3-fluoropentyl)indazole-3-carboxamide)	
	THU-018 (1-naphthalenyl[1-pentylo-1H-indazol-3-yl]methanone)	
	PB-22 (1-Pentylo-1H-indole-3-carboxylic acid 8-quinoliny ester)	
	JWH-018 (naphthalen-1-yl-1-pentyloindol-3-yl)methanone)	
	KATYNOZY	PENTEDRON (1-fenilo-2-(metyloamino)pentan-1-on)
		3-MMC (2-(metylamino)-1-(3-metylofenyl)propan-1-on)
4-CMC (1-(4-chlorofenyl)-2-(metylamino)-1-propanone)		
α-PVP (1-fenyl-2-(1-pyrrolidynyl)-1-pentanone)		
4-METYLO-N,N-DIMETYLOKATYNON (2-(dimetylamino)-1-(4-metylofenyl)-1-propanone)		
4-EEC (2-(etylamino)-1-(4-etylofenyl)propan-1-on)		
ETKATYNON (2-(etylamino)-1-fenylpropan-1-on)		
4-Me-MABP (2-(metylamino)-1-(4-metylofenyl)-1-butanone)		
BREFEDRON (1-(4-bromofenyl)-2-(metylamino)propan-1-on)		
BUFEDRON (2-(metylamino)-1-fenylbutan-1-on)		
PVB (1-fenyl-2-(1-pyrrolidynyl)heptan-1-on)		
4-MMC-OMe (3-metoksy-2-(metylamino)-1-(4-metylofenyl)propan-1-on)		
EUTYLON (1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(etylamino)butan-1-on)		
α-PVT (2-(pyrrolidyn-1-yl)-1-(tiofen-2-yl)pentan-1-on)		
3-EEC (2-(etylamino)-1-(3-etylofenyl)propan-1-on)		
3-BROMOMETKATYNON (1-(3-bromofenyl)-2-(metylamino)propan-1-on)		
ETYLON (1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(etylamino)propan-1-on)		
MDPBP (1-(2H-1,3-Benzodioxol-3-yl)-2-(pyrrolidyn-1-yl)butan-1-on)		
2-MMC (2-(metylamino)-1-(2-metylofenyl)propan-1-on)		
DIBUTYLON (2-dimetylamino-1-(3,4-metylenedioxyfenyl)butan-1-on)		
IZO-PENTEDRON (1-metylamino-1-fenylpentan-2-on)		
Bn-4-MeMABP (2-(benzylamino)-1-(4-metylofenyl)butan-1-on)		
3-METYLOBUFEDRON (3-Metylo-N-metylobutiufenone)		
3-CMC (1-(3-chlorofenyl)-2-(metylamino)-1-propanone)		
3-MEC (2-(etylamino)-1-(3-metylofenyl)propan-1-on)		
4-CEC (1-(4-chlorofenyl)-2-(etylamino)-1-propanone)		
4-MEC (2-etylamino-1-(4-metylofenyl)propan-1-on)		
5-MeO-MIPT (N-[2-(5-metoksy-1H-indol-3-yl)etyl]-N-metylopropan-2-amine)		
TRYPYAMINY		
PIPERYDINY I PIROLIDYNY	ETYLOFENIDAT (ethyl 2-fenyl-2-piperidin-2-ylacetate)	
INNE SUBSTANCJE	NIKOTYNA (3-[2-(N-metylopirolidyno)]pirydyna)	
	KOFEINA (1,3,7-trimetylo-1H-puryno-2,6(3H,7H)-dion)	
	Δ-9 TETRAHYDROKANNABINOL (6aR,10aR)-6a,7,8,10a-tetrahydro-6,6,9-trimetylo-3-pentylo-6H-dibenzo(b,d)piran-1-ol)	
	KWAS Δ-9-THC-2-KARBOKSYLOWY	
	3-FPM (2-(3-Fluorofenyl)-3-metylofrolina)	
	AMFETAMINA (2-amino-1-fenylpropan)	
	LIDOKAINA (2-(dietylamino)-N-(2,6-dimetylofenilo)acetamid)	
	KREATYNA (kwas β-metyloguanidynoowy)	
	BHT (2,6-bis(1,1-dimetyloetylo)-4-metylofenol)	
	2,2'-metylenobis[6-(1,1-dimetyloetylo)-4-metylofenol]	
	2,3-dihydro-3,5-dihydroksy-6-metylo-4H-piran-4-on	
	5-MAPB (1-(benzofuran-3-yl)-N-metylopropano-2-amina)	
	MEFENTERMINA (N,2-dimetylo-1-fenylpropan-2-amina)	
	GLICERYNA (propano-1,2,3-triol)	
	BENZOKAINA (4-aminobenzoesan etylu)	
	KWAS PALMITYNOWY (kwas heksadekanowy)	
	LAKTOZA (O-β-D-galaktopiranozylo-(1→4)-α-D-glukopiranoza)	

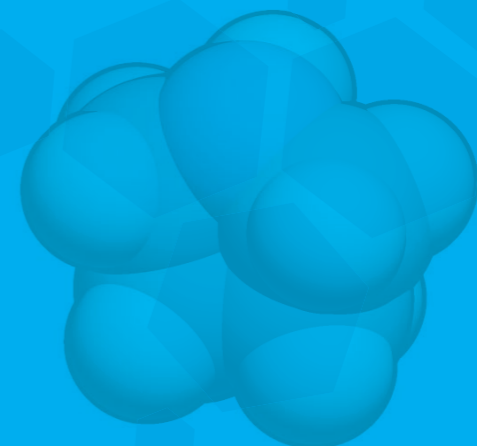
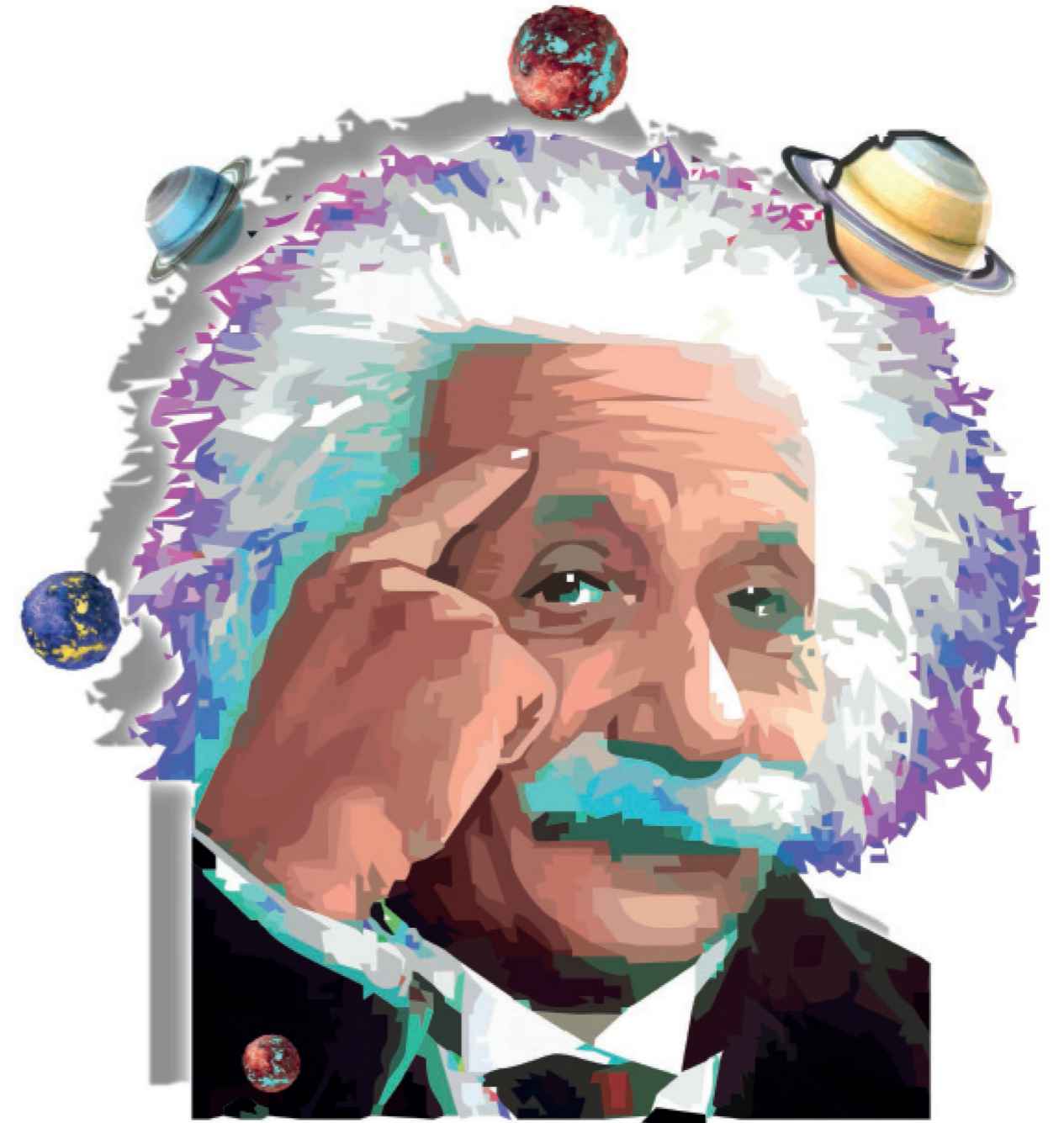


Tabela 4 Substancje psychoaktywne zidentyfikowane w produktach „dopalaczy” w 2016 r.

Grupa substancji psychoaktywnych	Nazwa substancji	
KANNABINOIDY	MDMB-CHMICA (methyl (2S)-2-[[1-(cyclohexylmethyl)-1H-indol-3-yl]formamido]-3,3-dimethylbutanoate)	
	AB-CHMINACA (N-[[2S]-1-Amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl]-1-(cyclohexylmethyl)indazole-3-carboxamide)	
	ADB-FUBINACA (N-[[1-Amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl]-1-(4-fluorobenzyl)-1H-indazole-3-carboxamide)	
	FUB-AMB (methyl-2-[[1-(4-fluorobenzyl)-1H-indazole-3-carboxamide]-3-methylbutanoate])	
	SF-ADB (methyl-2-[[1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxamido]-3,3-dimethylbutanoate])	
	NMI-2201 (1-naphthyl 1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxylate)	
	SF-ABICA (N-[[1S]-1-(aminokarbonyl)-2-metylopropyl]-1-(5-fluoropentyl)-1H-indolo-3-karboksamid]	
	ADB-CHMINACA (N-[[1-(aminokarbonyl)-2,2-dimetylopropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide])	
	THJ-2201 ([1-(5-Fluoropentyl)-1H-indazol-3-yl][1-naphthyl]methanone)	
	SDB-605 (naphthalen-1-yl 1-pentyl-1H-indazole-3-carboxylate)	
	SF-ADBICA (N-[[1-amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl]-1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxamide])	
	SF-MN-18 (1-(5-fluoropentyl)-N-1-naphthalenyl-1H-indazole-3-carboxamide)	
	FUB-PB-22 (quinolin-8-yl 1-[[4-fluorophenyl]methyl]-1H-indole-3-carboxylate)	
	AB-PINACA (N-[[1S]-1-(aminokarbonyl)-2-metylopropyl]-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide)	
	SF-AB-PINACA (N-[[2S]-1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl]-1-(5-fluoropentyl)indazole-3-carboxamide)	
	SF-PB-22 indazolowy analog (quinolin-8-yl 1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxylate)	
	5-FLUOROPENYLINDOL	
	KATYNOHY	4-CMC (1-(4-chlorophenyl)-2-(metylamino)-1-propanone)
3-CMC (1-(3-chlorophenyl)-2-(metylamino)-1-propanone)		
4-METYLO-N,N-DMC (2-(dimetylamino)-1-(4-metylofenyl)-1-propanone)		
α-PVT (2-(pyrrolidin-1-yl)-1-(thiophen-2-yl)pentan-1-one)		
PVB (1-phenyl-2-(1-pyrrolidynyl)heptan-1-one)		
4-CEC (1-(4-chlorophenyl)-2-(etylamino)-1-propanone)		
NEMNP (2-(etylamino)-1-(4-metylofenyl)-1-pentanone)		
N-ETYLONORPENTEDRON (2-(etylamino)-1-phenylpentan-1-one)		
HEX-EN (2-(etylamino)-1-phenylhexan-1-one)		
MDMA (N-[[2-(1,3-benzodioxol-5-yl)-1-metyloetylo]-N-metyloamina])		
5-DBFPV (1-(2,3-dihydro-1-benzofuran-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one)		
4-Cl-α-PVP (1-(4-chlorophenyl)-2-pyrrolidin-1-ylpentan-1-one)		
α-PHP (1-phenyl-2-(pyrrolidin-1-yl)hexan-1-one)		
N-PROPYLOPENTEDRON (1-phenyl-2-(propylamino)-1-pentanone)		
2-MIMC (2-(metylamino)-1-(2-metylofenyl)propan-1-one)		
α-PVP (1-phenyl-2-(1-pyrrolidynyl)-1-pentanone)		
MEFEDRON (1-(4-metylofenyl)-2-metyloaminopropan-1-on)		
4-Me-MABP (2-(metylamino)-1-(4-metylofenyl)-1-butanone)		
4-CHLORO-N-ETYLKATYNON		
N-ETYLOPENTYLON (1-(2H-1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(etylamino)pentan-1-one)		
4Br-α-PPP (1-(4-bromophenyl)-2-pyrrolidin-1-ylpropan-1-one)		
4-EEC (2-(etylamino)-1-(4-etylofenyl)propan-1-one)		
3-METYLOBUFEDRON (3-methyl-N-metylbutiophenone)		
TH-PVP (2-(pyrrolidin-1-yl)-1-(5,6,7,8-tetrahydronaphthalen-2-yl)pentan-1-one)		
Be-4-MeMABP (2-(benzylamino)-1-(4-metylofenyl)butan-1-on)		
ETYLON (1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(etylamino)propan-1-one)		
(RS)-2-(Etyloamino)-1-(4-hydroksyfenyl)pentan-1-on		
4-EMC (1-(4-etylofenyl)-2-(metylamino)propan-1-one)		
PENTEDRON (1-fenyl-2-(metyloamino)pentan-1-on)		
FU-F (N-phenyl-N-[[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]furan-2-carboxamide])		
PIPERYDYN I PIROLIDYN		IZOPROPYLOFENIDAT (isopropyl-2-phenyl-2-(piperidin-2-yl)acetate)
		4F-MPH (methyl 2-(4-fluorophenyl)-2-(2-piperidylo)acetate)
BENZODIAZEPINY	FLUBROMAZEPAM (7-bromo-5-(2-fluorophenyl)-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one)	
FENILOETYLAMINY	DOC (2,5-dimethoxy-4-chloroamphetamine)	
INNE SUBSTANCJE	KOFEINA (1,3,7-trimetylo-1H-puryno-2,6(3H,7H)-dion)	
	NIKOTYNA (3-[2-(N-metylopirolidyno)]pirydyna)	
	3-FPM (2-(3-fluorophenyl)-3-metylmorpholine)	
	LIDOKAINA (2-(dietylamino)-N-(2,6-dimetylofenyl)acetamid]	
	SUSTANON	
	AMFETAMINA (2-amino-1-fenylpropan)	
	KLONAZEPAM (6-(2-chlorofenyl)-9-nitro-2,5-diazabicyklo[5.4.0]undeka-5,8,10,12-tetraen-3-on)	
	Δ-9 TETRAHYDROKANNABINOL (6aR,10aR)-6a,7,8,10a-tetrahydro-6,6,9-trimetylo-3-pentyl-6H-dibenzo[b,d]piran-1-ol)	
	KWAS Δ-9-THC-2-KARBOKSYLOWY	
	CHLOROWODÓREK OPIPRAMOLU (4-(3-(5H-dibenz[b,f]azepin-5-yl)propyl)-1-piperazyntano]	
	DOSULEPIN ([E]-3-[dibenzo(b,e)tiopin-11(6H)-ylideno]-N,N-dimetylopropano-1-amina]	
	SIARCZAN MAGNEZU (tetraoksydosiarczan(2-) magnezu)	
	METANDIENON (17α-metylotestosteron)	
	PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) (N-(4-hydroksyfenyl)acetamid]	
	LAKTOZA (D-β-D-galaktopiranozylo-(1→4)-α-D-glukopiranoza)	
	1-fenyl-1,2-propanodion-2-olsym	
	CHLOROWODÓREK KOKAINY ((1R,2R,3S,5S)-3-(benzodioxol-8-metylo-8-azabicyklo[3.2.1]oktano-2-karboksylan metylu)	
	NANDROLON (17β-hydroksyestr-4-en-3-on)	
	WODOROWĘGLAN SODU (hydroksydodoksydowęglan(1-) sodu)	
	CHLOREK SODU (sól sodowa kwasu chlorowodorowego)	
GLIKOL PROPYLENOWY (propano-1,2-diol)		
POCHODNE CHOLESTEROLU		
LIČNE OLEJNY ETERYCZNE/SUBSTANCJE ZAPACHOWE (m.in. OLEJNY EUKALIPTUSOWY)		
SUBSTANCJE CHARAKTERYSTYCZNE DLA SZALWY LEKARSKIEJ		

# DOPALACZE?



## TU SIĘ PUKNIJ



[nowe narkotyki]

autor: Piotr Mroczka  
nagroda w konkursie „Stop dopalaczom”

WWW.GIS.GOV.PL

# EPIDEMIOLOGIA PRZYPADKÓW ZATRUĆ ŚRODKAMI ZASTĘPCZYMI I NOWYMI SUBSTANCJAMI PSYCHOAKTYWNYMI, ZGŁOSZONYCH PRZEZ PODMIOTY LECZNICZE (PRZYCHODNIE I SZPITALE) W ROKU 2015 I 2016 NA TLE LAT POPRZEDNICH



Główny Inspektorat Sanitarny uzyskuje dane zbiorcze z terenu całego kraju dotyczące zatrucia środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP), zbierane za pośrednictwem państwowych wojewódzkich inspektoratów sanitarnych w okresach tygodniowych (Katowice, Łódź) oraz dwutygodniowych (pozostałe województwa). Ośrodek Kontroli Zatruc-Warszawa (OKZ-War), dodatkowo przyjmuje zgłoszenia z Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia, Stacji Pogotowia Ratunkowego (zespoły PRM), sporadycznie także bezpośrednio od podmiotów leczniczych (oddziałów szpitalnych).

Przekazywane dane zawierają informacje zgodnie z ustalonym "formularzem zgłoszenia" i obejmują:

- datę interwencji medycznej / zdarzenia (zatrucia; zastosowania NSP),
- nazwę placówki zgłaszającej fakt interwencji medycznej,

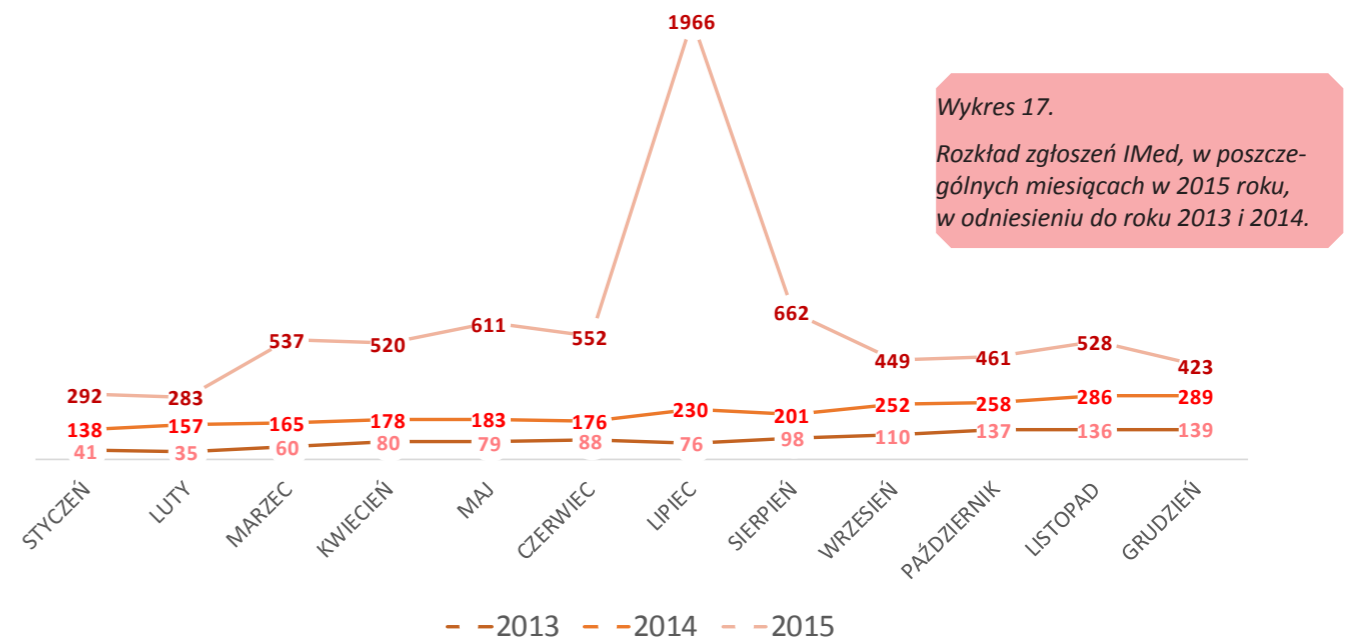
- wiek i płeć pacjenta,
- miejsce zdarzenia (miejscowość zdarzenia),
- miejsce udzielonej pomocy medycznej (nazwa placówki ochrony zdrowia),
- tryb udzielonej pomocy (ambulatoryjna, SOR, hospitalizacja),
- nazwę produktu „dopalaczowego” lub NSP (jeśli uzyskano taką informację).

