



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

PL

ISSN 2314-9167

Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2018



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

| Europejski | raport | narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2018

Informacja prawna

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

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

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2018

PRINTED	ISBN 978-92-9497-293-4	ISSN 1977-9941	doi:10.2810/3219	TD-AT-18-001-PL-C
PDF	ISBN 978-92-9497-321-4	ISSN 2314-9167	doi:10.2810/61739	TD-AT-18-001-PL-N

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2018
Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Zalecany sposób podania źródła: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018), *Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

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

Tel.: +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Spis treści

5	Przedmowa
9	Wprowadzenie i podziękowania
11	KOMENTARZ Zrozumienie europejskich problemów narkotykowych i opracowanie skutecznych sposobów reagowania
19	ROZDZIAŁ 1 Podaż narkotyków i rynek
39	ROZDZIAŁ 2 Rozpowszechnienie używania narkotyków i tendencje
59	ROZDZIAŁ 3 Problemy związane z używaniem narkotyków oraz odpowiedź na zjawisko
83	ZAŁĄCZNIK Tabele z danymi krajowymi

Przedmowa

Z przyjemnością przedstawiamy najnowszą analizę EMCDDA dotyczącą zjawiska narkomanii w Europie. *Europejski raport narkotykowy na rok 2018: Tendencje i osiągnięcia* zapewni szybki wgląd w europejskie problemy narkotykowe i reakcje na nie. Nasz sztandarowy raport opiera się na szczegółowym przeglądzie danych europejskich i krajowych, które podkreślają pojawiające się wzorce i problemy. W tym roku towarzyszy mu w wersji internetowej 30 krajowych raportów narkotykowych i zasoby zawierające pełne tablice danych i grafiki, umożliwiające dokonanie przeglądu w ramach każdego kraju.

Nasze sprawozdanie ma na celu udostępnienie naszym zainteresowanym stronom kompleksowego przeglądu. Zapewni ono także wczesne ostrzeżenie o nowych tendencjach w zakresie narkotyków, pomoże określić priorytety dla krajowego i lokalnego planowania strategicznego, umożliwi porównywanie między krajami i będzie wspierać ocenę poprzez dostarczanie danych na temat tendencji. Uzupełnieniem raportu jest nasza najnowsza, wydawana co trzy lata publikacja *Reakcje na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym: przewodnik europejski (2017)*.



W tym roku, w odniesieniu do wielu substancji, widzimy niepokojące oznaki zwiększonego poziomu produkcji narkotyków, który ma obecnie miejsce w Europie, bliżej rynków konsumenckich. Postęp technologiczny ułatwia ten rozwój, a także łączy europejskich producentów narkotyków i konsumentów na rynkach globalnych za pośrednictwem sieci widocznej i sieci ukrytej. Zwracamy również uwagę, że wzrost produkcji kokainy w Ameryce Południowej ma obecnie wpływ na rynek europejski, zarówno zwiększając ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych u użytkowników, jak i tworząc bardziej złożone



wyzwania dla organów ścigania, ponieważ handlarze modyfikują i zmieniają szlaki dostaw. Pojawiające się dowody na zwiększoną dostępność i zażywanie cracku w Europie budzą niepokój i wymagają monitorowania.

Nowe substancje psychoaktywne dostępne na europejskich rynkach narkotykowych nadal powodują problemy związane ze zdrowiem publicznym i stanowią wyzwanie dla decydentów. Wprowadzone niedawno przepisy UE wzmocniły wymianę informacji o nowych substancjach pojawiających się na rynku i skróciły czas, w którym te substancje są poddawane ocenie ryzyka i kontrolowane w całej Europie. Opioidy i kannabinoidy syntetyczne o dużej sile działania powodują problemy w różnych zestawieniach, a w przypadku pochodnych fentanylu stanowią większe zagrożenie dla osób zażywających narkotyki i osób reagujących w pierwszej kolejności. W odpowiedzi na to wyzwanie ponownie zwrócono uwagę na rolę naloksonu, antidotum opioidowego, w strategiach reagowania na przedawkowanie i na to, jaki poziom dostępu do niego mają osoby zażywające środki odurzające.

Uważamy, że związane z narkotykami zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego w Europie nadal wymagają interdyscyplinarnej reakcji na wysokim poziomie. Nowy plan działania UE przyjęty w 2017 r. zapewnia ramy dla niezbędnej współpracy europejskiej.

Nasze sprawozdanie i przedstawiona w nim analiza świadczą o solidnym wsparciu otrzymywanym od naszych partnerów krajowych i instytucjonalnych. Dane z krajowych punktów kontaktowych Reitox i od ekspertów krajowych pozwalają nam na stworzenie unikalnego przeglądu sytuacji w Europie w zakresie narkotyków. Jesteśmy również wdzięczni naszym partnerom na poziomie europejskim, w szczególności Komisji Europejskiej, Europolowi, Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz Europejskiej Agencji Leków. Ponadto dziękujemy wyspecjalizowanym sieciom, które współpracowały z nami, abyśmy mogli włączyć do naszego sprawozdania najnowsze i innowacyjne dane w zakresie analizy ścieków, ankiet szkolnych i sytuacji wyjątkowych związanych z narkotykami w szpitalach.

Laura d'Arrigo

Przewodnicząca zarządu EMCDDA

Alexis Goosdeel

Dyrektor EMCDDA

Wprowadzenie i podziękowania

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

Jego celem jest ogólne omówienie i podsumowanie sytuacji narkotykowej w Europie oraz reakcji na nią. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2016 r. (lub ostatniego roku, za który są dostępne). Analiza tendencji dotyczy wyłącznie tych krajów, które dostarczyły danych wystarczających do określenia zmian we wskazanym okresie. Czytelnik powinien także mieć świadomość, że monitorowanie prawidłowości i tendencji w odniesieniu do ukrytego oraz piętnowanego zachowania, jakim jest zażywanie narkotyków, stanowi wyzwanie zarówno praktyczne, jak i metodologiczne. Z tego powodu w analizie zawartej w niniejszym raporcie wykorzystano wiele źródeł danych. Chociaż można zauważyć znaczną poprawę zarówno w skali krajowej, jak i w odniesieniu do możliwości analizy na poziomie europejskim, należy podkreślić trudności metodologiczne w tym obszarze. Dlatego też nieodzowna jest ostrożność w interpretacji, zwłaszcza przy porównaniach poszczególnych wskaźników między krajami. Zastrzeżenia dotyczące danych wskazano w internetowej wersji niniejszego raportu oraz w Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym), gdzie zamieszczono szczegółowe informacje na temat metodologii, komentarze związane z analizą danych oraz uwagi odnoszące się do ograniczeń dostępnych informacji. Podano także informacje o metodach i danych będących podstawą oszacowań na poziomie europejskim, w których może być wykorzystywana interpolacja.

EMCDDA dziękuje za pomoc w opracowaniu niniejszego raportu:

- szefom krajowych punktów kontaktowych europejskiej sieci informacji o narkotykach i narkomanii Reitox oraz ich pracownikom;
- służbom i ekspertom, którzy zajmowali się gromadzeniem pierwotnych danych do niniejszego raportu we wszystkich państwach członkowskich;
- członkom zarządu i Komitetu Naukowego EMCDDA;
- Parlamentowi Europejskiemu, Radzie Unii Europejskiej – w szczególności Horyzontalnej Grupie Roboczej ds. Narkotyków – oraz Komisji Europejskiej;
- Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejskiej Agencji Leków (EMA) i Europolowi;
- Grupie Pompidou Rady Europy, Biuru Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Biuru Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, Europejskiemu projektowi badań ankietowych w szkołach na temat spożywania alkoholu i innych narkotyków (ESPAD), Europejskiej Grupie Podstawowej ds. Badania Ścieków (SCORE), Europejskiej Sieci ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN Plus);
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej oraz Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

Krajowe punkty kontaktowe Reitox

Reitox jest europejską siecią informacji o narkotykach i uzależnieniu od narkotyków. W jej skład wchodzi krajowe punkty kontaktowe w państwach członkowskich UE, państwie kandydującym Turcji, w Norwegii oraz przy Komisji Europejskiej. Krajowe punkty kontaktowe, za których działalność odpowiadają rządy poszczególnych państw, są organami władz krajowych przekazującymi EMCDDA informacje o narkotykach. Dane kontaktowe krajowych punktów kontaktowych znajdują się na [stronie internetowej EMCDDA](#).

Komentarz

Rozwój sytuacji w krajach europejskich nie tylko jest kształtowany przez ogólnoświatowe tendencje w zakresie środków odurzających, ale i wywiera na nie wpływ

Zrozumienie europejskich problemów narkotykowych i opracowanie skutecznych sposobów reagowania

W niniejszym komentarzu omawiamy niektóre kluczowe czynniki, które wydają się mieć wpływ zarówno na wzory używania narkotyków spotykane w Europie w 2018 r., jak i na związane z nimi problemy zdrowotne, społeczne oraz dotyczące bezpieczeństwa. Punktem wyjścia do tej dyskusji jest ogólne spostrzeżenie, zgodnie z którym w chwili obecnej, w porównaniu z odnotowanymi wcześniej wartościami, europejski problem narkotykowy nie tylko wydaje się przechodzić szczególnie dynamiczną fazę, ale także wszelkie dostępne dane wskazują, że dostępność narkotyków jest duża, a w niektórych rejonach ciągle się zwiększa. W związku z tym stoimy przed szeregiem ważnych, nowych wyzwań związanych z istniejącymi krajowymi i europejskimi sposobami reagowania na zjawisko zażywania narkotyków i wynikające z niego problemy, których konsekwencje omówiono poniżej.

Oznaki zwiększonej produkcji narkotyków w Europie

Rozwój sytuacji w krajach europejskich nie tylko jest kształtowany przez ogólnoświatowe tendencje w zakresie środków odurzających, ale i wywiera na nie wpływ. W przypadku niektórych syntetycznych środków pobudzających, np. MDMA, Europa jest głównym producentem wywożącym produkty i wiedzę fachową do innych regionów świata. Jeżeli chodzi o konopie indyjskie, produkcja do pewnego stopnia wyparła przemyt i wydaje się, że wywarła wpływ na modele biznesowe producentów zewnętrznych. Jednym z następstw jest na przykład zaobserwowana zwiększona siła działania haszyszu przemycanego obecnie do Europy.

W przypadku dwóch innych ważnych narkotyków pochodzenia roślinnego – kokainy i heroiny, produkcja pozostaje skoncentrowana w, odpowiednio, krajach Ameryki Łacińskiej i Azji. Jak wynika z ogólnoświatowych danych, produkcja obu tych substancji wzrasta. Wpływ tej sytuacji na Europę należy badać. Jeżeli chodzi o heroinę, mimo stosunkowo dużej czystości tego sprzedawanego na ulicach narkotyku, ogólne jego używanie utrzymuje się na stabilnym poziomie, a wskaźniki inicjacji narkotykowej wydają się być niskie. Jeśli natomiast chodzi o kokainę, w przypadku kilku wskaźników odnotowano tendencję wzrostową. Zagadnienia te zostaną omówione bardziej szczegółowo poniżej. W przypadku obu substancji dane dotyczące konfiskat mogą jednak wskazywać na pewne wprowadzone niedawno zmiany w łańcuchu produkcyjnym, które mogą mieć istotne następstwa w przyszłości. W Europie ciągle ma miejsce wtórne przetwarzanie i odzyskiwanie kokainy z „materiałów

nośnikowych”, podobnie jak przywóz dużych ilości narkotyku ukrytego w kontenerach transportowych. W przypadku heroiny nowością są laboratoria przetwarzające morfinę w heroinę, które wykryto i zlikwidowano w szeregu państw europejskich. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być zwiększona dostępność oraz znacznie niższy w Europie koszt bezwodnika octowego, najważniejszego prekursora do wytwarzania heroiny, przy rosnących w tym samym czasie zbiorach maku lekarskiego. Sytuacja ta odzwierciedla nie tylko integrację współczesnych sieci produkcji narkotyków na poziomie ogólnoswiatowym, ale i konieczność wypracowania reakcji uwzględniających kontrolowanie narkotyków, np. kontrolowanie prekursorów, w perspektywie globalnej.

Podobnie, o ile wydaje się, że europejskie i międzynarodowe wysiłki na rzecz ograniczenia produkcji i dostępności nowych substancji psychoaktywnych (nazywanych w Polsce: dopalaczami) odnoszą obecnie pewien skutek, pojawiają się także doniesienia o tabletkowaniu i wytwarzaniu takich substancji na terenie Unii Europejskiej. Jak dotąd, postępy w zakresie produkcji nowych narkotyków wydają się być ograniczone. Zmiany w tym obszarze mogą jednak gwałtownie wpływać na problemy związane z narkotykami, w związku z czym wymagana jest wzmożona czujność w celu zapewnienia, by Europa skuteczniej reagowała na potencjalne zagrożenia w tej dziedzinie w przyszłości.

Spzedaż przez internet: Europa na rynku światowym

Spzedaż substancji odurzających przez internet stanowi kolejny dobry przykład pokazujący, jak szybko mogą zachodzić zmiany stanowiące wyzwania dla istniejącej polityki i wzorców reagowania, a także dla monitorowania narkotyków. W najnowszym wspólnym raporcie EMCDDA i Europolu przeanalizowano rolę, jaką europejscy dostawcy i konsumenci odgrywają na rynku światowym. Szacuje się, że dostawcy z UE odpowiadają za niemal połowę sprzedaży narkotyków w „głębokiej sieci” (darknet) pomiędzy 2011 i 2015 r. Wielkość sprzedaży za pośrednictwem internetu jest obecnie niewielka w stosunku do całego rynku nielegalnych narkotyków, ale wydaje się ona rosnąć. Mimo, że uwaga jest często skupiona na „głębokiej sieci” (darknet), oczywiste jest także, iż w przypadku nowych substancji psychoaktywnych oraz nadużywanych leków podobnie ważną rolę mogą odkrywać media społecznościowe i ogólnodostępne witryny internetowe. Szczególne obawy budzi w tym miejscu pojawienie się nowych substancji związanych z benzodiazepinami. Począwszy od 2015 r., do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono 14 nowych benzodiazepin. Substancje te nie są lekami zarejestrowanymi w Unii Europejskiej i bardzo niewiele wiadomo na temat ich toksyczności; ryzyko może jednak wzrosnąć w przypadku używania ich razem z innymi

niedozwolonymi narkotykami lub alkoholem. Dostępność zarówno dobrze znanych, jak i nowych benzodiazepin na rynku nielegalnych narkotyków wydaje się rosnąć w niektórych krajach, przy czym wiadomym jest, że substancje te odgrywają ważną, choć często pomijaną rolę w przypadkach przedawkowania opioidów ze skutkiem śmiertelnym. Szczególnie niepokojące są zaobserwowane w ostatnim czasie oznaki wzrastających wskaźników używania tych substancji przez osoby w młodym wieku, w związku z czym niezbędne są w tym zakresie dalsze dochodzenia, rozważania polityczne i działania zapobiegawcze. Zagadnienie przyjmowania benzodiazepin przez osoby używające narkotyków w sposób wysoce ryzykowny zostało omówione w zamieszczonym w internecie dodatku do niniejszego raportu.

Skutki zwiększonej podaży kokainy

Wydaje się, że rosnąca produkcja kokainy w Ameryce Łacińskiej zaczyna być odczuwana na rynku europejskim. W niektórych krajach dzięki analizie ścieków pojawiło się wczesne ostrzeżenie o zwiększonej dostępności i użyciu tego narkotyku, co odzwierciedlone jest również w innych źródłach danych. O ile ceny kokainy utrzymują się na niezmiennym poziomie, jej czystość jest obecnie w Europie największa od ponad dziesięciu lat. W ujęciu historycznym, większość kokainy przywożonej do Europy była transportowana przez Półwysep Iberyjski. Przeprowadzone w ostatnim czasie duże konfiskaty narkotyku w innych miejscach wskazują, że ten stosunkowo ważny szlak mógł nieco stracić na znaczeniu, a kokaina jest w coraz większym stopniu przemycana do Europy za pośrednictwem dużych portów kontenerowych. Warto w tym miejscu zauważyć, że w 2016 r. Belgia zajęła miejsce Hiszpanii jako kraju konfiskującego największe ilości kokainy.

Ogólnie rzecz biorąc, trudno jest zmierzyć skutki używania kokainy dla zdrowia publicznego, podobnie jak trudno jest monitorować i określić rolę tego narkotyku w wywoływaniu zarówno dotkliwych problemów, jak i długofalowych szkód zdrowotnych. Można jednak spodziewać się nasilenia problemów, o ile zwiększy się rozpowszechnienie używania, a zwłaszcza gdy nasilą się wysoce ryzykowne wzorce używania tego narkotyku. Jedną z oznak świadczących, że może to mieć miejsce, jest zaobserwowany wzrost liczby osób podejmujących po raz pierwszy specjalistyczne leczenie uzależnienia od kokainy, mimo że wartość ta nie wróciła do wysokiego poziomu odnotowanego dziesięć lat temu. Niepokojący jest fakt, że mimo ciągle niewielkiego rozpowszechnienia odnotowano także wzrost używania cracku, przy czym istnieją obawy, że zaczyna to dotyczyć większej liczby krajów. Ogólnie rzecz biorąc, nadal niezbędne jest lepsze zrozumienie czynników odpowiedzialnych za

skuteczne leczenie osób używających kokainy, w tym najlepszych reakcji na związane z tym narkotykiem problemy, które mogą współistnieć z uzależnieniem od opioidów.

Nowe substancje psychoaktywne stanowią w dalszym ciągu wyzwanie dla zdrowia publicznego

Sukces osiągnięty przez europejski system wczesnego ostrzegania w zakresie nowych substancji psychoaktywnych uwidacznia, jak ważne jest bycie przygotowanym na nowe wyzwania. System ten jest w coraz większym stopniu uznawany na arenie międzynarodowej jako zapewniający Europie zdolność identyfikowania narkotyków i reagowania na ich pojawianie się, której brakuje w innych miejscach na świecie. W ostatnim czasie przyjęto wzmocnione ustawodawstwo UE w tej dziedzinie przyspieszające proces sprawozdawczości, a do nowego systemu przystępują kolejni partnerzy. Nowe substancje psychoaktywne stanowią rosnące wyzwanie dla polityki narkotykowej. Ogólnie rzecz biorąc, system monitoruje około 670 substancji, przy czym każdego roku zgłaszana jest obecność około 400 z nich. Wykaz substancji pojawiających się na rynku narkotykowym nieprzerwanie rośnie – co tydzień w Europie zgłaszana jest przynajmniej jedna dodatkowa nowa substancja psychoaktywna. Mimo że liczba substancji pojawiających się w wykazie zmniejsza się w porównaniu do wartości szczytowej osiągniętej w 2015 r., negatywne następstwa używania tych środków odurzających na zdrowie publiczne są w dalszym ciągu znaczne.

Pojawienie się w Europie syntetycznych opioidów i syntetycznych kannabinoidów powodujących zgony i ciężkie zatrucia stało się powodem przeprowadzenia przez EMCDDA ocen bezprecedensowej liczby substancji pod kątem stwarzanego przez nie ryzyka dla zdrowia publicznego. Proces ten może uruchomić przyspieszoną reakcję legislacyjną na terenie całej Unii Europejskiej. W 2017 r. dane przekazano również Światowej Organizacji Zdrowia, przy czym rozważa się objęcie niektórych substancji kontrolą międzynarodową. W 2017 r. przebadano pięć pochodnych fentanylu. Substancje te były dostępne w szeregu nowatorskich postaci, na przykład w sprayach donosowych. Czasami stwierdzano również, że zostały one wymieszane z innymi narkotykami, np. z heroiną czy kokainą, lub z podróbkami leków, co powodowało, że użytkownicy niejednokrotnie nie byli świadomi, iż przyjmują daną substancję. Pojawienie się tych narkotyków o dużej sile działania, często nabywanych za pośrednictwem internetu, stawia znaczące wyzwania zarówno przed służbą zdrowia, jak i przed organami ścigania. Substancje te łatwo jest przewozić i ukryć, a niewielkie ich ilości niejednokrotnie można podzielić na setki tysięcy potencjalnych działek ulicznych. Z punktu widzenia ochrony zdrowia zwiększają

one i tak już znaczne obciążenie, które można przypisać innemu zgonom związanym z używaniem innych opioidów. W Stanach Zjednoczonych pochodne fentanylu przyczyniają się w znaczący sposób do obecnego kryzysu opioidowego, i w krótkim okresie czasu stały się substancjami w największym stopniu kojarzonymi z umieralnością związaną z przedawkowaniem. W Europie nie doświadczamy problemu na taką samą skalę, jednak przekazywane EMCDDA doniesienia o zgonach i niezakończonych zgonem przedawkowaniach kojarzonych z fentanylem i niepodlegającymi kontroli pochodnymi fentanylu podkreślają potrzebę nieprzerwanej czujności.

Syntetyczne kannabinoidy są coraz częściej powiązane z problemami zdrowotnymi

Doniesienia o problemach zdrowotnych powiązanych z nowymi syntetycznymi kannabinoidami stały się powodem przeprowadzenia przez EMCDDA w 2017 r. czterech kolejnych ocen ryzyka. Syntetyczne kannabinoidy mogą powodować zarówno zgony, jak i ostre zatrucia. Niedawny raport EMCDDA zwrócił uwagę na rosnące problemy w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa wynikające z używania tego typu substancji w niektórych europejskich zakładach karnych. Stało się również oczywiste, że problemy te mogą niejednokrotnie zostać niedostrzeżone z uwagi na łatwość przemykania tych substancji do zakładów karnych oraz istniejące problemy z wykryciem ich używania.

Syntetyczne kannabinoidy zostały początkowo wprowadzone do obrotu jako legalne odpowiedniki naturalnych produktów z konopi, jednak różnią się od nich w wielu aspektach. Początkowo kojarzone w większym stopniu z używaniem w celach rekreacyjnych, syntetyczne kannabinoidy są obecnie używane problemowo w bardziej zmarginalizowanych grupach społecznych, na przykład wśród osób bezdomnych, jednak nasze ogólne zrozumienie wzorców używania tych narkotyków jest w dalszym ciągu ograniczone. Istniejące informacje wskazują, że rozpowszechnienie używania syntetycznych kannabinoidów jest na ogół niskie, natomiast potencjał tych substancji do powodowania szkód jest znaczący. Świadczyć o tym mogą najnowsze przekazane przez Turcję dane, zgodnie z którymi ogólny wzrost liczby zgonów spowodowanych używaniem narkotyków wynika w części z używania syntetycznych kannabinoidów.

**Syntetyczne opioidy
i syntetyczne kannabinoidy
powodujące zgony
i ciężkie zatrucia**

Zmieniający się rynek konopi indyjskich rodzi nowe wyzwania polityczne

Konopie indyjskie są nieprzerwanie najczęściej stosowanym niedozwolonym środkiem odurzającym w Europie. Znaczenie tego narkotyku wynika z jego pozycji na liście najczęściej konfiskowanych substancji, powiązanych przestępstw narkotykowych, szacowanego rozpowszechnienia używania oraz pojawiającego się zapotrzebowania na leczenie uzależnienia. Rozwój sytuacji w obu Amerykach, w tym zalegalizowanie narkotyku w niektórych jurysdykcjach, doprowadził do szybkiego rozwoju komercyjnego rynku konopi indyjskich. Prowadzi to do wprowadzania nowatorskich rozwiązań w zakresie dostępnych postaci narkotyku i sposobów ich zażywania, do których należą odmiany konopi o dużej sile działania, e-płyny i produkty jadalne. Rynekowi legalnych konopi indyjskich używanych rekreacyjnie towarzyszą przepisy umożliwiające w niektórych jurysdykcjach dostęp do tego środka w celach medycznych lub terapeutycznych. EMCDDA monitoruje rozwój sytuacji w tym obszarze i przedstawia objaśniające dokumenty polityczne, aby zwrócić uwagę na niektóre problemy poruszane w dyskusjach w Europie – chodzi tu między innymi o możliwość pojawienia się niektórych z nowych postaci tego narkotyku na europejskim rynku nielegalnych substancji.

Rozwój sytuacji w Ameryce Północnej wywołał ponownie zainteresowanie w kwestii prowadzenia pojazdów w stanie po zażyciu narkotyków przez kierowców zażywających konopie indyjskie. W 2017 r. EMCDDA była gospodarzem trzeciego międzynarodowego sympozjum dotyczącego prowadzenia pojazdów w stanie po zażyciu narkotyków. W raporcie międzynarodowych ekspertów uczestniczących w sympozjum podkreślono trudności przy opracowywaniu skutecznych polityk w tym zakresie, co dotyczy wszystkich krajów bez względu na status prawny przedmiotowego narkotyku.

Inne ważne kwestie polityczne w tym zakresie obejmują czynniki odpowiadające za właściwe leczenie zaburzeń związanych z używaniem konopi indyjskich, sposoby zapewnienia synergii polityk ze strategiami na rzecz ograniczenia używania tytoniu, a także skuteczne sposoby podejścia do redukcji szkód w tym obszarze. W ujęciu historycznym, rozpowszechnienie używania konopi indyjskich w Europie pozostaje na wysokim poziomie, przy czym w niektórych państwach członkowskich UE odnotowano ostatnio wzrost. Siła działania tego narkotyku, zarówno w postaci marihuany jak i haszyszu, również jest na wysokim poziomie, przy czym w ciągu ostatniej dekady wzrost był bardzo znaczący. Oprócz kwestii związanych ze zdrowiem publicznym wyrażane są obawy dotyczące potencjalnego wpływu dużego rynku nielegalnych

narkotyków na bezpieczeństwo społeczności oraz jego udziału w finansowaniu działań przestępczości zorganizowanej. Biorąc pod uwagę wszystkie powiązane zagadnienia, określenie najbardziej odpowiedniej reakcji na używanie konopi indyjskich jest zadaniem nie tylko coraz trudniejszym, ale i coraz ważniejszym. EMCDDA zobowiązuje się do lepszego zrozumienia tych zagadnień oraz do dostarczenia dokładnych, naukowych i bezstronnych informacji niezbędnych do prowadzenia świadomej debaty nad tym trudnym tematem politycznym.

Reagowanie na przedawkowanie opioidów: znaczenie naloksonu

Liczba zgonów związanych z przedawkowaniem utrzymuje się w Europie na wysokim poziomie, i w większości przypadków miały z tym związek opioidy. Pojawienie się pochodnych fentanylu na europejskim rynku narkotykowym przydaje znaczenia i tak już istotnym argumentom za zwiększeniem dostępu do antagonisty receptorów opioidowych naloksonu. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że zwiększona dostępność tej substancji w połączeniu ze szkoleniem w zakresie rozpoznawania i reagowania na przedawkowanie może pomóc zapobiegać zgonom osób używających opioidów. Podawanie naloksonu jest w związku z tym coraz powszechniej uważane w wielu krajach za ważny element ich strategii ograniczania przedawkowań. Dostępność pochodnych fentanylu jeszcze bardziej zwiększa zagrożenia w tym obszarze z uwagi na ich siłę działania oraz dlatego, że mogą być używane przez osoby niemające doświadczenia z opioidami lub stanowić zagrożenie dla osób przypadkowo narażonych na ich działanie z racji wykonywanego zawodu, np. pracowników organów ścigania. Rozwój sytuacji wskazuje na pilną potrzebę dokonania przeglądu obecnych polityk dotyczących naloksonu, jak również zwiększenia liczby szkoleń i podnoszenia świadomości zarówno użytkowników narkotyków, jak i specjalistów, którzy mogą zetknąć się z tą substancją. Przy okazji przeglądów należy wziąć pod uwagę fakt, że nowe preparaty nieprzeznaczone do stosowania donosowego, mogą ułatwić używanie naloksonu w różnym otoczeniu i w różnych warunkach.

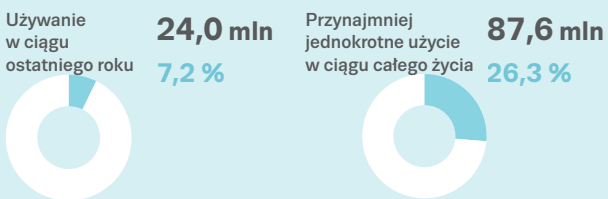
Konopie indyjskie są niezmiennie najczęściej stosowanym niedozwolonym środkiem odurzającym w Europie

W SKRÓCIE – SZACUNKOWE DANE DOTYCZĄCE UŻYWANIA NARKOTYKÓW W UNII EUROPEJSKIEJ

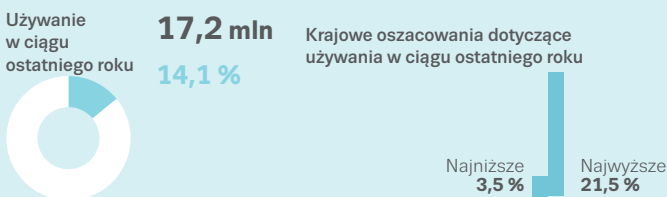
Konopie indyjskie



Osoby dorosłe (15-64 lat)



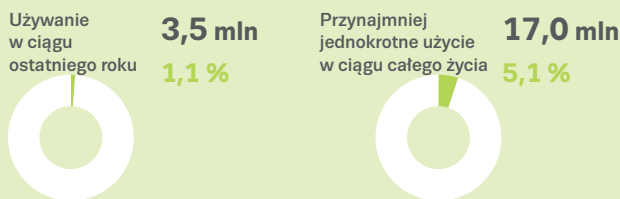
Młode osoby dorosłe (15-34 lat)



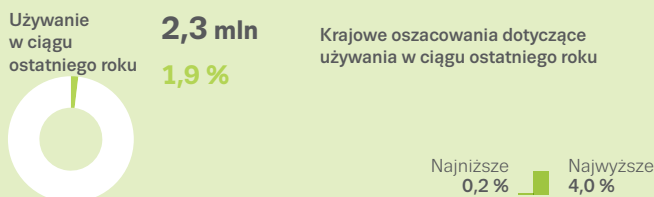
Kokaina



Osoby dorosłe (15-64 lat)



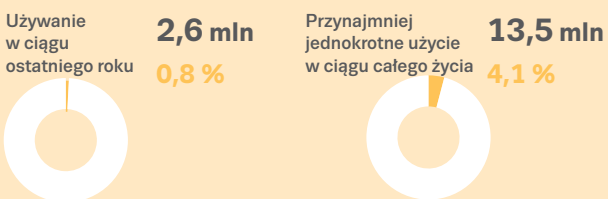
Młode osoby dorosłe (15-34 lat)



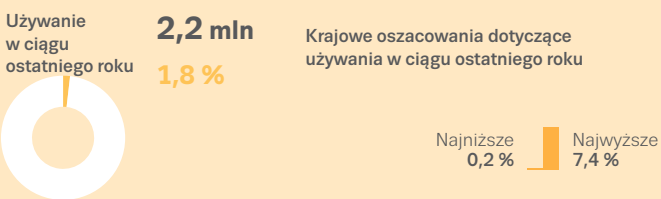
MDMA



Osoby dorosłe (15-64 lat)



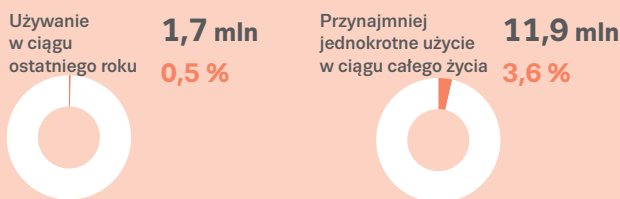
Młode osoby dorosłe (15-34 lat)



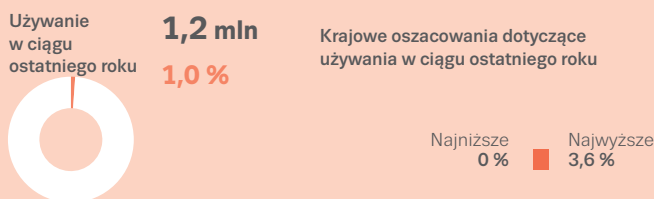
Amfetaminy



Osoby dorosłe (15-64 lat)



Młode osoby dorosłe (15-34 lat)

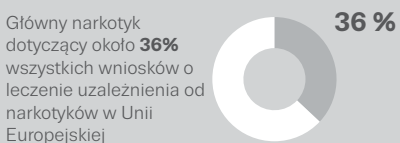


Opioidy



Osoby wysoce ryzykownie używające opioidów: **1,3 mln**

Zgłoszenia na leczenie uzależnienia



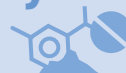
628 000

W 2016 r. osób używających opioidów otrzymało leczenie substytucyjne

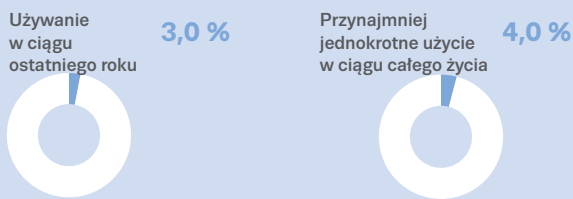
Przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym



Nowe substancje psychoaktywne



Uczniowie w wieku 15-16 lat z 24 krajów europejskich



Źródło: Raport ESPAD 2015 – Dodatkowe tabele.

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

Zakłady karne: ważne miejsca, w których należy wdrażać działania pomocowe

Reagowanie na używanie środków odurzających w zakładach karnych jest jednym z tematów poruszonych w publikacji EMCDDA pt. *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Przewodnik europejski: Reakcje na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym). Czas po opuszczeniu zakładu karnego to szczególnie ryzykowny okres dla osób, które w przeszłości używały opioidów. W tym celu w szeregu krajów opracowano innowacyjne programy udostępniania naloksonu oraz prowadzenia szkoleń dla osób opuszczających zakład karny. Oprócz udostępnienia naloksonu, za kluczowe reakcje w tym obszarze uważa się skierowanie na odpowiednie leczenie w ramach społeczności oraz usługi pomocy społecznej. Podkreśla to znaczenie systemu wymiaru sprawiedliwości w ogóle oraz, w szczególności, instytucji zakładu karnego jako miejsca, w którym rozwiązywanie problemów dotyczących wysoce ryzykownych użytkowników narkotyków jest szczególnie ważne. Dokonanie oceny osób używających narkotyków i rozpatrzenie ich potrzeb zdrowotnych i społecznych przed opuszczeniem przez nich zakładu karnego może przysporzyć społeczności znacznych korzyści.

Jako przykład może tu posłużyć potencjalna wartość, jaką można uzyskać ze zwiększenia skali badań i leczenia chorób zakaźnych wśród osób osadzonych. Kwestia ta uzyskała szczególne znaczenie w wyniku zobowiązania się Unii Europejskiej do wyeliminowania wirusa wywołującego zapalenie wątroby typu C. Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji to dominująca forma przenoszenia tego zakażenia. Dostępne są obecnie nowe, skuteczne terapie, jednak zapewnienie, aby osoby zakażone miały do nich dostęp, pozostaje wyzwaniem. Zakłady karne i usługi leczenia uzależnienia od narkotyków mają duże znaczenie w identyfikowaniu osób zakażonych wirusem HCV. W 2018 r. EMCDDA wesprze nową inicjatywę ukierunkowaną na podniesienie świadomości i ułatwiający dostęp do badań i leczenia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C, co ma na celu rozwiązanie tego poważnego problemu związanego z używaniem narkotyków.

Zapewnienie, aby monitorowanie w dalszym ciągu uwzględniało zmieniające się problemy narkotykowe

Mimo, że dane dotyczące dostępności nowych substancji psychoaktywnych ulegają poprawie, w dalszym ciągu bardzo trudno jest oszacować popyt na te substancje w Europie. Trudności te nasilają się, gdy weźmiemy pod uwagę nadużywanie leków wprowadzonych do obrotu przy

obejściu przepisów prawa, podrobionych lub niezarejestrowanych.

Ważne jest w tym miejscu zwrócenie uwagi na fakt, że nasze obecne narzędzia monitorowania mogą być niewrażliwe na niektóre istotne zmiany zachodzące we wzorcach zażywania narkotyków. Aby nadążyć za tymi zmianami, niezbędne są dalsze inwestycje w ustalone i nowe sposoby podejścia do monitorowania, takie jak analiza ścieków, badania sondażowe prowadzone w internecie, oraz badania rozpoznające nowe tendencje. EMCDDA opublikowała ostatnio wyniki corocznej analizy pozostałości narkotyków w próbkach ścieków pobranych w miastach w 19 państwach europejskich, co wykazało użyteczność tych uzupełniających źródeł informacji w szybszym przedstawianiu tendencji dotyczących narkotyków niż w przypadku bardziej tradycyjnych źródeł danych.

Oprócz wspierania gromadzenia danych na terenie Europy, Unia Europejska pracuje również nad tym, by pomóc krajom trzecim zwiększać zdolności w zakresie monitorowania. Do inicjatyw w tym zakresie należą finansowane przez Komisję Europejską przedsięwzięcia w obszarze pomocy technicznej dla krajów kandydujących i potencjalnych krajów kandydujących do UE oraz państw sąsiednich. Działania te są ważne nie tylko dlatego, że problemy narkotykowe komplikują problemy w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa, z którymi borykają się kraje graniczące z UE, ale również dlatego, że rozwój sytuacji w tych krajach jest powiązany z problemami narkotykowymi, w obliczu których stoimy w naszych państwach członkowskich, i wywiera na nie wpływ. Dlatego też w analizie przedstawionej w tegorocznym Europejskim Raporcie Narkotykowym uznano wyraźnie, że aby zrozumieć bieżące i przyszłe wyzwania, przed którymi stoi program europejskiej polityki w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa w związku z problemem używania środków odurzających, niezbędne jest także zrozumienie globalnych wymiarów tego zagadnienia.

1

**W kontekście globalnym
Europa jest ważnym
rynkiem narkotykowym**

Podaż narkotyków i rynek

W kontekście globalnym Europa jest ważnym rynkiem narkotykowym, na który trafia zarówno produkcja miejscowa, jak i środki przemywane z innych regionów świata. Ameryka Południowa, Azja Zachodnia i Afryka Północna to ważne regiony pochodzenia narkotyków przywożonych do Europy, przy czym nowe substancje psychoaktywne pochodzą w dużej mierze z Chin. Niektóre narkotyki i prekursorzy są przemywane przez Europę na inne kontynenty. Europa to również region, w którym wytwarza się konopie indyjskie i narkotyki syntetyczne; konopie są produkowane głównie do konsumpcji lokalnej, natomiast część wytworzonych narkotyków syntetycznych jest wywożona do innych regionów świata.

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

przemytu, jak i w związku z powstawaniem nowych szlaków przerzutowych i rynków internetowych.

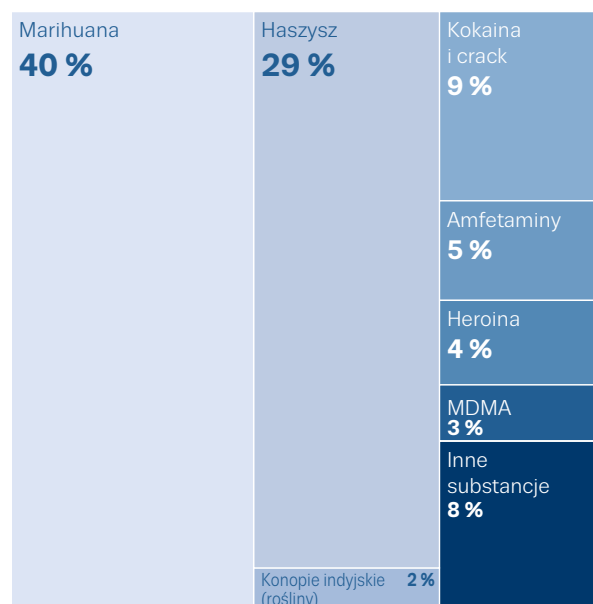
Monitorowanie rynków narkotyków, podaży i przepisów

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

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

WYKRES 1.1

Liczba zgłoszonych konfiskat narkotyków w podziale na rodzaj substancji, 2016 r.



(wykres 1.1). Ponad 60% wszystkich konfiskat narkotyków w Unii Europejskiej zostało zgłoszonych przez trzy kraje – Hiszpanię, Wielką Brytanię i Francję.

Jednakże dane dotyczące liczby konfiskat nie są dostępne dla Holandii i Polski, natomiast najnowsze dane dotyczące Niemiec, Irlandii i Słowenii pochodzą z 2015 r., co zwiększa niepewność analizy.

Konopie indyjskie: większość konfiskat dotyczy haszyszu, ale ilość marihuany wzrasta

Na europejskich rynkach narkotyków występują powszechnie dwa główne produkty otrzymywane z konopi indyjskich: marihuana i haszysz. Olej z konopi występuje relatywnie rzadko. Największy udział w rynku niedozwolonych środków odurzających w Europie mają produkty na bazie konopi indyjskich (38%), których szacunkowa sprzedaż detaliczna osiągnęła wartość 9,3 miliarda euro (prawdopodobny przedział wartości to od 8,4 do 12,9 miliarda euro). Marihuana konsumowana w Europie pochodzi z produkcji krajowej lub jest przemykana z krajów trzecich. Marihuana produkowana w Europie pochodzi przede wszystkim z roślin uprawianych w przestrzeniach zamkniętych. Haszysz, którego produkcja w Europie także się zwiększa, jest w większości importowany – głównie z Maroka. Nowe sprawozdania wskazują, że dużym ośrodkiem przemytu haszyszu stała się Libia. Ponadto Bałkany Zachodnie stanowią źródło zarówno marihuany, jak i oleju z konopi.

W 2016 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 763 000 konfiskat produktów z konopi indyjskich (420 000 konfiskat marihuany,

Rynki niedozwolonych substancji odurzających w Europie: złożone i wielopoziomowe

Rynek nielegalnych substancji to złożony system obejmujący ich produkcję i dystrybucję oraz generujący znaczne przepływy finansowe na różnych poziomach. Biorąc pod uwagę charakter takiego rynku, trudno jest go monitorować, jednak według ostrożnych szacunków rynek detalicznej sprzedaży nielegalnych substancji w Unii Europejskiej wart był w 2013 r. 24 miliardy euro, przy czym największy w nim udział miały konopie indyjskie (38%), następnie heroina (28%) i kokaina (24%).

Mimo, że rynki działające poza internetem są w dalszym ciągu w przewadze, w ostatnich latach zaobserwowano rosnące znaczenie rynków internetowych jako platform służących do wprowadzania do obrotu i rozprowadzania nielegalnych substancji psychoaktywnych, co zapewniło nowe możliwości w zakresie monitorowania sektora aktywności rynkowej. W ramach przeprowadzonej ostatnio przez EMCDDA i Europol analizy zidentyfikowano ponad 100 ogólnosięwiatowych rynków w „głębokiej sieci” (darknet), w której sprzedawcy i nabywcy wykorzystują różne technologie w celu ukrycia swoich tożsamości. Szacuje się, że dwie trzecie wszystkich zakupów dokonywanych na tych rynkach miały związek z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi. Dostawcy z siedzibą w UE byli odpowiedzialni za około 46% dochodów z narkotyków uzyskiwanych na tych rynkach w okresie od 2011 do 2015 r., z czego większość stanowili sprzedawcy z Niemiec, Holandii i Wielkiej Brytanii. Większość narkotyków sprzedawanych w Europie za pośrednictwem „głębokiej sieci” (darknet) to nielegalne substancje pobudzające. Rynki w „głębokiej sieci” (darknet) ułatwiają przede wszystkim sprzedaż niewielkich ilości lub transakcje prowadzone bezpośrednio z odbiorcą, chociaż analiza jednego z takich rynków o nazwie Alphabay wykazała, że inaczej niż w przypadku pozostałych narkotyków, większy odsetek nabytego MDMA był przeznaczony do dalszej sprzedaży.

Ponad milion konfiskat niedozwolonych środków odurzających

Konfiskaty niedozwolonych środków odurzających przez organy ścigania stanowią ważny wskaźnik rynków narkotykowych. W 2016 r. w Europie zgłoszono ponad 1 milion konfiskat nielegalnych narkotyków. Większość zgłoszonych konfiskat dotyczy niewielkich ilości narkotyków przejętych od użytkowników. Wielokilogramowe dostawy przechwycone od przemytników i producentów stanowią jednak większość ogólnej ilości skonfiskowanych substancji. Najczęściej konfiskowanym narkotykiem są konopie indyjskie (ponad 70% przypadków w Europie)

317 000 haszyszu oraz 22 000 roślin konopi). W okresie od roku 2009 liczba konfiskat marihuany przekroczyła liczbę konfiskat haszyszu, przy utrzymujących się na względnie niezmiennym poziomie tendencjach w zakresie konfiskat haszyszu i marihuany począwszy od roku 2011 (wykres 1.2). Ilości konfiskowanego haszyszu są jednak ponad trzykrotnie większe od ilości marihuany (424 ton w stosunku do 124 ton). Po części wynika to z faktu, że haszysz jest częściej transportowany w dużych ilościach na duże odległości między państwami, dlatego łatwiej jest go przechwycić. W analizie ilości skonfiskowanych konopi niewielka liczba krajów okazuje się szczególnie ważna ze względu na ich położenie na głównych szlakach przemytu. Hiszpania jest na przykład głównym punktem przerzutowym haszyszu produkowanego w Maroku – kraj ten zgłosił 76% ogólnej ilości haszyszu skonfiskowanego w Europie w 2016 r. (wykres 1.3).

Wzrost ilości marihuany skonfiskowanej w 2016 r. ma częściowy związek ze wzrostami odnotowanymi w Hiszpanii, Grecji i we Włoszech. Turcja także zgłosiła

przejęcie w 2016 r. większej ilości marihuany (111 ton) niż miało to miejsce w 2015 r.

Konfiskaty roślin konopi indyjskich można traktować jako wskaźnik produkcji tego narkotyku w danym kraju. Ze względu na występujące w poszczególnych krajach różnice dotyczące sposobu raportowania oraz priorytetów i zasobów w zakresie egzekwowania prawa, do danych na temat konfiskat roślin konopi indyjskich należy podchodzić ostrożnie. Liczba roślin skonfiskowanych w Europie osiągnęła szczytową wartość 11,5 miliona w 2015 r. w związku z zakrojonymi na szeroką skalę działaniami przechwytyjącymi przeprowadzonymi w tamtym roku w Holandii, po czym uległa zmniejszeniu do 3,3 milionów roślin w 2016 r., która to wartość zbliżona jest do tych z ubiegłe lata. W 2016 r. zgłoszono 1 200 przypadków konfiskat oleju z konopi, czyli niemal czterokrotnie więcej niż w 2015 r., przy czym największe ilości przechwyciły Turcja (53 litry) i Dania (14 litrów).

KONOPIE INDYJSKIE



HASZYSZ

Konfiskaty

Liczba

317 000 UE **332 000** UE+2

Ilość

424 UE **463** UE+2

Cena

(EUR/g)

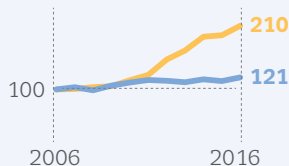
25 €

9–13 €

2 €

Zindeksowane tendencje

Cena i siła działania



Siła działania

(% THC)

27 %

7 %

14–21 %

MARIHUANA

Konfiskaty

Liczba

420 000 UE **454 000** UE+2

Ilość

124 UE **235** UE+2

Cena

(EUR/g)

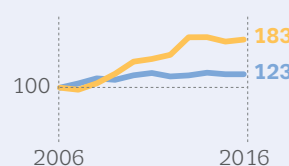
21 €

8–12 €

4 €

Zindeksowane tendencje

Cena i siła działania



Siła działania

(% THC)

18 %

2 %

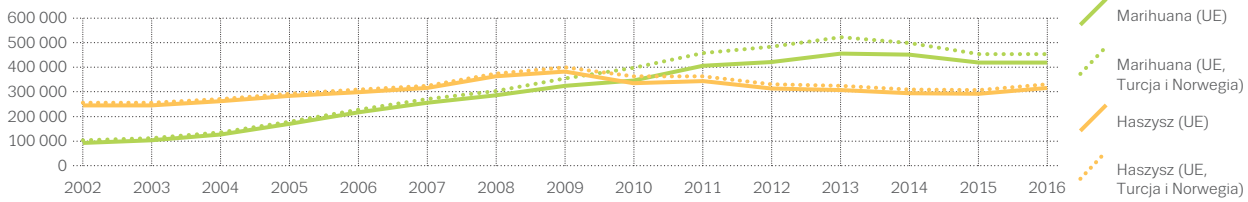
9–12 %

Uwaga: Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i siła działania produktów z konopi indyjskich: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.

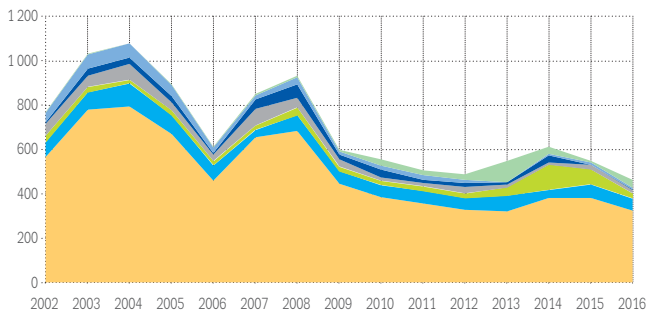
WYKRES 1.2

Tendencje dotyczące liczby konfiskat oraz konfiskowanych ilości haszyszu i marihuany

Liczba konfiskat

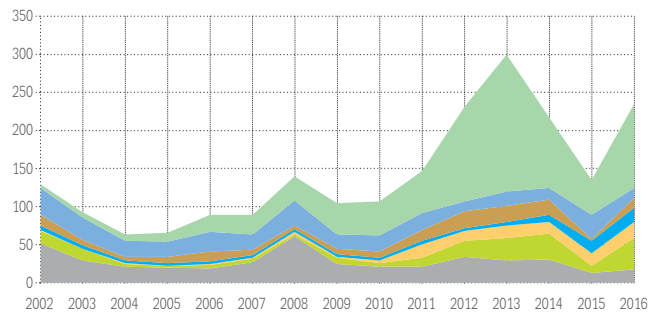


Haszysz (tony)



Turcja Wielka Brytania Portugalia Inne kraje
Włochy Francja Hiszpania

Marihuana (tony)

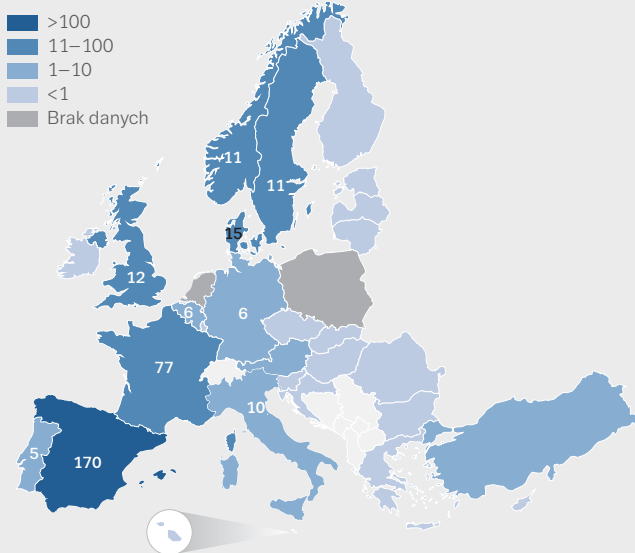


Turcja Wielka Brytania Grecja Francja
Hiszpania Włochy Inne kraje

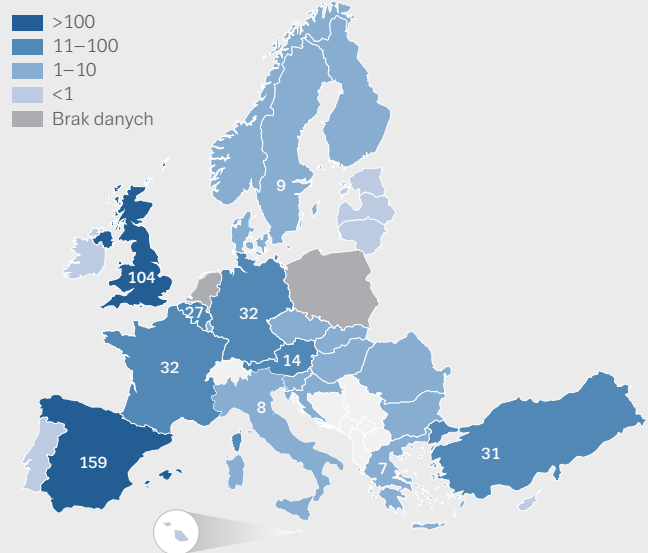
WYKRES 1.3

Konfiskaty haszyszu i marihuany, rok 2016 lub ostatni rok, za który dostępne są dane

Liczba konfiskat haszyszu (w tys.)

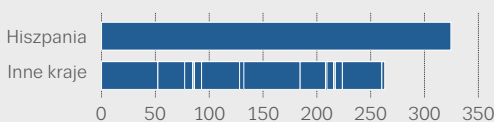


Liczba konfiskat marihuany (w tys.)

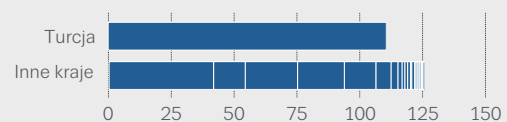


Uwaga: Liczba konfiskat (w tysiącach) w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

Ilość skonfiskowanego haszyszu (w tonach)



Ilość skonfiskowanej marihuany (w tonach)



Analiza zindeksowanych tendencji w krajach dokonujących zgłoszeń konsekwentnie wskazuje na znaczny wzrost siły działania (zawartości tetrahydrokannabinolu, THC) marihuany i haszyszu od 2006 r. Siła działania obu form narkotyku zwiększała się do roku 2013; od tamtego czasu siła działania marihuany ustabilizowała się, podczas gdy siła działania haszyszu w dalszym ciągu rośnie. To zwiększenie siły działania haszyszu może wynikać z wprowadzenia intensywnych technik produkcyjnych w Europie, a także z niedawnego wdrożenia w Maroku nowych technik upraw i roślin o silniejszym działaniu oraz nowych produktów opartych na wielu szczepach lub roślinach hybrydowych. Dane wskazują, że ceny haszyszu i marihuany są podobne, mimo że haszysz ma zazwyczaj większą siłę działania.

Konfiskaty heroiny: ilości ulegają zmniejszeniu

Heroina jest najpowszechniejszym opioidem na europejskim rynku narkotyków, o szacunkowej wartości detalicznej 6,8 mld euro (prawdopodobny przedział wartości od 6,0 mld euro do 7,8 mld euro) w 2013 r. W Europie od dawna dostępne są dwie postacie importowanej heroiny. Bardziej powszechna jest heroina brązowa (w jej podstawowej postaci chemicznej), pochodząca głównie z Afganistanu. Zdecydowanie mniej powszechna jest natomiast biała heroina (w postaci soli), która dawniej pochodziła z południowo-wschodniej Azji, ale obecnie może też być wytwarzana w Afganistanie lub w sąsiednich krajach. Wśród pozostałych opioidów dostępnych na rynkach niedozwolonych środków odurzających znalazło się opium oraz produkty lecznicze,

takie jak morfina, metadon, buprenorfina, tramadol i różne pochodne fentanylu. Niektóre z tych opioidów mogą pochodzić z legalnych dostaw farmaceutycznych, a inne produkowane są nielegalnie.