Do rejestru włączane były zgłoszenia określone, jako: „dopalacz”, „nieznany dopalacz”, nieznana substancja psychoaktywna, nieokreślona substancja [psychoaktywna], wymienione z nazwy NSP lub produkty „dopalaczowe”. Dane miesięczne i roczne, w sposób kompleksowy przygotowuje Ośrodek Kontroli Zatruc-Warszawa.

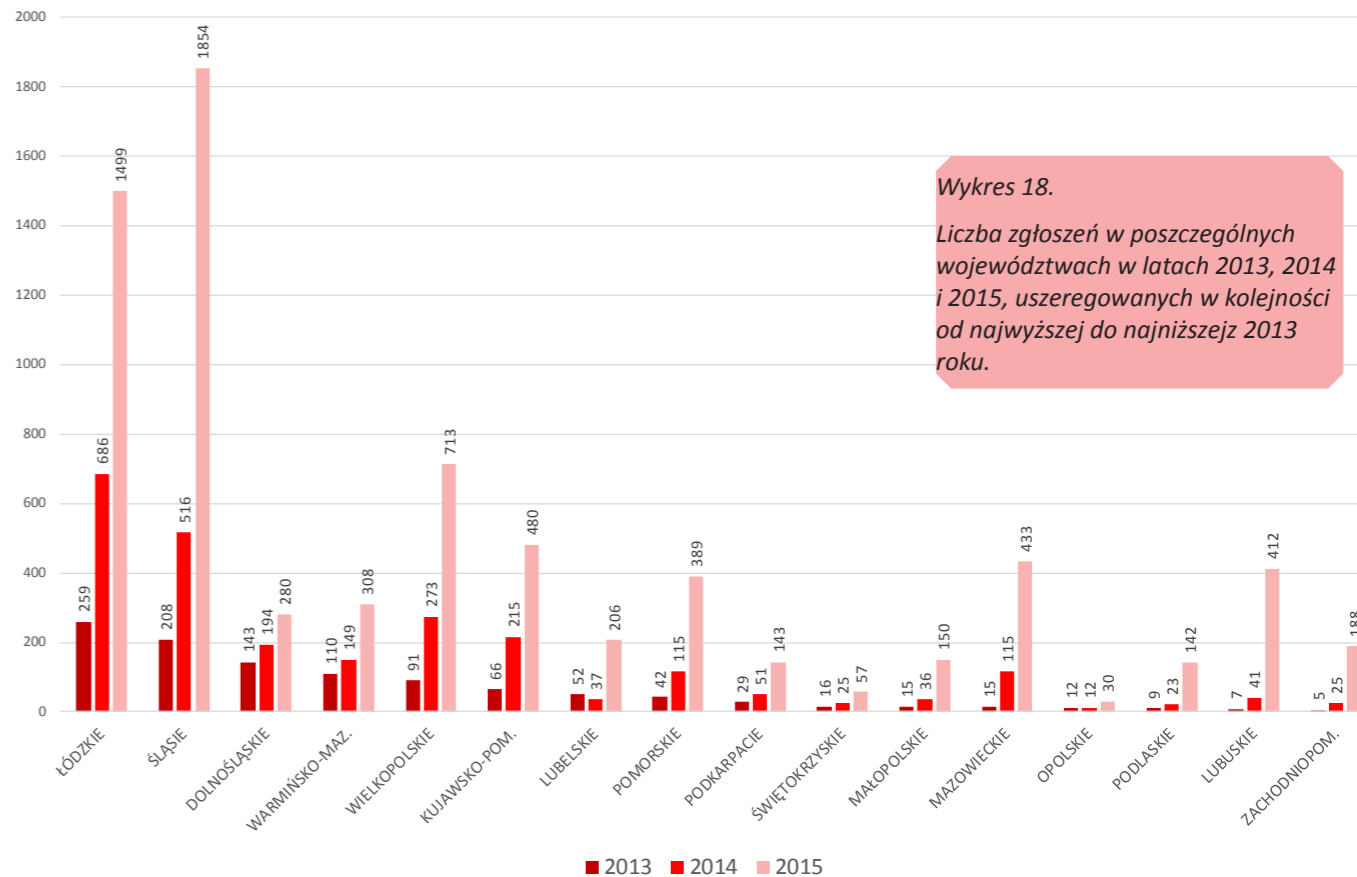
## LICZBA ZGŁOSZEŃ Z TERENU KRAJU I POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTW W 2015 R.

W roku 2015 do OKZ-War z terenu kraju zostały zgłoszone łącznie 7284 przypadki interwencji medycznych (IMed) związanych z zatruciem/podejrzeniem zatrucia nowymi substancjami

psychoaktywnymi/środkami zastępczymi. We wszystkich województwach nastąpił wzrost liczby zgłoszonych IMed w porównaniu z latami ubiegłymi (wykres 17.).



Wykres 17. Rozkład zgłoszeń IMed, w poszczególnych miesiącach w 2015 roku, w odniesieniu do roku 2013 i 2014.



Wykres 18. Liczba zgłoszeń w poszczególnych województwach w latach 2013, 2014 i 2015, uszeregowanych w kolejności od najwyższej do najniższej 2013 roku.

Największa liczba zgłoszeń w 2015 roku pochodziła z województwa śląskiego (n=1854) i łódzkiego (n=1499), oraz województwa wielkopolskiego (n=713)

Najmniejszą liczbę IMed zanotowano w województwie opolskim (n=30), podlaskim (n=142) oraz podkarpackim (n=143).

## LICZBA ZGŁOSZEŃ Z TERENU KRAJU I POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTW W 2016 R.

W roku 2016 do OKZ-War, z terenu kraju zostało zgłoszonych łącznie 4369 przypadków interwencji medycznych związanych z zatruciem/podejrzeniem zatrucia nowymi substancjami psychoaktywnymi/środkami zastępczymi.

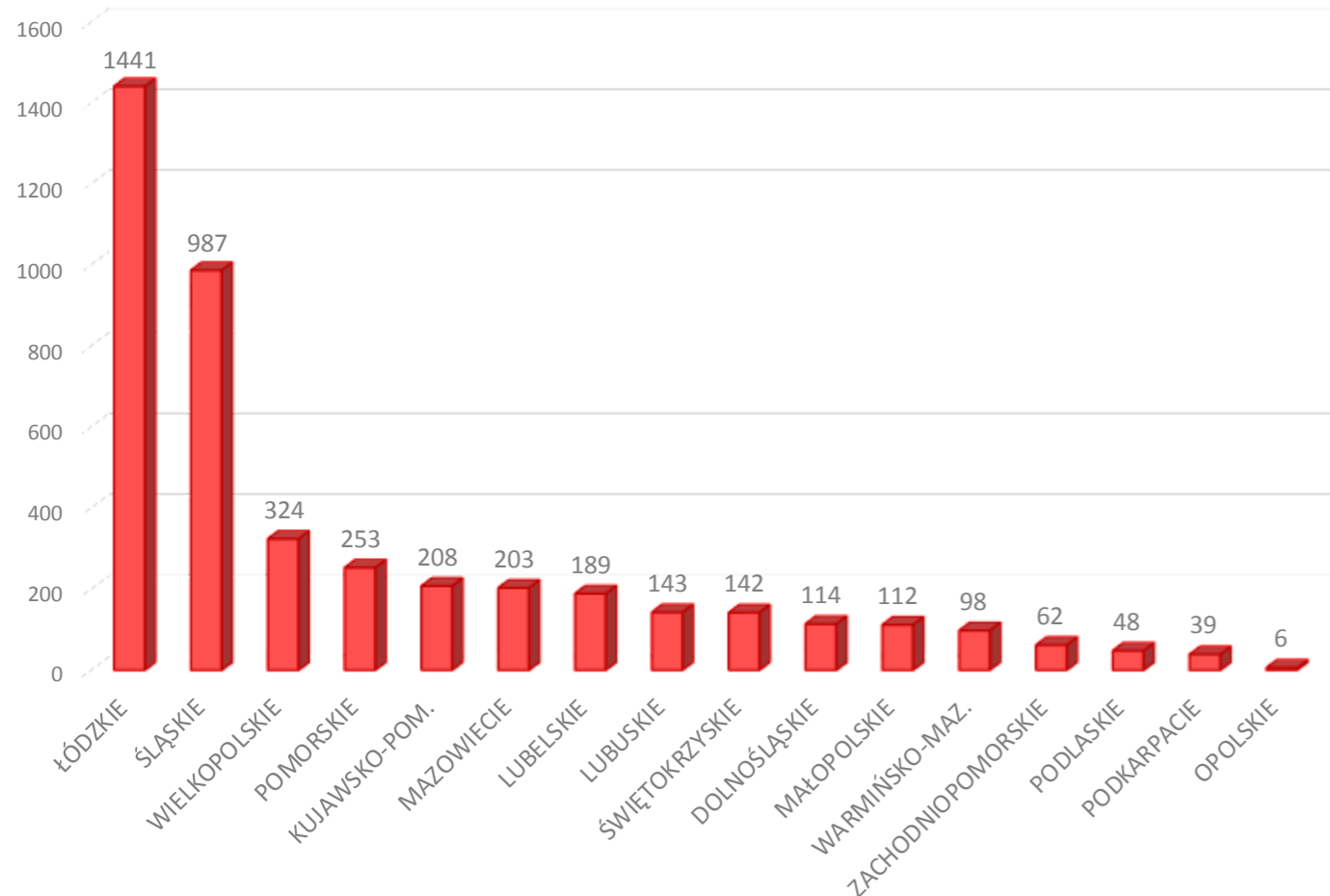
Największa liczba zgłoszeń pochodziła z województwa łódzkiego (n=1441), śląskiego (n=987) oraz wielkopolskiego (n=324) (Wykres 17).

Najmniejszą liczbę IMed zanotowano w województwie opolskim (n=6), podkarpackim (n=39) oraz województwie podlaskim (n=48). Z województwa świętokrzyskiego w 2016 r. zgłoszono 10 przypadków

więcej niż w 2015 r. (n=132 / 142). W województwie łódzkim liczba zgłoszeń była nieznacznie mniejsza niż w roku 2015 (n=1441 / 1499).

W pozostałych województwach w stosunku do roku 2015 nastąpiło zmniejszenie liczby zgłoszeń IMed. Największy ich spadek odnotowano w województwach: opolskim, podkarpackim, podlaskim i zachodniopomorskim.

W skali roku, zgłoszenia z trzech województw: łódzkiego, śląskiego i wielkopolskiego (n=2752) wynosiły łącznie ponad 62% wszystkich zgłoszeń z terenu kraju; odpowiednio - 33%, 22% i 7,4%.



Wykres 19. Liczba zgłoszeń z poszczególnych województw w 2016 r.

Średnia miesięczna liczba zgłoszeń w 2016 r. wynosiła n=364 (max. 433 - w marcu i w maju, min. 287- w listopadzie)

Wśród 4369 zgłoszeń IMed w 2016 r. 3838 dotyczyło mężczyzn (87,8%), 521 kobiet (11,9%); w 10 przypadkach nie odnotowano płci (0,3%).

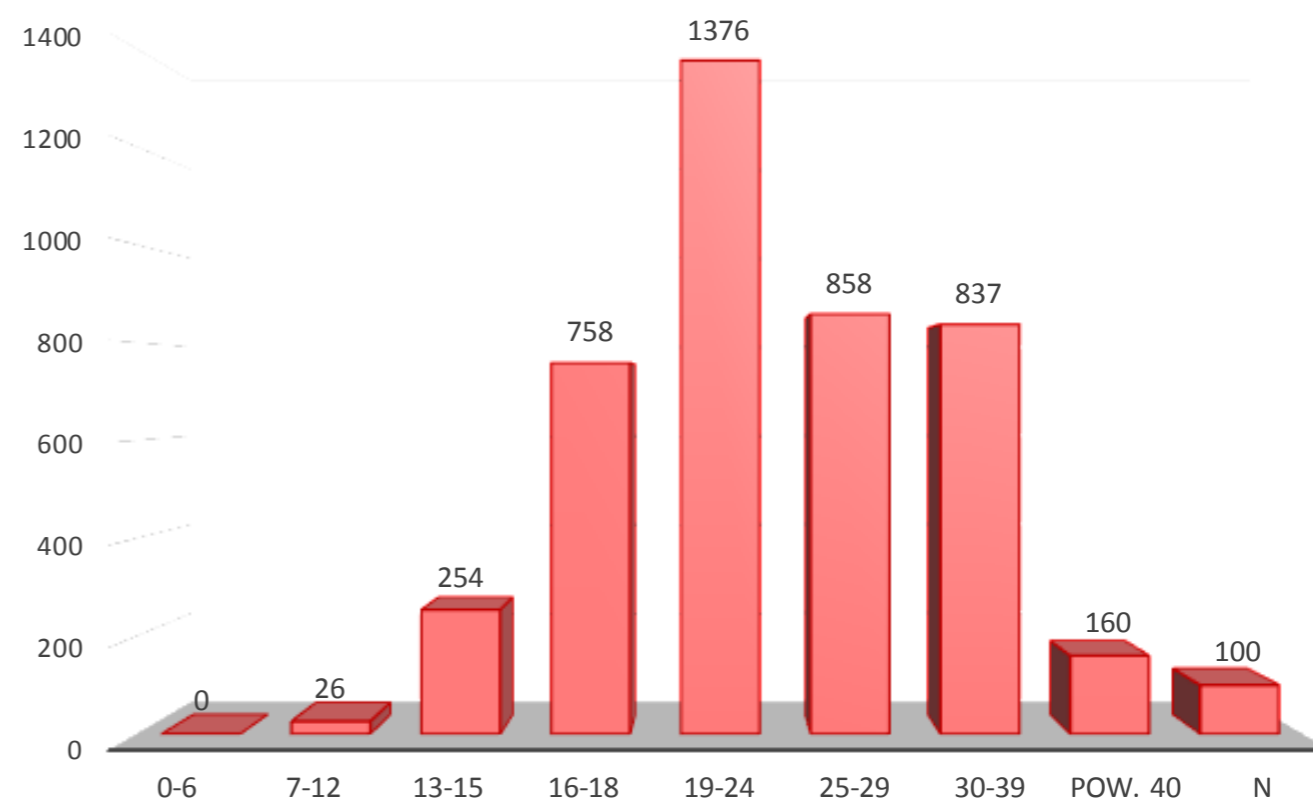
## LICZBA ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA GRUPY WIEKOWE W SKALI KRAJU W 2015 I 2016 R.

Liczy zgłoszeń (liczby bezwzględne) w poszczególnych grupach wiekowych przedstawione są w tabeli (Tabela 5.)

	Grupa wiekowa	Przedział wiekowy	Liczba zgłoszeń 2015	Liczba zgłoszeń 2016
<b>do 18 r.ż.</b>	1	0 - 6 lat	2	0
	2	7 - 12 lat	29	26
	3	13 - 15 lat	528	254
	4	16 - 18 lat	1517	758
<b>powyżej 18 r.ż.</b>	5	19 - 24 lata	2400	1376
	6	25 - 29 lat	1231	858
	7	30 - 39 lat	1245	837
	8	powyżej 40 r.ż.	185	160
<b>nie ustalony</b>	9		147	100
<b>RAZEM</b>			<b>7284</b>	<b>4369</b>

Tabela 5. Liczba zgłoszeń w poszczególnych grupach wiekowych w 2015 i 2016 r. (w skali kraju).

W 2016 r. najwyższy odsetek zgłoszeń IMed wiekowymi były: 25-29 lat (19,6%), 30-39 lat (19,1%), dotyczył grupy wiekowej 19-24 lata i wynosił prawie 16-18 lat (17,3%). 1/3 wszystkich zgłoszeń (31,5%). Kolejnymi grupami



Wykres 20. Liczba zgłoszeń w poszczególnych grupach wiekowych w 2016 r.

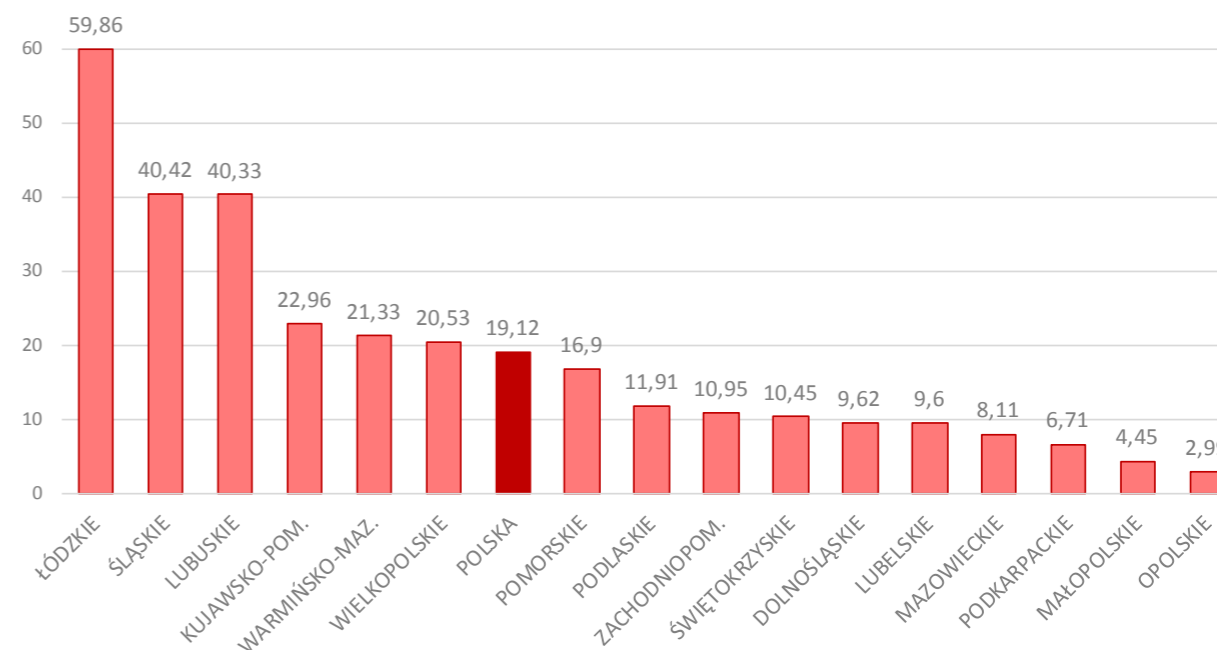
## WSKAŹNIKI IMED (ZATRUĆ / PODEJRZEŃ ZATRUĆ NSP) NA 100 000 MIESZKAŃCÓW W SKALI KRAJU I POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTW W 2015 I 2016 R.