Afganistan pozostaje największym na świecie nielegalnym producentem opium i przypuszczalnie większość heroiny na rynku europejskim jest wytwarzana właśnie tam bądź w sąsiednim Iranie lub Pakistanie. Do niedawna nielegalna produkcja opioidów na terenie Europy była ograniczona do domowej roboty produktów na bazie maku, które wytwarzano w niektórych krajach Europy Wschodniej. Odkrycie kilkunastu laboratoriów zajmujących się przetwarzaniem morfiny w heroinę w Holandii, Hiszpanii i w Republice Czeskiej w ostatnich latach świadczy o tym, że pewna ilość heroiny może obecnie być produkowana także w Europie. Zmiana ta może odzwierciedlać działania dostawców dążących do obniżenia kosztów poprzez przeprowadzanie ostatnich etapów produkcji heroiny w Europie, w której prekursorzy takie jak bezwodnik octowy można nabyć po cenach niższych niż w krajach produkujących opium. Wytwarzanie narkotyku w pobliżu rynku konsumenckiego może mieć także na celu ograniczenie ryzyka przechwycenia.

HEROINA

Konfiskaty

Liczba

38 000 UE  **47 000** UE+2

Ilość

4,3 UE  **9,9** UE+2

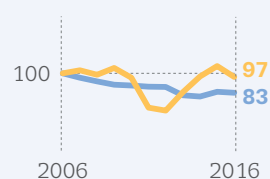
Cena

(EUR/g)

140 €
35–65 €
22 €

Zindeksowane tendencje

Cena i czystość



Czystość

(%)

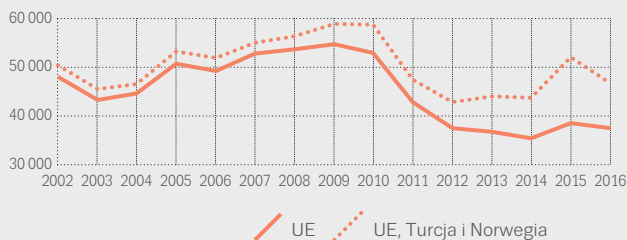
41 %
15–29 %
11 %

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

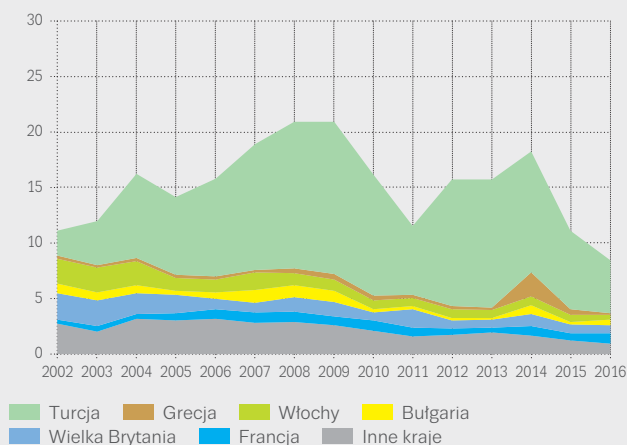
WYKRES 1.4

Liczba konfiskat heroiny i skonfiskowane ilości: tendencje w 2016 r. lub ostatnim roku, za który dostępne są dane

Liczba konfiskat

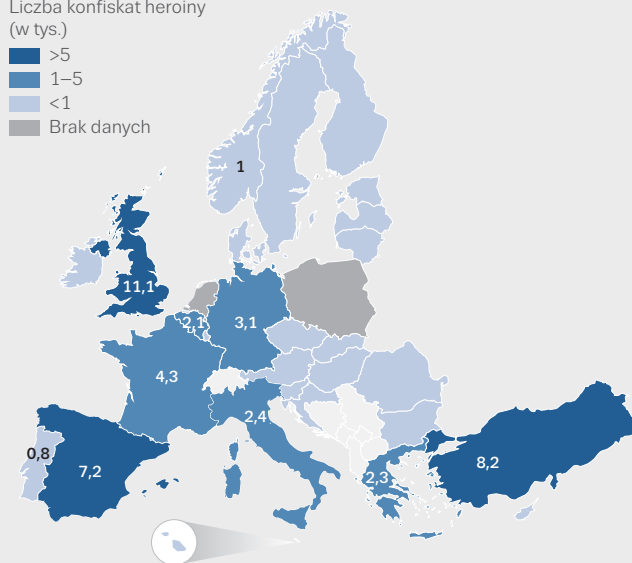


Tony



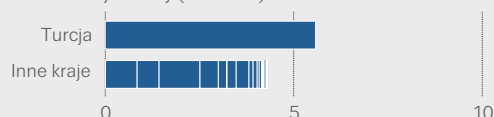
Liczba konfiskat heroiny (w tys.)

>5
1–5
<1
Brak danych



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

Ilość skonfiskowanej heroiny (w tonach)



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

„szlak północny” oraz szlak przez południowy Kaukaz i Morze Czarne.

W latach 2010/2011 na rynkach narkotykowych niektórych krajów europejskich odnotowano spadek dostępności heroiny. Wyraźnie widać to na podstawie danych dotyczących liczby konfiskat heroiny, która w latach 2009-2014 na terenie Unii Europejskiej uległa spadkowi, a ustabilizowała się w 2015 i 2016 r. W latach 2002-2014 ilość heroiny przejętej w Unii Europejskiej spadła o połowę

TABELA 1.1

Konfiskata opioidów innych niż heroina w 2016 r.

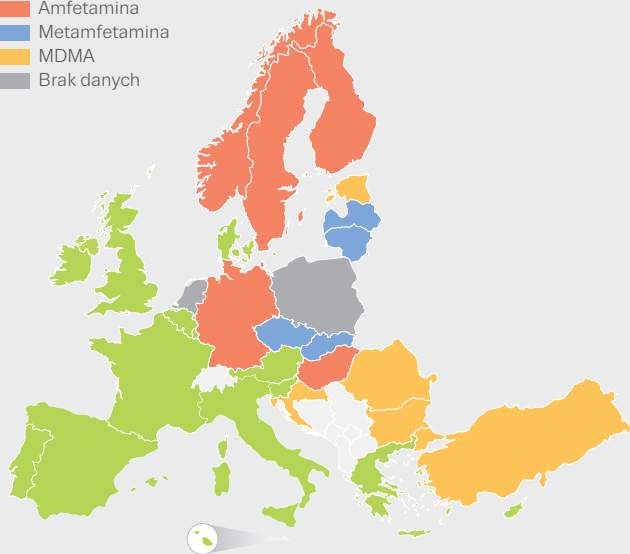
Opioidy	Liczba	Ilość			Liczba krajów
		Kilogramy	Litry	Tabletki	
Metadon	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfina	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Pochodne fentanylu	738	1,55	1,2	11 792 (†)	12
Morfina	225	11,08		4 201	13
Opium	335	327,5			10
Kodeina	339	20,65		9 506	9
Oksykodon	12	0,005		107	6

(†) Plastry lub kartoniki nasączone roztworem.

WYKRES 1.5

Najczęściej konfiskowany w Europie niedozwolony stymulant, rok 2016 lub ostatni dostępny

- Kokaina
- Amfetamina
- Metamfetamina
- MDMA
- Brak danych



– z 10 do 5 ton, po czym ustabilizowała się w ostatnich latach osiągając poziom 4,3 ton zarejestrowanych w 2016 r. Turcja w dalszym ciągu konfiskuje więcej heroiny niż wszystkie kraje europejskie łącznie (wykres 1.4), chociaż ilość heroiny przejętej w Turcji spadła z 8,3 ton w 2015 r. do 5,6 ton w 2016 r. Jeżeli chodzi o kraje regularnie przekazujące stosowne raporty, zindeksowane tendencje wskazują że po okresie szybkiego wzrostu względem niskiego poziomu w 2012 r., czystość heroiny w Europie uległa zmniejszeniu w 2016 r. w porównaniu z 2015 r., natomiast cena narkotyku na przestrzeni ostatniej dekady stawała się coraz niższa.

W krajach europejskich konfiskowane są także inne opioidy poza heroiną, choć ich ogólny odsetek jest niewielki. Do najczęściej konfiskowanych opioidów należą opioidy medyczne, takie jak tramadol, buprenorfina i metadon (zob. tabela 1.1). W 2016 r. odnotowano znaczący wzrost liczby skonfiskowanych tabletek tramadolu; pochodne fentanylu także przejmowano w znacznie większych ilościach.

Europejski rynek substancji pobudzających: różnice regionalne

Do głównych stymulantów dostępnych w Europie należą: kokaina, amfetamina, metamfetamina i MDMA. Szacuje się, że wartość detaliczna rynku stymulantów w Unii Europejskiej w 2013 r. wynosiła pomiędzy 6,3 mld a 10,2 mld euro. Występują przy tym istotne różnice pod względem najczęściej konfiskowanych stymulantów

(wykres 1.5), determinowane przez położenie portów wwozu oraz szlaków przemytu, głównych ośrodków produkcji oraz dużych rynków konsumenckich. Kokaina jest najczęściej konfiskowanym stymulantem w wielu krajach zachodniej i południowej Europy, natomiast w Europie Północnej i Wschodniej dominują konfiskaty amfetamin i MDMA.

Rynek kokainy: ciągłe dążenie do odzyskania dawnej pozycji

Kokaina dostępna jest w Europie w dwóch postaciach, z których powszechniejszą jest kokaina w proszku (w postaci soli). Rzadziej dostępny jest crack, czyli narkotyk w postaci nadającej się do palenia wolnej zasady. Kokainę wytwarza się z liści krzewu kokainowego. Narkotyk ten jest produkowany głównie w Boliwii, Kolumbii i Peru. Do Europy dociera na różne sposoby, w tym poprzez loty pasażerskie i towarowe, w przesyłkach pocztowych, na pokładzie prywatnych samolotów, jachtów oraz w kontenerach do transportu morskiego. Szacuje się, że wartość detaliczna rynku kokainy w Unii Europejskiej wyniosła w 2013 r. co najmniej 5,7 mld euro.

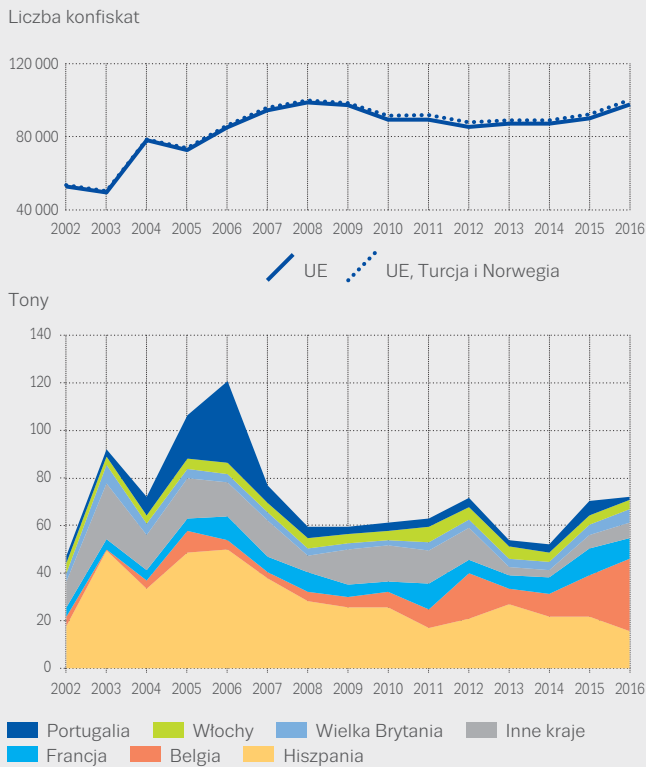
W 2016 r. w Unii Europejskiej zgłoszono łącznie 98 000 konfiskat kokainy w łącznej ilości 70,9 ton. W porównaniu z poprzednim rokiem w 2016 r. nastąpił niewielki wzrost ilości skonfiskowanej kokainy oraz wyraźniejszy wzrost liczby konfiskat (zob. wykres 1.6). Uwzględniając konfiskaty ponad 30 ton kokainy (43% całkowitej szacunkowej ilości w UE w 2016 r.), Belgia zajęła miejsce Hiszpanii (15,6 ton) jako kraju zgłaszającego coroczne konfiskaty największej ilości tego narkotyku. Konfiskaty kokainy w ilości przekraczającej 5 ton zgłosiła także Francja (8,5 tony) i Wielka Brytania (5,7 tony). Ogólnie, indeksowane tendencje wskazują, że tendencja zwykła w zakresie czystości kokainy obserwowana od 2010 r. utrzymała się w 2016 r., przy czym czystość kokainy osiągnęła najwyższy poziom odnotowany w ciągu ostatniej dekady.

W 2016 r. w Europie skonfiskowano także inne produkty z koki, w tym 569 kilogramów płynów zawierających kokainę oraz 3 kg liści. Ponadto konfiskata 79 kilogramów pasty z koki w Hiszpanii oraz kolejnych 7 kilogramów we Włoszech świadczy o istnieniu nielegalnych laboratoriów produkujących w Europie chlorowoderek kokainy. Zjawisko

**Heroina jest
najpowszechniejszym opioidem
na europejskim rynku
narkotyków**

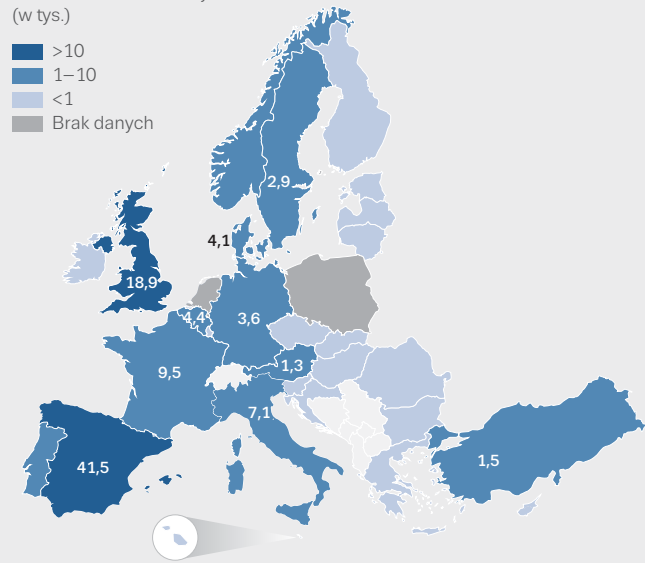
WYKRES 1.6

Liczba konfiskat kokainy i skonfiskowane ilości: tendencje w 2016 r. lub ostatnim roku, za który dostępne są dane



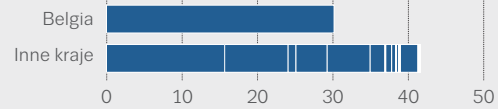
Liczba konfiskat kokainy (w tys.)

- >10
- 1–10
- <1
- Brak danych



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

Ilość skonfiskowanej kokainy (w tonach)



to wskazuje na zmianę taktyki produkcji wprowadzoną przez niektóre organizacje przestępcze, jako że dotąd większość laboratoriów produkujących kokainę w Europie koncentrowała się na wtórnym pozyskiwaniu narkotyku z materiałów, w których go ukryto (np. w winach, ubraniach, tworzywach sztucznych).

Produkcja narkotyków: rozwój sytuacji w obszarze chemicznych prekursorów

Prekursory narkotykowe to środki chemiczne niezbędne do produkcji niedozwolonych środków odurzających. Jako że wiele prekursorów służy do zgodnych z prawem celów, nie

KOKAINA

Konfiskaty

Liczba

98 000 UE **100 000** UE+2

Ilość

70,9 UE **71,8** UE+2

Cena

(EUR/g)

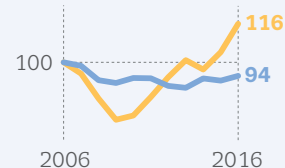
105 €

57–76 €

44 €

Zindeksowane tendencje

Cena i czystość



Czystość

(%)

84 %

51–73 %

40 %

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

są one zabronione, natomiast handel nimi jest monitorowany i podlega kontroli na mocy przepisów UE, w których niektóre substancje chemiczne są odpowiednio klasyfikowane (tzn. dodawane do wykazu substancji objętych kontrolą). Dostępność prekursorów ma znaczny wpływ na rynek narkotyków syntetycznych oraz metody produkcji stosowane w nielegalnych laboratoriach. Techniki produkcji nieprzerwanie ewoluują, co ma na celu obejście kontroli, przy czym zmiany zazwyczaj polegają na wykorzystywaniu niesklasyfikowanych substancji chemicznych do wytwarzania syntetycznych narkotyków lub ich prekursorów, np. wykrytego niedawno N-t-BOC-MDMA (N-tert-butyloksykarbonylo-MDMA). W procesie dodatkowego przetwarzania niezbędna jest większa liczba chemikaliów, ponadto prowadzi on do wytwarzania większej ilości odpadów, co może doprowadzić do szkód w środowisku naturalnym.

Dane dotyczące konfiskat i zatrzymanych dostaw prekursorów narkotyków potwierdzają fakt wykorzystywania zarówno substancji sklasyfikowanych, jak

i niesklasyfikowanych do produkcji narkotyków w Unii Europejskiej, szczególnie zaś do wytwarzania amfetamin i MDMA (tabela 1.2). Sklasyfikowanie prekursora BMK (fenyloacetonu), substancji o nazwie APAAN (alfa-fenyloacetoacetonitryl) pod koniec 2013 r. w dalszym ciągu wywołuje efekt – ilości skonfiskowanej substancji zmniejszyły się z 48 000 kilogramów w 2013 r. do ok. 600 kilogramów w 2016 r. W 2016 r. gwałtownie wzrosła liczba zgłoszonych po raz pierwszy w 2015 r. konfiskat alternatywnych chemikaliów takich jak APAA (alfa-fenyloacetoacetamid) oraz glicydowe pochodne BMK, które także można bez trudu przetworzyć na BMK.

W 2016 r. wzrosła również liczba konfiskat zarówno PMK (ketonu piperonylowo-metylowego) jak i niesklasyfikowanych chemikaliów służących do wytwarzania MDMA. Konfiskaty PMK we Francji i glicydowych pochodnych PMK w Bułgarii, a także zatrzymane w Hiszpanii dostawy prekursorów wskazują na to, że szlaki przerzutowe ulegają zróżnicowaniu.

TABELA 1.2

Podsumowanie konfiskat i zatrzymanych dostaw sklasyfikowanych w UE prekursorów oraz niesklasyfikowanych chemikaliów wykorzystywanych do wytwarzania wybranych narkotyków syntetycznych produkowanych w Unii Europejskiej, 2016 r.

Sklasyfikowane/niesklasyfikowane	Konfiskaty		Zatrzymane dostawy		OGÓŁEM	
	Liczba	Ilość	Liczba	Ilość	Liczba	Ilość
MDMA lub substancje pokrewne						
PMK (litry)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (litry)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Glicydowe pochodne PMK (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamina i metamfetamina						
Efedryna luzem (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (litry)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedryna luzem (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, kwas fenylooctowy (kg)	0	0	5	112	5	112
APAAN (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Glicydowe pochodne BMK (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Amfetamina i metamfetamina: konfiskaty utrzymują się na niezmiennym poziomie

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

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

przeprowadza się ostatni etap produkcji, czyli konwersję oleju bazowego amfetaminy na siarczan amfetaminy. Wskazuje to na zmianę lokalizacji tego etapu procesu produkcyjnego, który, jak się uznaje, ma związek z preferowanym przez niektóre grupy przemycańców płynów zamiast produktu końcowego, co ma na celu zapobieżenie przechwyceniu.

Część amfetaminy produkuje się także na eksport, szczególnie na Bliski Wschód oraz na Daleki Wschód i do Oceanii. W ostatnim czasie zwiększyła się ilość przechwytywanych tabletek amfetaminy z logotypem „Captagon” – szczególnie w Turcji, gdzie w 2016 r. skonfiskowano ich ponad 13 mln.

Od dłuższego czasu znaczna część metamfetaminy dostępnej w Europie pochodzi z Czech, a od niedawna także z przygranicznych okolic państw ościennych. W Czechach metamfetaminę produkuje się głównie

AMFETAMINY



AMFETAMINA

Konfiskaty

Liczba

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

Ilość

5,7 UE **9,5** UE+2

Cena

(EUR/g)

50 €
10–23 €
8 €

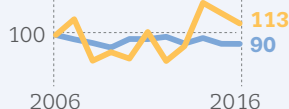
Czystość

(%)

61 %
20–31 %
14 %

Zindeksowane tendencje

Cena i czystość



METAMFETAMINA

Konfiskaty

Liczba

9 000 UE **14 000** UE+2

Ilość

0,5 UE **0,8** UE+2

Cena

(EUR/g)

170 €
19–71 €
15 €

Czystość

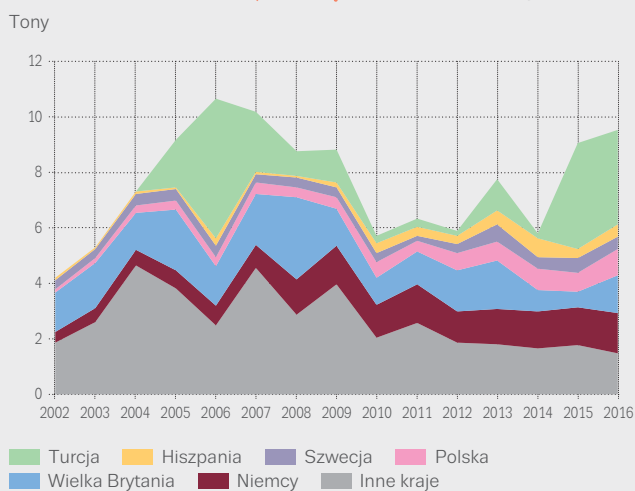
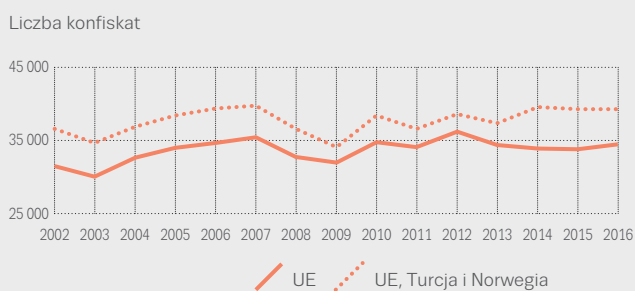
(%)

73 %
25–58 %
22 %

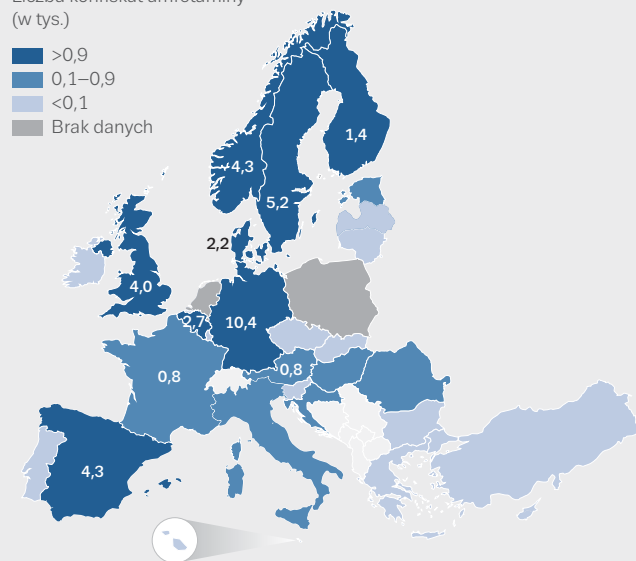
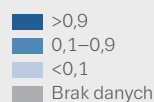
Uwaga: Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość amfetamin: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika. W przypadku metamfetaminy zindeksowane tendencje nie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

WYKRES 1.7

Liczba konfiskat amfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje w 2016 r. lub ostatnim roku, za który dostępne są dane

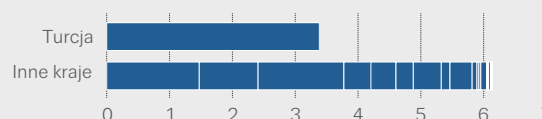


Liczba konfiskat amfetaminy (w tys.)



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

Ilości skonfiskowanej amfetaminy (w tonach)



z prekursora pseudoefedryny, którą pozyskuje się z produktów leczniczych przywożonych przede wszystkim z Polski lub, w coraz większym stopniu, z innych miejsc przez Polskę. Narkotyk można także uzyskać z BMK. Z 291 nielegalnych laboratoriów metamfetaminy zgłoszonych w Unii Europejskiej w 2016 r., 261 znajdowało się na terenie Czech. Najwięcej jest działających na niewielką skalę laboratoriów zaopatrujących rynek krajowy, zgłaszano też jednak duże zakłady produkcyjne, w których zorganizowane grupy przestępcze wytwarzają metamfetaminę dla innych krajów europejskich.

W 2016 r. państwa członkowskie UE zgłosiły 34 000 przypadków konfiskat amfetaminy, w ramach których przejęto 5,7 tony tego narkotyku. Ogółem, ilość skonfiskowanej w Unii Europejskiej amfetaminy utrzymuje się na stabilnym poziomie, wahając się corocznie w przedziale od 5 do 6 ton począwszy od 2010 r. (wykres 1.7). Liczba konfiskat metamfetaminy jest znacznie mniejsza; w 2016 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 9 000 konfiskat metamfetaminy, w ramach których przejęto 0,5 tony tego narkotyku, przy czym największą jego ilość skonfiskowały Czechy (wykres 1.8). Liczba konfiskat metamfetaminy wykazuje tendencję zwykłą od 2002 r., przy czym przechwycone ilości narkotyków utrzymują się na względnie niezmiennym poziomie od 2009 r. W 2016 r.

skonfiskowano w Turcji także duże ilości amfetamin, zwłaszcza tabletek „Captagon” (1,3 miliona tabletek lub, szacunkowo, 3,4 tony amfetaminy), jak również 0,25 tony metamfetaminy.

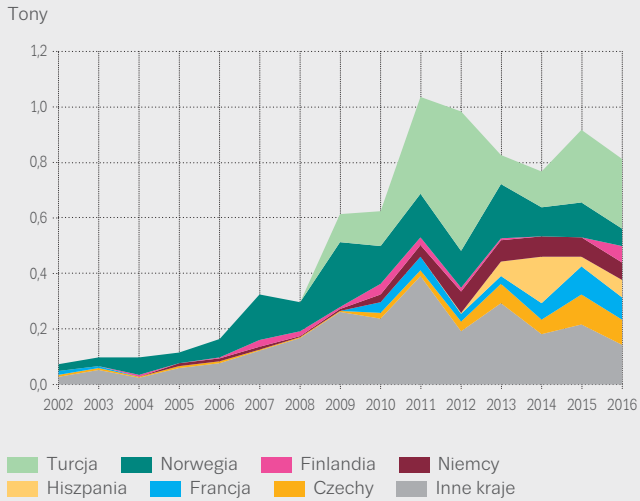
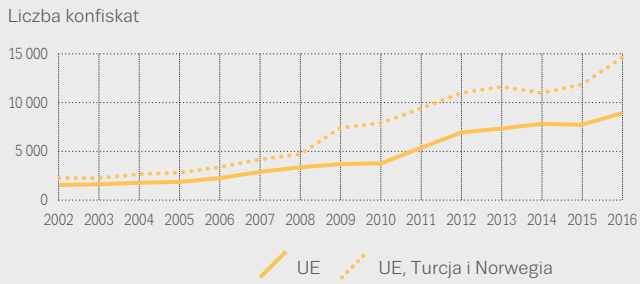
Średnia zgłaszana czystość próbek metamfetaminy jest zwykle wyższa niż w przypadku amfetaminy.

| MDMA: wzrost produkcji i liczby konfiskat

MDMA (3,4-Metylenodioksymetamfetamina) to syntetyczny narkotyk spokrewniony z amfetaminami, choć przejawiający inne skutki zażycia. MDMA przyjmuje się w postaci tabletek (zwanymi często „ecstasy”), a także w formie proszku lub kryształów. Na rynek wciąż trafiają nowe rodzaje tabletek MDMA o różnych kolorach, kształtach i logotypach. W 2013 r. wartość detaliczną rynku MDMA w Unii Europejskiej oszacowano na ok. 0,7 mld euro. W ostatnich latach rynek MDMA odradza się po okresie ograniczonej dostępności związanej z brakiem prekursorów chemicznych wymaganych do produkcji narkotyku. Średnia zawartość MDMA w tabletkach zwiększa się od 2009 r., przy czym duże ilości MDMA w niektórych partiach powiązane z problemami zdrowotnymi oraz przypadkami zgonów.

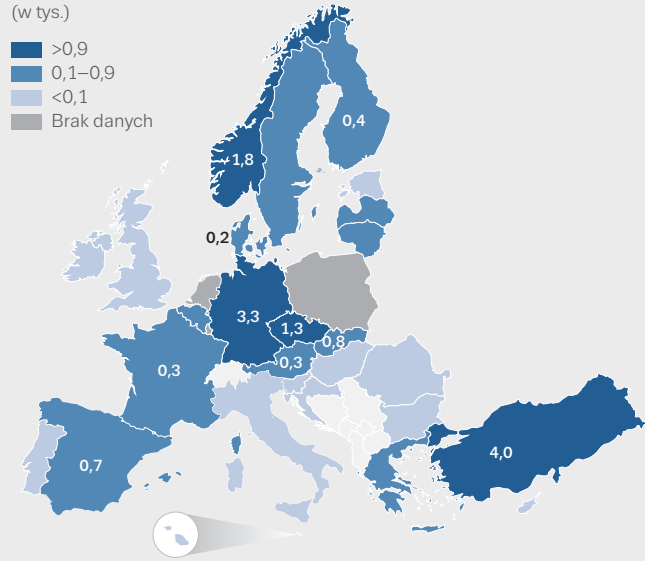
WYKRES 1.8

Liczba konfiskat metamfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje w 2016 r. lub ostatnim roku, za który dostępne są dane



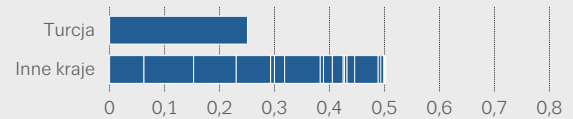
Liczba konfiskat metamfetaminy (w tys.)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Brak danych



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

Ilości skonfiskowanej metamfetaminy (w tonach)



Produkcja MDMA w Europie skoncentrowana jest głównie w Holandii i Belgii – to właśnie tam znajdowało się 11 laboratoriów MDMA zlikwidowanych w Unii Europejskiej w 2016 r. (10 w Holandii i 1 w Belgii), czyli ponad dwukrotnie więcej niż w 2015 r. MDMA wytwarzane

w Europie jest także wywożone do innych regionów na świecie; przykładowo, australijska policja zgłosiła, że największa ilość MDMA skonfiskowana jednorazowo w Australii w 2016 r. (1,2 tony) pochodziła z Europy.

MDMA



Konfiskaty

Liczba

24 000 UE **31 000** UE+2

Ilość

5,3 UE **9,1** UE+2



295 UE **306** UE+2



Cena

(EUR/tabletka)

16 €

6–11 €

4 €

Zindeksowane tendencje

Cena i czystość

238

83

2006

2016

Czystość

(mg MDMA/
tabletką)

168

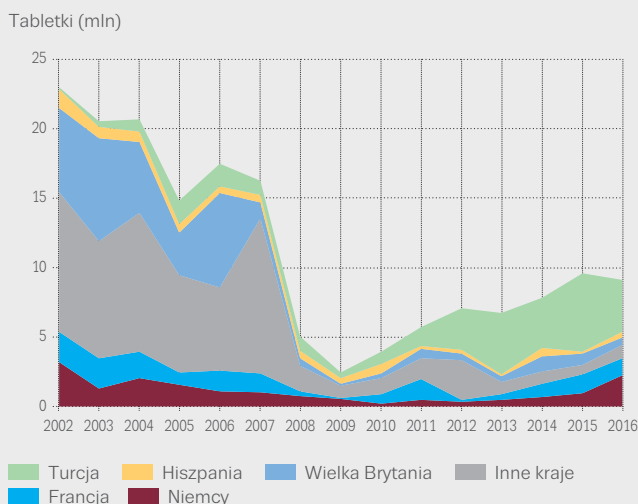
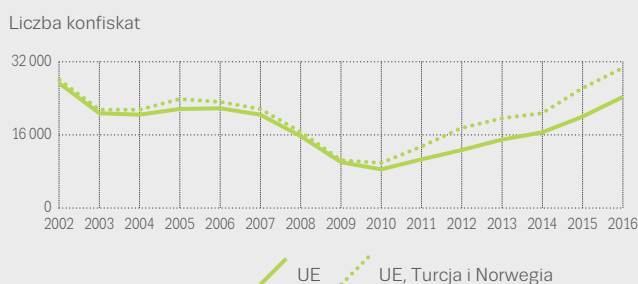
86–152

41

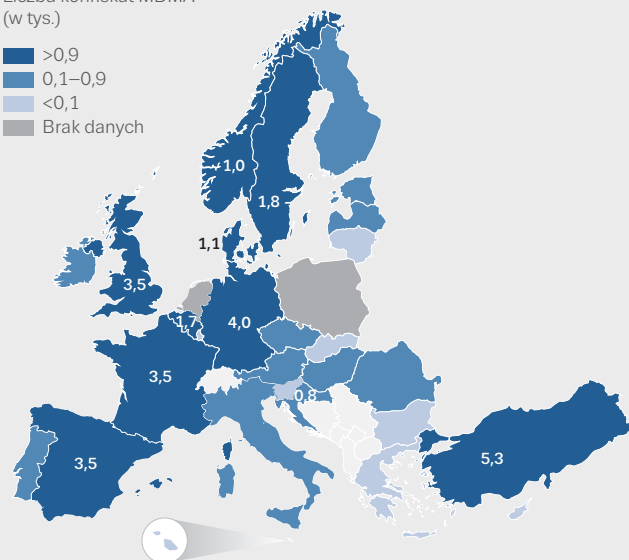
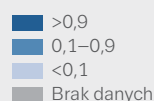
Uwaga: Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość MDMA: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartyłowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.

WYKRES 1.9

Liczba konfiskat MDMA i skonfiskowane ilości: tendencje w 2016 r. lub ostatnim roku, za który dostępne są dane



Liczba konfiskat MDMA (w tys.)



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

Skonfiskowane tabletki MDMA (w mln)



Ocena najnowszych tendencji dotyczących konfiskat MDMA jest trudna ze względu na brak danych z niektórych krajów, które mogą wносить znaczny wkład w ogólną liczbę. Brakuje dostępnych danych dotyczących Holandii, jak również informacji na temat liczby konfiskat dotyczących Niemiec i Polski za rok 2016. Bez tych ważnych informacji szacuje się, że w 2016 r. ilość MDMA przejętego w Unii Europejskiej wzrosła – skonfiskowano 5,3 mln tabletek MDMA i 295 kg MDMA w postaci proszku.

Od 2010 r. całkowita liczba zgłaszanych konfiskat MDMA stale rośnie, choć ilość przechwytywanego narkotyku także uległa w tym okresie nieznacznemu zwiększeniu; wartości te zmieniają się z roku na rok. Znaczne ilości MDMA konfiskowane są także w Turcji – w 2016 r. było to łącznie 3,8 mln tabletek (wykres 1.9). Zindeksowane tendencje wykazują, że zawartość MDMA w skonfiskowanych tabletkach uległa w ostatnich latach znacznemu zwiększeniu.

Konfiskaty LSD, GHB i ketaminy

Na terenie Unii Europejskiej konfiskuje się także inne nielegalne substancje. W 2016 r. dokonano m.in. 1 700 konfiskat LSD (dietyloamid kwasu D-lizergowego), co

odpowiada 97 000 dawek. Od 2010 r. liczba zgłaszanych konfiskat LSD uległa niemalże podwojeniu, choć ilość przechwytywanego narkotyku jest zmienna. Czternaście krajów UE zgłosiło około 1 800 przypadków konfiskaty ketaminy w ilości szacowanej na ok. 83 kg narkotyku, przy czym większość wykryto w Danii, we Włoszech oraz w Wielkiej Brytanii. Niewielką liczbę konfiskat ketaminy zgłosiła także Norwegia: w ramach 50 konfiskat przejęto 0,2 kilograma narkotyku. W 2016 r. trzynaście krajów UE oraz Norwegia i Turcja zgłosiły konfiskaty GHB (kwasu gamma-hydroksymasłowego) lub GBL (gamma-butyrolaktonu). Było to szacunkowo ogółem 1 700 konfiskat, co równa się 360 kg oraz 1 400 litrom substancji, przy czym ponad jedną czwartą całkowitej liczby konfiskat przeprowadzono w Norwegii.

Nowe substancje psychoaktywne: złożony rynek

Do końca 2017 r. EMCDDA monitorowało ponad 670 nowych substancji psychoaktywnych, które zidentyfikowano na terenie Europy. Substancje te nie podlegają międzynarodowym kontrolom. Jest to grupa obejmująca substancje psychoaktywne różnego rodzaju, w tym syntetyczne kannabinoidy, stymulanty, opioidy oraz benzodiazepiny (wykres 1.10). W większości przypadków

są one sprzedawane jako „legalne” zamienniki niedozwolonych środków odurzających, podczas gdy inne są przeznaczone dla niewielkich grup osób pragnących eksperymentować z różnymi substancjami, aby odkryć możliwe nowe skutki ich zażywania.

W wielu przypadkach nowe substancje produkowane są w ilościach hurtowych przez spółki chemiczne i farmaceutyczne w Chinach. Stamtąd wysyłane są do Europy, gdzie przetwarzane są na produkty docelowe, a następnie pakowane i sprzedawane. Niektóre nowe substancje mogą być także pozyskiwane jako leki, a więc pochodzić z legalnego łańcucha dostaw lub ze źródeł nielegalnych. Substancje mogą także być wytwarzane w tajnych laboratoriach w Europie lub w innych częściach świata. Różne wskaźniki, takie jak wykrywanie nielegalnych laboratoriów, analiza odpadów narkotyków syntetycznych oraz konfiskaty prekursorów, wskazują na częstsze występowanie tej formy produkcji w ostatnich latach w Europie.

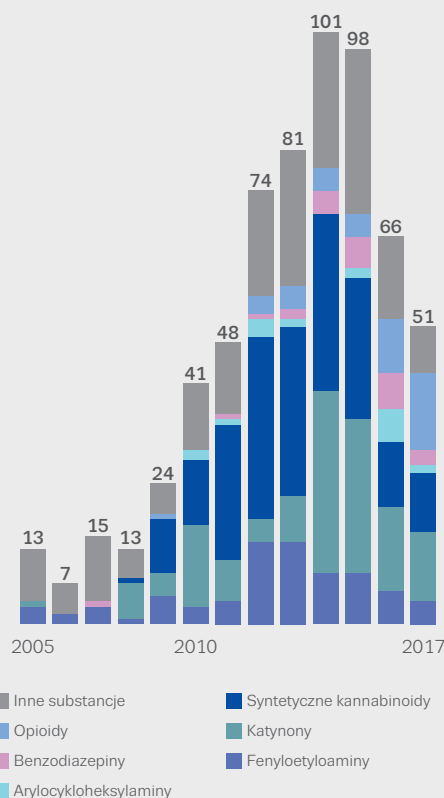
Niektóre nowe substancje sprzedawane są otwarcie w wyspecjalizowanych sklepach stacjonarnych oraz na ogólnodostępnych stronach internetowych, często jako markowe „dopalacze”. Handluje się nimi także w „głębokiej sieci” (darknet) oraz na rynku substancji niedozwolonych, gdzie dostępne są czasem pod własną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

Niemal 70% nowych substancji zidentyfikowanych za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej wykryto w ostatnich pięciu latach. W 2017 r. 51 nowych substancji wykryto w Europie po raz pierwszy. Jest to wartość mniejsza niż w poprzednich pięciu latach, i stanowi ona spadek w porównaniu z wartościami szczytowymi w zakresie identyfikacji około 100 nowych substancji każdego roku, jakie odnotowano w 2014 i 2015 r. Powody tego spadku są niejasne, ale mogą częściowo wynikać z działań podejmowanych przez rządy krajowe w Europie związanych z zakazem obrotu nowymi substancjami, a w szczególności ich jawnej sprzedaży jako „dopalaczy”. Kolejnym ważnym czynnikiem mogą być środki kontroli oraz działania organów ścigania w Chinach, skierowane przeciwko laboratorium wytwarzającym nowe substancje.

Liczba wykrywanych każdego roku nowych substancji jest tylko jednym z szeregu wskaźników wykorzystywanych przez EMCDDA, aby ocenić sytuację na całym rynku. Liczby te pokazują na przykład, jak skomplikowany stał się ten rynek – ponad 50% (369) nowych, monitorowanych obecnie substancji było ciągle wykrywane w 2016 r. na europejskim rynku narkotykowym.

WYKRES 1.10

Liczba i kategorie nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania po raz pierwszy, 2005-2017



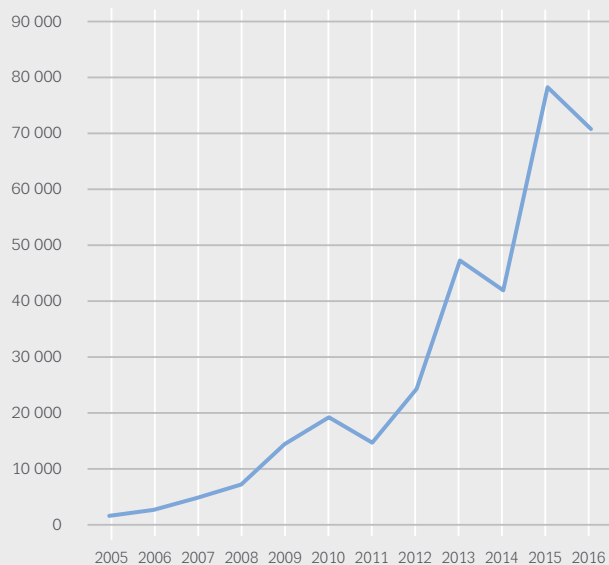
Konfiskaty nowych substancji psychoaktywnych: w dalszym ciągu dominują syntetyczne katynony i kannabinoidy

W 2016 r. poprzez europejski system wczesnego ostrzegania zgłoszono prawie 71 000 konfiskat nowych substancji psychoaktywnych (wykres 1.11). Syntetyczne katynony i kannabinoidy łącznie stanowiły niemal 80% wszystkich przypadków konfiskat, a także 80% ilości wszystkich nowych substancji przejętych w 2016 r. W 2016 r., w porównaniu z rokiem poprzednim, zaobserwowano także ogólny spadek ilości skonfiskowanych narkotyków tego typu. Ilości skonfiskowanych syntetycznych katynonów, benzodiazepin i syntetycznych opioidów uległy jednak zwiększeniu. Europejskie dane dotyczące konfiskat nowych substancji należy przyjmować jako wartości minimalne, jako że pochodzą one z doniesień o konkretnych przypadkach, a nie z systemów monitorowania. Na zgłaszane konfiskaty ma wpływ szereg czynników, takich jak rosnąca świadomość nowych substancji, ich zmieniający się status prawny, możliwości i priorytety w zakresie egzekwowania prawa oraz praktyki sprawozdawcze organów ścigania.

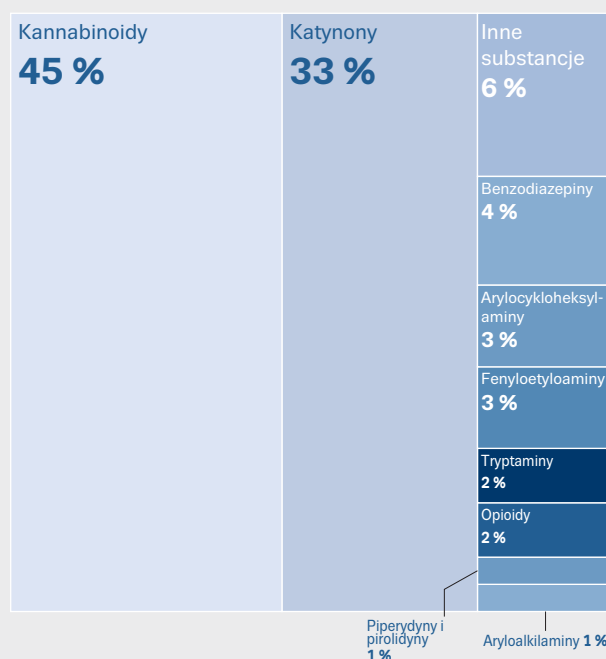
WYKRES 1.11

Liczba konfiskat nowych substancji psychoaktywnych zgłaszanych do systemu wczesnego ostrzegania UE: tendencje i podział według kategorii w 2016 r.

Liczba przypadków konfiskat



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



Nowe opioidy syntetyczne

Ogółem, na europejskim rynku narkotyków wykryto od 2009 r. 38 nowych opioidów, z czego 13 zgłoszono po raz pierwszy w 2017 r. Liczba ta obejmuje także 28 pochodnych fentanylu, z których 10 zgłoszono po raz pierwszy w 2017 r. Nowe pochodne fentanylu odgrywają obecnie na europejskim rynku narkotyków niewielką rolę, są to jednak substancje o bardzo dużej sile działania, które stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia indywidualnego i publicznego.

Nowe opioidy konfiskuje się w różnej postaci – głównie w formie proszku, tabletek i w postaci płynnej. W 2016 r. przechwycono ok. 4,6 litrów opioidów syntetycznych, co stanowi wzrost w stosunku do ilości 1,8 litra zgłoszonej w poprzednim roku. Ponad 70% z około 1 600 konfiskat nowych syntetycznych opioidów zgłoszonych w 2016 r. dotyczyło pochodnych fentanylu. W ponad 96% skonfiskowanych płynów wykryto pochodne fentanylu. Ważnym nowym zjawiskiem w tym zakresie jest pojawienie się na rynku płynów z atomizerem do stosowania donosowego, które zawierają takie pochodne fentanylu jak akrylofentanył, furanylofentanył, 4-fluoroisobutyrylofentanył, tetrahydrofuranylofentanył i karfentanył. Nowe opioidy stanowiły 2,3% całkowitej liczby przypadków konfiskat nowych substancji przejętych w 2016 r. w porównaniu z wartością 0,8% zgłoszoną za 2015 r.

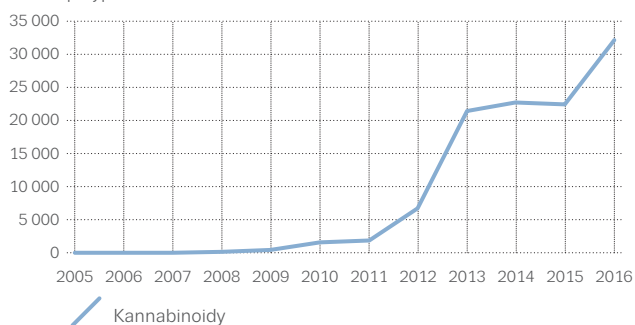
Syntetyczne kannabinoidy

Syntetyczne kannabinoidy to substancje, których efekty działania imitują skutki zażycia delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), który jest w dużej mierze odpowiedzialny za główne skutki psychoaktywne zażycia konopi indyjskich. Producenci w Europie importują hurtowe ilości kannabinoidów w proszku i mieszają je z wysuszonym materiałem roślinnym. Są one następnie wprowadzane do obrotu jako legalne zamienniki konopi i sprzedawane jako gotowe do użycia „ziołowe mieszanki do palenia”. Syntetyczne kannabinoidy wciąż pozostają największą grupą nowych substancji monitorowanych przez EMCDDA, stają się też chemicznie coraz bardziej różnorodne. Od 2008 r. wykryto 179 substancji, w tym 10 zgłoszono w 2017 r.

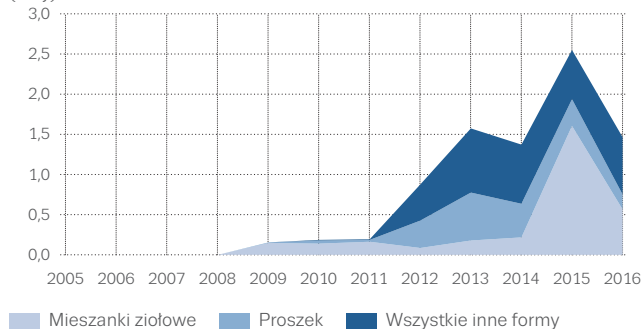
WYKRES 1.12

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

Liczba przypadków konfiskat



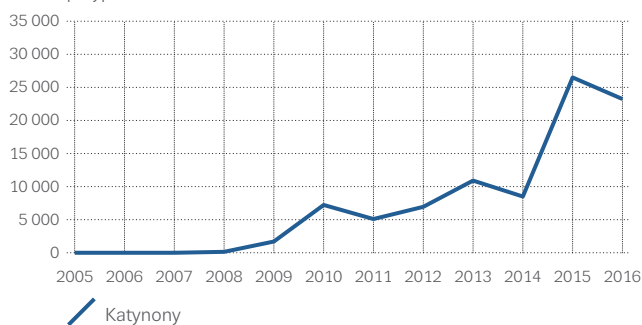
Kannabinoidy
(tony)



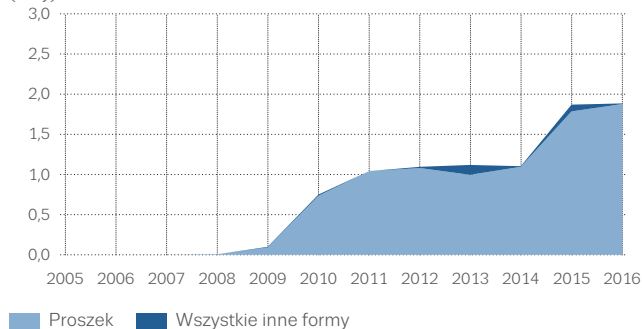
■ Mieszanki ziołowe ■ Proszek ■ Wszystkie inne formy

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

Liczba przypadków konfiskat



Katynony
(tony)



■ Proszek ■ Wszystkie inne formy

Syntetyczne kannabinoidy były najczęściej konfiskowanymi w roku 2016 nowymi substancjami psychoaktywnymi – zgłoszono nieco ponad 32 000 konfiskat (wykres 1.12). Oznacza to wzrost liczby konfiskat o niemal 10 000 w porównaniu z rokiem ubiegłym i stanowi prawie połowę całkowitej liczby konfiskat nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych w 2016 r. Pięcioma najczęściej konfiskowanymi w 2016 r. kannabinoidami były MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 i AMB-FUBINACA.

Łącznie przechwycono niemal 1,5 tony tych substancji, co stanowi znaczący spadek w porównaniu z 2,5 tonami skonfiskowanymi w 2015 r. 40% wszystkich przypadków konfiskat syntetycznych kannabinoidów w 2016 r. dotyczyło mieszanek ziołowych, a niemal 13% – proszku.

Konfiskata kannabinoidów syntetycznych w formie sproszkowanej oraz wykrycie zakładów ich przetwarzania na terenie Europy świadczy o tym, że produkty te są pakowane w Europie. Po przetworzeniu na „mieszanki ziołowe do palenia” proszki te mogły posłużyć do wyprodukowania wielu milionów działek. Najczęściej przechwytywanymi w 2016 r. kannabinoidami w formie sproszkowanej były: pochodna 5-fluoropentyli AM-6527 (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) i AB-FUBINACA (7 kg).

Syntetyczne katynony

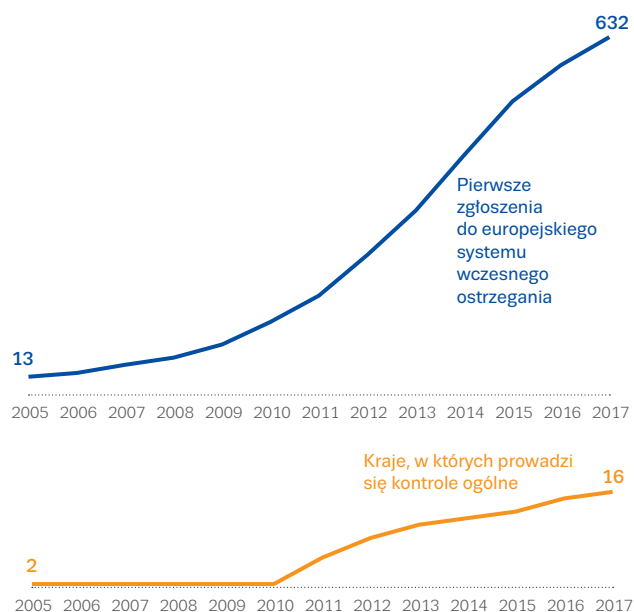
Katynony syntetyczne są chemicznie spokrewnione z katynonem, który jest występującym naturalnie środkiem pobudzającym pochodzącym z rośliny czuwaliczki jadalnej (*Catha edulis*). Substancje te mają efekty podobne jak typowe niedozwolone stymulanty, takie jak amfetamina, kokaina i MDMA. Syntetyczne katynony są drugą co do wielkości grupą nowych substancji psychoaktywnych monitorowanych przez EMCDDA. Wykryto ich w sumie 130, w tym 12 po raz pierwszy w 2017 r.

Syntetyczne katynony stanowiły drugą najczęściej konfiskowaną grupę nowych substancji psychoaktywnych w 2016 r. (ponad 23 000 konfiskat), stanowiąc zarazem prawie jedną trzecią całkowitej liczby konfiskat. Oznacza to nieznaczny spadek liczby konfiskat w porównaniu z poprzednim rokiem. Pięcioma najczęściej konfiskowanymi katynonami w 2016 r. były: alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metylo-N,N-dimetylokatynon i 3-MMC.

Łączna przechwycona ilość tych substancji to niemal 1,9 tony, co daje syntetycznym katynonom pierwsze miejsce na liście nowych substancji psychoaktywnych, których najwięcej przejęto, w ujęciu ilościowym, w roku 2016 (wykres 1.12). Syntetyczne katynony mają zwykle postać sproszkowaną. Katynony w formie sproszkowanej, których

WYKRES 1.13

Pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych oraz wprowadzenie w Europie kontroli grup ogólnych, od 2005 r.



przejęto największe ilości ogółem, to 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) i meksedron (50 kg).

Nowe benzodiazepiny

EMCDDA monitoruje obecnie 23 nowe benzodiazepiny, z czego 3 wykryto w Europie po raz pierwszy w 2017 r. Niektóre nowe benzodiazepiny sprzedawane są w postaci tabletek, kapsułek i proszków pod ich własnymi nazwami. W innych przypadkach substancje te fałszuje się w celu wyprodukowania podrabianych wersji często przepisywanych leków przeciwlękowych, takich jak diazepam i alprazolam, które były sprzedawane bezpośrednio na narkotykowym rynku. O ile liczba konfiskat benzodiazepin uległa w 2016 r. obniżeniu w porównaniu z 2015 r., skonfiskowane ilości znacznie wzrosły. W 2016 r. skonfiskowano ponad pół miliona tabletek zawierających nowe benzodiazepiny, np. diklazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam i fonazepam – jest to wzrost o ok. dwie trzecie w porównaniu z ilością zgłoszoną w 2015 r.

Nowe substancje psychoaktywne: nowe reakcje prawne

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

Na poziomie krajowym wdrożono różne działania mające na celu kontrolę nowych substancji. Można przy tym zidentyfikować trzy podstawowe rodzaje reakcji prawnych. Wiele europejskich krajów zareagowało najpierw, przyjmując przepisy o bezpieczeństwie konsumentów, a następnie rozszerzyło zakres zastosowania lub dostosowało obowiązujące przepisy tak, aby objąć nimi nowe substancje psychoaktywne. Poszczególne kraje coraz częściej zaczęły tworzyć nowe ustawodawstwo w odpowiedzi na to zjawisko.