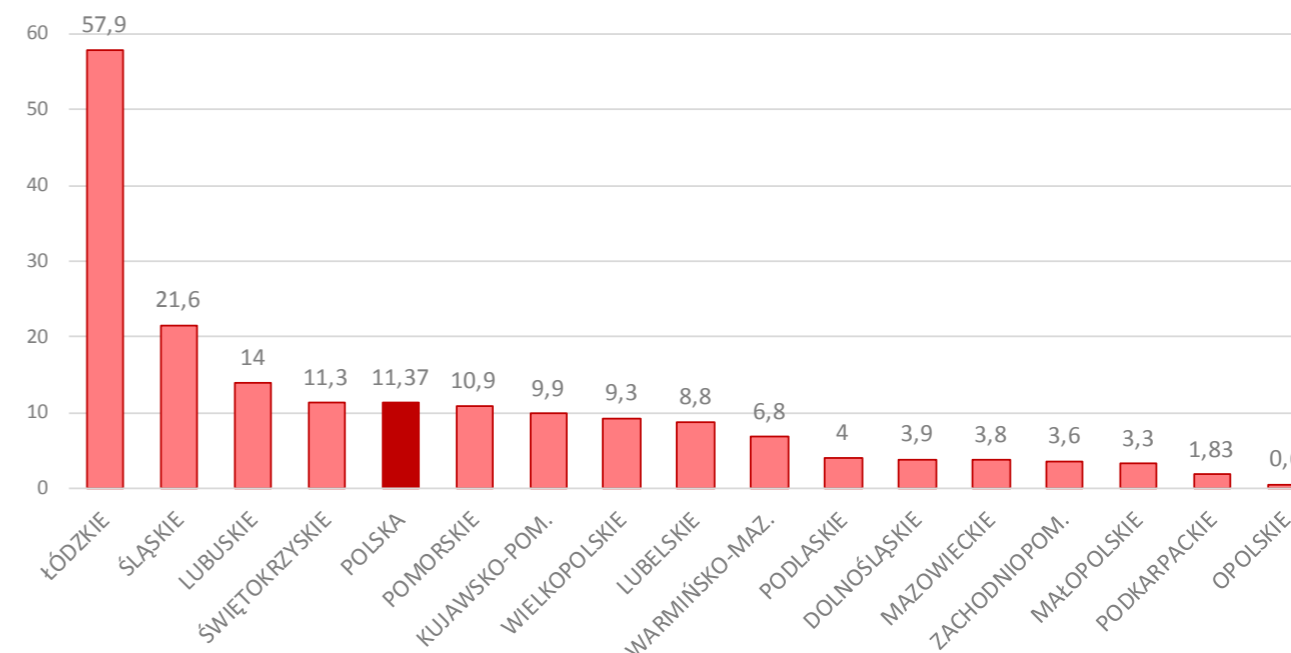
W obliczeniach wskaźników (wsk.), liczba mieszkańców określona została według stanu na dzień 30.VI. danego roku, na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego. Wskaźniki przedstawione są w formie tabeli i wykresu (Tabela 4.; Wykres 21, 22).

Lp	Województwo	Wskaźnik na 100 tysięcy mieszkańców województw 2015	Wskaźnik na 100 tysięcy mieszkańców województw w 2016
1	dolnośląskie	9,62	3,92
2	lubuskie	22,96	9,57
3	lubelskie	9,6	8,84
4	lubuskie	40,33	14,05
5	łódzkie	59,86	57,9
6	małopolskie	4,45	3,31
7	mazowieckie	8,11	3,78
8	opolskie	2,99	0,6
9	podkarpackie	6,71	1,83
10	podlaskie	11,91	4,84
11	pomorskie	16,9	10,94
12	śląskie	40,42	21,62
13	świętokrzyskie	10,45	11,31
14	warmińsko-mazurskie	21,33	6,81
15	wielkopolskie	20,53	9,31
16	zachodniopomorskie	10,95	3,82
	Wskaźnik / 100 tys. mieszkańców Polski	19,12	11,37

Tabela 6. Wskaźniki zatruc/podejrzeń zatruc NSP w skali kraju i w poszczególnych województwach w 2015 i 2016 r.



Wykres 21. Wskaźniki zatruc/podejrzeń zatruc NSP w skali kraju i w poszczególnych województwach w 2015 r. (od najwyższego).



Wykres 22. Wskaźniki zatruc/podejrzeń zatruc NSP w skali kraju i w poszczególnych województwach w 2016 r. (od najwyższego).

Dla porównania w rekordowym pod względem liczby zatruc „dopalaczami” 2015 r. najwyższy wskaźnik odnotowano w województwach: łódzkim (wsk.=57,9), śląskim (wsk.=21,62) i lubuskim (wsk.=14,05). Były one wyższe od wskaźnika obliczonego w skali kraju, który w 2016 r. wyniósł wsk.=11,37. W pozostałych województwach wskaźniki były niższe od średniej krajowej. Najniższe dotyczyły województw: opolskiego (wsk.=0,6), podkarpackiego (wsk.=1,83), małopolskiego (wsk.=3,3).

W roku 2015 zgłoszone zostały 22 przypadki zgonów mogących mieć związek z użyciem NSP.

W roku 2016 do OKZ-War zgłoszono 3 przypadki zgonów mogących mieć związek z użyciem nowych substancji psychoaktywnych - dwa przypadki zgłoszone przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Katowicach, jeden - ze Szpitala w Piotrkowie Trybunalskim, woj. łódzkie.

## OKRES 2013 - 2016

W roku 2016 liczba zgłoszeń zatruc/podejrzeń zatruc tzw. „dopalaczami” wyniosła n=4369 przypadków. W porównaniu rokiem 2015 odnotowano spadek liczby zgłoszeń o około 40% (2015 n=7284).

We wszystkich województwach, poza województwem świętokrzyskim - w którym zarejestrowano w 2016 r. więcej zgłoszeń niż w roku poprzednim (n=142 vs n=132), liczba zgłoszeń z 2016 r. była niższa od liczby z roku 2015.

Największa liczba zgłoszeń w 2016 r. pochodziła z województwa łódzkiego (n=1441), w którym

odnotowano tylko niewielki ich spadek zgłoszeń w porównaniu z rokiem 2015 (n=1499).

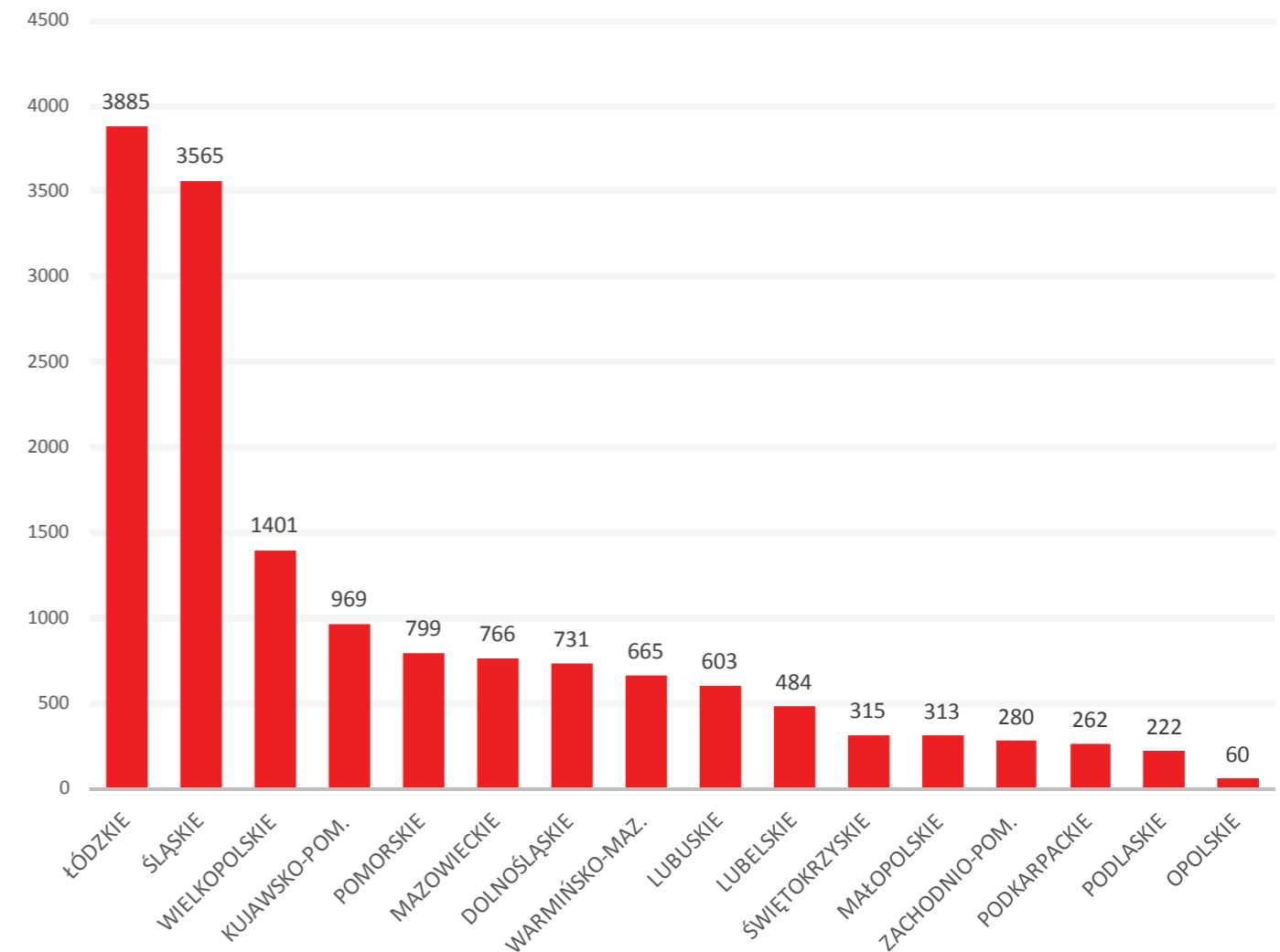
W województwie śląskim odnotowano w 2016 r. (n=987) prawie 2-krotny spadek zgłoszeń w stosunku do roku 2015 (n=1854).

W województwie wielkopolskim liczba zgłoszeń z 2016 r. (n=324) była ponad 2-krotnie niższa niż w roku 2015 (n=713).

W dwóch województwach - dolnośląskim i opolskim, liczba zgłoszeń zatruc/podejrzeń zatruc NSP w roku 2016 była niższa niż w roku 2013.

Województwo	2013	2014	2015	2016	Razem
dolnośląskie	143	194	280	114	731
kujawsko-pomorskie	66	215	480	208	969
lubelskie	52	37	206	189	484
lubuskie	7	41	412	143	603
łódzkie	259	686	1499	1441	3885
małopolskie	15	36	150	112	313
mazowieckie	15	115	433	203	766
opolskie	12	12	30	6	60
podkarpackie	29	51	143	39	262
podlaskie	9	23	142	48	222
pomorskie	42	115	389	253	799
śląskie	208	516	1854	987	3565
świętokrzyskie	16	25	132	142	315
warmińsko-mazurskie	110	149	308	98	665
wielkopolskie	91	273	713	324	1401
zachodniopomorskie	5	28	188	62	280
<b>RAZEM</b>	<b>1082</b>	<b>2513</b>	<b>7359</b>	<b>4369</b>	<b>15320</b>

Tabela 7. Zgłoszenia zatruc / podejrzeń zatruc (w liczbach bezwzględnych) z poszczególnych województw w latach 2013-2016.



Wykres 23. Łączna liczba zgłoszeń z poszczególnych województw w okresie 2013-2016.

Łączna liczba zarejestrowanych zgłoszeń zatruc/podejrzeń zatruc NSP w skali kraju, w latach 2013-2016 wyniosła n=15320. Najwyższą miesięczną liczbę zarejestrowano w lipcu 2015 roku w woj. śląskim (n=1854).

W okresie 2013-2016 największą liczbę IMed odnotowano w województwie łódzkim (n=3885), województwie śląskim (n=3565) i województwie wielkopolskim (n=1401). Zgłoszenia z tych województw stanowiły ponad połowę [57,77%] wszystkich zgłoszeń w tych latach.

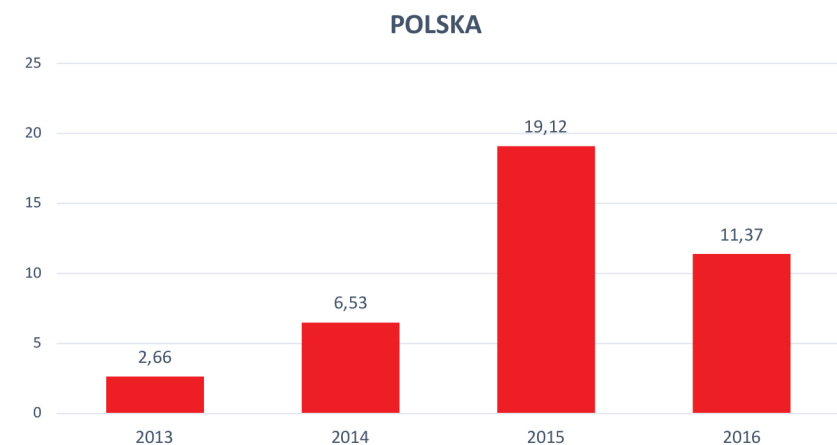
Najniższa liczba zarejestrowanych IMed w tym okresie dotyczyła województw: opolskiego (n=60), podlaskiego (n=222) i podkarpackiego (n=262).

W latach 2013, 2014 i 2016 najwyższy odsetek zgłoszeń dotyczył województwa łódzkiego - odpowiednio 24%, 27,3% i 33% (w roku 2015 20,4%).

W roku 2015 najwięcej zgłoszeń odnotowano w województwie śląskim. Stanowiły one 25,2% wszystkich zarejestrowanych IMed w skali kraju. Najniższy odsetek zgłoszeń w latach 2013-2016 dotyczył województw: opolskiego - 0,4%, podlaskiego - 1,4% i województwa podkarpackiego - 1,7%.

Zdarzenia o charakterze zatrucia/podejrzenia zatrucia NSP dotyczą w znacznym stopniu mężczyzn. W okresie 2013-2016 łączny odsetek mężczyzn z zatruciem/podejrzeniem zatrucia NSP wyniósł 84,6%, kobiet - 14,6%, a w 0,8% - brak danych o płci.

## WSKAŹNIKI ZATRUĆ/PODEJRZEŃ ZATRUĆ NSP W SKALI KRAJU I POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH W LATACH 2013-2016.

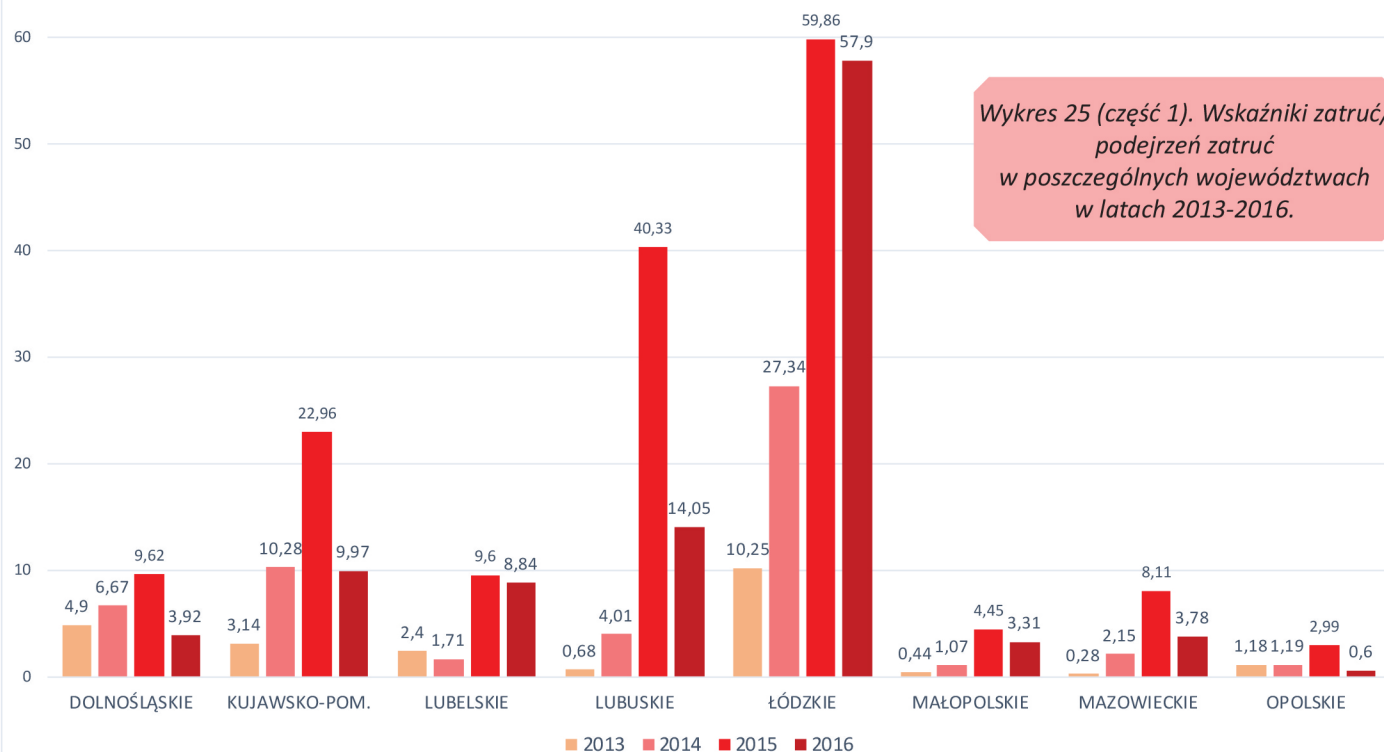


Wykres 24. Wskaźniki zatruc/podejrzeń zatruc NSP w skali kraju w latach 2013-2016

W 2016 roku wskaźnik na 100 tys. mieszkańców Polski wyniósł wsk.=11,37 i zmniejszył się w stosunku do roku 2015 (wsk.=19,12).

Najwyższe wskaźniki odnotowano w roku 2015, w którym również zarejestrowano największą liczbę zgłaszanych zatruc/podejrzeń zatruc NSP z poszcze-

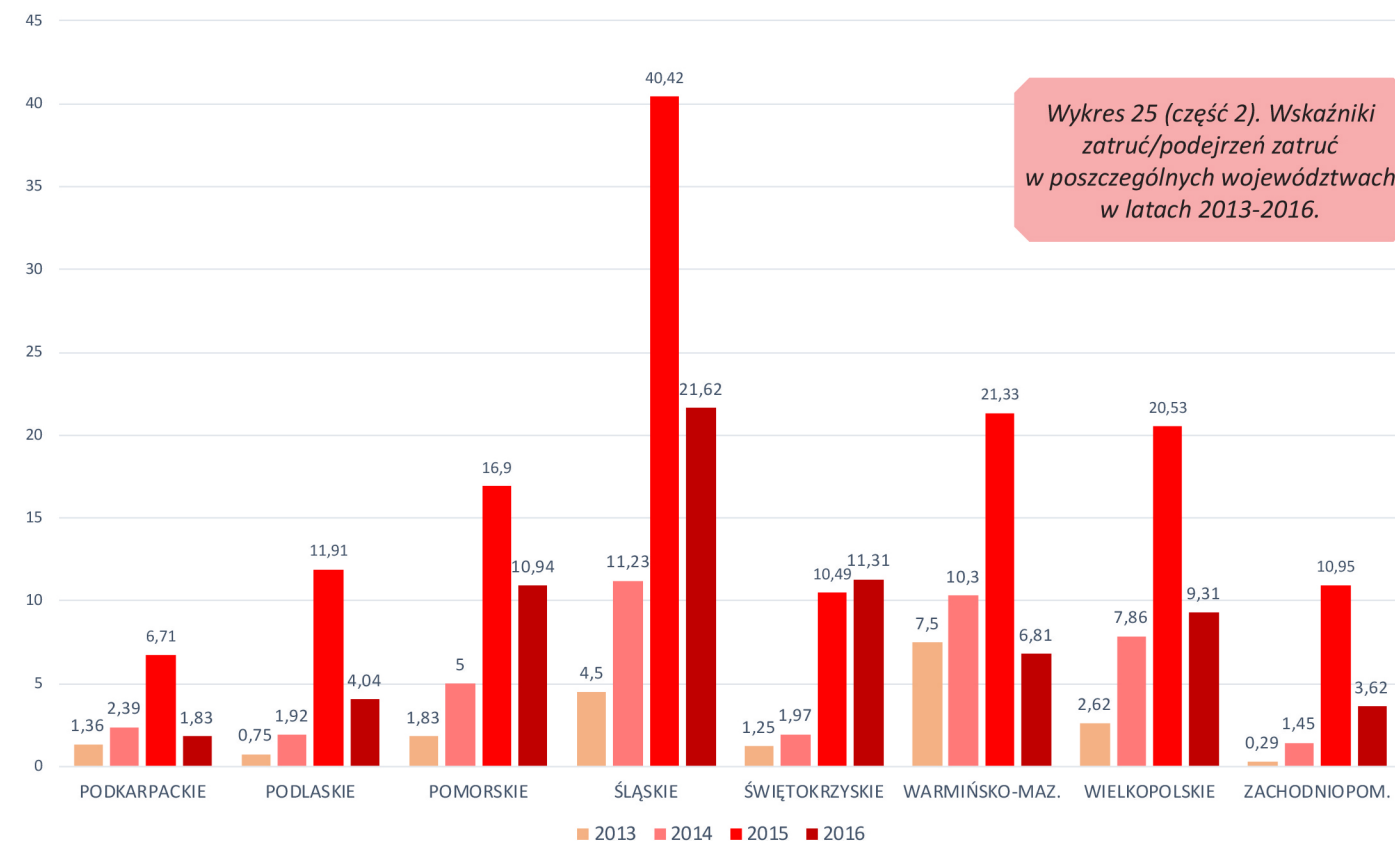
gólnych województw oraz największą liczbę zgonów. Było to związane prawdopodobnie z planowanymi zmianami prawnymi. Ponad 100 substancji psychoaktywnych miało być objęte prawem karnym. Agresywnie więc promowano i wprowadzano na rynek różne „dopalacze”, z których najbardziej znany był wówczas „Mocarz”.