Przez wiele lat większość krajów europejskich umieszczała w wykazach substancje podlegające kontroli jedynie osobno. Jednakże wraz ze wzrostem liczby nowych substancji wykrywanych w Europie coraz więcej krajów dąży do objęcia kontrolą całych grup substancji (wykres 1.13). Większość z tych krajów określiła grupy w oparciu o ich strukturę chemiczną (grupy „ogólne”), chociaż niektóre z nich określiły grupy w oparciu o skutki. Większość krajów, które zastosowały podejście ogólne dodała definicje grup do obowiązujących przepisów prawa narkotykowego, niektóre z nich natomiast zamieściły takie grupy w nowych przepisach dotyczących konkretnie nowych substancji psychoaktywnych.

Na poziomie UE ramy prawne w obszarze reagowania na zagrożenia dla zdrowia publicznego i zagrożenia społeczne stwarzane przez nowe substancje psychoaktywne, przyjęte w 2005 r., zostały zrewidowane w celu ustanowienia szybciej działającego i skuteczniejszego systemu. W przypadku nowego prawodawstwa zachowano trzystopniowe podejście do reagowania na nowe substancje psychoaktywne – wczesne ostrzeganie, ocena ryzyka i działania kontrolne, przy jednoczesnym wzmacnianiu istniejących procesów poprzez usprawnianie i przyspieszanie procedur zbierania danych i oceny oraz wprowadzenie krótszych terminów realizacji. W następstwie oceny ryzyka Komisja może wystąpić z wnioskiem o zastosowanie środków kontroli w stosunku do substancji. Parlament Europejski i Rada mają prawo, w terminie 2 miesiące i pod pewnymi warunkami, do zgłoszenia sprzeciwu wobec wniosku Komisji. Po wejściu

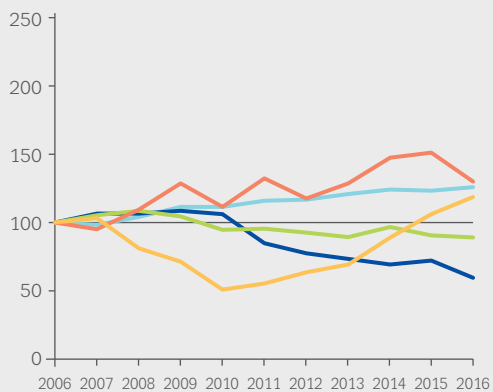
**EMCDDA monitoruje obecnie
23 nowe benzodiazepiny**

WYKRES 1.14

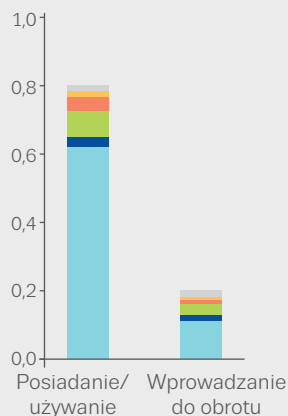
Przestępstwa związane z użytkowaniem, posiadaniem lub wprowadzaniem narkotyków do obrotu w Europie: zindeksowane tendencje i przestępstwa zgłoszone w 2016 r.

Przestępstwa związane z posiadaniem/używaniem

Zindeksowane tendencje

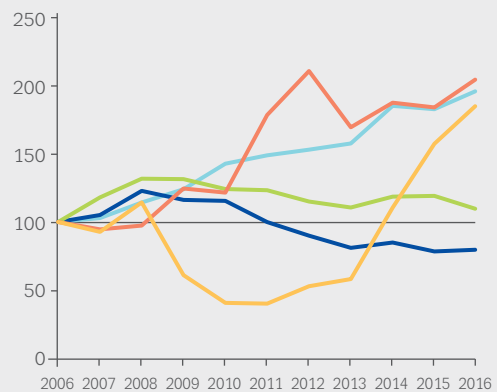


Liczba przestępstw (w mln)



Przestępstwa związane z wprowadzaniem do obrotu

Zindeksowane tendencje



Legendy: Heroina (ciemnoniebieska), Kokaina (zielona), MDMA (pomarańczowa), Konopie indyjskie (niebieska), Amfetaminy (czerwona), Inne substancje (szara)

Uwaga: Dane dotyczące przestępstw, dla których zgłoszono dany narkotyk.

decyzji w życie organy krajowe będą miały 6 miesięcy (zamiast 12) na objęcie substancji kontrolą na swoim terytorium.

Przestępstwa związane z narkotykami: większość ma związek z konopiami indyjskimi

Egzekwowanie przepisów jest monitorowane za pośrednictwem raportów o przestępczości narkotykowej. W Unii Europejskiej w 2016 r. zgłoszono około 1,5 miliona przestępstw związanych z narkotykami, co stanowiło wzrost o jedną trzecią (33%) od 2006 r. Większość z nich (74%) dotyczyła używania lub posiadania narkotyku, a ich łączna liczba wyniosła w 2016 r. ponad 1 milion, co oznacza wzrost o 28% w porównaniu z 2006 r. Ponad trzy czwarte (77%) przestępstw polegających na używaniu lub posiadaniu narkotyku miało związek z konopiami indyjskimi. Tendencja zwykkowa w zakresie przestępstw polegających na używaniu lub posiadaniu MDMA utrzymała się w 2016 r., chociaż i tak stanowią one zaledwie 2% przestępstw związanych z używaniem substancji odurzających (wykres 1.14).

Od 2006 r. o 14% zwiększyła się liczba zgłoszeń dotyczących przestępstw związanych z wprowadzaniem narkotyków do obrotu, przekraczając w 2016 r. zgodnie z szacunkami poziom 200 000 przypadków. W tej grupie większość czynów zabronionych stanowiły te związane z konopiami indyjskimi (57%). Od 2013 r. znacznie wzrasta liczba zgłoszeń przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu MDMA (wykres 1.14).

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

Wspólne publikacje EMCDDA i Europolu

2018

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

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

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

Wspólne publikacje EMCDDA i Eurojust

2016

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

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

2

**Używane w Europie narkotyki
stanowią obecnie bardziej
różnorodną grupę niż kiedyś**

Rozpowszechnienie używania narkotyków i tendencje

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

Monitorowanie używania narkotyków

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

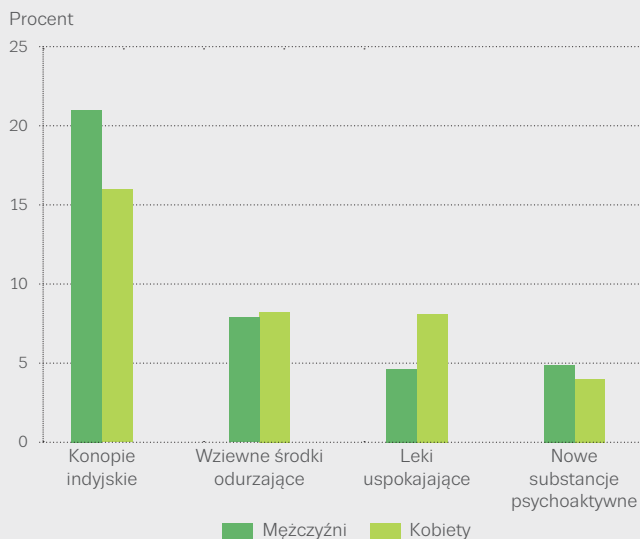
Ankiety przeprowadzane wśród uczniów szkolnych i ogółu populacji mogą dostarczyć informacji na temat skali problemu eksperymentalnego i rekreacyjnego używania substancji psychoaktywnych. Badania sondażowe można uzupełnić analizą na poziomie lokalnych społeczności, badającą pozostałości narkotyków w ściekach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

Badania, w ramach których zgłasza się szacunkowe dane dotyczące wysoce ryzykownego używania substancji psychoaktywnych mogą pomóc w diagnozie bardziej utrwalałych problemów narkotykowych, a dane o osobach rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia, w połączeniu z innymi wskaźnikami, mogą pomóc zrozumieć charakter oraz tendencje w zakresie wysoce ryzykownego używania narkotyków.

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

WYKRES 2.1

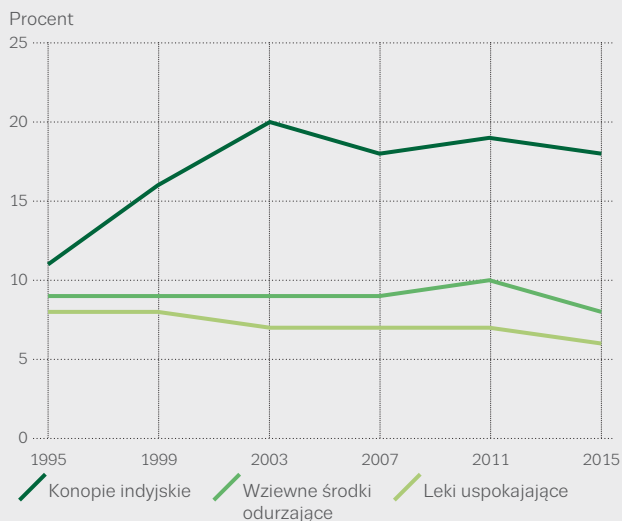
Przynajmniej jednokrotne użycie nielegalnych substancji przez europejskich uczniów w wieku od 15 do 16 lat w ciągu całego życia, w podziale ze względu na płeć



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

WYKRES 2.2

Tendencje dotyczące wskaźnika przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich, wziewnych środków odurzających oraz leków (środków uspokajających wydawanych bez recepty) wśród europejskich uczniów w wieku 15-16 lat



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

Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez uczniów: tendencje stabilne lub spadkowe

Monitorowanie używania narkotyków przez uczniów rzuca światło na aktualne zachowania ryzykowne wśród młodzieży i sygnalizuje potencjalne tendencje w przyszłości. W 2015 r. zebrano dane w ramach szóstej edycji europejskiego programu badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Ostatnia edycja tego zapoczątkowanego w 1995 r. projektu pozwoliła na zebranie porównywalnych danych dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez uczniów w wieku 15-16 lat w 35 państwach europejskich, w tym w 23 państwach członkowskich UE oraz w Norwegii. Spośród uczniów z wymienionych 24 krajów, średnio 18% zadeklarowało, że co najmniej raz spróbowało konopi indyjskich (wskaźnik używania narkotyków kiedykolwiek w życiu). Największy odsetek takich osób odnotowano w Czechach (37%) oraz we Francji (31%). 8% badanych zgłosiło zażycie narkotyku w ciągu ostatnich 30 dni. Młodzi ludzie dużo rzadziej używali niedozwolonych środków odurzających innych niż konopie indyjskie (MDMA/ecstasy, amfetamina, kokaina, metamfetamina i substancje halucynogenne) – wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia takich narkotyków wyniósł 5%.

W badaniu zadano także pytania dotyczące używania innych substancji, takich jak wziewne środki odurzające, leki i nowe substancje psychoaktywne. Wśród uczestników badania z UE i Norwegii, średni wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia wziewnych środków odurzających

wyniósł 8% (wielkości wahały się od 3% w Belgii (Flandria) do 25% w Chorwacji). Przynajmniej jednokrotne użycie w ciągu całego życia leków uspokajających nieprzepisanych przez lekarza zgłosiło średnio 6% uczniów (od 2% w Rumunii do 17% w Polsce), natomiast przynajmniej jednokrotne użycie nowych substancji psychoaktywnych zgłosiło średnio 4% uczniów (od 1% w Belgii (Flandria) do 10% w Estonii i Polsce) (wykres 2.1). Wśród osób, które używały nowych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy (3,2% wszystkich ankietowanych), najpowszechniej używanym rodzajem substancji były mieszanki ziołowe do palenia (wskazane przez 2,6% ankietowanych), natomiast używanie proszków, kryształów lub tabletek, płynów bądź innych postaci nowych substancji psychoaktywnych było mniej rozpowszechnione.

Wśród 22 krajów dysponujących danymi wystarczającymi do analizy, ogólne zgłoszone przynajmniej jednokrotne użycie konopi indyjskich w ciągu całego życia osiągnęło szczytowy poziom w 2003, po czym nastąpił nieznaczny spadek wykazany w badaniu sondażowym z 2007 r. (wykres 2.2). Od tamtego czasu rozpowszechnienie używania utrzymuje się na stosunkowo stabilnym poziomie. Odnotowano spadek zgłoszonego wskaźnika przynajmniej jednokrotnego użycia wziewnych środków odurzających w ciągu całego życia pomiędzy rokiem 2011 (10%) i 2015 (8%), jednak długofalowa tendencja w okresie pomiędzy rokiem 1995 i 2015 była stosunkowo stabilna (wykres 2.2). W przypadku leków uspokajających, wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia w ciągu

całego życia lekko zmaleły pomiędzy rokiem 1995 i 2015, przy czym w okresie tym rozpowszechnienie używania było znacząco wyższe wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Dane dotyczące tendencji w zakresie nowych substancji psychoaktywnych z badania ESPAD nie są dostępne, gdyż pytania dotyczące używania tych narkotyków uwzględniono po raz pierwszy w roku 2015.

Ponad 92 miliony osób dorosłych używały niedozwolonych środków odurzających

Szacuje się, że nieco ponad jedna czwarta mieszkańców Unii Europejskiej w wieku od 15 do 64 lat, a więc ponad 92 mln osób, przynajmniej raz w życiu spróbowała narkotyków. Częściej przyznają się do tego mężczyźni (56,0 mln) niż kobiety (36,3 mln). Najczęściej próbowanym narkotykiem są konopie indyjskie (53,5 mln mężczyzn i 34,3 mln kobiet), natomiast szacunki przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy w ciągu całego życia (11,8 mln mężczyzn i 5,2 mln kobiet), MDMA (9,0 mln mężczyzn i 4,5 mln kobiet) oraz amfetamin (8,0 mln mężczyzn i 4,0 mln kobiet) są dużo niższe. Wskaźniki dotyczące przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich w ciągu całego życia są zróżnicowane w poszczególnych krajach i wahają się od około 41% osób dorosłych we Francji do mniej niż 5% na Malcie.

Dane dotyczące używania narkotyków za zeszły rok stanowią dobre odzwierciedlenie skali tego zjawiska

w ostatnim czasie, szczególnie wśród młodych dorosłych. Szacuje się, że w zeszłym roku po narkotyki sięgnęło 18,9 mln młodych osób dorosłych (w wieku 15-34 lat), przy czym było wśród nich dwukrotnie więcej mężczyzn niż kobiet.

Zażywanie konopi indyjskich: ogólnie stabilny poziom przy znacznych różnicach krajowych

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

Szacuje się, że 87,6 mln dorosłych Europejczyków (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 26,3% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie z konopiami indyjskimi. W grupie tej 17,2 mln młodych osób dorosłych (między 15. a 34. rokiem życia), czyli 14,1% tej grupy wiekowej, używało konopi indyjskich w ostatnim roku, z czego 9,8 mln to osoby między 15. a 24. rokiem życia (17,4% tej grupy wiekowej). Wskaźnik używania narkotyku w ciągu ostatniego roku, co oznacza używanie substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, przez osoby między 15. a 34. rokiem życia waha się od 3,5% na Węgrzech po 21,5% we Francji. W grupie osób młodych, które używały w zeszłym roku konopi indyjskich, stosunek mężczyzn do kobiet wynosi dwa do jednego.

UŻYTKOWNICY KONOPI INDYJSKICH ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE



Charakterystyka

16% 84%



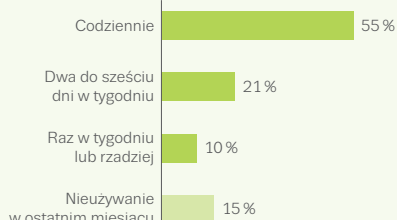
16 Średni wiek w momencie pierwszego użycia
25 Średni wiek w momencie rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy

83 000 Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy
57 000 Pacjenci leczeni uprzednio

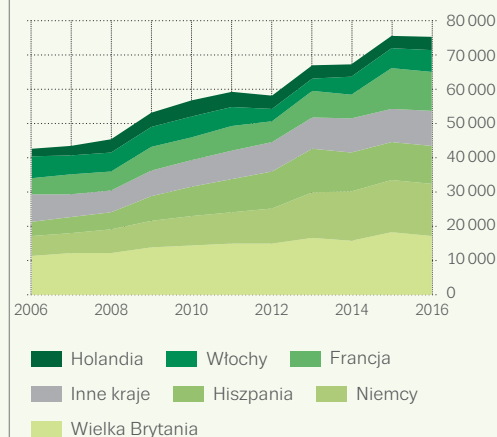
59% 41%

Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

średnia użycia: 5,5 dni w tygodniu



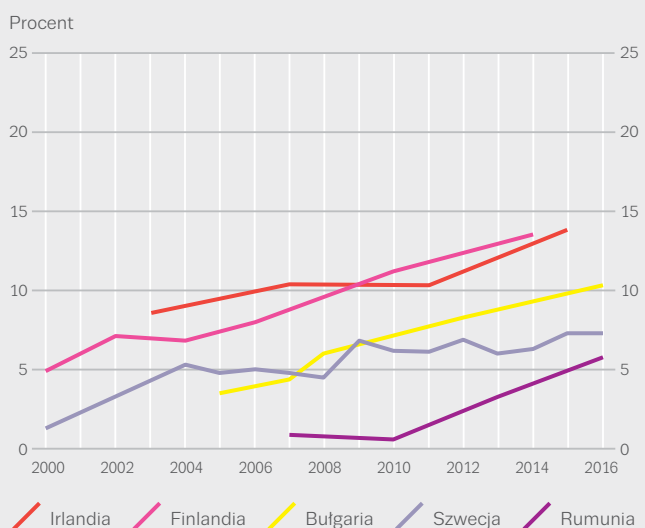
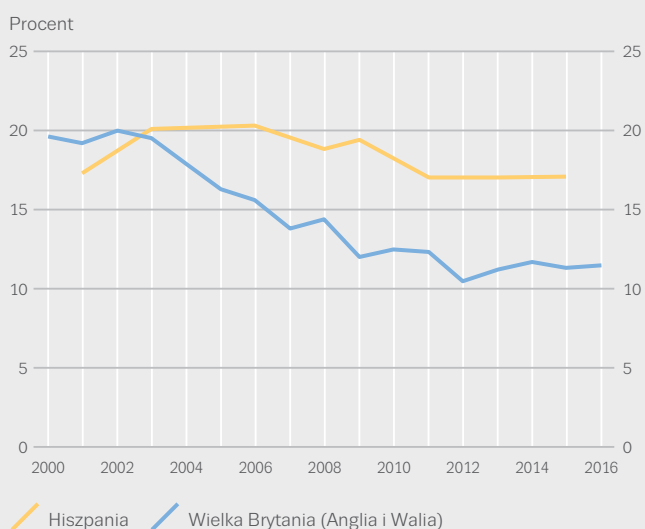
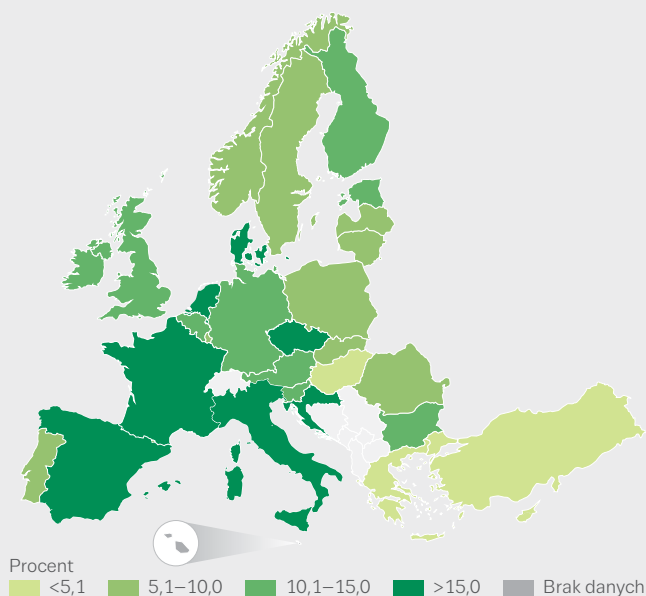
Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



Uwaga: Dane, z wyjątkiem trendów, dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są konopie indyjskie. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy przedstawiono dla 25 krajów. W wykresie dotyczącym trendów zamieszczono jedynie kraje dysponujące danymi za co najmniej 9 z 11 lat. Brakujące wartości interpolowano z danych dotyczących lat następujących bezpośrednio przed rokiem referencyjnym lub po tym roku. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane dotyczące Włoch od roku 2014 nie są porównywalne z wcześniejszymi.

WYKRES 2.3

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



Wyniki ostatnich badań sondażowych wskazują, że większość krajów zgłasza stały poziom lub wzrost, jeżeli chodzi o używanie konopi indyjskich przez młode osoby dorosłe w ciągu ostatniego roku. Spośród państw, które prowadzą badania od 2015 r. i które zgłosiły przedziały ufności, osiem zgłosiło wyższe oszacowania, dziewięć przedstawiło dane na tym samym poziomie, a dwa – niższe oszacowanie niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

Niewiele krajów dysponuje już wystarczającymi danymi sondażowymi, aby umożliwić analizę statystyczną tendencji dotyczących używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy konopi indyjskich przez młode osoby dorosłe (między 15. a 34. rokiem życia). Z nowych dostępnych danych wynika, że długoterminowe tendencje spadkowe obserwowane wcześniej w ciągu ostatniej dekady w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii ustabilizowały się (wykres 2.3).

Na przestrzeni ostatniej dekady w niektórych krajach zaobserwowano tendencję zwyżkową w zakresie rozpowszechnienia używania konopi indyjskich przez młode osoby dorosłe w ciągu ostatniego roku. Są to między innymi Irlandia i Finlandia, gdzie najnowsze dane wskazują na wartości zbliżające się do średniej wartości w UE wynoszącej 14,1%, a także, choć tam wartości są ostatnio niższe, Bułgaria, Rumunia i Szwecja. Spośród krajów zgłaszających najnowsze dane z badań sondażowych, trzeci porównywalny doroczny sondaż przeprowadzony w Holandii w 2016 r. potwierdził wskaźnik rozpowszechnienia używania wynoszący nieco poniżej 16%. W Danii w ankiecie przeprowadzonej w 2017 r. odnotowano jeden z niewielu spadków: 15,4% w porównaniu z szacunkami z 2013 r. wynoszącymi 17,6%.

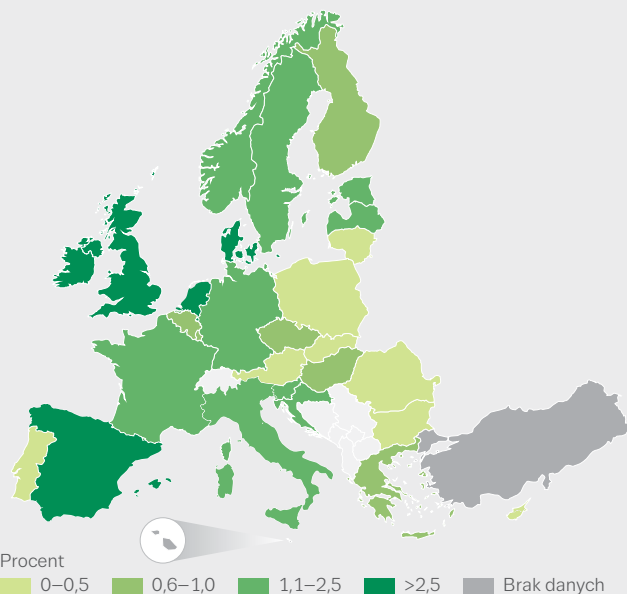
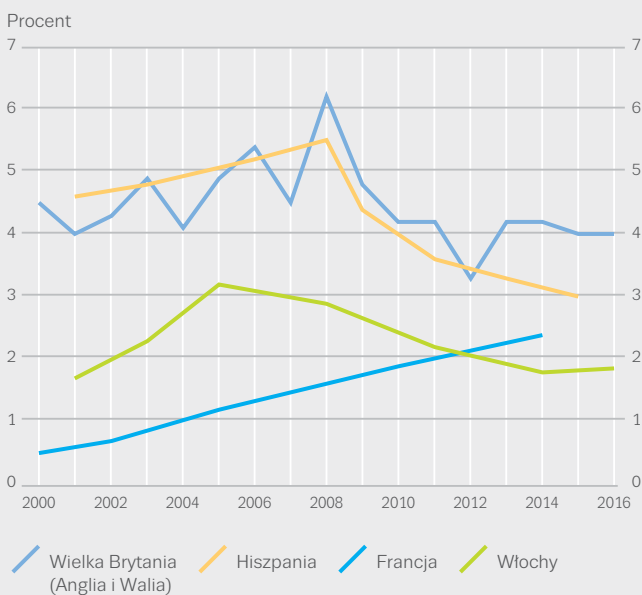
Wysoce ryzykowne używanie konopi indyjskich: tendencja wzrostowa

Na podstawie badań sondażowych ogółu populacji szacuje się, że ok. 1% dorosłych w Europie codziennie lub prawie codziennie używa konopi indyjskich, co oznacza, że w ciągu ostatniego miesiąca przyjmowali je przez 20 dni lub więcej. Około 37% z nich to osoby od 35. do 64. roku życia, a ponad trzy czwarte osób z tej grupy wiekowej to mężczyźni.

Dane dotyczące osób rozpoczynających leczenie związane z używaniem konopi indyjskich – w połączeniu z innymi wskaźnikami – dostarczają informacji o charakterze oraz skali zjawiska wysoce ryzykownej konsumpcji konopi indyjskich w Europie. W 2016 r. ponad 150 000 osób poddało się leczeniu w Europie w związku z problemami dotyczącymi używania konopi indyjskich; spośród tych pacjentów około 83 000 przystąpiło do leczenia po raz

WYKRES 2.4

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



pierwszy w życiu. W 25 krajach dysponujących dostępnymi danymi, ogólna liczba osób zgłaszających się na leczenie w związku z problemami wynikającymi z używania konopi indyjskich uległa, w okresie od 2006 do 2016 r., zwiększeniu o 76%, przy czym większość (18) tych krajów zgłosiła wzrost w tym okresie. U podstaw tego wzrostu może leżeć szereg różnych czynników, w tym częstsze używanie konopi przez ogół społeczeństwa, rosnąca liczna osób używających narkotyku w sposób intensywny, dostępność produktów o większej sile działania, zmiany w postrzeganiu ryzyka, zwiększone wskaźniki w obszarze świadczenia usług leczenia i kierowania pacjentów na leczenie, w szczególności przez wymiar sprawiedliwości. Ogólnie, 50% użytkowników konopi indyjskich, dla których są one narkotykiem podstawowym, poddających się leczeniu po raz pierwszy w 2016 r. zgłosiło codzienne używanie narkotyku w ciągu ostatniego miesiąca. Proporcja osób używających narkotyku codziennie różni się znacznie w poszczególnych krajach i waha się od 10% lub mniej na Łotwie, Węgrzech i w Rumunii do 60% lub więcej w Hiszpanii, Francji, Holandii i Turcji.

Używanie kokainy: ogólnie stabilny poziom z oznakami sygnalizującymi wzrost

Kokaina jest najczęściej stosowaną nielegalną substancją pobudzającą w Europie, choć częściej przyjmują ją mieszkańcy Europy Południowej i Zachodniej. Osoby regularnie zażywające kokainę można podzielić na osoby, które często rekreacyjnie wciągają sproszkowaną kokainę (chlorowoderek kokainy) przez nos i które są lepiej

zintegrowane ze społeczeństwem, oraz na osoby zmarginalizowane społecznie, które wstrzykują sobie kokainę lub palą crack (wolna zasada), czasem w połączeniu z opioidami. W wielu zbiorach danych nie jest możliwe rozróżnienie obu form narkotyku (kokaina w proszku i crack), i pojęcie „używanie kokainy” uwzględnia obie te formy.