Wykres 25 (część 1). Wskaźniki zatruc/podejrzeń zatruc w poszczególnych województwach w latach 2013-2016.

W latach 2013-2016 najwyższe wskaźniki IMed na 100 tys. mieszkańców regionu dotyczyły województwa łódzkiego (2013 wsk.=10,25; 2014 wsk.=27,34; 2015 wsk.=59,86; 2016 wsk.=57,9) i województwa śląskiego (2013 wsk.=4,5; 2014 wsk.=11,23; 2015 wsk.=40,42; 2016 - wsk.=21,62).

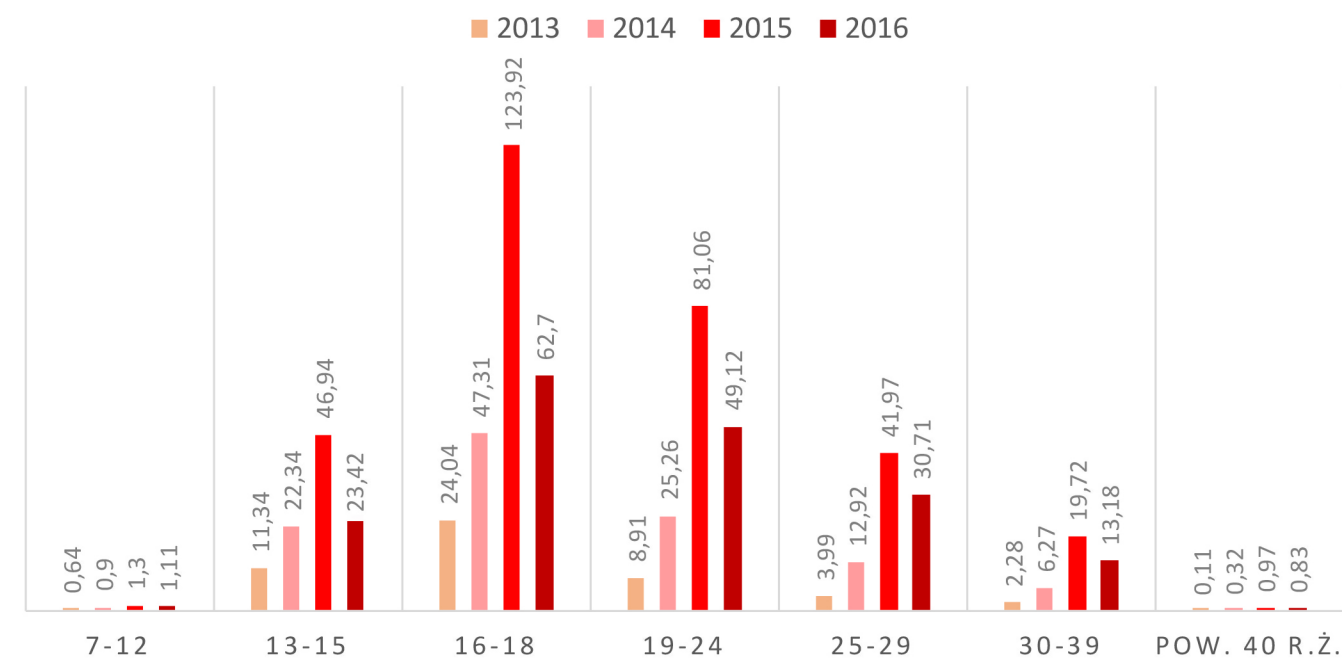
W regionie lubelskim, łódzkim i małopolskim wartości wskaźników z roku 2016 były nieznacznie niższe niż w roku 2015. W tych województwach odnotowano najmniejszy spadek ich wartości w stosunku do roku poprzedzającego.



Wykres 25 (część 2). Wskaźniki zatruc/podejrzeń zatruc w poszczególnych województwach w latach 2013-2016.

## WSKAŹNIKI DLA GRUP WIEKOWYCH W SKALI KRAJU, W LATACH 2013-2016

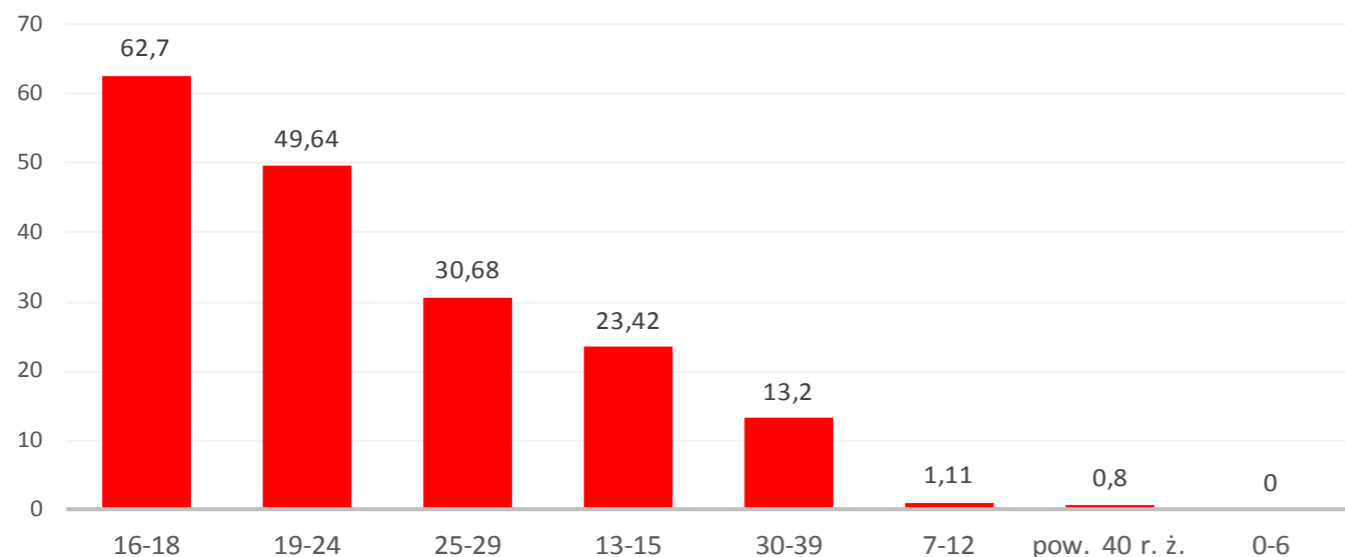
Określenie wskaźników IMed na 100 tysięcy populacji w poszczególnych grupach wiekowych wskazuje przedziały wiekowe pacjentów, którzy są najbardziej narażeni na występowanie epizodów ostrych zatruc/podejrzeń zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi. Wartości wskaźników dla poszczególnych grup wiekowych przedstawione są na wykresie.



Wykres 26. Wartości wskaźników IMed dla poszczególnych grup wiekowych w skali kraju w latach 2013-2016.



W latach 2013-2016 w skali kraju najwyższe wskaźniki IMed na 100 tys. populacji dotyczyły grupy wiekowej 16-18 lat. Najwyższy odnotowano w roku 2015 (wsk.=123,92). W roku 2016 jego wartość wyniosła wsk.=62,7 i odznaczała się największym spadkiem wartości wskaźników dla innych grup wiekowych w porównaniu do roku poprzedzającego (2015).



Wykres 27. Wskaźniki IMed na 100 tys. wg. grup wiekowych w skali kraju w 2016 r.

## ZGONY W LATACH 2013-2016

W latach 2013-2016 w OKZ-Warszawa zostały zarejestrowane łącznie 34 zgony mogące mieć związek przyczynowo-skutkowy z użyciem NSP (tabela nr 8.).

W roku 2013 zgłoszono 3 przypadki zgonów, z których jeden nie miał związku przyczynowo-skutkowego z użyciem NSP (mężczyzna, lat 17, Grudziądz, woj. kujawsko-pomorskie). Pozostałe zgony (2) miały miejsce na terenie województwa śląskiego. Zidentyfikowane substancje (badanie toksykologiczno-sądowe) to NBOMe25I oraz pentedron+UR-144 („dopalacz” - Pomarańczowy płomień).

W roku 2014 zgłoszono 9 przypadków zgonów. Zgłoszenia pochodziły z województw: śląskiego (4 przypadki), wielkopolskiego (2 przypadki), kujawsko-pomorskiego (1 przypadek), woj. pomorskiego (2 przypadki). Dodatkowo uzyskano informację z województwa podlaskiego (1 przypadek; informacja własna), ale z faktem, że nie została

Z kolei w 2016 r. w skali kraju najwyższy wskaźnik IMed dotyczył grupy wiekowej 16-18 lat i wynosił wsk.=65,22. Kolejne, najbardziej zagrożone grupy wiekowe to: 19-24 lata wsk.=49,64, 25-29 lat wsk.=30,68 oraz 13-15 lat wsk.=23,42.

potwierdzona oficjalnie; nie została uwzględniona w sprawozdaniach rocznych. Jedynie z wywiadów lekarskich uzyskano informację o możliwości zażycia produktów „dopalaczowych” o nazwie „Imitacja produktu Dodatek do piasku koloru niebieskiego” oraz „Talizman kierowcy”. W 5 przypadkach nie uzyskano informacji o potwierdzeniu zatrucia badaniem toksykologiczno-sądowym, w pozostałych 4 przypadkach potwierdzenie nastąpiło na podstawie materiałów toksykologów sądowych; dotyczyły one: 5-MAPB, NBOMe25B+4-CMC oraz NBOMe25B+NBOMe25I.

W roku 2015 zgłoszone zostały 22 przypadki zgonów mogące mieć związek z użyciem NSP. Zgony miały miejsce na terenie woj. śląskiego (8 przypadków), podkarpackiego (3 przypadki), warmińsko-mazurskiego (3 przypadki), lubuskiego (2 przypadki), mazowieckiego (2 przypadki, w tym jeden przypadek zgonu spowodowany zażyciem opiatów), zachodniopomorskiego (2 przypadki), pomorskiego

(1 przypadek) i wielkopolskiego (1 przypadek).

Z wywiadów lekarskich uzyskano informacje o nazwach produktów „dopalaczowych” (ABC+Coccolino+FreshFunky+pentedron; Alfa-PVP+BB-22+THJ-018+MXE+flubromazepam; Mocarz, Rozpałka do grilla) lub nazwie NSP (3MMC, AB-CHMINACA, GBL [środek zastępczy]). W 2 przypadkach uzyskano potwierdzenie użycia nowych substancji psychoaktywnych (AB-CHMINACA oraz 3MMC).

W roku 2016 zgłoszone były 3 przypadki zgonów - z województwa śląskiego (2 przypadki) i woj. łódzkiego (1 przypadek). Ze względu na okoliczności w jednym z przypadków (woj. śląskie) - można przyjąć, że bezpośrednią przyczyną zgonu nie było użycie „dopalacza” (zdarzenie mogło być następstwem użycia NSP) - nie uwzględniono w zbiorczej tabeli. W pozostałych dwóch przypadkach nie uzyskano informacji dotyczącej nazwy produktu „dopalaczowego”, ani nazwy NSP.

Rok	2013	2014	2015	2016	Razem
<b>Liczba zgonów</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>34</b>
śląskie	2	4	8	1	15
pomorskie	0	2	1	0	3
podkarpackie	0	0	3	0	3
warmińsko-maz.	0	0	3	0	3
wielkopolskie	0	2	1	0	3
zach-pomorskie	0	0	2	0	2
lubuskie	0	0	2	0	2
kuj-pomorskie	0	1	0	0	1
łódzkie	0	0	0	1	1
mazowieckie	0	0	1	0	1

Tabela 8. Liczba zgonów w latach 2013-2016

W okresie 2013-2016 zarejestrowane zostały przypadki zgonów, do których doszło w 10 województwach: śląskim (15), pomorskim (3), podkarpackim (3), warmińsko-mazurskim (3), wielkopolskim (3), zachodniopomorskim (2), lubuskim (2), kujawsko-pomorskim (1), łódzkim (1) i mazowieckim (1).

Z pozostałych województw nie zgłoszono przypadków zgonów mogących mieć związek przyczynowo-

-skutkowy z zażyciem NSP. Tylko w 8 przypadkach uzyskano potwierdzenie zażycia nowych substancji psychoaktywnych; w 26 przypadkach nie otrzymano żadnej informacji o substancji psychoaktywnej mogącej być przyczyną zgonu.

Do największej liczby (zarejestrowanych) zgonów (mogących mieć związek z NSP) doszło w roku 2015 (21), w roku 2014 (9).

Rok	Województwo	Nazwa "dopalacza" lub NSP	Potwierdzenie	
			TAK	NIE
2013	śląskie	NBOMe25I	X	
	śląskie	Pomarańczowy płomień( UR-144+pentedron)	X	
2014	śląskie	bronobufedron, ketamina		X
	śląskie	brak danych		X
	śląskie	brak danych		X
	śląskie	Imitacja produktu Dodatek do piasku koloru niebieskiego 0,3g		X
	wielkopolskie	Talizman kierowcy		X
	wielkopolskie	NBOMe25B, NBOMe25I	X	
	kujawsko-pomorskie	5-MAPB	X	
	pomorskie	MBOMe25B, 4-CMC	X	
	pomorskie	2MBOMe25B, 4-CMC	X	
	2015	zachodniopomorskie	brak danych	
zachodniopomorskie		brak danych		X
podkarpackie		brak danych		X
podkarpackie		Mocarz		X
podkarpackie		brak danych		X
lubuskie		brak danych		X
lubuskie		brak danych		X
warmińsko-mazurskie		brak danych		X
warmińsko-mazurskie		brak danych		X
warmińsko-mazurskie		ABC, Coccolino, Fresh Funky, pentedron		X
śląskie		AB-CHMINACA	X	
śląskie		brak danych		X
śląskie		brak danych		X
śląskie		GBL (?)		X
śląskie		alfa-PVP, BB-22, THJ-018, MXE, flubromazepam		X
śląskie		Rozpatka do grilla		X
śląskie		Mocarz		X
śląskie		brak danych		X
pomorskie		brak danych		X
wielkopolskie		3MMC	X	
mazowieckie	brak danych		X	
2016	śląskie	brak danych		X
	łódzkie	brak danych		X

Tabela.9. Zgony zgłoszone z terenu kraju w latach 2013-2016 mogące mieć związek przyczynowo-skutkowy z zażyciem NSP.

W materiale wykorzystano obszerne fragmenty niepublikowanych opracowań autorstwa dr n. med. Piotra Burdy, Krajowego Konsultanta w dziedzinie Toksykologii Klinicznej, Kierownika Ośrodka Kontroli Zatruc w Warszawie, przygotowanych na potrzeby Głównego Inspektoratu Sanitarnego;

1. „Epidemiologia przypadków zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP) z uwzględnieniem rozmieszczenia geograficznego i wieku osób,

zgłoszonych przez podmioty lecznicze (przychodnie i szpitale) w latach 2013-2015.” Warszawa 2016 r.

2. „Epidemiologia przypadków zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP) z uwzględnieniem rozmieszczenia geograficznego i wieku osób, zgłoszonych przez podmioty lecznicze (przychodnie i szpitale) w roku 2016 z uwzględnieniem sytuacji epidemiologicznej w latach poprzednich” – Warszawa 2017 r.



autor: Agata Horwat  
nagroda w konkursie „Stop dopalaczom”

# BADANIA W OBSZARZE RYNKU ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH I NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH - „MŁODZIEŻ A „DOPALACZE” – POSTAWY I ZACHOWANIA”



W ciągu ostatnich lat środki zastępcze nazywane potocznie „dopalaczami” stwarzały zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi. Państwowa Inspekcja Sanitarna przeciwstawia się rynkowi nowych narkotyków nie tylko działaniami administracyjnymi, ale również prowadzoną edukacją wśród młodzieży. Dla lepszego dopasowania działań profilaktycznych zostało przeprowadzone badanie „Młodzież a „dopalacze””.

Badanie zrealizowano we wrześniu 2016 roku w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety na reprezentatywnej grupie 5500 uczniów w wylosowanych szkołach w Polsce. Badaniem objęto 14-15 latków (uczniów II klas gimnazjów) oraz 17-18 latków (uczniów II klas liceów, techników i zasadniczych szkół zawodowych). W każdej z wylosowanych szkół ankietę wypełniali wszyscy obecni w klasie tego dnia uczniowie. Losowanie miało charakter warsztatowy proporcjonalny, błąd szacunku nie przekracza 1,32 punktu procentowego przy poziomie ufności równym 95%. Projekt był współfinansowany ze środków Szwajcarsko - Polskiego Programu Współpracy w ramach projektu KIK/68 pn.: „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”.