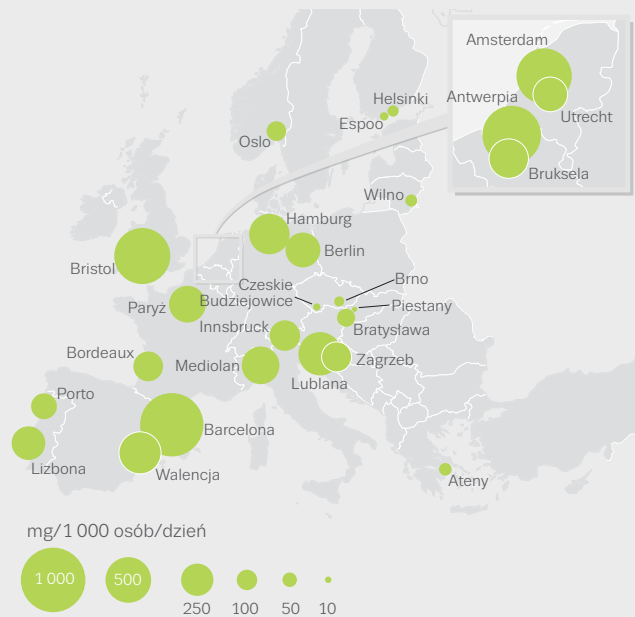
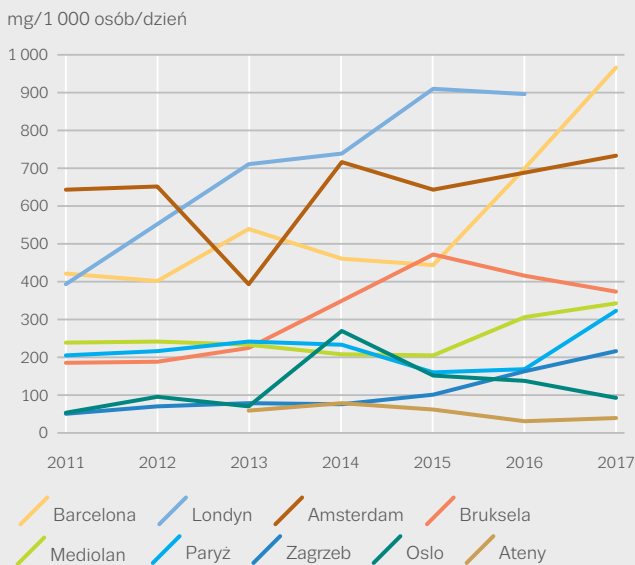
Szacuje się, że 17,0 mln dorosłych Europejczyków (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 5,1% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie swojego życia z kokainą. Wśród nich jest około 2,3 mln młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 34 lat (1,9% tej grupy wiekowej), które zażywały narkotyk w poprzednim roku.

Tylko w Danii, Irlandii, Hiszpanii, Holandii i Wielkiej Brytanii zgłoszone w zeszłym roku rozpowszechnienie kokainy wśród młodych osób dorosłych wynosiło co najmniej 2,5%. W całej Europie spadek w użyciu kokainy zgłaszany w poprzednich latach nie został odnotowany w najnowszych badaniach sondażowych. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2015 r. i które podały przedziały ufności, trzy zgłosiły wyższe oszacowania, czternaście – stabilne, a jeden – niższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

Analiza statystyczna długoterminowych tendencji dotyczących używania w roku ubiegłym kokainy przez młode osoby dorosłe możliwa jest jedynie dla nielicznych państw, przy czym nowe dane potwierdzają istniejące tendencje. W Hiszpanii i Wielkiej Brytanii obserwowano do 2008 r. tendencję wzrostową, po czym stała się ona

WYKRES 2.5

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



Uwaga: Średnie dzienne ilości benzoilokogoniny w miligramach na 1 000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia każdego roku w okresie od 2011 do 2017 r.

Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

stabilna lub spadkowa (wykres 2.4). Mimo, że we Włoszech odnotowano spadek w porównaniu z wartościami szczytowymi osiągniętymi w 2005 r., wyniki najnowszego sondażu wskazują, że być może poziom ten się ustabilizował. Tendencję wzrostową zaobserwowano w 2014 r. we Francji, gdy po raz pierwszy przekroczony został poziom 2% w odniesieniu do rozpowszechnienia używania tego narkotyku.

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

Analiza przeprowadzona w 2017 r. wykazała najwyższe stężenia benzoilokogoniny – głównego metabolitu kokainy – w próbkach pobranych w miastach belgijskich, hiszpańskich, holenderskich i brytyjskich, a także bardzo niewielkie stężenia w większości objętych badaniem miast wschodnioeuropejskich (wykres 2.5). Spośród 31 miast, dla których dostępne są dane za 2016 i 2017 r., w 19

zgłoszono wzrost, w 6 – spadek, a w 6 – sytuację bez zmian. Zwykłe tendencje długoterminowe zgłasza wiele spośród 13 miast podających dane za 2011 i 2017 rok.

Wysokie ryzykowne używanie kokainy: więcej osób poszukujących możliwości leczenia

Rozpowszechnienie wysokiego ryzykownego używania kokainy przez osoby dorosłe w Europie jest trudne do określenia, gdyż tylko cztery kraje dysponują nowymi szacunkami, a te nie są łatwe do porównania ze względu na przyjęcie różnych definicji i metodologii. W Hiszpanii w ramach nowego badania sondażowego przyjęto wskaźnik wysokiej częstotliwości używania, a otrzymane szacunki wskazują na wysokie ryzykowne używanie kokainy na poziomie 0,43% w grupie osób w wieku od 14 do 18 lat w latach 2016/2017. W 2015 r. na podstawie pytań dotyczących stopnia uzależnienia w Niemczech oszacowano, że 0,20% osób dorosłych używa kokainy w sposób wysoko ryzykowny. W 2015 r. we Włoszech oszacowano liczbę osób dorosłych wymagających leczenia ze względu na używanie kokainy na 0,65%. W oparciu o wyniki badania z wykorzystaniem pośrednich metod statystycznych, wysoko ryzykowne używanie kokainy w Portugalii przez osoby dorosłe oszacowano w 2015 r. na 0,98%.

Niemal trzy czwarte (73%) wszystkich zgłoszonych pacjentów objętych leczeniem z powodu uzależnienia od

kokainy w Europie to osoby mieszkające w Hiszpanii, we Włoszech i w Wielkiej Brytanii. Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie uzależnienia w 2016 r., ponad 67 000 podało kokainę jako narkotyk podstawowy, a wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy było ich 30 000.

Po okresie spadków ogólna liczba osób po raz pierwszy podejmujących leczenie zwiększyła się o ponad jedną piątą w okresie od 2014 do 2016 r. Mimo że znaczna część tego wzrostu wynika z sytuacji we Włoszech i w Wielkiej Brytanii, niemal wszystkie kraje zgłosiły w tym samym okresie wzrost.

Większość osób podejmujących specjalistyczne leczenie w związku z problemami wynikającymi z używania kokainy to osoby deklarujące kokainę w proszku jako swój podstawowy narkotyk (51 000, czyli 10% wszystkich pacjentów leczących uzależnienie w 2016 r.). Większość pacjentów, dla których kokaina jest podstawowym środkiem odurzającym, poszukuje możliwości leczenia w związku z używaniem wyłącznie tego środka (31% wszystkich pacjentów leczących się z uzależnienia od kokainy) lub w połączeniu z konopiami indyjskimi (26%), alkoholem (31%) lub innymi substancjami (12%). Członkowie tej grupy są na ogół uznawani za dobrze zintegrowanych ze społeczeństwem, posiadających stabilne warunki życia i stałe zatrudnienie. Należące do kolejnej grupy osoby bardziej zmarginalizowane społecznie

rozpoczynają leczenie uzależnienia od cracku jako podstawowego narkotyku (8 300 pacjentów, czyli 2% wszystkich pacjentów leczących się z uzależnienia w 2016 r.), przy czym wiele z nich może używać heroiny jako narkotyku dodatkowego. Włochy i Wielka Brytania zgłosiły odnotowany niedawno wzrost liczby pacjentów leczących uzależnienie od cracku.

Używanie kokainy w połączeniu z heroiną lub innymi opioidami zgłosiło 53 000 pacjentów rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie w 2016 r. Liczba ta stanowi 15% wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których dostępne są informacje na temat narkotyku podstawowego i narkotyków dodatkowych.

UŻYTKOWNICY KOKAINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka

14% 86%

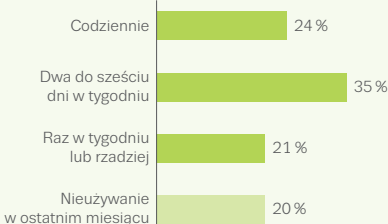


23 Średni wiek w momencie pierwszego użycia
34 Średni wiek w momencie rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy

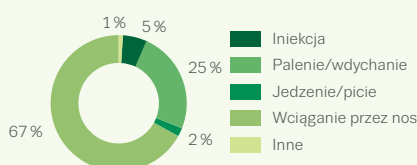


Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

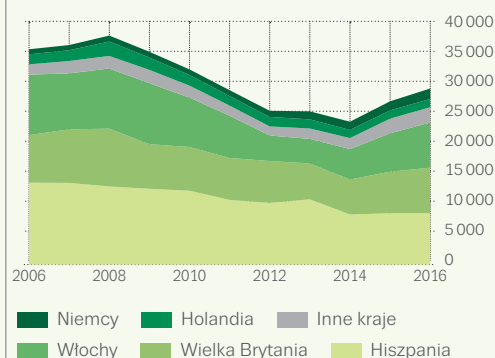
Średnia użycia: 4,1 dni w tygodniu



Droga podania



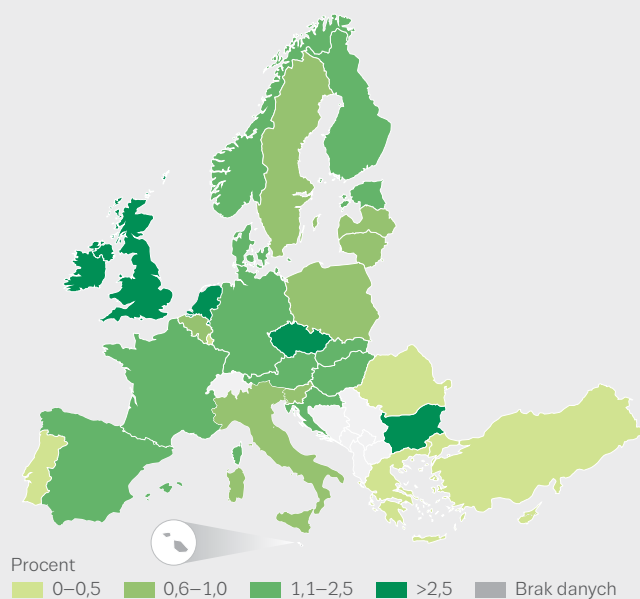
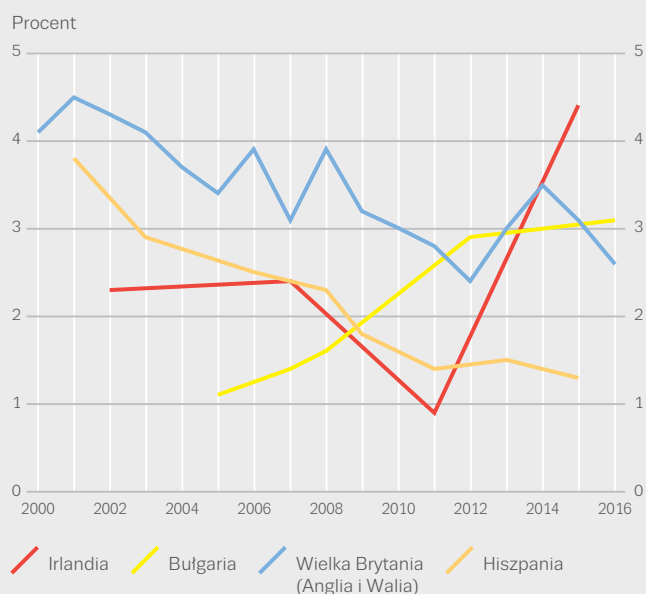
Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



Uwaga: Dane, z wyjątkiem trendów, dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest kokaina. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy przedstawiono dla 25 krajów. W wykresie dotyczącym trendów zamieszczono jedynie kraje dysponujące danymi za co najmniej 9 z 11 lat. Brakujące wartości interpolowano z danych dotyczących lat następujących bezpośrednio przed rokiem referencyjnym lub po tym roku. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane dotyczące Włoch od roku 2014 nie są porównywalne z wcześniejszymi.

WYKRES 2.6

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



MDMA: poziom użycia wydaje się stabilizować

MDMA (3,4-metylenodioksymetamfetamina) to narkotyk przyjmowany w postaci tabletek (zwanymi często „ecstasy”), a także w formie kryształów i proszku; tabletki zazwyczaj się połyka, natomiast kryształy i proszek można przyjmować doustnie lub wciągać przez nos.

Szacuje się, że 13,5 mln dorosłych Europejczyków (między 15 a 64 rokiem życia), tj. 4,1% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie swojego życia z MDMA/ecstasy. Dane dotyczące zażywania narkotyków w ostatnim okresie przez osoby z grupy wiekowej, w której zażywa się najczęściej narkotyków, wskazują, że 2,2 miliona młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) zażywało w ostatnim roku MDMA (1,8% tej grupy wiekowej), a najnowsze szacunki krajowe wahają się od wartości poniżej 0,2% w Portugalii i Rumunii do 7,4% w Holandii.

Jeszcze do niedawna rozpowszechnienie MDMA w wielu krajach spadało po osiągnięciu wartości szczytowych w połowie pierwszej dekady XXI w. W ostatnich latach źródła monitorujące wskazują jednak na stabilizację lub zwiększone użycie MDMA w niektórych krajach. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2015 r. i które podały przedziały ufności, pięć zgłosiło wyższe oszacowania, dwanaście – stabilne, a jeden – niższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

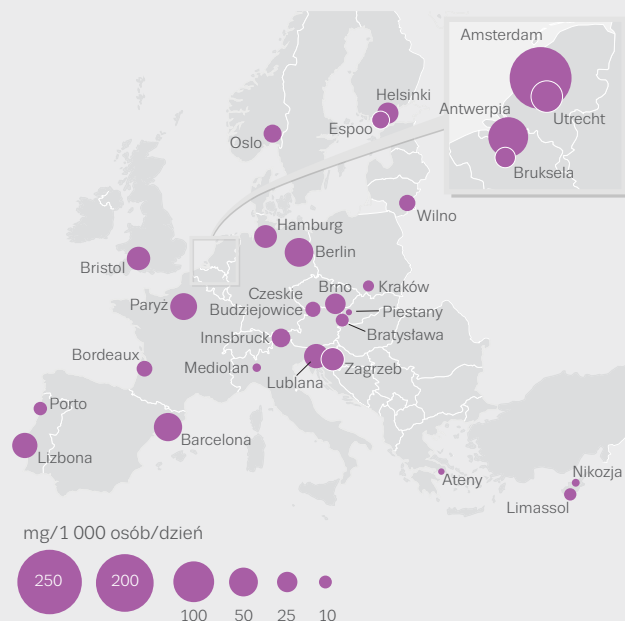
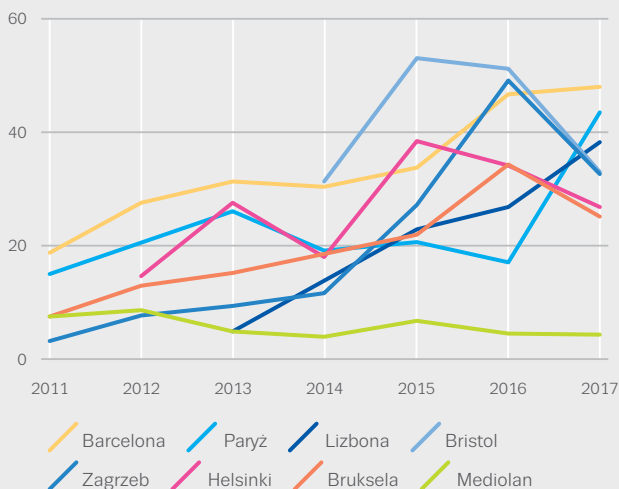
W krajach, dla których istnieją dane potrzebne do analizy statystycznej tendencji w zakresie używania MDMA



WYKRES 2.7

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

mg/1 000 osób/dzień



Uwaga: Średnie dzienne ilości MDMA w miligramach na 1000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia każdego roku w okresie od 2011 do 2017 r.

Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

w zeszłym roku przez młode osoby dorosłe, dostrzec można zmiany (wykres 2.6). Jak wynika z nowszych danych, w Wielkiej Brytanii, po tendencji malejącej, trend wzrostowy odnotowywany pomiędzy 2012 i 2014 r. uległ odwróceniu. W Hiszpanii tendencja długoterminowa pozostaje spadkowa, choć dane z ostatniego okresu wydają się stabilne. Najnowsze dane wykazują znaczny wzrost rozpowszechnienia używania tej substancji w Irlandii od 2011 r., a także ciągłą tendencję wzrostową w Bułgarii. Dane z badań przeprowadzonych w 2016 r. w Holandii potwierdzają wysokie wartości zgłoszone w poprzednich dwóch corocznych badaniach sondażowych.

W przeprowadzonej w 2017 r. w wielu europejskich miastach analizie ścieków największe stężenie MDMA wykryto w ściekach w miastach belgijskich, holenderskich i niemieckich (zob. wykres 2.7). Spośród 33 miast, dla których dostępne są dane za 2016 i 2017 r., w 11 zgłoszono wzrost, w 7 – sytuację bez zmian, a w 15 – spadek. Biorąc pod uwagę tendencje bardziej długoterminowe, w większości miast, które dysponują danymi za lata 2011 i 2017 (12 miast), stężenie MDMA

w ściekach było wyższe w 2017 r. niż w 2011 r. Mimo gwałtownego wzrostu odnotowanego w okresie od 2011 do 2016 r., sytuacja w 2017 r. wydaje się stabilizować w większości miast.

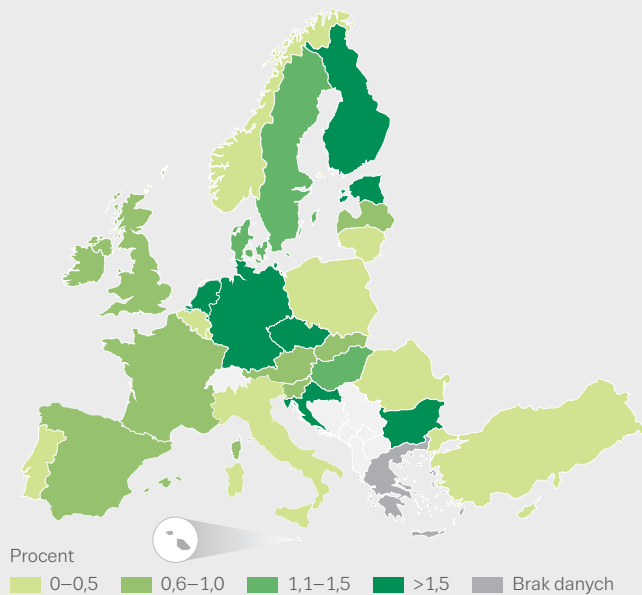
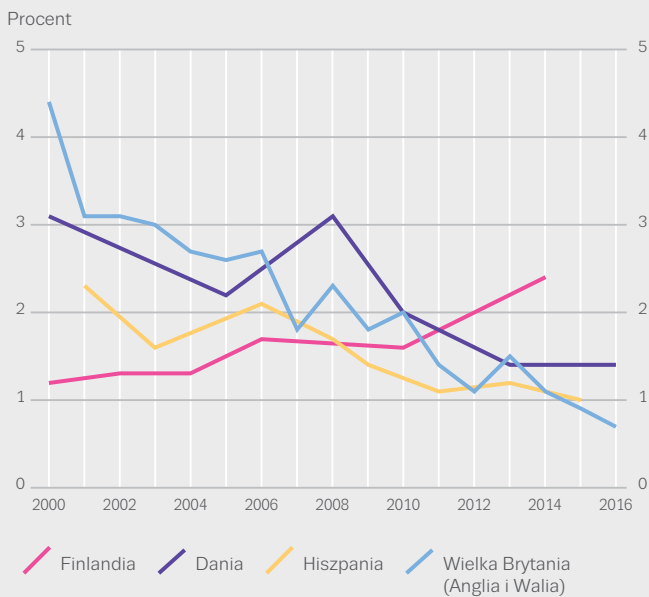
MDMA przyjmowane jest często razem z innymi substancjami, w tym z alkoholem. Najnowsze dane wskazują, że w krajach, w których MDMA jest bardziej rozpowszechnione, substancja ta nie jest już narkotykiem niszowym czy wiązany z konkretną subkulturą, a jej występowanie nie ogranicza się już do klubów tanecznych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

Zażywanie MDMA rzadko stanowi powód zgłoszenia się na leczenie uzależnienia. W 2016 r. mniej niż 1% (około 1 000 przypadków) wszystkich pacjentów trafiających po raz pierwszy na leczenie specjalistyczne w Europie, głównie w Hiszpanii, Francji, Wielkiej Brytanii i Turcji, podawało jako przyczynę używania MDMA.

Źródła monitorujące wskazują na stabilizację lub zwiększone użycie MDMA

WYKRES 2.8

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



Amfetaminy: różnice w używaniu przy stabilnych tendencjach

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

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

Szacuje się, że 11,9 mln dorosłych Europejczyków (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 3,6% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie swojego życia z amfetaminami. Dane dotyczące zażywania narkotyków w ostatnim okresie przez osoby z grupy wiekowej, w której zażywa się najwięcej narkotyków, wskazują, że 1,2 miliona (1,0%) młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) zażywało w ostatnim roku amfetaminy, a najnowsze szacunki krajowe wahają się od wartości poniżej 0,1% w Portugalii do 3,6% w Holandii. Dostępne dane wskazują, że od około 2000 r. tendencja w zakresie używania amfetamin jest względnie stabilna w większości krajów

europejskich. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2015 r. i które podały przedziały ufności, dwa zgłosiły wyższe oszacowania, trzynaście – stabilne, a dwa – niższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

Analiza statystyczna tendencji dotyczących używania w roku ubiegłym amfetamin przez młode osoby dorosłe możliwa jest jedynie dla nielicznych krajów. Długofalowe tendencje spadkowe można zaobserwować w Danii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii (wykres 2.8). Z drugiej strony, rozpowszechnienie używania amfetamin wśród młodych osób dorosłych w Finlandii uległo zwiększeniu w okresie od 2000 do 2014 r.

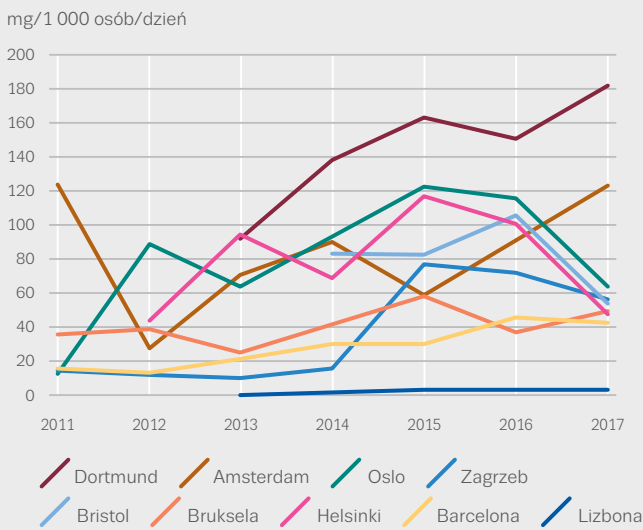
Przeprowadzona w 2017 r. analiza ścieków komunalnych wykazała, że stężenia amfetamin przyjmowały bardzo różne wartości na terenie Europy, przy czym najwyższe odnotowano w miastach położonych na północy i wschodzie Europy (zob. wykres 2.9). W miastach na południu Europy ich poziom był znacznie niższy.

Spośród 33 miast, dla których dostępne są dane za 2016 i 2017 r., w 9 zgłoszono wzrost, w 11 – sytuację bez zmian, a w 13 – spadek. Ogólnie, dane za okres 2011-2017 wskazują na zróżnicowany obraz obejmujący jednak względnie stałe tendencje w zażywaniu amfetaminy w większości miast.

Użycie metamfetaminy jest na generalnie niskim poziomie, a koncentrowało się dotąd głównie w Czechach i na Słowacji. Obecnie można jednak odnotować to zjawisko na Cyprze, we wschodnich Niemczech, Hiszpanii i w Europie

WYKRES 2.9

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

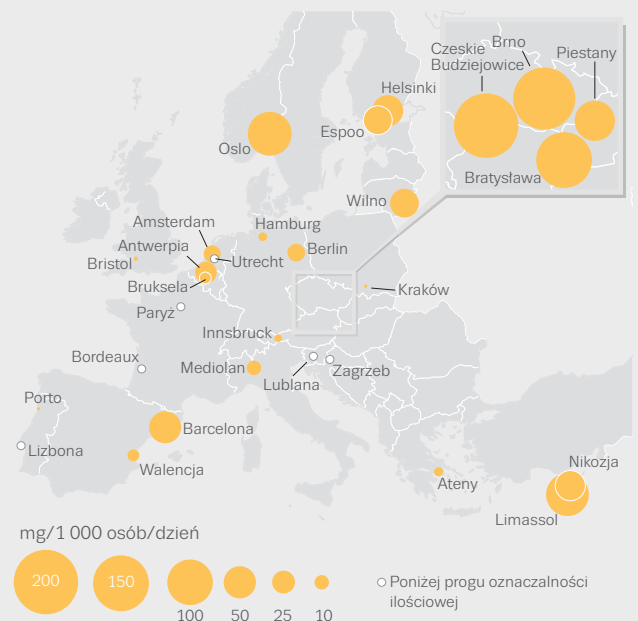
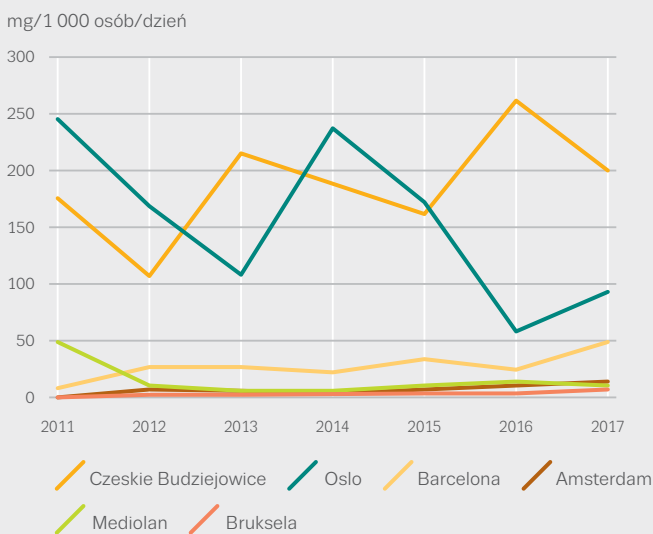


Uwaga: Średnie dzienne ilości amfetaminy w miligramach na 1 000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia każdego roku w okresie od 2011 do 2017 r.

Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

WYKRES 2.10

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



Uwaga: Średnie dzienne ilości metamfetaminy w miligramach na 1000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia każdego roku w okresie od 2011 do 2017 r.

Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Północnej (zob. wykres 2.10). Spośród 34 miast, dla których dostępne są dane dotyczące pozostałości metamfetaminy w ściekach za 2016 i 2017 r., w 12 zgłoszono wzrost, w 10 – sytuację bez zmian, a w 12 – spadek.