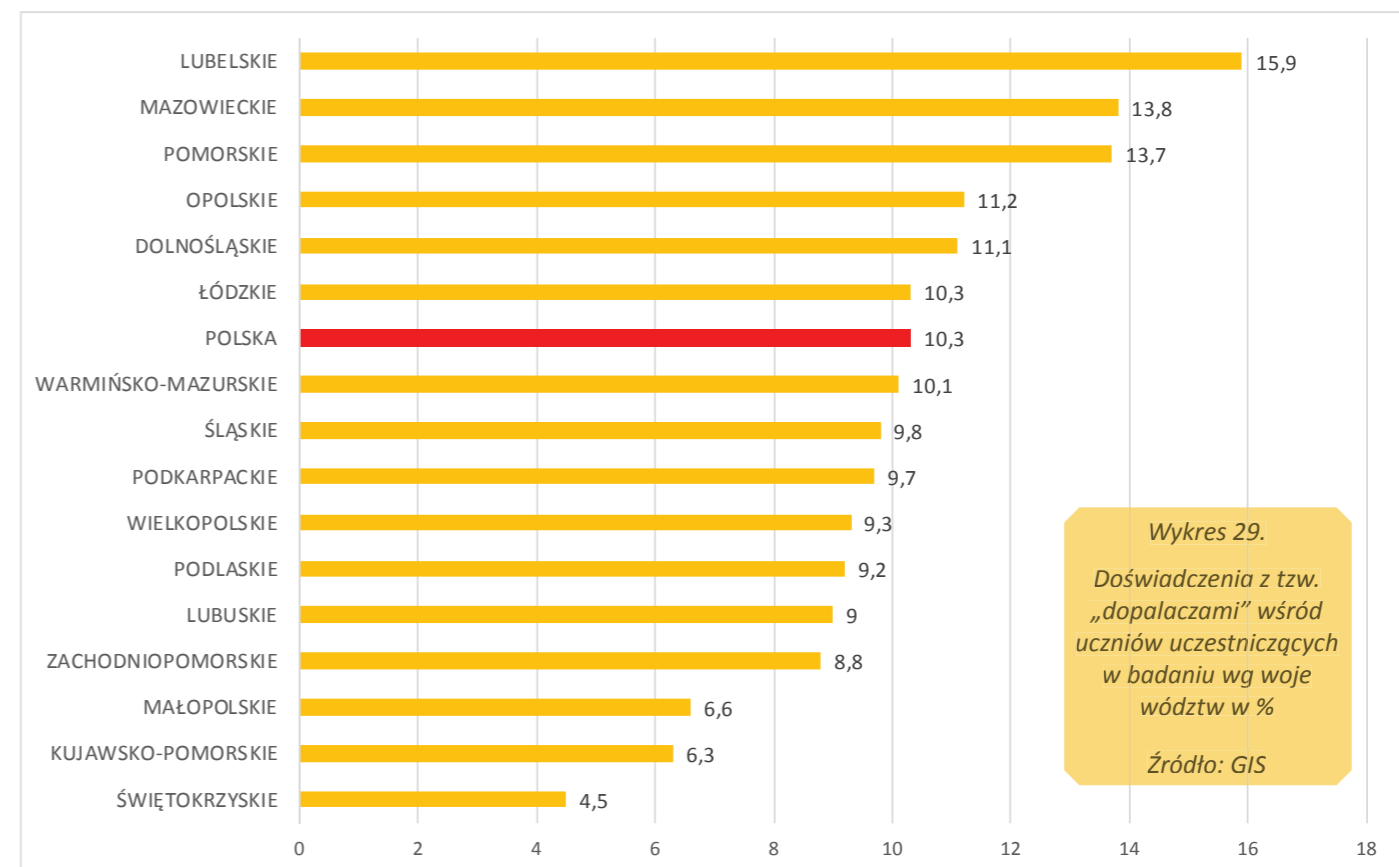
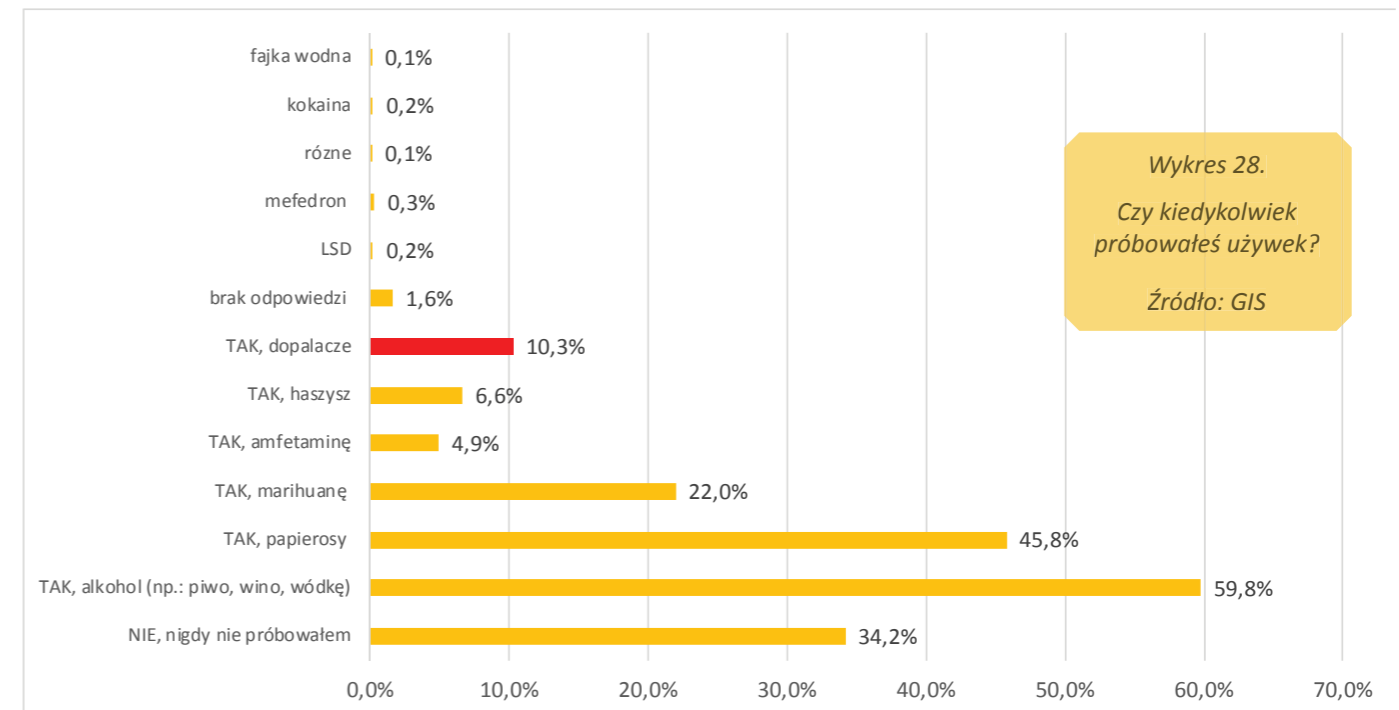
Głównym celem projektu było poznanie obrazu młodych Polaków w kontekście rynku „nowych narkotyków”. Badaczy interesowało scharakteryzowanie grupy użytkowników środków zastępczych, poznanie natężenia zjawiska w poszczególnych regionach kraju, jak również określenie kanałów dystrybucji i zachowań konsumenckich. W opisie młodzieży istotne było uwzględnienie poziomu wiedzy o szkodliwości i motywacji młodych ludzi do przyjmowania narkotyków nowej generacji.

Zebrane w projekcie dane pozwoliły na scharakteryzowanie badanej populacji. Nieco ponad połowę respondentów stanowili chłopcy, jak również osoby mieszkające w miastach. Większość uczniów uczestniczących w badaniu mieszka z rodzicami i rodzeństwem. Niemal wszyscy mieszkają w domach rodzinnych, a tylko nieliczni w innych miejscach, jak domy innych członków rodziny, internaty czy samodzielnie wynajmowane mieszkania. Rodzice lub opiekunowie, co piątego z uczniów pracują poza miejscem zamieszkania (ponad 100 km lub zagranicą).

Na podstawie wyników badania (Wykres 28) został określony poziom doświadczeń uczniów z używkami, jako dość wysoki. Tylko jeden na trzech badanych

zadeklarował brak wcześniejszych doświadczeń z jakimikolwiek używkami. Pozostali w większości wskazywali korzystanie z różnych postaci alkoholu (niemal 60 %) oraz papierosów (46 %). 22% uczniów uczestniczących w badaniu zadeklarowała kontakt

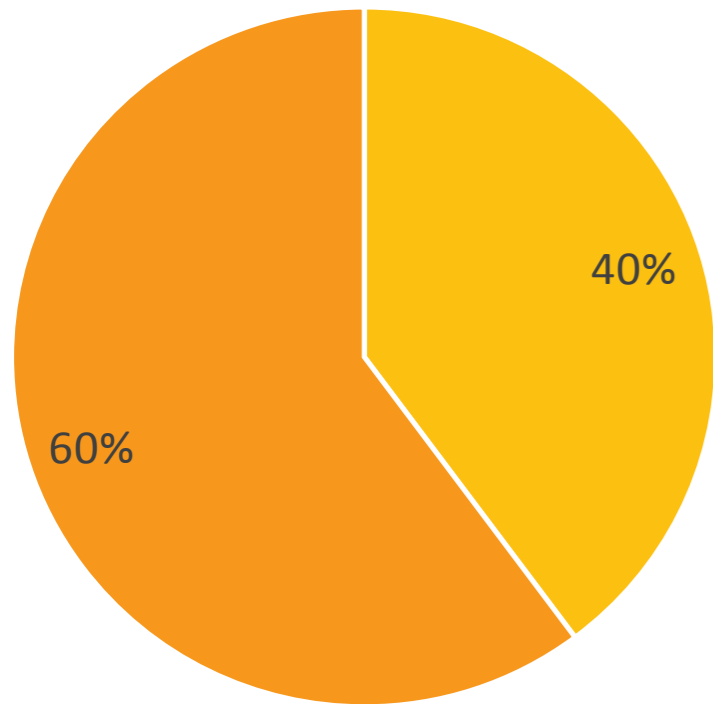
z marihuaną. Narkotyki nowej generacji były natomiast wcześniej zażywane, przez co 10 ucznia (choć dalsze szczegółowe wyniki nieco korygują tę wartość). Wśród wskazań używek, z jakimi eksperymentowała młodzież, nie pojawiła się heroina.



W celu oszacowania skali zjawiska na terenie Polski uzyskane w badaniu dane zostały zestawione z uwzględnieniem zróżnicowania regionalnego (Wykres 29). Relatywnie najczęściej kontakt z narkotykami nowej generacji zadeklarowali uczniowie z województw: lubelskiego, mazowieckiego oraz pomorskiego. Na przeciwnym biegunie, z najniższym poziomem wskazań na doświadczenia z tzw. „dopalaczami”, znalazły się województwa: świętokrzyskie, kujawsko-pomorskie i małopolskie.

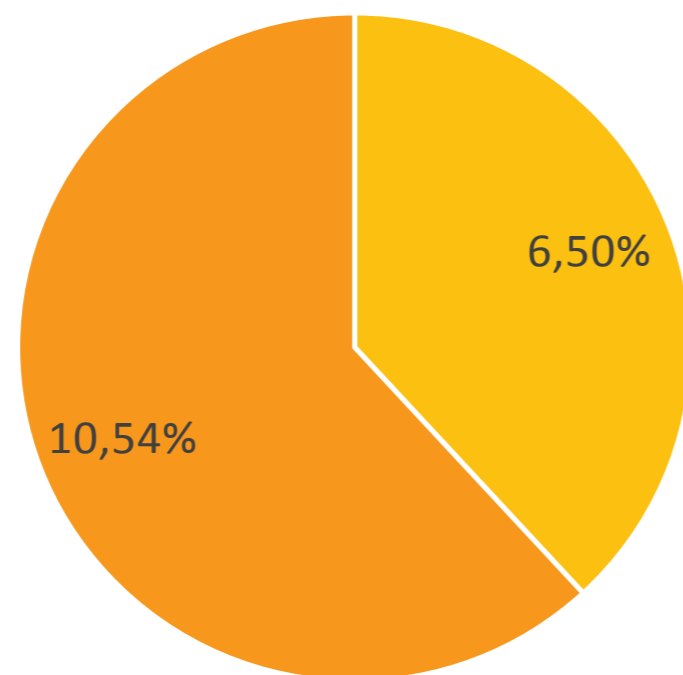
Różnica pomiędzy województwami z najniższym udziałem wskazań na ich używanie, a tymi, gdzie doświadczenia były najczęstsze, jest znacząca (występuje ponad 3,5-krotna różnica w częstości wskazań).

W obszarze zainteresowań badaczy była analiza doświadczeń z nowymi narkotykami ze względu na płeć. Zgodnie z deklaracjami respondentów chłopcy sięgali po nie częściej niż badane dziewczęta (Wykres 30).



Wykres 30. Doświadczenia z tzw. „dopalaczami” wg płci respondentów  
Źródło: GIS

■ dziewczęta ■ chłopcy

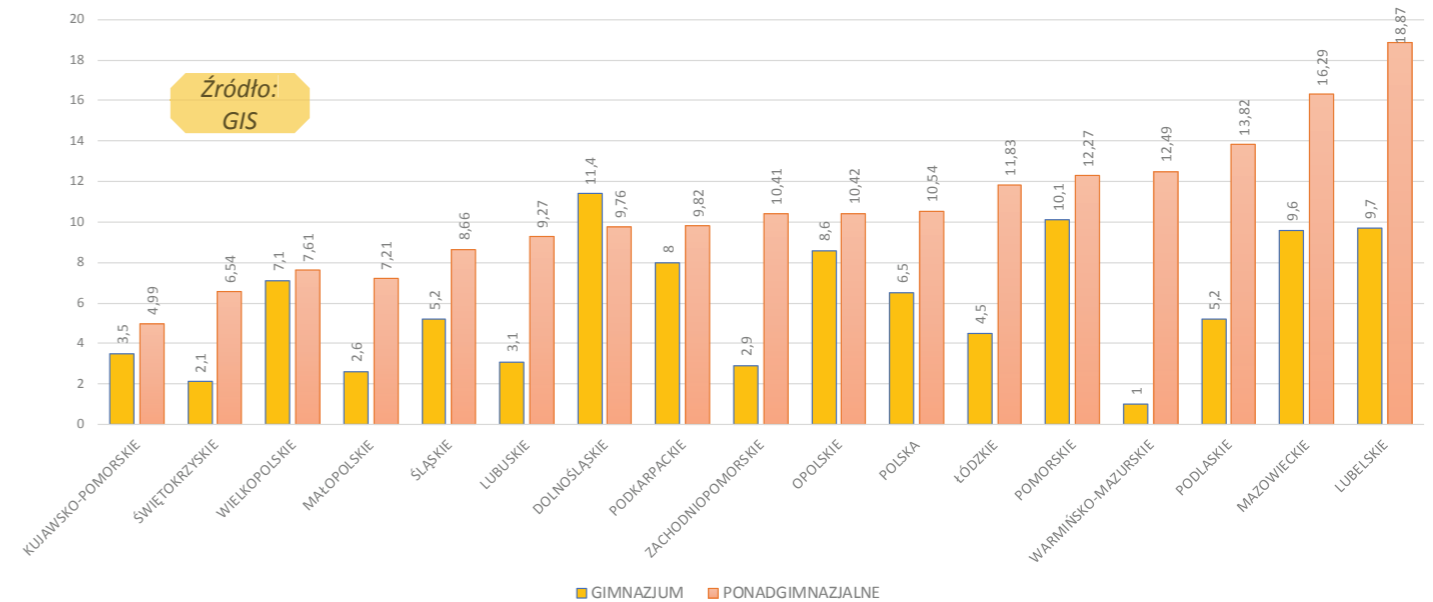


■ gimnazjum ■ ponadgimnazjalne

Wykres 31. Doświadczenia z tzw. „dopalaczami” w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych  
Źródło: GIS

Zgromadzone w badaniu dane dostarczyły informacji na temat doświadczeń z używkami wśród uczniów uczestniczących w badaniu wg rodzaju szkoły (Wykres 31). Wyniki badania pokazują, że odsetek starszych użytkowników „dopalaczy” jest wyższy (wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych - 10,5%), niż wśród uczniów klas II gimnazjów (6,5%).

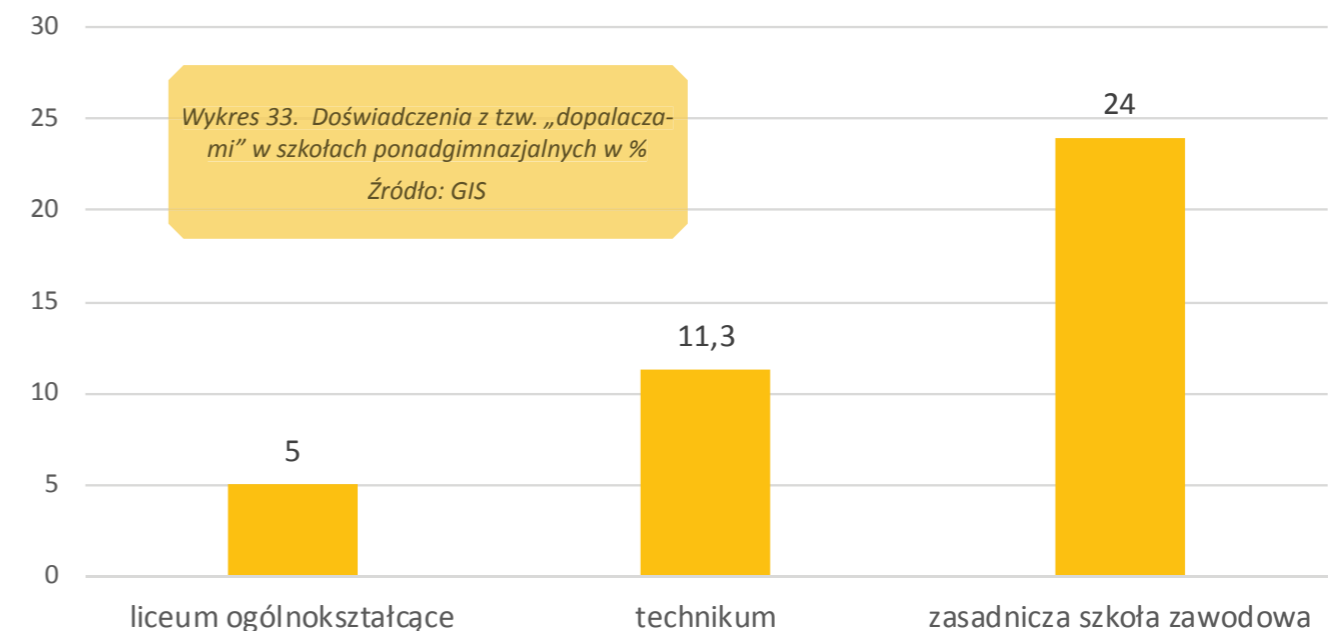
Analizowano dane dotyczące doświadczeń ze środkami zastępczymi w poszczególnych województwach. Zaobserwowano zróżnicowanie poziomu doświadczeń wśród młodzieży szkolnej ze względu na region i etap edukacji (Wykres 32). Najczęściej wg deklaracji po tzw. „dopalaczy” sięgali uczniowie gimnazjum województw: dolnośląskiego, pomorskiego i lubelskiego. W przypadku szkół ponadgimnazjalnych w lubelskim, mazowieckim i podlaskim odsetki respondentów były najwyższe.



Wykres 32. Doświadczenia z tzw. „dopalaczami” w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wg województw w %

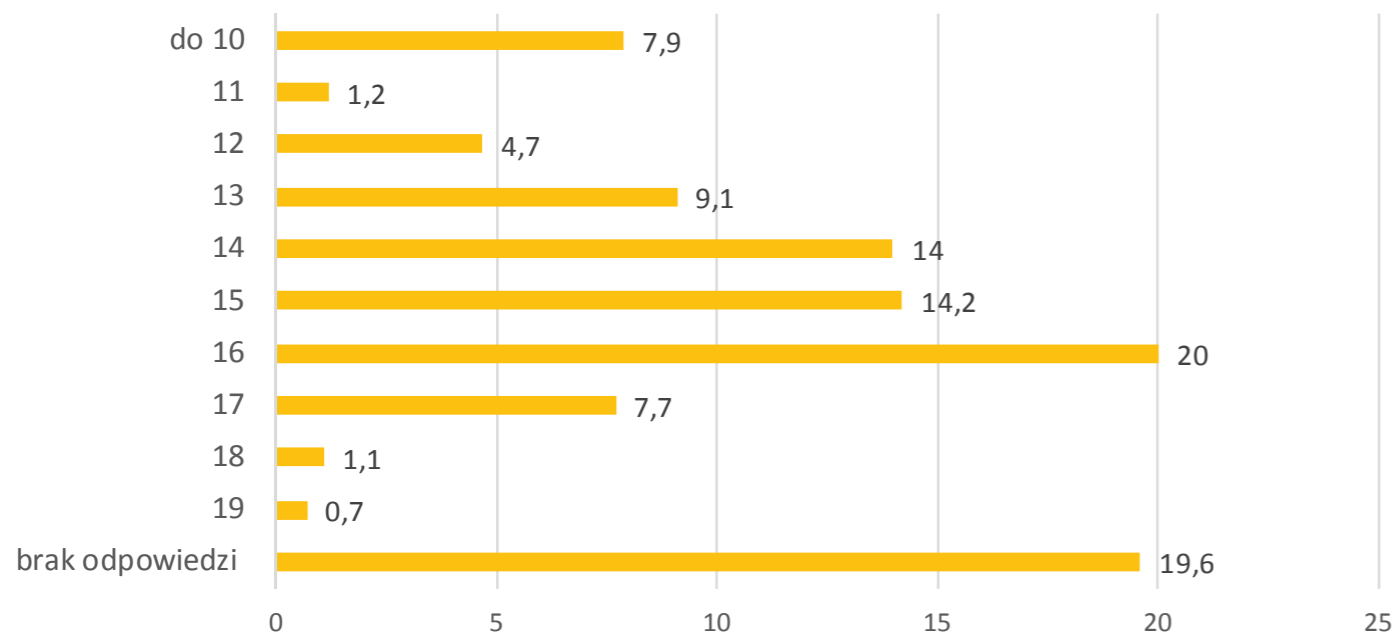
Analiza wskazań starszych uczniów pokazała zróżnicowane nasilenie doświadczeń z nowymi narkotykami. Zidentyfikowano istotne różnice w używaniu omawianych substancji ze względu na typ szkoły, w której uczą się respondenci (Wykres 33). Najwięcej badanych - 24%, którzy

wskazywali na używanie nowych narkotyków, uczniowie zasadniczych szkół zawodowych; odsetek uczniów zgłaszających kontakty z tzw. „dopalaczami” w technikach to 11,3%. W liceach ogólnokształcących młodzież najrzadziej deklarowała kontakt ze środkami zastępczymi – odsetek ten wynosi 5%.