Wysoce ryzykowne używanie amfetamin: zapotrzebowanie na leczenie utrzymuje się na wysokim poziomie

Problemy związane z długoterminowym i przewlekłym przyjmowaniem amfetamin oraz z ich podawaniem drogą iniekcji są najwyraźniej widoczne w krajach położonych na północy Europy. Z kolei problemy związane z metamfetaminą są najdotkliwsze w Republice Czeskiej i na Słowacji. Aktualne dane szacunkowe dotyczące wysoce ryzykownego używania amfetamin dostępne dla Norwegii wskazują, że grupa tego rodzaju użytkowników narkotyku obejmuje 0,33%, tj. 11 200 osób dorosłych (w 2013 r.). W Niemczech jej liczebność oceniono w 2015 r. na 102 000 osób, tj. 0,19%. Osoby używające amfetamin stanowią prawdopodobnie większość szacunkowej liczby 2 230 (0,18%) osób używających substancji pobudzających w sposób wysoce ryzykowny zgłoszonych przez Litwę w 2016 r., co oznacza spadek z poziomu 6 540 osób (0,46%) w 2010 r. Najnowsze szacunki dotyczące wysoce ryzykownego użycia metamfetaminy dostępne są dla Republiki Czeskiej i Cypru. W Czechach wysoce

ryzykowne używanie metamfetaminy przez osoby dorosłe (w wieku od 15 do 64 lat) oszacowano w 2016 r. na ok. 0,50% (co odpowiada 34 300 osobom używającym narkotyku). Stanowi to wzrost w stosunku do 20 900 użytkowników w roku 2007, natomiast wartości te w ostatnich latach utrzymują się na stosunkowo stabilnym poziomie. Dane szacunkowe dla Cypru to 0,02%, tj. 105 osób w 2016 r.

Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie uzależnienia w Europie w 2016 r., 35 000 podało amfetaminy jako narkotyk podstawowy, z czego 15 000 to osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy. Osoby używające amfetaminy jako narkotyku podstawowego stanowią ponad 15% wszystkich osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w Niemczech, na Łotwie, w Polsce i w Finlandii. Pacjenci rozpoczynający leczenie, którzy podają metamfetaminę jako narkotyk podstawowy, mieszkają głównie w Republice Czeskiej i na Słowacji, gdzie łącznie żyje 90% spośród 9 200 europejskich pacjentów używających metamfetaminy poddawanych leczeniu specjalistycznemu.

UŻYTKOWNICY AMFETAMIN ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE



Charakterystyka

27% 73%

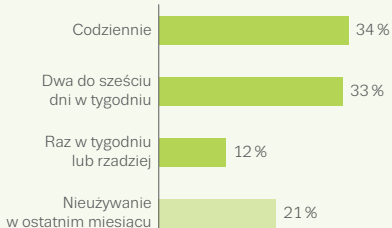


20 Średni wiek w momencie pierwszego użycia
29 Średni wiek w momencie rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy

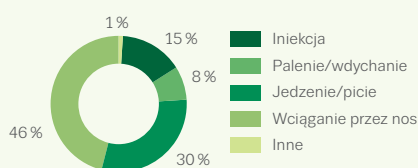


Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

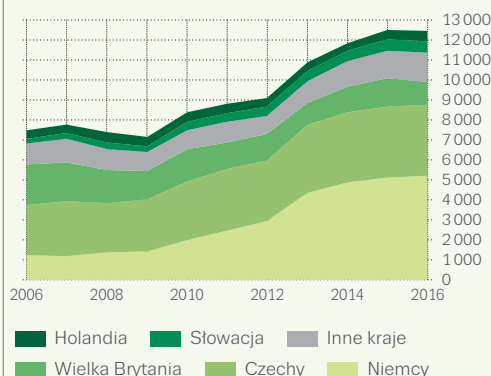
Średnia użycia: 4,4 dni w tygodniu



Droga podania



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



Uwaga: Dane, z wyjątkiem trendów, dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są amfetaminy. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy przedstawiono dla 25 krajów. W wykresie dotyczącym trendów zamieszczono jedynie kraje dysponujące danymi za co najmniej 9 z 11 lat. Brakujące wartości interpolowano z danych dotyczących lat następujących bezpośrednio przed rokiem referencyjnym lub po tym roku.

Ketamina, GHB i halucynogeny: wciąż niski wskaźnik użycia

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

Od około dwudziestu lat zgłaszane jest rekreacyjne używanie ketaminy i GHB (w tym także jego prekursora GBL, czyli gamma-butyrolaktonu) wśród pewnych grup użytkowników narkotyków w Europie. W przypadkach, gdy dostępne są krajowe szacunki dotyczące używania przez osoby dorosłe oraz młodzież w wieku szkolnym GHB i ketaminy, wskaźniki używania tych substancji utrzymują się na niskim poziomie. Z badań sondażowych przeprowadzonych w 2016 r. w Norwegii wynika, że rozpowszechnienie użycia GHB w zeszłym roku osiągnęło poziom 0,1% wśród osób dorosłych (w wieku od 16 do 64 lat). W 2016 r. rozpowszechnienie użycia ketaminy przez młode osoby dorosłe (w wieku 15-34 lat) w ostatnim roku oszacowano na 0,1% w Czechach i Rumunii, oraz 0,8% w Wielkiej Brytanii.

Ogólnie poziom używania LSD i grzybów halucynogennych w Europie jest niski i utrzymuje się na stałym poziomie od wielu lat. Według krajowych badań sondażowych używanie obu substancji wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) w ciągu ostatniego roku szacuje się na mniej niż 1% w odniesieniu do obu substancji w 2016 r. lub w ostatnim roku, dla którego dostępne są dane z sondażu, z wyjątkiem grzybów halucynogennych w Holandii (1,9%), Finlandii (1,9%) oraz Czechach (3,1%), oraz LSD w Finlandii (1,3%) i Czechach (1,4%).

Używanie nowych substancji psychoaktywnych: wysoce ryzykowne zachowania w marginalizowanych grupach społecznych

Pewna liczba krajów uwzględniła nowe substancje psychoaktywne w swoich ogólnych sondażowych badaniach ludności, mimo że różnice dotyczące metod i pytań sondażowych ograniczają możliwości porównania wyników pomiędzy krajami. Od 2011 r. 13 krajów Europejskich zgłasza krajowe dane szacunkowe na temat używania nowych substancji psychoaktywnych (z wyjątkiem ketaminy i GHB). W przypadku młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat), wskaźnik używania tych substancji w ciągu ostatniego roku wynosił od 0,2 % we Włoszech i Norwegii do 1,7% w Rumunii. Dostępne są dane sondażowe z Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii)

dotyczące używania mefedronu. W najnowszym badaniu (2016/2017) użycie tego narkotyku w ostatnim roku wśród młodych ludzi w wieku od 16 do 34 lat szacowano na 0,3%; stanowiło to spadek z poziomu 1,1% w sezonie 2014/2015. W najnowszych badaniach wskaźnik użycia syntetycznych kannabinoidów wśród młodych ludzi w wieku od 15 do 34 lat wahał się od 0,2% w Hiszpanii do 1,5% na Łotwie.

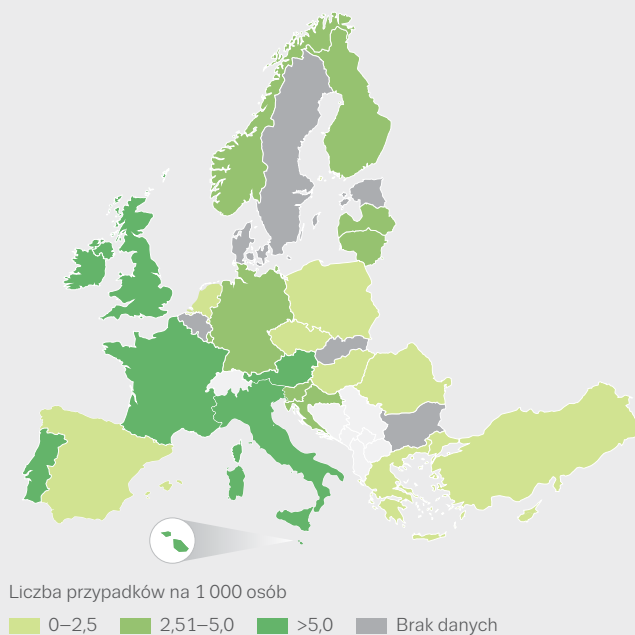
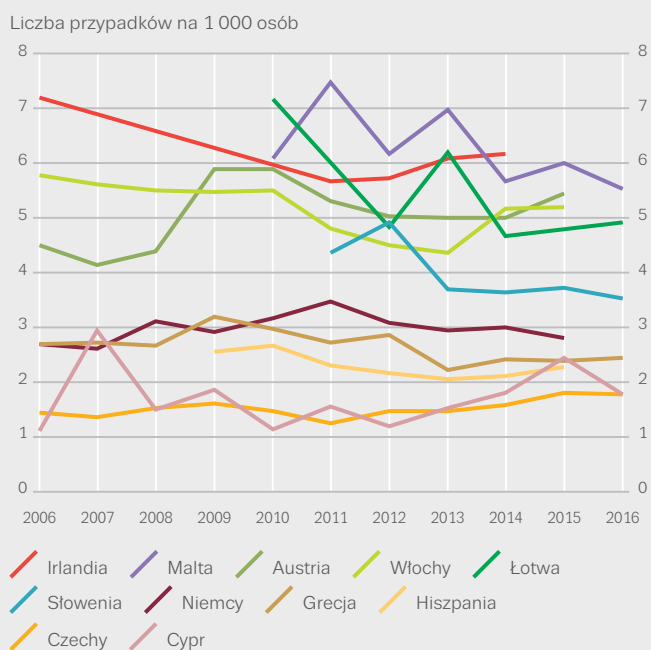
Choć ogólny poziom użycia nowych substancji psychoaktywnych jest w Europie niski, w badaniu EMCDDA z 2016 r. ponad dwie trzecie krajów zgłosiło ich używanie przez użytkowników wysokiego ryzyka. Używanie syntetycznych katynonów przez osoby przyjmujące opioidy i substancje pobudzające w drodze iniekcji powiązано w szczególności z problemami zdrowotnymi i społecznymi. Ponadto zidentyfikowano palenie kannabinoidów syntetycznych w populacjach marginalizowanych, w tym wśród osób bezdomnych oraz więźniów, jako problem w wielu krajach europejskich.

W ogólnym ujęciu, niewiele osób w Europie podejmuje obecnie leczenie ze względu na problemy związane z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, jednak substancje te mają w niektórych krajach duże znaczenie. Najnowsze dane wskazują, że używanie syntetycznych kannabinoidów zgłaszano jako główną przyczynę podjęcia specjalistycznej terapii w przypadku 17% pacjentów w Turcji oraz 7% na Węgrzech; problemy związane z używaniem syntetycznych katynonów jako narkotyku podstawowego zgłosiło 0,3% osób rozpoczynających leczenie w Wielkiej Brytanii.

W Wielkiej Brytanii szczególnie niepokojącym problemem jest używanie syntetycznych kannabinoidów przez więźniów. Jak wynika z badań sondażowych przeprowadzonych w 2016 r. w brytyjskich więzieniach, 33% spośród 625 osadzonych zgłosiło używanie dopalacza „Spice” w ciągu ostatniego miesiąca; dla porównania, 14% zgłosiło używanie konopi indyjskich w ciągu ostatniego miesiąca.

WYKRES 2.11

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



Wysokie ryzykowne używanie opioidów: nieprzerwana dominacja heroiny

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

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

Szacuje się, że rozpowszechnienie ryzykownego używania opioidów przez osoby dorosłe (w wieku 15-64 lat) wynosi około 0,4% populacji UE, co odpowiada 1,3 mln osób wysoce ryzykownie używających opioidów w Europie w 2016 r. Na poziomie krajowym dane szacunkowe dotyczące wskaźników ryzykownego używania opioidów wahają się od mniej niż jednego do więcej niż ośmiu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 roku życia. Trzy czwarte (76%) szacunkowej liczby osób wysoce ryzykownie przyjmujących opioidy mieszka w pięciu najbardziej zaludnionych krajach Unii Europejskiej, z liczbą ludności stanowiącą 62% całej populacji UE, tj.

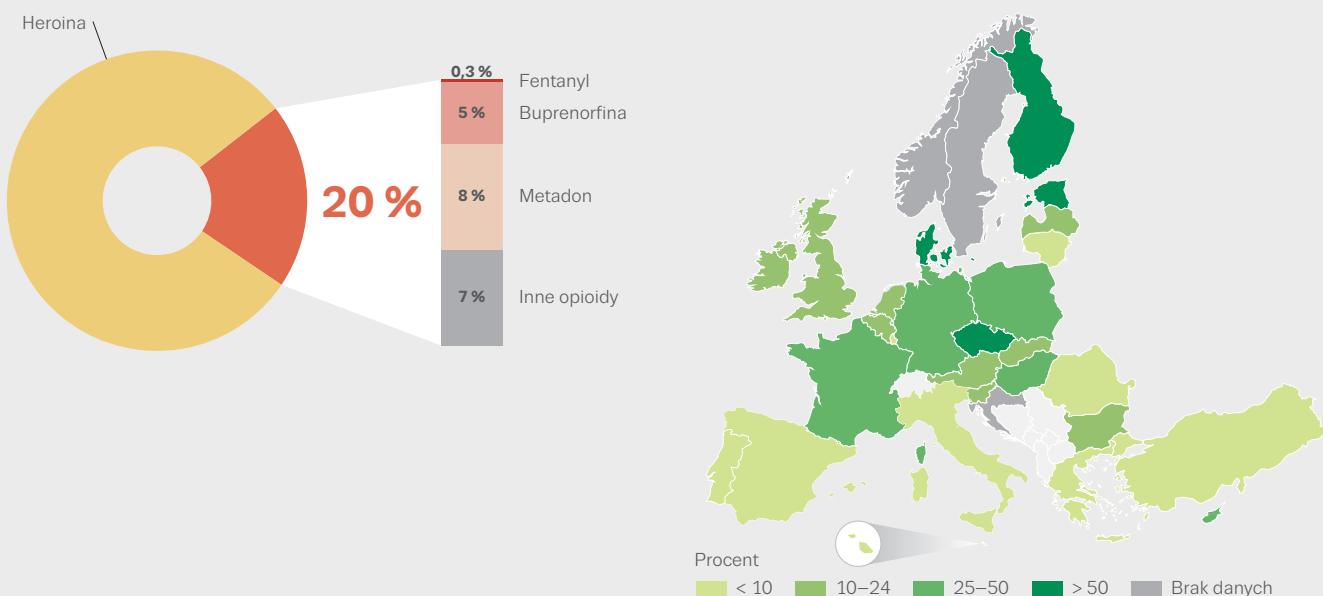
w Niemczech, Hiszpanii, Francji, we Włoszech i w Wielkiej Brytanii. Spośród 11 krajów dysponujących regularnie przekazywanymi danymi szacunkowymi dotyczącymi wysoce ryzykownego używania opioidów w okresie pomiędzy 2006 i 2016 r., Hiszpania i Włochy wskazują na statystycznie istotny spadek, natomiast Czechy zgłaszają statystycznie istotny wzrost (wykres 2.11).

W 2016 r. 177 000 pacjentów, czyli 37% wszystkich osób rozpoczynających leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie, podało używanie opioidów jako główną przyczynę podjęcia specjalistycznego leczenia. 35 000 spośród nich to osoby zgłaszające się do leczenia po raz pierwszy. Osoby podające jako narkotyk podstawowy heroinę stanowiły 82% grupy pacjentów podejmujących leczenie po raz pierwszy i wskazujących opioidy jako główny narkotyk.

Jak wynika z dostępnych danych dotyczących tendencji, liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w związku z używaniem heroiny zmniejszyła się o ponad połowę w porównaniu z wartościami szczytowymi osiągniętymi w 2007 r. i osiągnęła niską wartość w 2013 r., po czym ustabilizowała się w ostatnich latach.

WYKRES 2.12

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



Opioidy syntetyczne: różnorodne substancje występujące na terenie Europy

Najczęściej stosowanym niedozwolonym opioidem wciąż pozostaje heroina, ale szereg źródeł wskazuje na coraz powszechniejsze nadużywanie legalnych opioidów syntetycznych (np. metadonu, buprenorfiny czy fentanylu).

Opioidy przyjmowane przez osoby podejmujące leczenie to m.in. metadon, buprenorfina, fentanyl, kodeina, morfina, tramadol oraz oksykodon. W niektórych krajach używanie opioidów innych niż heroina stanowi obecnie najczęściej spotykaną formę użycia opioidów wśród osób podejmujących specjalistyczne leczenie. Osiemnaście państw europejskich zgłosiło w 2016 r., że ponad 10%

UŻYTKOWNICY HEROINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka

20% 80%



23 Średni wiek w momencie pierwszego użycia
34 Średni wiek w momencie rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy

28 200 Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy



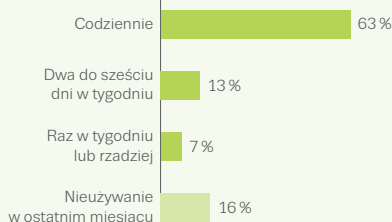
19%

117 200 Pacjenci leczeni uprzednio

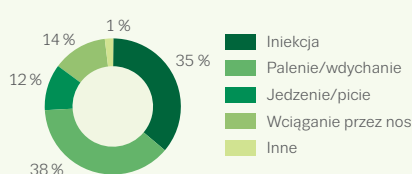
81%

Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

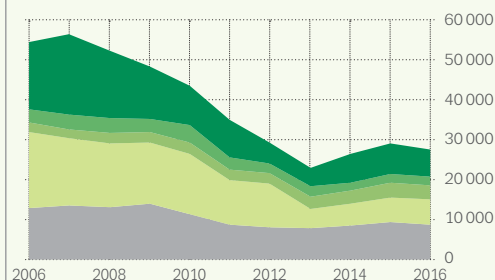
Średnia użycia: 6 dni w tygodniu



Droga podania



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

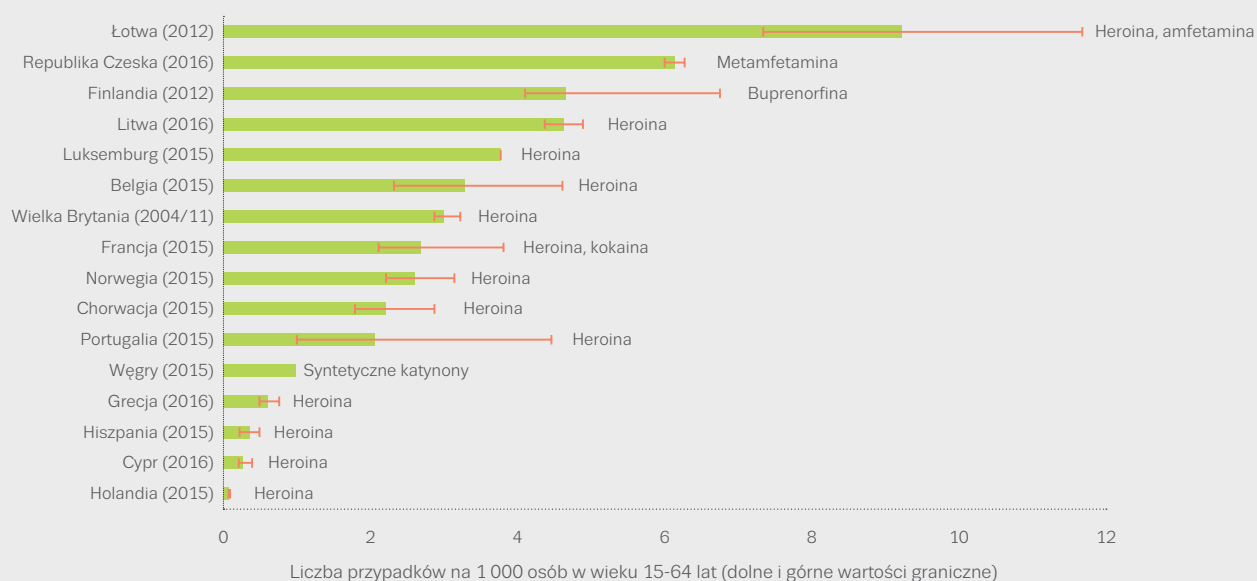


Włochy Hiszpania Niemcy
Wielka Brytania Inne kraje

Uwaga: Dane, z wyjątkiem trendów, dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest heroina. Dane przekazane przez Niemcy dotyczą osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są „opioidy”. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy przedstawiono dla 25 krajów. W wykresie dotyczącym trendów zamieszczono jedynie kraje dysponujące danymi za co najmniej 9 z 11 lat. Brakujące wartości interpolowano z danych dotyczących lat następujących bezpośrednio przed rokiem referencyjnym lub po tym roku. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane dotyczące Włoch od roku 2014 nie są porównywalne z wcześniejszymi.

WYKRES 2.13

Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji: ostatnie szacunki dotyczące rozpowszechnienia używania i podstawowego wstrzykiwanego leku



osób podejmujących leczenie specjalistyczne z uwagi na uzależnienie od opioidów deklarowało problemy związane głównie z opioidami innymi niż heroina (wykres 2.12). W Estonii na przykład większość osób podejmujących leczenie i podających jako główny narkotyk któryś z opioidów przyjmowała fentanyl, podczas gdy w Finlandii najczęściej nadużywanym opioidem podstawowym jest buprenorfina. Nadużywanie buprenorfiny zgłaszane jest przez ok. 30% pacjentów leczących się z uzależnienia od opioidów w Republice Czeskiej, natomiast nadużywanie metadonu przez 22% pacjentów leczących się z uzależnienia od opioidów w Danii. Na Cyprze i w Polsce, od 20 do 30% pacjentów uzależnionych od opioidów podejmuje leczenie w związku z problemami wynikającymi z używania innych opioidów, np. oksykodonu (Cypr) lub „kompotu”, czyli heroiny wytwarzanej ze słomy makowej (Polska). Co więcej, możliwe jest, że osoby rozpoczynające leczenie w związku z problemami wynikającymi z używania nowych substancji psychoaktywnych o działaniu zbliżonym do opioidów są zgłaszane w ogólnej kategorii użytkowników opioidów.

Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji: ciągły spadek wśród nowych pacjentów podejmujących leczenie

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

Jedynie 16 krajów dysponuje danymi szacunkowymi na temat rozpowszechnienia przyjmowania narkotyków drogą iniekcji od roku 2011. Liczba takich użytkowników narkotyków waha się od mniej niż jednego do dziewięciu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 lat. W większości tych krajów można łatwo zidentyfikować główny narkotyk podawany drogą iniekcji, chociaż w niektórych z nich odnotowano zbliżone wysokie wskaźniki użycia dla dwóch narkotyków. Opioidy zgłaszane są jako główny narkotyk przyjmowany drogą iniekcji w większości (14) krajów (zob. wykres 2.13). 13 z tych krajów wymienia heroinę, natomiast Finlandia zgłosiła buprenorfinę. Substancje pobudzające zgłoszono jako główny narkotyk podawany drogą iniekcji w 4 krajach, w których do używanych substancji zalicza się syntetyczne katynony (Węgry), kokainę (Francja), amfetaminę (Łotwa) i metamfetaminę (Republika Czeska).

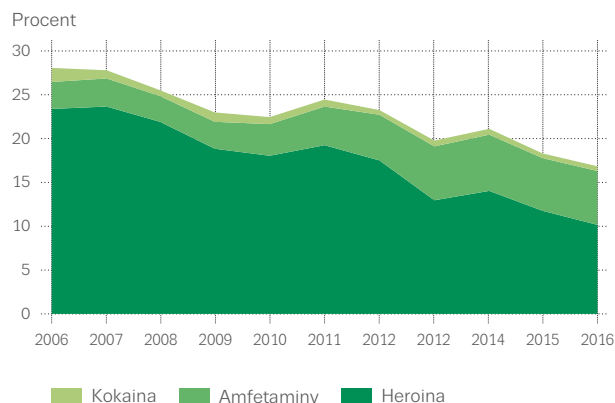
Spośród pacjentów podejmujących specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w 2016 r., deklarujących heroinę jako swój podstawowy narkotyk, 27% zgłosiło wstrzykiwanie jako główną drogę podania, co stanowi spadek w porównaniu z 43% w 2006 r.. W omawianej grupie odsetek osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji różni się w zależności od kraju i wynosi od 8% w Hiszpanii do 90% lub więcej na Łotwie, Litwie i w Rumunii. Wstrzykiwanie deklarowane jest jako główna droga podania przez 1% osób po raz pierwszy podejmujących leczenie z uwagi na uzależnienie od kokainy, a także przez 47% osób po raz pierwszy podejmujących leczenie w związku z uzależnieniem od

WYKRES 2.14

amfetamin jako narkotyku podstawowego. Na ogólną sytuację związaną z amfetaminami mają jednak znaczny wpływ Czechy, w których zamieszkuje 87% wszystkich podejmujących leczenie osób przyjmujących amfetaminy w drodze iniekcji w Europie. Uwzględniając trzy główne wstrzykiwane narkotyki łącznie, wśród pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie w Europie udział iniekcji jako głównej drogi podania spadł z 28% w 2006 r. do 17% w 2016 r. (wykres 2.14).

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

Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji w grupie osób po raz pierwszy podejmujących leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest heroina, kokaina lub amfetaminy: odsetek osób wskazujących wstrzykiwanie jako główną drogę podania



Uwaga: Dane dotyczące trendów opracowano dla 21 krajów dysponujących danymi za co najmniej 9 z 11 lat.



W pewnych populacjach nadal zgłaszane jest wstrzykiwanie syntetycznych katynonów

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

2012

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

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

Wspólne publikacje EMCDDA i ESPAD

2016

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

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

3

**Używanie narkotyków
uznawane jest powszechnie
za jedną z przyczyn
ogólnoswiatowego
obciążenia chorobami**

Problemy związane z używaniem narkotyków oraz odpowiedź na zjawisko

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

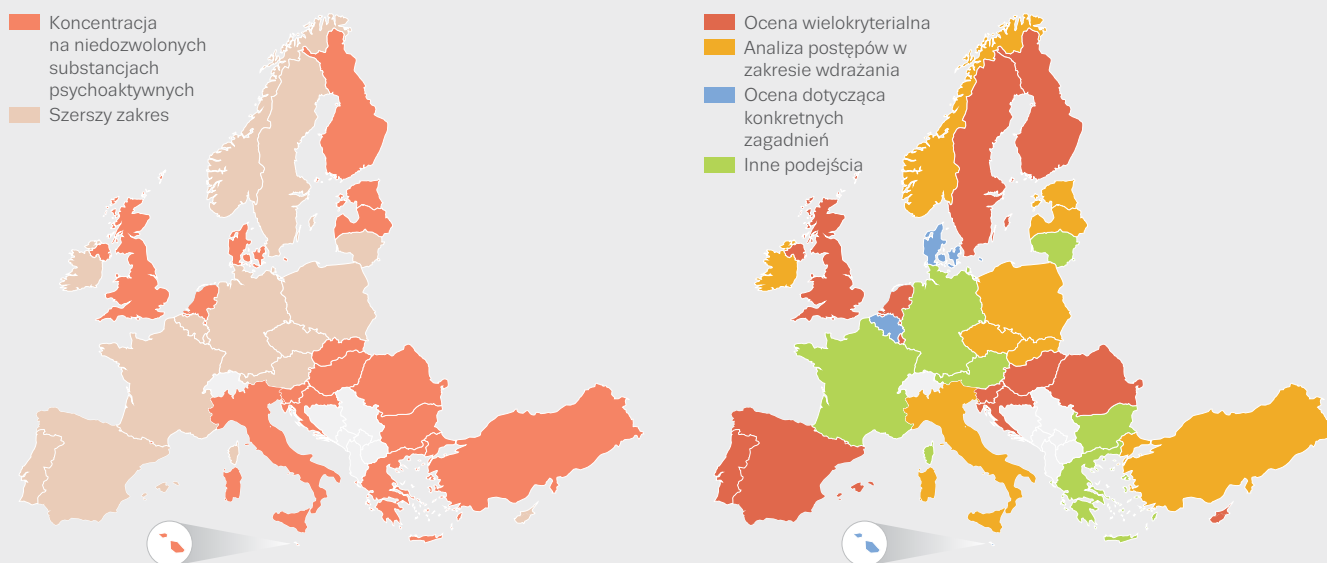
Polityki narkotykowe tworzone w Europie obejmują szereg możliwych do zastosowania środków, koncentrując się na opracowaniu i wdrażaniu skutecznych reakcji na problemy narkotykowe w oparciu o wypracowane dowody naukowe. Działania w zakresie profilaktyki oraz wczesnej interwencji mają na celu zapobieganie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

Monitorowanie problemów związanych z używaniem narkotyków oraz reakcji na nie

Informacji na temat zdrowia oraz reakcji społecznych na używanie narkotyków, w tym strategii narkotykowych i związanych z tym wydatków publicznych, dostarcza EMCDDA sieć krajowych punktów kontaktowych Reitox oraz eksperckie grupy robocze. W przypadku gdy bardziej sformalizowane dane są niedostępne, uzupełniające informacje na temat dostępności interwencji pochodzą z ocen eksperckich. Niniejszy rozdział wykorzystuje także przeglądy dowodów naukowych dotyczących skuteczności interwencji w zakresie zdrowia publicznego. Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie internetowej EMCDDA w zakładce [Health and social responses to drug problems: a European Guide](#) (Przewodnik europejski: Reakcje na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym) i w powiązanych materiałach dostępnych w internecie, a także w [Best practice portal](#) (portalu najlepszych praktyk).