Wykres 33. Doświadczenia z tzw. „dopalaczami” w szkołach ponadgimnazjalnych w %  
Źródło: GIS

Weryfikowano także pozostałe zmienne charakteryzujące populację uczniów deklarujących stosowanie narkotyków nowej generacji takie jak: miejsce zamieszkania, typ rodziny, w jakiej są wychowywani i rodzaj pracy wykonywanej przez rodziców. Ustalono, że: miejsce zamieszkania (miasto/wieś) nie ma istotnego wpływu na poziom doświadczeń ze środkami zastępczymi. Przeprowadzone badanie wskazuje, że rodzaj rodziny, w jakiej są wychowywani uczniowie można traktować, jako determinantę; uczniowie mieszkający z rodzicami rzadziej decydują się na doświadczenia z tzw. „dopalaczami”. Częściej dochodzi do korzystania z wyżej wymienionych substancji wśród uczniów wychowywanych przez opiekunów innych niż rodzice, uczniów mieszkających samodzielnie oraz w sytuacji, gdy jeden z opiekunów pracuje poza miejscem zamieszkania.



Wykres 34. Wiek inicjacji kontaktów z tzw. „dopalaczami” w %

Źródło: GIS

W wyniku analiz ustalono, że niemal połowa spośród uczniów uczestniczących w badaniu zadeklarowało, że proponowano im zażywanie klasycznych narkotyków lub tzw. „dopalaczy”. Niemal trzykrotnie częściej były to narkotyki – przede wszystkim marihuana. Wyżej wymienione zjawisko jest bardziej powszechne w zachodniej części kraju (województwo dolnośląskie i lubuskie). Najniższy poziom wskazań występuje w województwach

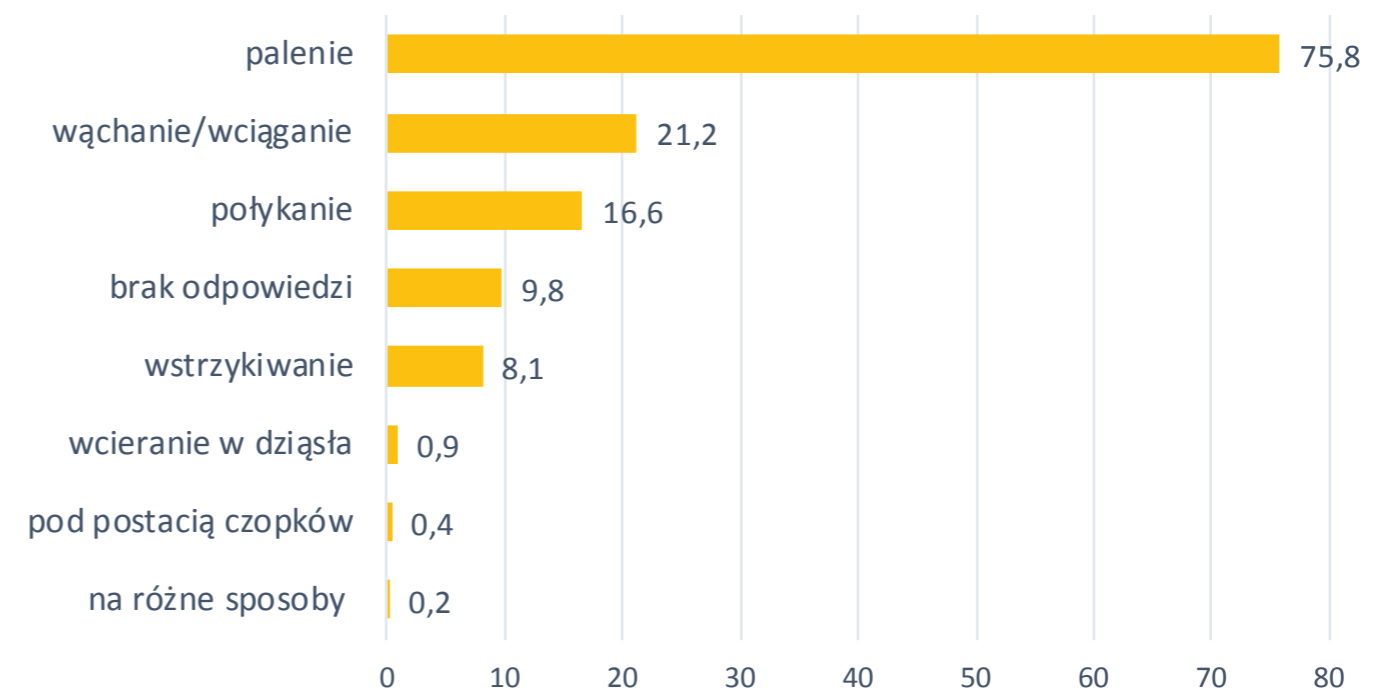
W przypadku deklarowanego przez uczniów wieku pierwszych kontaktów z substancjami zastępczymi większość badanych wskazywała na wiek, co najmniej 13-14 lat (Wykres 34), czyli okres nauki w gimnazjach. Relatywnie wcześniejszy pierwszy kontakt z tzw. „dopalaczami” deklarują badani chłopcy. Prowadzone badania wśród dwóch grup wiekowych, w tym uczniów II klas gimnazjów, którzy wskazywali na rzadsze kontakty ze środkami zastępczymi niż uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, wskazują, że trzecia klasa gimnazjum (lub wiek odpowiadający temu poziomowi edukacji) może być najbardziej newralgicznym okresem w kontekście realizowania programów profilaktycznych.

W Polsce południowej (małopolskim i podkarpackim) oraz podlaskim. Propozycje zażywania tych używek częściej otrzymywali chłopcy niż dziewczęta i uczniowie szkół ponadgimnazjalnych mieszkający w miastach.

W obszarze zainteresowań badaczy były miejsca pierwszych prób młodzieży z nowymi narkotykami. Co trzeci uczeń biorący udział w badaniu wskazuje okolice miejsca zamieszkania, choć co 5 doświadczał

pierwszych prób na domowych imprezach. Szkoła i środowisko szkolne, jakkolwiek pojawia się sumarycznie w kilkunastu procentach wskazań, nie jest dominujące. W przypadku uczniów niemieszkających z rodzicami następuje większa częstotliwość kontaktów z „dopalaczami” podczas imprez czy dyskotek, z kolei uczniowie mieszkający z rodzicami wykorzystują do tego pobyty na zorganizowanych wyjazdach. Zaobserwowano prawidłowość, w której pobyty młodzieży poza domem rodzinnym (czy też z dala od kontroli rodzicielskiej) sprzyjają eksperymentowaniu z używkami.

Analiza okoliczności zażywania „dopalaczy” wskazuje, że istotna jest w tym kontekście rola grupy i otoczenia rówieśniczego. Jedynie 8 % ankietowanych przyznaje się do konsumpcji „dopalaczy” w samotności, natomiast, 68 % co do zasady zażywa je w gronie znajomych. Dominującym sposobem zażywania zdiagnozowanym w wyniku analiz jest palenie – 75,8 %, choć co 5 ankietowany wskazywał na wążanie, a co 6 na połykanie (Wykres 35). Prezentowane dane wskazują na popularność syntetycznych kannabinoidów wśród młodych Polaków.

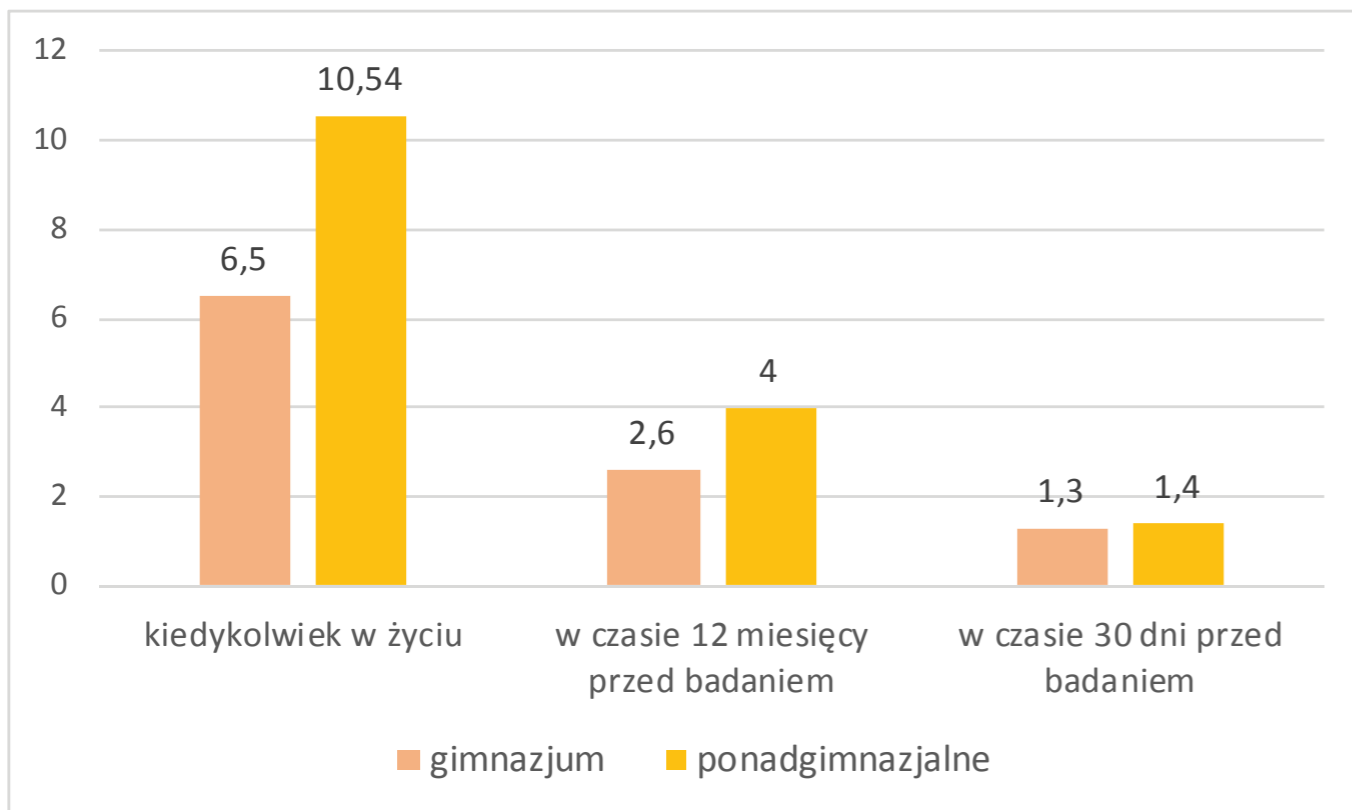


Wykres 35. Sposób zażywania tzw. „dopalaczy” przez uczniów uczestniczących w badaniu w %

Źródło: GIS

Analizie poddano częstotliwość używania środków zastępczych w populacji 14-15 latków oraz 17-18-latków (Wykres 36). Wyróżniono trzy typy zażywania: kiedykolwiek w życiu, w ciągu roku przed badaniem i w ciągu 30 dni poprzedzających badanie. Obserwacja rozkładów odpowiedzi wśród młodszych i starszych uczniów wskazuje, że uczniowie szkół ponadgimna-

zjalnych mieli częściej doświadczenia z tzw. „dopalaczami” (10,54 %) niż uczniowie gimnazjum (6,5 %). Na pytanie o używanie w ciągu roku przed badaniem 4 % starszych i 2,6 % młodszych odpowiedziało twierdząco. Zaobserwowano tendencję do zrównania liczby osób deklarujących zażycie w ciągu ostatniego miesiąca (1,4 % starsi i 1,3 % młodszy).

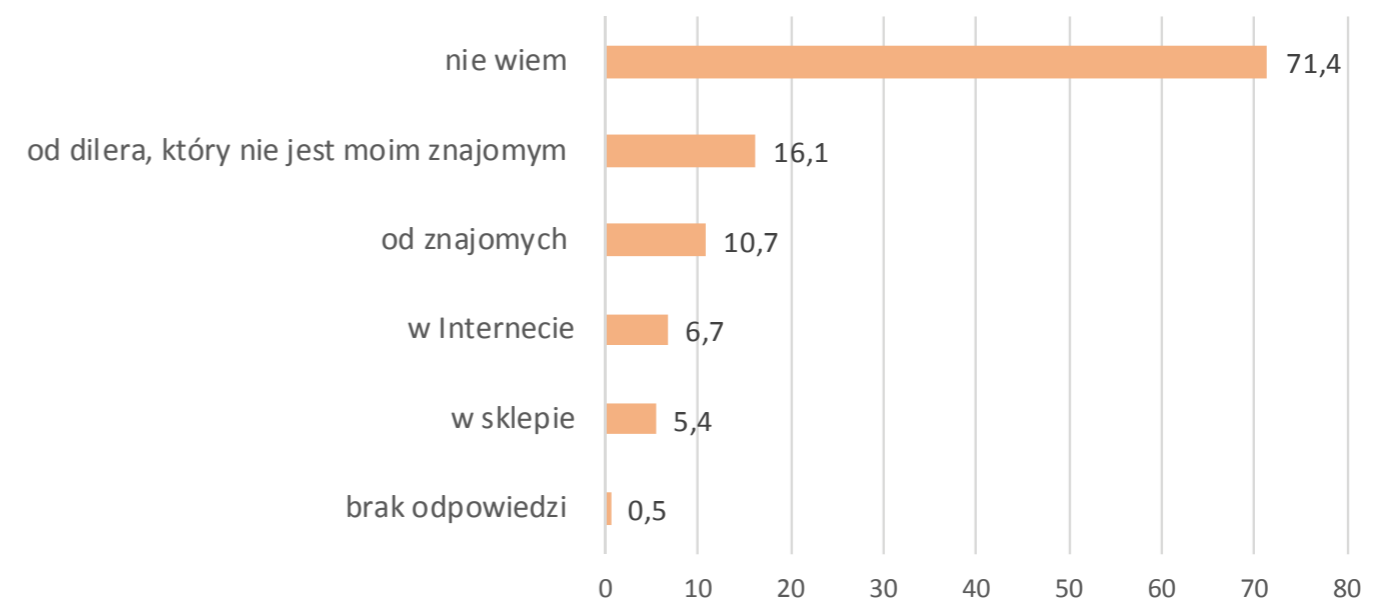


Wykres 36. Używanie tzw. „dopalaczy” przez młodzież wg wieku w %  
Źródło: GIS

W wyniku interpretacji wyników badania ustalono przegląd opinii uczniów na temat dostępu do używek. Najprościej jest według badanych kupić piwo i papierosy, najtrudniejszy jest natomiast dostęp do narkotyków i tzw. „dopalaczy”. Dla co piątego ucznia są one w jego okolicy („w zasięgu ręki”), a więc co najmniej łatwo dostępne. Najłatwiej, w opinii respondentów, zdobyć środki zastępcze w województwach: łódzkim, pomorskim i kujawsko - pomorskim, najtrudniej natomiast w województwach: opolskim, małopolskim i podlaskim. Nieco częściej na łatwy dostęp wskazują chłopcy, a wyraźnie częściej miesz-

kańcy miast. Ułatwionemu dostępowi, czy też wiedzy o możliwościach dostępu sprzyja też samodzielne zamieszkiwanie w mieszkaniu. Wiedza ta rośnie także wraz z wiekiem i jest wyższa wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

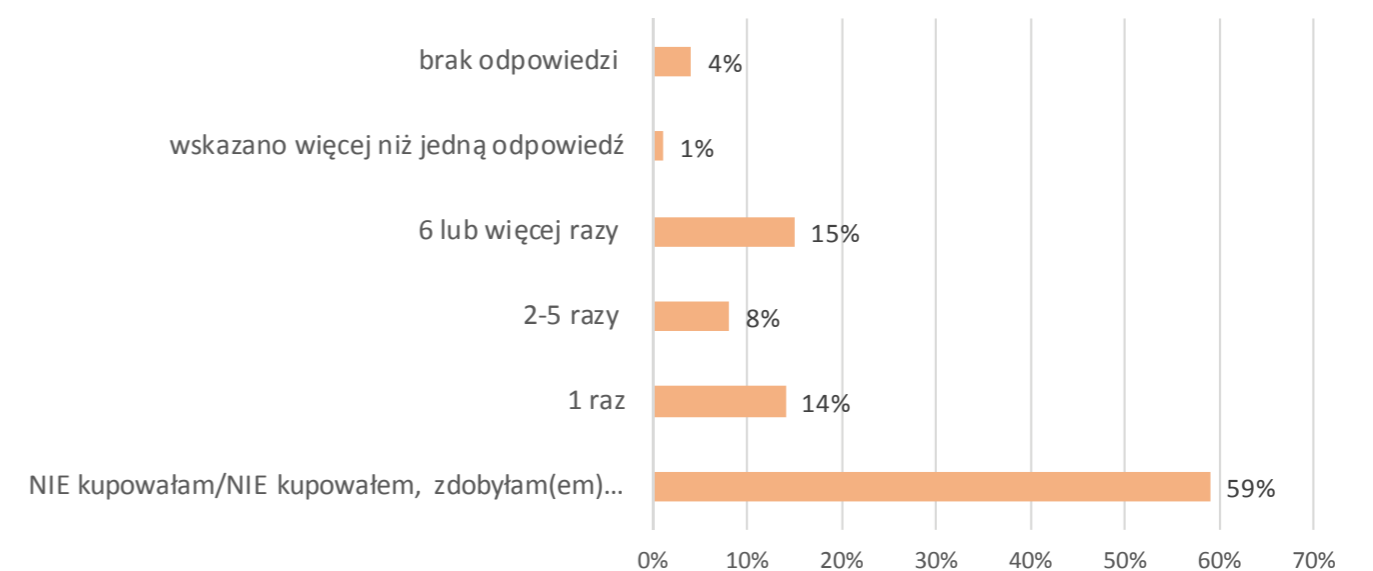
Z badania wynika również, że 70 % respondentów nie potrafi wskazać miejsc nabywania tzw. „dopalaczy” w okolicy swojego zamieszkania (Wykres 37). Natomiast pozostali respondenci, jako potencjalne miejsce zdobywania „dopalaczy” wskazują rynek dilerów (znajomych i nieznanym – 26,8 %), a jedynie 6,7 na Internet i 5,4 % na sklep.



Wykres 37. Miejsca, gdzie można kupić tzw. „dopalacze” w okolicy zamieszkałej przez uczniów uczestniczących w badaniu w %  
Źródło: GIS

Zestawienie kolejnych zmiennych wskazuje, że dziewczęta słabiej niż chłopcy orientują się na temat możliwych sposobów nabywania tzw. „dopalaczy”. Łatwieży dostęp do znajomych lub dilerów mają uczniowie z miast, ale też młodzi ludzie mieszkający samotnie, pozbawieni kontroli rodzicielskiej. Ponownie rodzaj szkoły (wiek uczniów) ma wpływ na ich wiedzę na temat dostępności narkotyków nowej generacji. W przypadku uczniów szkół ponadgimnazjalnych jest ona relatywnie większa niż u gimnazjalistów.

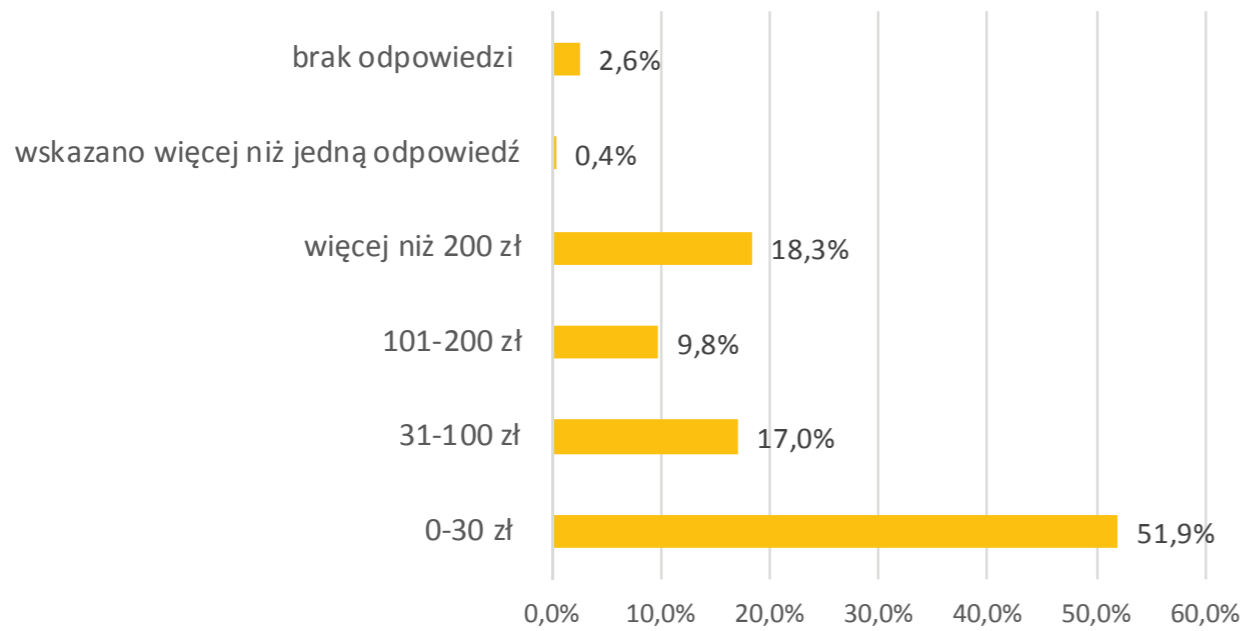
Uczniowie deklarujący zażywanie środków zastępczych zostali poproszeni o wskazanie częstotliwości ich zakupu (Wykres 38). Większość badanych (59 %) utrzymuje, że nie kupowała tzw. „dopalaczy”, zdobywając je w inny sposób. Pozostali kupowali sporadycznie (22%), ale zdarzały się też przypadki nawet 6-krotnego zakupu u 15 % respondentów. Taki rozkład danych może świadczyć o chęci ukrycia przez młodych ludzi faktu kupowania tego typu środków, zwłaszcza, że wskazując kanały dystrybucji 50 % respondentów utrzymuje, że „dopalacze” dostało (Wykres 38).



Wykres 38. Ile razy kupowałeś „dopalacze”?  
Źródło: GIS

Przegląd danych wskazuje, że ponad połowa konsumentów w ciągu miesiąca na zakup narkotyków nowej generacji wydawała jednorazowo do 30 zł, choć były też osoby, których wydatki przekraczały 200 zł (Wykres 39). Najwięcej wydatków na pozo-

mie do 30 zł było udziałem młodzieży w województwie świętokrzyskim. Z kolei w województwach: kujawsko-pomorskim, podkarpackim czy warmińsko-mazurskim nawet ponad jedna trzecia uczniów deklarowała wydatki na poziomie powyżej 200 zł.

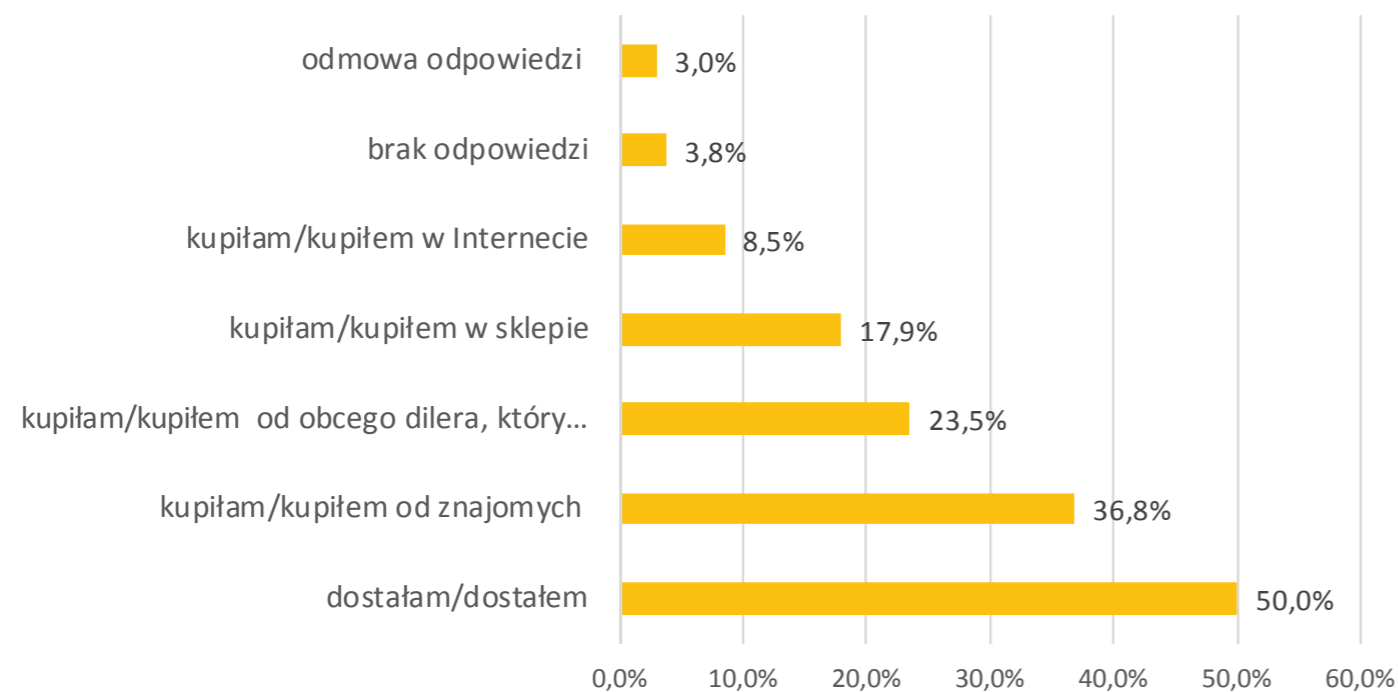


Wykres 39. Jaką kwotę na tzw. „dopalacze” wydałeś w ostatnim miesiącu, kiedy je zażywałeś?

Źródło: GIS

Analiza odpowiedzi dotyczących realnych kanałów dystrybucji tzw. „dopalaczy” w Polsce (Wykres 40) wykazała, że 50 % użytkowników zaprzecza faktowi wydawania pieniędzy na środki zastępcze. Wśród

kupujących zdecydowanie przeważa rynek dilerski (znajomi: 36,8%, nieznajomy diler: 23,5%). Zakupy w sklepie deklaruje jedynie 17,9 % respondentów, a w Internecie 8,5%.

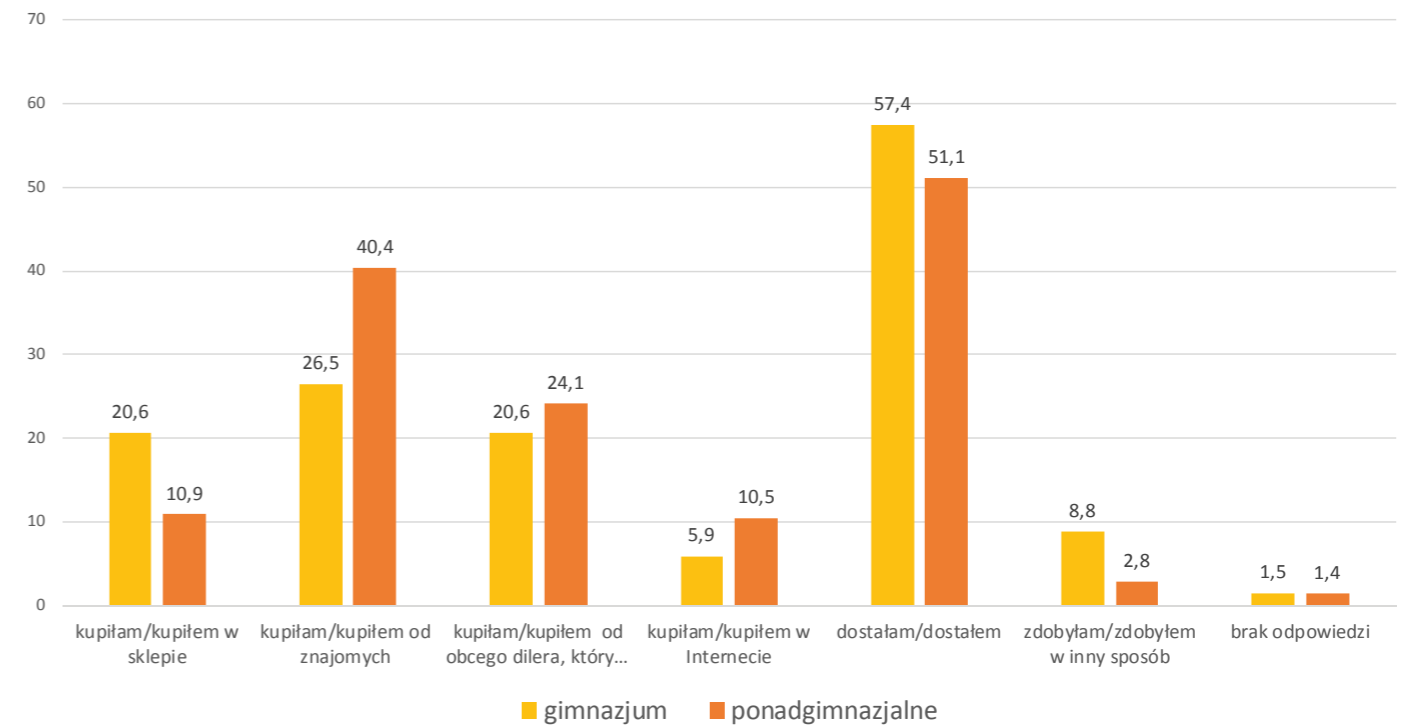


Wykres 40. Sposób pozyskania tzw. „dopalaczy” zadeklarowany przez uczniów uczestniczących w badaniu

Źródło: GIS

W obszarze zainteresowań badaczy była także dostępność tzw. „dopalaczy” wśród młodszych i starszych uczniów (Wykres 41). Analiza danych zwraca uwagę na aktywność osób znajomych oraz

dilerów (te dwie funkcje mogą się łączyć bez wiedzy po stronie respondentów), którzy docierają do znaczącej części ankietowanych uczniów zarówno młodszych jak i starszych.

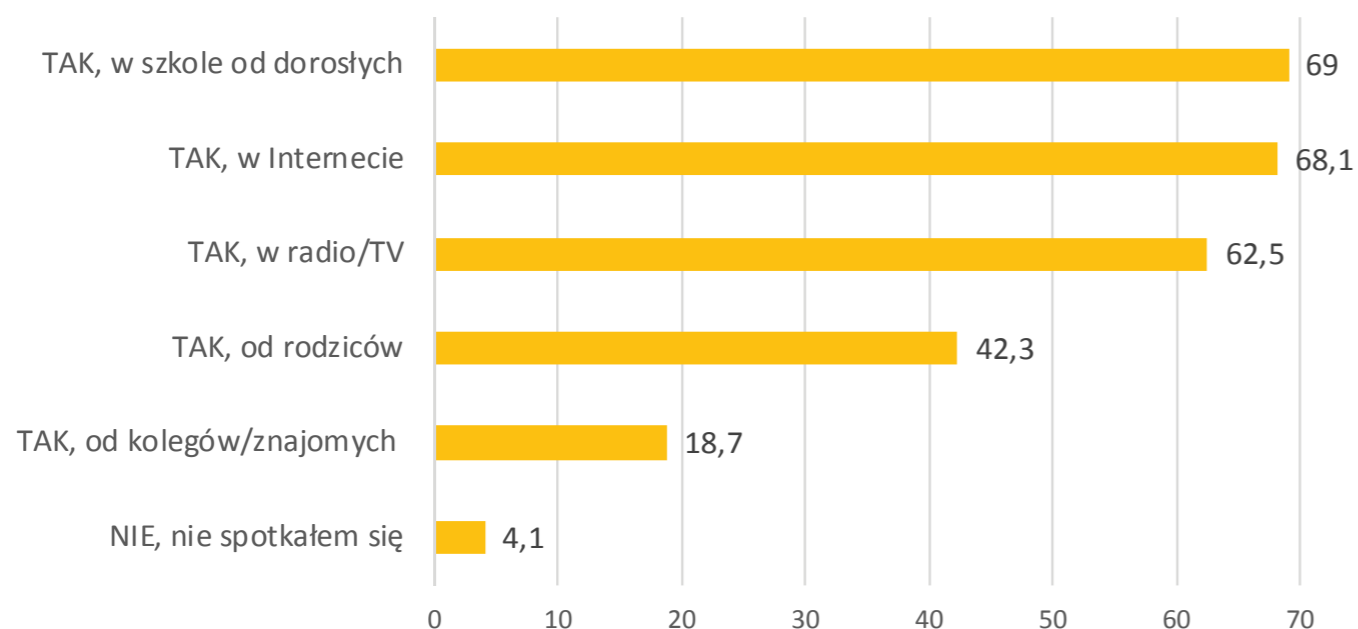


Wykres 41. Sposób pozyskania tzw. „dopalaczy” zadeklarowany przez uczniów uczestniczących w badaniu wg wieku w %

Źródło: GIS

Analizie poddano również świadomość szkodliwości stosowania środków zastępczych. Zarówno w odniesieniu do klasycznych narkotyków, jak i tzw. „dopalaczy” nadzurdne skojarzenie, jakie mieli uczniowie dotyczyło problemów. W kontekście nowych narkotyków skojarzenia były bardziej złożone, a problemy zostały zdefiniowane głównie pod kątem zdrowotnym. Jednocześnie niemal 6 na 10 badanych kojarzyło tzw. „dopalacze” z problemami z prawem. Ustalono, że większość uczniów jest przekonana o potencjalnych zagrożeniach dla zdrowia związanych z zażywaniem narkotyków nowej generacji. Świadomości ryzyka związanego nawet ze sporadycznym ich zażywaniem deklaruje 58,1 % badanych, a 17,8 % respondentów nie spostrzega takich zagrożeń.

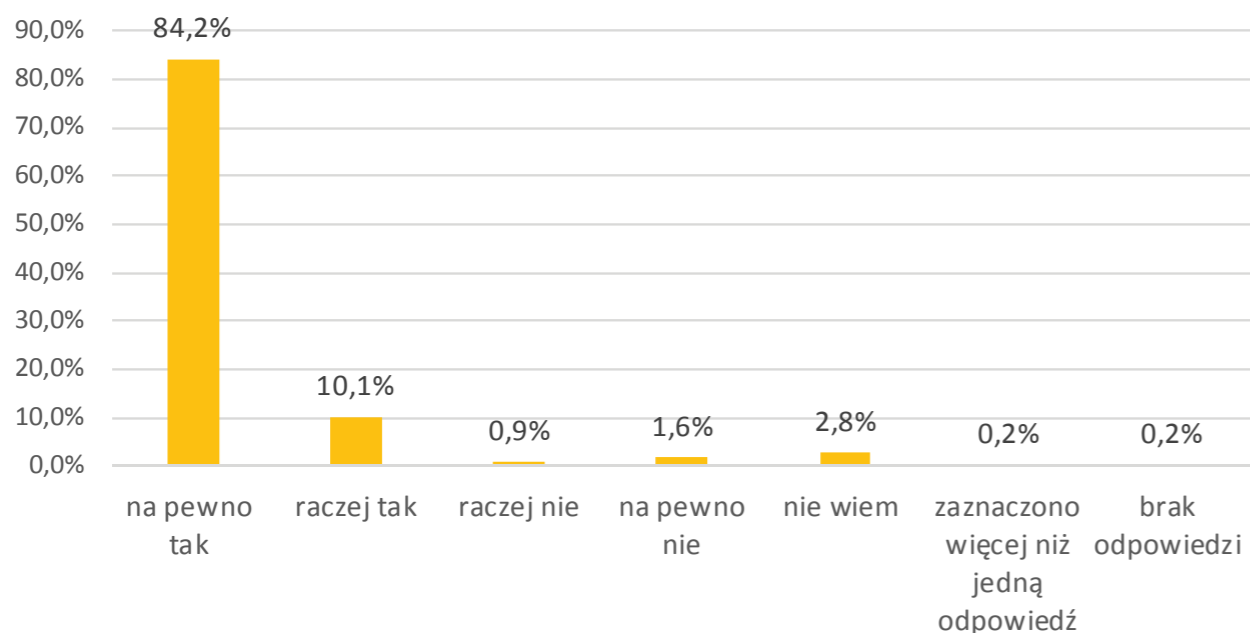
W kontekście zebranych danych stwierdzono, że zdecydowana większość uczniów zetknęła się z informacjami dotyczącymi szkodliwości tzw. „dopalaczy” (Wykres 42). Podstawowym źródłem informacji były dorosłe osoby, które w szkołach podczas lekcji czy pogadanek przekazywały stosowne informacje. Istotną rolę odgrywają media - w tym Internet, a dla 4 na 10 uczniów źródłem wiedzy była rozmowa z rodzicem. Stosunkowo najmniejszą aktywnością w przekazywaniu swoim uczniom informacji na temat szkodliwego działania „dopalaczy” cechują się szkoły w województwach: podlaskim i podkarpackim, przodują natomiast: świętokrzyskie, mazowieckie i zachodniopomorskie.



Wykres 42. Czy spotkałeś się z informacjami na temat szkodliwości „dopalaczy”?

Źródło: GIS

Zgromadzone w badaniu dane uwidaczniają dość wysoki poziom deklarowanej asertywności (Wykres 43), który znajduje swoje odzwierciedlenie w odniesieniu do pewności uczniów, że zdołaliby odmówić propozycji zażycia klasycznych narkotyków lub tzw. „dopalaczy”. W przypadku środków zastępczych aż 84,2 % badanych uważa, że potrafiliby zdecydowanie odmówić ich zażycia. Natomiast odniesieniu do propozycji zażycia klasycznych narkotyków odsetek ten wynosi 75,2 %.



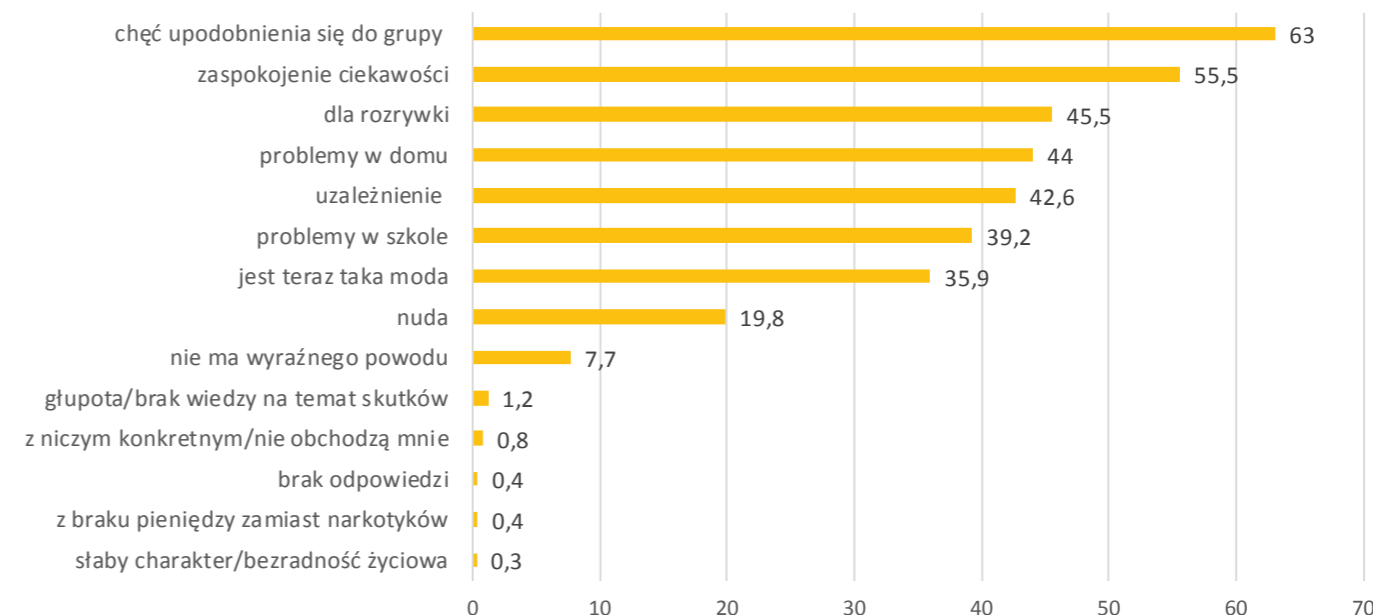
Wykres 43. Czy potrafiłbyś odmówić, jeśli ktoś zaproponuje Ci „dopalacz”?

Źródło: GIS

Sformułowano tezę, że większą deklarowaną asertywnością w tym względzie cechują się osoby mieszkające w domach rodzinnych niż z innymi opiekunami bądź samodzielnie. Trudniej odmówić byłoby także uczniom gimnazjów oraz szkół zawodowych.

Celem projektu było poznanie motywacji młodych ludzi do przyjmowania nowych narkotyków (Wykres 44). We wskazaniach respondentów przeważają przyczyny, których podłożem jest brak asertywności i powiązana z tym chęć sprostania oczekiwaniom grupy rówieśniczej. Zarówno w przypadku

klasycznych narkotyków, jak i tzw. „dopalaczy” jest to po około dwie trzecie wskazań. Ponadto jedna trzecia respondentów w jednym i drugim przypadku wskazuje na panującą obecnie „modę” na zażywanie narkotyków czy środków zastępczych. Istotną rolę może także według ankietowanych odgrywać chęć zaspokojenia ciekawości i sprawdzenia, jak rzeczywiście działają wyżej wymienione substancje. Wykazane są również, jako istotne przyczyny problemy domowe czy szkolne, na które używki miałyby być remedium.



Wykres 44. Podawane przez uczniów przyczyny sięgania po tzw. „dopalacz” w %

Źródło: GIS

Badacze zainteresowani byli konsekwencjami zażywania nowych narkotyków. Uczniowie, którzy zadeklarowali, że w ciągu ostatniego roku zażywali „dopalacz” zostali zapytani o to, czy w związku z tym doświadczyli jakichś nieprzyjemności. Większość badanych odpowiedziała negatywnie. Pozostali respondenci doświadczyli przede wszystkim różnego rodzaju problemów zdrowotnych, a nieliczni także kłopotów z prawem. 4 na 10 uczniów odmówiło podania konkretnych skutków.

Respondenci zostali poproszeni o wskazanie źródeł pomocy w przypadku pojawiania się problemów spowodowanych zażywaniem „dopalaczy”. Uczniowie w pierwszej kolejności zwróciliby się do osób bli-

skich. We wskazaniach pojawia się relatywnie dużo wskazań także na poradnie psychologiczne i ośrodki leczenia uzależnień, co świadczy o prawidłowej ocenie ryzyka związanego z zażywaniem „dopalaczy”.

Podsumowując wyniki badania ankietowego ustalono, że więcej uczniów szkół ponadgimnazjalnych - 10,5 % miało kontakt z tzw. „dopalaczami”, niż gimnazjalistów - 6,5 %. Pierwsze eksperymenty z zażywaniem środków zastępczych przez młodzież w Polsce to wiek 14 – 15 lat. Występują istotne różnice regionalne, jeśli chodzi o odsetek użytkowników „dopalaczy”. Najczęściej kontakt z nimi zadeklarowali uczniowie z województw: lubelskiego, mazowieckiego oraz pomorskiego. Najmniej doświadczeń



z narkotykami nowej generacji mieli uczniowie z województw: świętokrzyskiego, kujawsko-pomorskiego i małopolskiego. Ponadto stwierdzono, że najwięcej doświadczeń z nowymi narkotykami mają uczniowie zasadniczych szkół zawodowych - 24 %, odsetek uczniów zgłaszających kontakty z w technikach to 11,3 %, natomiast w liceach ogólnokształcących młodzież najrzadziej deklarowała kontakt ze środkami zastępczymi - 5%.

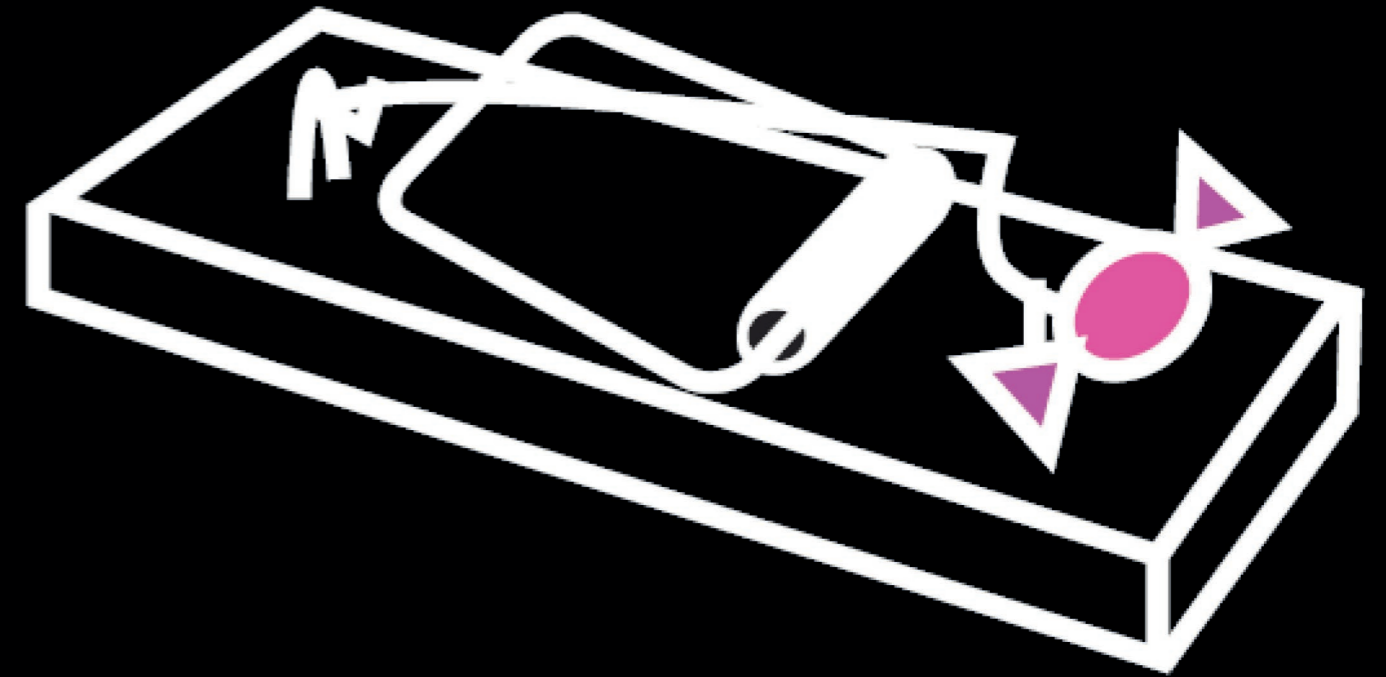
Analizując rynek środków zastępczych na terenie kraju wyraźnie zaznacza się dominujący kanał dystrybucji, jakim są dilerzy (znajomi: 36,8% i nieznajomi dilerzy: 23,5%). Zakupy w sklepie stanowią 17,9 % udziału, a w Internecie 8,5%. Dominującym sposobem zażywania tzw. „dopalaczy” wśród młodych ludzi jest palenie – 75,8 % - co może świadczyć o popularności syntetycznych kannabinoidów.

Zebrane dane wskazują, że większość użytkowników wydaje na środki zastępcze do 30 zł (52 %), 17 % przeznaczą do 100 zł, a 18 % powyżej 200 zł. Świadczy to o niskich kosztach wiążących się z zażywaniem „dopalaczy”.

W wyniku analiz ustalono, że większość uczniów (58,1 %) jest przekonana o potencjalnych zagrożeniach dla zdrowia związanych z zażywaniem, nawet sporadycznym tzw. „dopalaczy”, a zdecydowana większość zetknęła się z informacjami na temat ich szkodliwości. Przyczyny zażywania środków zastępczych zidentyfikowane w badaniu, które zostały określone przez młodzież, to presja rówieśników, ciekawość i motywy rozrywkowe. We wskazaniach występują również problemy bądź uzależnienie, ale są mniej istotne dla populacji.



# nie daj się skusić



## ZAKOŃCZENIE

Działania kontrolne oraz nadzorcze są jedynie częścią polityki antynarkotykowej służb Państwa w obszarze zwalczania zjawiska nowych narkotyków w Polsce. Drugim ważnym jej aspektem jest profilaktyka oraz promocja zdrowia. Państwowa Inspekcja Sanitarna w skali całego kraju prowadzi setki działań w obszarze zdrowia publicznego w tym profilaktyki dotyczącej przeciwdziałania narkomani. Na poziomie

lokalnym są to wszelkiego rodzaju inicjatywy prowadzone wspólnie z samorządami i innymi służbami, skierowane głównie do młodzieży, kolportaż materiałów edukacyjnych, organizacja szkoleń i konferencji, uczestnictwo w imprezach masowych. Tabela 10 obrazuje ogólną liczbę uczestników akcji profilaktycznych w Polsce w latach 2015-2016.



Zdjęcia z galerii nagrodzonych prac oraz wręczenia nagród

WOJEWÓDZTWO	UCZESTNICZY 2015	UCZESTNICZY 2016	SUMA
DOLNOŚLĄSKIE	62000	58300	120300
KUJAWSKO-POMORSKIE	102030	82433	184463
LUBELSKIE	109239	154379	263618
LUBUSKIE	26000	73604	99604
ŁÓDZKIE	37956	51268	89224
MAŁOPOLSKIE	67431	58972	126403
MAZOWIECKIE	120806	153045	273 851
OPOLSKIE	14000	8555	22555
PODKARPACKIE	67224	56403	123627
PODLASKIE	27247	29388	56635
POMORSKIE	276007	74919	350926
ŚLĄSKIE	665907	185669	851576
ŚWIĘTOKRZYSKIE	22020	33924	55944
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	16853	18943	35796
WIELKOPOLSKIE	10974	8985	19959
ZACHODNIOPOMORSKIE	43570	170881	214451
<b>POLSKA</b>	<b>1669264</b>	<b>1219668</b>	<b>2615081</b>

Tabela nr 10. Liczba uczestników akcji profilaktycznych w Polsce w latach 2015-2016

Na poziomie centralnym Główny Inspektorat Sanitarny angażuje się w działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki używania nowych substancji psychoaktywnych poprzez np. opracowywanie materiałów szkoleniowych i edukacyjnych, organizowanie szkoleń dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz międzyresortowych konferencji. Ważną inicjatywą podjętą w 2016 r. była współpraca z Telewizją Polską, polegająca na przeprowadzeniu kampanii informacyjnej dotyczącej środków zastępczych w porannym cyklu programów „Pytania na Śniadanie” oraz produkcja filmu edukacyjnego, który wyświetlany był na antenie TVP. Główny Inspektorat Sanitarny współorganizował również 23 wojewód-

zkie konferencje poświęcone problemowi tzw. „dopalaczy”, brali w nich udział przedstawiciele środowisk lokalnych oraz specjaliści zajmujący się tematyką narkotyków i uzależnień.

Spośród wielu akcji promocyjnych realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną warto wspomnieć o ogólnopolskim konkursie plastycznym na plakat „Stop dopalaczom”. Zainteresowanie ogłoszonym przez Główny Inspektorat Sanitarny konkursem przeszło oczekiwania organizatorów. Swoje prace przesłało prawie 4 tysiące uczniów z 982 szkół. Pokazuje to, jak nośna jest i jakie emocje wzbudza problematyka nowych narkotyków. Głównymi celami tego konkursu, jak i podobnych akcji jest:



Zdjęcia z galerii nagrodzonych prac oraz wręczenia nagród

- ◆ popularyzacja zasad zdrowego trybu życia tzn. wolnego od nałogów,
- ◆ zwrócenie uwagi na problem „dopalaczy” i wynikających z nich konsekwencji zdrowotnych i prawnych,
- ◆ wykorzystanie swoich mocnych stron do zwiększania kreatywności,
- ◆ wzbudzanie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych,
- ◆ kształtowanie pozytywnych wzorców,
- ◆ aktywizacja środowiska szkolnego w rozwijaniu bezpieczeństwa w swojej okolicy i miejscu zamieszkania,
- ◆ budowanie poczucia własnej wartości poprzez prezentację uzdolnień na szerokim forum.

W konkursie zwyciężyła praca Natalii Sopelewskiej z Gimnazjum nr 150 w Warszawie (str. 69). Drugie miejsce zajęła Wiktoria Kania z Zespołu Szkół Plastycznych w Bielsku-Białej (str. 63), a trzecie Piotr Mrocza z Zespołu Szkół Technicznych i Ogólnokształcących w Jarosławiu (str. 35). Jury wyróżniło także trzech uczestników: Agatę Horwat z Zespołu Szkół Plastycznych w Bielsku-Białej (str. 49), Martynę Hugo – Bader z Młodzieżowego

Centrum Edukacji i Readaptacji w Goniądzu (str. 28) oraz Patrycję Bielecką z Zespołu Szkół Architektury Krajobrazu i Handlowo–Usługowych w Gdańsku (str. 15).

Wystawę, która powstała na bazie najciekawszych prac konkursowych można było oglądać m.in. w siedzibie Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie, a także dotychczas w Rzeszowie i w Lublinie.



Konferencja w Warszawie

Jednym z najważniejszych wydarzeń minionych dwóch lat, była ministerialna konferencja ekspercka „Poprawa skuteczności w zakresie ograniczenia podaży środków zastępczych”, która odbyła się w dniach 6-7 grudnia 2016 r. w Warszawie.

Konferencja określiła kierunki doskonalenia systemu wczesnego ostrzegania oraz rozbudowy

sprawnego systemu oceny ryzyka. Wskazała także kierunki dla lepszego zintegrowania służb, poprawienia skuteczności, koordynacji strukturalnej, funkcjonalnej i informacyjnej służb, straży i inspekcji, określiła rekomendowane kierunki zmian prawnych, instytucjonalnych i kompetencyjnych w celu usprawnienia zapobiegania wprowadzaniu do obrotu nowych narkotyków.





Konferencja w Warszawie



Powiedz **STOP**  
**DOPALACZOM**



autor: Natalia Sopelewska  
I nagroda w konkursie „Stop dopalaczom”

Bezpłatna infolinia:  
800 060 800  
[WWW.GIS.GOV.PL](http://WWW.GIS.GOV.PL)



Konferencja w Warszawie

Walka z tzw. „dopalaczami” wymaga zintegrowanego i międzysektorowego podejścia, od zwiększenia świadomości bezpieczeństwa zdrowotnego po doskonalenie procesu stawiania zarzutów i skutecznego karania przestępców. Konferencja ta, na podstawie podsumowania sześcioletnich doświadczeń służb państwowych w zakresie zwalczania tego procederu, pozwoliła ocenić poszczególne składowe tych działań. Nadanie konferencji eksperckiej tak wysokiej rangi ministerialnej, w aspekcie opinii publicznej, wskazuje na determinację w zwalczaniu zagrożeń związanych z rozprzestrzenianiem się nowych narkotyków. Konferencja poddała analizie sytuację, „dlaczego, pomimo, że regulacje prawne pozwalają na ponoszenie konsekwencji przez osoby odpowiedzialne za handel tzw. „dopalaczami” to przebieg prowadzonych postępowań nie jest wystarczająco efektywny”. Problem nowych narkotyków przede wszystkim jest wyzwaniem zdrowia publicznego, nie mniej jednak

wzmocnienie środków w zakresie ujęcia, a następnie wymierzenia dotkliwych kar sprawcom wprowadzania do obrotu tych substancji, wymaga pokonania trudności w podejmowaniu działań, utrwalania linii orzeczniczej. Konferencja posłużyła także wymianie doświadczeń w innych krajach w zakresie stanowczego reagowania służb państwa. Wskazała nowe formy współdziałania i koordynacji w związku ze zmianami dróg wprowadzania na rynek tzw. „dopalaczy”. Szczególnie niepokojący jest fakt, że Internet oraz handel dilerski staje się coraz istotniejszym źródłem obrotu nowymi narkotykami.

W odpowiedzi na działania przestępczości zorganizowanej podkreślono potrzebę wnikliwej oceny stosowanych narzędzi prawnych i ich modyfikowania, jak i konieczność prowadzenia działań wyprzedzających. Wskazała ważną funkcję włączania do dyskusji także władz samorządowych i przedstawicieli mediów.



Konferencja w Kielcach



Konferencja w Poznaniu



Konferencja w Kielcach



<b>WSSE w Białymstoku</b> ul. Legionowa 8, 15-099 Białystok	<a href="http://www.wsse.bialystok.pl">www.wsse.bialystok.pl</a> sekretariat@wsse.bialystok.pl	(85) 740-85-40 (85) 732-60-11	606-407-566
<b>WSSE w Bydgoszczy</b> ul. Kujawska 4, 85-031 Bydgoszcz	<a href="http://www.pwisbydgoszcz.pl">www.pwisbydgoszcz.pl</a> wsse.bydgoszcz@pis.gov.pl	(52) 376-18-00	604-526-422
<b>WSSE w Gdańsku</b> ul. Dębinki 4, 80-211 Gdańsk	<a href="http://www.wsse.gda.pl">www.wsse.gda.pl</a> wsse.gdansk@pis.gov.pl poczta@wsse.gda.pl	(58) 344-73-00	605-602-195
<b>WSSE w Gorzowie Wielkopolskim</b> ul. Mickiewicza 12 b, 66-400 Gorzów Wielkopolski	<a href="http://www.wsse.gorzow.pl">www.wsse.gorzow.pl</a> wsse@wsse.gorzow.pl	(95) 722-60-57	605-584-739
<b>WSSE w Katowicach</b> ul. Raciborska 39, 40-074 Katowice	<a href="http://www.wsse.katowice.pl">www.wsse.katowice.pl</a> wsse.katowice@pis.gov.pl	(32) 351-23-00	600-988-051
<b>WSSE w Kielcach</b> ul. Jagiellońska 68, 25-734 Kielce	<a href="http://www.wsse-kielce.pl">www.wsse-kielce.pl</a> wssw.kielce@pis.gov.pl sekretariat@wsse-kielce.pl	(41) 365-54-00	606-370-108
<b>WSSE w Krakowie</b> ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków	<a href="http://www.wsse.krakow.pl">www.wsse.krakow.pl</a> sekretariat@wsse.krakow.pl	(12) 416-20-91	667-881-188
<b>WSSE w Lublinie</b> ul. Pielęgniarek 6, 20-708 Lublin	<a href="http://wsslublin.pis.gov.pl">wsslublin.pis.gov.pl</a> wsse.lublin@pis.gov.pl sekretariat@wsse.lublin.pl	(81) 743-42-72, (81) 533-41-00	693-397-185
<b>WSSE w Łodzi</b> ul. Wodna 40, 90-046 Łódź	<a href="http://www.pis.lodz.pl">www.pis.lodz.pl</a> wsselodz@pis.lodz.pl sekretariat@pis.lodz.pl	(42) 25 36 200	697-992-297
<b>WSSE w Olsztynie</b> ul. Żołnierska 16, 10-561 Olsztyn	<a href="http://www.wsse.olsztyn.pl">www.wsse.olsztyn.pl</a> wsse.olsztyn@pis.gov.pl	(89) 524-83-00	603-131-846 695-726-848 (RASFF)
<b>WSSE w Opolu</b> ul. Mickiewicza 1, 45-367 opole	<a href="http://wsseopole.pis.gov.pl">wsseopole.pis.gov.pl</a> wsse.opole@pis.gov.pl sekretariat@wsseopole.pl	(77)442-69-00	604-958-325
<b>WSSE w Poznaniu</b> ul. Noskowskiego 23, 61-705 Poznań	<a href="http://www.wsse-poznan.pl">www.wsse-poznan.pl</a> sekretariat@wssepoznan.pl	(61) 85 44 800	509-625-016
<b>WSSE w Rzeszowie</b> ul. Wierzbowa 16, 35-959 Rzeszów	<a href="http://www.wsse.rzeszow.pl">www.wsse.rzeszow.pl</a> sekretariat@wsse.rzeszow.pl	(17) 85-22-111	606-399-989
<b>WSSE w Szczecinie</b> ul. Spedytorska 6/7, 70-632 Szczecin	<a href="http://www.wsse.szczecin.pl">www.wsse.szczecin.pl</a> wsse.szczecin@pis.gov.pl	(91) 462-40-60	695-112-000
<b>WSSE w Warszawie</b> ul. Żelazna 79, 00-875 Warszawa	<a href="http://www.wsse.waw.pl">www.wsse.waw.pl</a> sekretariat@wsse.waw.pl	(22) 620 90 01(06)	502-171-171
<b>WSSE we Wrocławiu</b> ul. Marii Curie-Skłodowskiej 73/77, 50-950 Wrocław	<a href="http://wssewroclaw.pis.gov.pl">wssewroclaw.pis.gov.pl</a> sekretariat@wsse.wroc.pl	(71) 328 30 41 ... do 49	605-900-950



800 060 800

BEZPŁATNA INFOLINIA  
PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ

[www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)