WYKRES 3.1

Punkt ciężkości krajowych dokumentów strategicznych dotyczących narkotyków (po lewej stronie) i metod oceny (po prawej stronie) w 2017 r.



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

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

Strategie narkotykowe: szerszy zakres

Niemal połowa z 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA uwzględnia obecnie w swoich krajowych strategiach narkotykowych, oprócz narkotyków, także różne kombinacje kwestii związanych z używaniem substancji i uzależniającymi zachowaniami. Owe narzędzia planowania są wykorzystywane przez rządy do wypracowywania ogólnych podejść i konkretnych reakcji na rozmaite wymiary problemów narkotykowych – zdrowotne, społeczne i związane z bezpieczeństwem. Na duńską strategię narkotykową składa się na przykład szereg dokumentów strategicznych, ustaw i konkretnych działań, podczas gdy we wszystkich pozostałych krajach przyjęto

narodowe strategie narkotykowe w formie osobnego dokumentu. W 16 krajach strategie narkotykowe dotyczą głównie niedozwolonych substancji psychoaktywnych. W pozostałych 14 krajach przyjęte polityki mają szerszy zakres, koncentrują się także w większym stopniu na innych substancjach i zachowaniach uzależniających (zob. wykres 3.1). W Wielkiej Brytanii organy administracyjne Walii i Irlandii Północnej przyjęły strategię o szerokim zakresie tematycznym. Jeżeli weźmiemy pod uwagę te dwa dokumenty, całkowita liczba szeroko zakrojonych strategii narkotykowych wzrasta do 16. Dokumenty te dotyczą głównie narkotyków, a inne substancje i uzależnienia są w nich uwzględnione w różnym stopniu. We wszystkich dokumentach uwzględniono alkohol, w 10 – tytoń, w 9 – leki, w 3 – doping sportowy (np. leki poprawiające wydolność organizmu), a w 8 – także uzależniające zachowania (np. hazard). Bez względu na zakres, wszystkie krajowe strategie narkotykowe wpisują się w zrównoważone podejście do polityk narkotykowych zapisane w strategii przyjętej na poziomie UE (2013-2020), a także w stosownych planach działania (2017-2020). Kładzie się w nich jednakowy nacisk na ograniczenie zarówno popytu na narkotyki, jak i ich podaży.

Wszystkie kraje europejskie dokonują oceny swoich krajowych strategii narkotykowych, choć robią to za pośrednictwem wielu różnych podejść. Jej głównym celem jest ocena poziomu wdrożenia strategii oraz zmian w ogólnej sytuacji w obszarze narkotyków. Według przekazanych informacji w 2017 r. przeprowadzono 12 ocen wielokryterialnych, 9 analiz postępów w zakresie

wdrażania oraz 3 oceny dotyczące konkretnych zagadnień. Sześć krajów zastosowało inne podejścia, takie jak połączenie ocen wskaźników i projektów badawczych (wykres 3.1). Tendencja do stosowania obejmujących szerszy zakres strategii jest w coraz większym stopniu odzwierciedlana przez stosowanie ocen o szerszym zakresie. W chwili obecnej Francja, Luksemburg, Szwecja i Norwegia opublikowały wyniki ocen strategii obejmujących szerszy zakres. Ten rozszerzony zakres strategii narkotykowych oferuje możliwość wypracowania bardziej zintegrowanego podejścia do zdrowia publicznego, choć jednocześnie przynosi wyzwania w stosunku do koordynowania wdrażania, monitorowania i oceny.

Zapobieganie w oparciu o dowody naukowe: wspieranie wdrażania

Zapobieganie używaniu narkotyków i problemom związanym z narkotykami wśród młodych ludzi jest głównym celem europejskich krajowych strategii narkotykowych, obejmującym szeroką gamę podejść. Strategie środowiskowe i uniwersalne ukierunkowane są na całą populację; profilaktyka selektywna dotyczy grup szczególnie wrażliwych, które mogą być bardziej narażone na problemowe używanie narkotyków, natomiast profilaktyka wskazująca koncentruje się na osobach zagrożonych.

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie wdrożeniem opartych o dowody naukowe programów profilaktycznych, wspierane przez zakładanie rejestrów oraz wdrażanie inicjatyw szkoleniowych i standardów jakości. W 2018 r. rejestry założono lub opracowywano w ponad jednej trzeciej 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA. Rejestry te posiadają kryteria wejściowe i kryteria klasyfikacji w odniesieniu do skuteczności programów. Europejski rejestr Xchange jest powiązany z rejestrami krajowymi i zawiera około 20 opartych na przewodnikach programów narkotykowych; poddano je rygorystycznej ocenie, a wyniki sklasyfikowano. Zawarto w nim także doświadczenia praktyków dotyczące wdrażania w kwestiach obejmujących organizacyjne i kulturowe przeszkody we wdrażaniu (rekrutacja, terminy, wyzwania związane z adaptacją) oraz sposoby, dzięki którym je przezwyciężono.

Szkolenie zawodowe ma kluczowe znaczenie dla zakończonego powodzeniem wprowadzenia podejść profilaktycznych

Szkolenie zawodowe ma kluczowe znaczenie dla zakończonego powodzeniem wprowadzenia programów profilaktycznych. Możliwości otrzymania formalnego szkolenia w dziedzinie profilaktyki są jednak ograniczone. W ostatnim czasie dostosowano do warunków europejskich jedną z opartych na międzynarodowych standardach dowodowych, nowych inicjatyw pod nazwą Universal Prevention Curriculum (Uniwersalny Program Profilaktyczny) – uwzględniono w niej zarówno 9-tygodniowy program studiów uniwersyteckich jak i bardzo intensywny, 3-5 dniowy kurs szkoleniowy (UPC-Adapt) dla regionalnych i lokalnych decydentów i osoby opiniotwórcze. W roku 2018 skrócona wersja jest wdrażana w jednej trzeciej unijnych państw członkowskich.

Profilaktyka środowiskowa: wieloskładnikowe programy ukierunkowane na życie nocne

Szereg krajów, zwłaszcza tych położonych w Europie Północnej, zgłasza wzmożone stosowanie podejść w zakresie profilaktyki środowiskowej w klubach nocnych. Większość podejść środowiskowych jest przede wszystkim ukierunkowana na alkohol, jednak dzięki wspólnym (kontekstowym) czynnikom ryzyka w obszarze problemowego używania alkoholu oraz innych narkotyków takie sposoby podejścia mogą być użyteczne w walce także z innymi substancjami. Ich wdrażanie pozostaje jednak ograniczone. Jednym z interesujących podejść są wieloskładnikowe koalicje dotyczące klubów nocnych, w których połączono szkolenia dla barmanów i kelnerów, kontrole na wejściu, nadzór i mobilizowanie społeczności. Istnieją dowody wskazujące, że ten sposób podejścia może być skuteczny w ograniczaniu szkód związanych z używaniem alkoholu i narkotyków. Jednym z przykładów jest realizowany w Szwecji projekt STAD, który obecnie wdrażany jest w sześciu innych krajach UE. Mimo to w 2016 r. zaledwie 2 kraje (Finlandia i Wielka Brytania) zgłosiły szeroką dostępność interwencji wieloskładnikowych.

M-zdrowie: rozszerzenie dostępu do interwencji

Szeroka gama interwencji związanych z narkotykami jest w coraz większym stopniu udostępniana w internecie; są to między innymi aplikacje na smartfony związane z mobilnym zdrowiem (m-zdrowiem). Interwencje podejmowane za pośrednictwem internetu oraz te dotyczące m-zdrowia mogą potencjalnie zwiększyć zasięg społeczny i geograficzny programów profilaktyki i leczenia dla osób, które inaczej nie miałyby dostępu do specjalistycznych usług leczenia uzależnienia. Interwencje dostępne za pośrednictwem smartfonów mogą

WYKRES 3.2

obejmować narzędzia e-szkoleniowe dla osób zawodowo zajmujących się problematyką narkotyków, świadczenie usług w zakresie profilaktyki uzależnienia od narkotyków i redukcji szkód, narzędzia cyfrowe w ramach platform obsługujących media społecznościowe oraz monitorowanie pacjentów, nadzór nad nimi i dostarczanie im terapii.

W przeprowadzonym niedawno badaniu EMCDDA zidentyfikowano ponad 60 aplikacji m-zdrowotnych związanych z narkotykami, dostępnych w internetowych sklepach z aplikacjami, z których niemal połowa pochodziła z Europy. Większość aplikacji zawierała informacje dotyczące narkotyków w połączeniu z jakąś formą interwencji. Europejskie interwencje w zakresie m-zdrowia były ukierunkowane przede wszystkim na promowanie redukcji szkód wśród osób chodzących na imprezy i młodzieży. Techniki wykorzystywane w aplikacjach obejmowały ustalone internetowe metody interwencji związanych z leczeniem, np. dzienniki do zapisywania używanych ilości, przekazywanie spersonalizowanych informacji zwrotnych w zakresie wyznaczonych samodzielnie celów dotyczących ograniczenia używania środków odurzających oraz możliwość interakcji ze specjalistami w dziedzinie leczenia, np. za pośrednictwem zaszyfrowanych SMS-ów. Niektóre aplikacje wykorzystują także techniki zapobiegania, takie jak metody norm społecznych, a także ograniczenie błędnych wyobrażeń dotyczących używania narkotyków przez rówieśników. Wyzwania dla przyszłego rozwoju w tej dziedzinie obejmują brak standardów jakości w odniesieniu do aplikacji m-zdrowotnych w obszarze narkotyków, jak również obawy dotyczące ochrony danych oraz niewielka ilość dowodów naukowych, niemniej jednak aplikacje te mogą stać się ważnymi narzędziami interwencji związanych z narkotykami dla osób ich używających oraz specjalistów zajmujących się problematyką narkotyków.

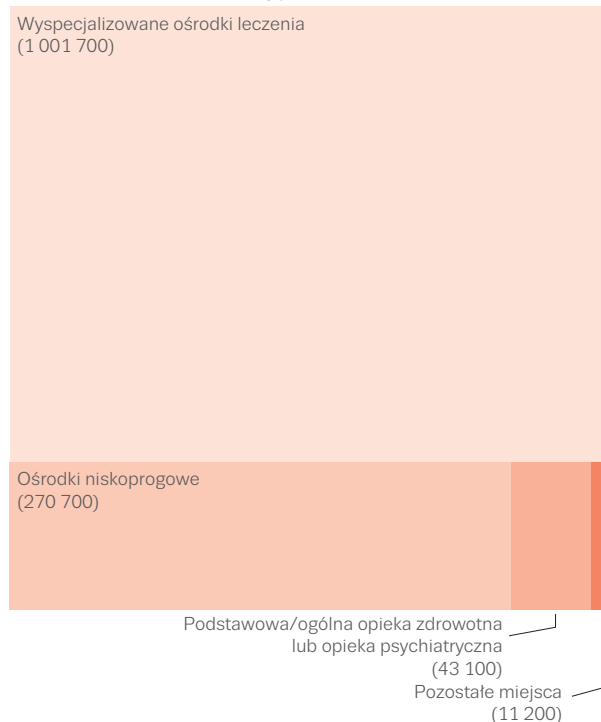
Leczenie uzależnienia od narkotyków: usługi na poziomie społeczności

Leczenie jest zasadniczą formą interwencji mającą pomóc osobom borykającym się z problemami narkotykowymi, w tym z uzależnieniami. Kluczowym celem jest tu zapewnienie dobrego dostępu do odpowiedniego leczenia

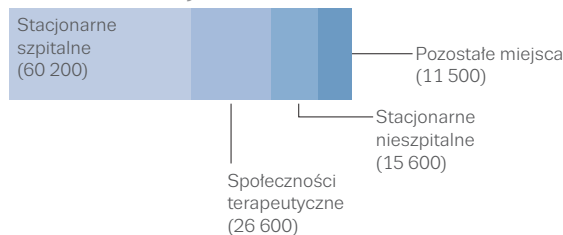
Leczenie uzależnień w Europie odbywa się w większości w warunkach ambulatoryjnych – wyspecjalizowane ośrodki ambulatoryjne są największym dostawcą usług pod względem liczby leczonych użytkowników narkotyków (wykres 3.2). Drugim co do wielkości dostawcą usług w tym zakresie są ośrodki niskoprogowe, na następnych miejscach znajdują się ośrodki podstawowej opieki

Liczba osób leczonych z uzależnienia od narkotyków w Europie w 2016 r. według miejsca leczenia

Leczenie ambulatoryjne



Leczenie stacjonarne



Zakłady karne



zdrowotnej i opieki psychiatrycznej. Ostatnia kategoria obejmuje gabinety lekarzy rodzinnych, którzy odgrywają ważną rolę jako osoby odpowiedzialne za leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów w niektórych dużych krajach, takich jak Francja i Niemcy. W innych krajach, takich jak Słowenia, ważną rolę w świadczeniu leczenia odgrywają ambulatoryjne poradnie zdrowia psychicznego..

Leczenie uzależnień w Europie odbywa się w większości w warunkach ambulatoryjnych

WYKRES 3.3

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

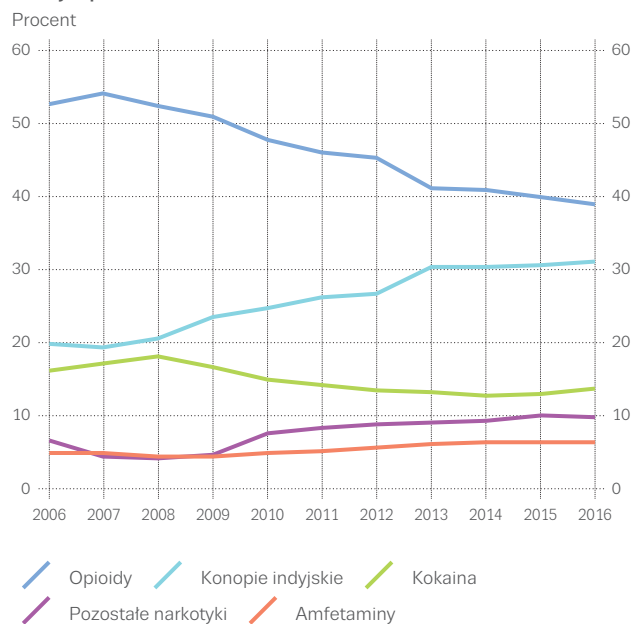
Leczenie uzależnienia od narkotyków: możliwości rozpoczęcia oraz przebieg leczenia

Szacuje się, że w Unii Europejskiej w 2016 r. leczeniu uzależnienia od narkotyków poddano 1,3 mln osób (1,5 mln osób, uwzględniając także Norwegię i Turcję). Pacjenci w dalszym ciągu najczęściej trafiają na leczenie z własnej inicjatywy. Obejmuje to także zgłaszanie pacjentów do leczenia przez członków rodziny lub przyjaciół. Osoby trafiające na leczenie w ten sposób stanowiły niemal połowę (48%) wszystkich pacjentów specjalistycznego leczenia uzależnienia od narkotyków w Europie w 2016 r. Kolejne 26% pacjentów trafiło na leczenie ze skierowania pracowników służby zdrowia, edukacji i opieki społecznej, podczas gdy 16% skierował do ośrodków wymiar sprawiedliwości. W niektórych państwach istnieją programy, których celem jest kierowanie osób popełniających przestępstwa związane z narkotykami do programów leczenia uzależnienia, a nie do systemu sądownictwa karnego. Mogą one polegać na wydaniu przez sąd nakazu poddania się leczeniu lub zawieszenie wykonania kary pod takim warunkiem. W niektórych krajach jest to możliwe na jeszcze wcześniejszym etapie postępowania karnego.

Praktyki kierowania na leczenie są bardzo różne w zależności od kraju oraz od podstawowego narkotyku. Wymiar sprawiedliwości odgrywa szczególnie ważną rolę w kierowaniu osób używających konopi indyjskich na leczenie. Ogólnie w Europie 26% pacjentów leczących się z uzależnienia od konopi indyjskich jest kierowanych na terapię przez wymiar sprawiedliwości. Ta proporcja różni się jednak znacząco w poszczególnych krajach. W 2016 r., w krajach z ponad 100 nowymi pacjentami rozpoczynającymi leczenie uzależnienia od konopi indyjskich, odsetek pacjentów skierowanych przez sądy, kuratora lub policję wynosi od 2% w Holandii do ponad 80% na Węgrzech i w Rumunii.

Leczenie uzależnienia od narkotyków obejmuje często różne placówki, wielokrotne podejmowanie leczenia oraz pobyty różnej długości w placówkach leczniczych. Najliczniejszą grupę podejmującą specjalistyczne leczenie uzależnienia stanowią osoby używające opioidów.

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



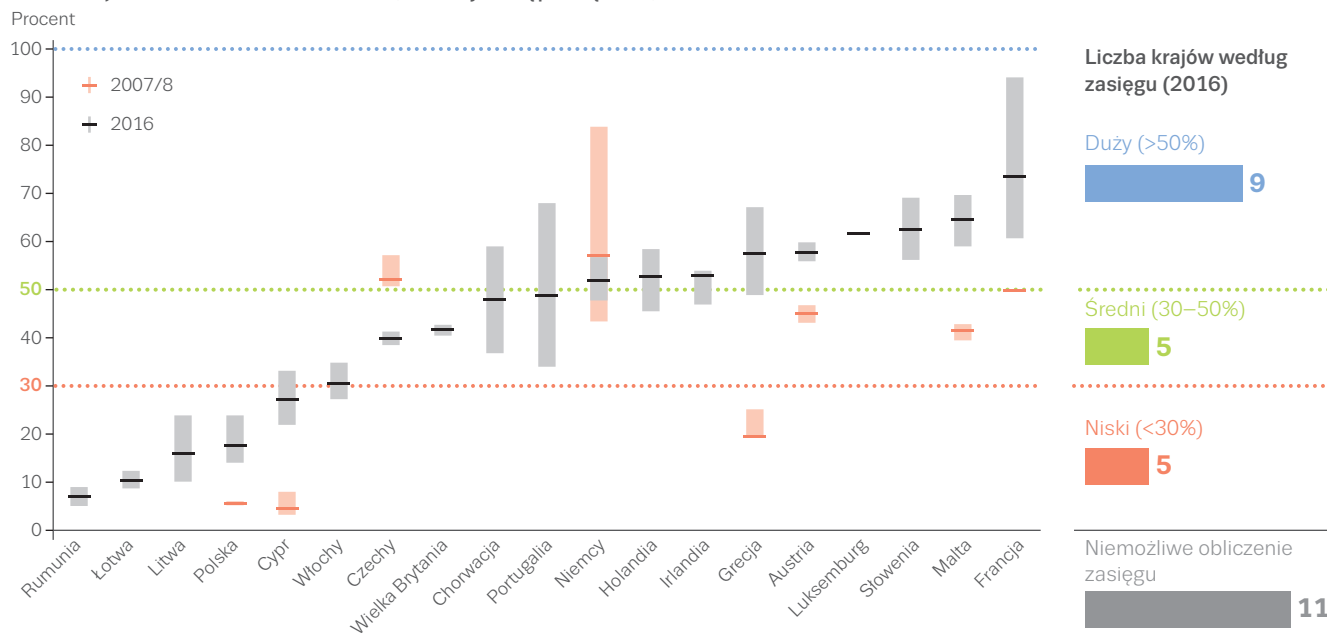
Wykorzystują one przy tym największą część dostępnych zasobów, głównie w formie leczenia substytucyjnego. Przebieg całego procesu obrazują wyniki analizy danych z 2016 r. na temat specjalistycznego leczenia z dziewięciu krajów europejskich. Spośród 370 000 pacjentów poddawanych tam leczeniu, tylko niewiele poniżej 20% odbywało leczenie po raz pierwszy w życiu; 27% podejmowało leczenie ponownie po wcześniejszej terapii w poprzednim roku, a ponad połowa pozostawała w ciągłym leczeniu przez okres dłuższy niż 1 rok. Większość pacjentów w leczeniu ciągłym stanowili mężczyźni w wieku nieco poniżej 40 lat, którzy podawani byli terapii od ponad 3 lat i borykali się z problemami związanymi z zażywaniem opioidów, a szczególnie heroiny.

Leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów: różne przepisy krajowe

Najbardziej powszechnym sposobem leczenia uzależnienia od opioidów jest leczenie substytucyjne, niejednokrotnie zintegrowane z interwencjami psychospołecznymi. Na słuszność tego podejścia wskazują dostępne dowody – uzyskano pozytywne wyniki w odniesieniu do kontynuowania leczenia, ograniczenia zażywania nielegalnych opioidów i zgłoszonych ryzykownych zachowań oraz zredukowano szkody i śmiertelność związaną z narkotykami. Użytkownicy konopi indyjskich i kokainy stanowią odpowiednio drugą i trzecią pod względem liczebności grupę podejmującą specjalistyczne leczenie uzależnienia (wykres 3.3), przy czym głównym sposobem leczenia stosowanym wobec tych pacjentów są interwencje psychospołeczne.

WYKRES 3.4

Zasięg leczenia substytucyjnego uzależnienia od opioidów (szacunkowy odsetek osób wysoce ryzykownie używających opioidów objętych leczeniem) w 2016 r. lub w ostatnim roku, za który dostępne są dane, i w 2007/2008



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

Szacuje się, że w 2016 r. w UE leczeniem substytucyjnym objęto 628 000 osób używających opioidów (636 000, uwzględniając Norwegię). Tendencje wykazują wzrost liczby klientów do poziomu szczytowego w 2010 r., a następnie spadek o 10% w 2016 r. W latach 2010-2016 zaobserwowano spadki w 12 krajach, przy czym największe (przekraczające 25%) odnotowane zostały w Hiszpanii, Holandii i Portugalii. Można to tłumaczyć czynnikami związanymi z popytem i dostępnymi świadczeniami, w tym zmniejszającą się liczebnością populacji starszych, wieloletnich użytkowników opioidów, albo zmianami celów leczenia w niektórych krajach. Inne kraje w dalszym ciągu zwiększają ofertę dostępnych świadczeń, starając się poprawić zasięg leczenia, przy czym 16 krajów odnotowało w latach 2010-2016 wzrost liczby pacjentów poddanych leczeniu substytucyjnemu. Były wśród nich Łotwa (173%), Rumunia (167%) oraz Grecja (57%).

Porównanie z aktualnymi szacunkami dotyczącymi liczby osób używających opioidów w sposób wysoce ryzykowny w Europie wskazuje, że mniej więcej połowa poddawana jest leczeniu substytucyjnemu, choć pomiędzy poszczególnymi krajami występują różnice (wykres 3.4). W krajach, w których dostępne do porównania są dane za rok 2007 lub 2008, nastąpił ogólny wzrost zakresu pokrycia, natomiast w niektórych krajach wskaźnik obsługi utrzymuje się na niskim poziomie.

Metadon jest najczęściej przepisywanym substytutem opioidów, który otrzymuje ponad dwie trzecie (63%) pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym. Kolejne

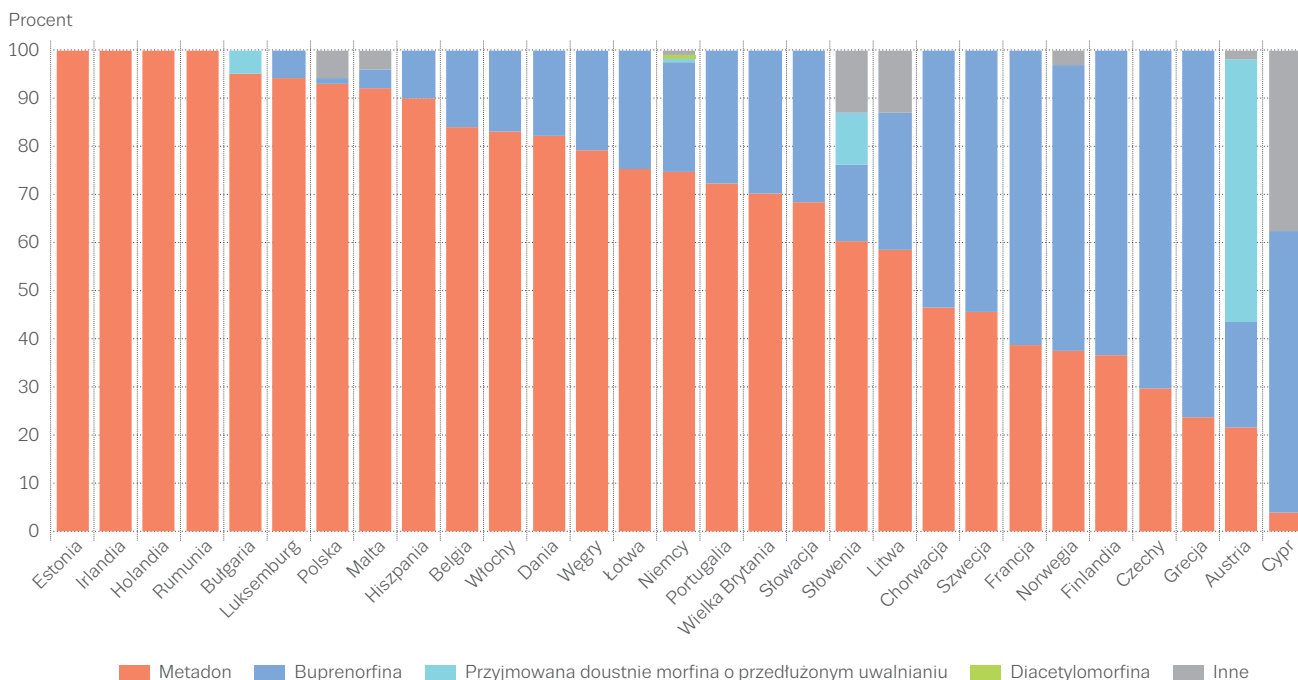
35% pacjentów leczy się lekami na bazie buprenorfiny, która jest głównym lekiem substytucyjnym wykorzystywanym w ośmiu krajach (wykres 3.5). Inne substancje, takie jak morfina o powolnym uwalnianiu lub diacetylmorfina (heroina), są przepisywane jedynie okazjonalnie i otrzymuje je około 2% osób objętych leczeniem substytucyjnym w Europie. Większość pacjentów poddawanych leczeniu substytucyjnemu w Europie jest w wieku powyżej 35 lat, a ich leczenie trwa ponad 2 lata. Alternatywne możliwości leczenia dla osób używających opioidów są dostępne we wszystkich krajach europejskich. W 13 krajach, które dysponują wystarczającymi danymi, dostępność innych form leczenia niż leczenie substytucyjne obejmuje zasadniczo od 3% do 28% wszystkich osób używających opioidów.

Wyniki leczenia: znaczenie standardów jakości

Monitorowanie wyników terapii ma kluczowe znaczenie dla poprawy procesu leczenia, przez który przechodzą pacjenci oraz dla dostosowania oferowanych usług do ich potrzeb. Wprowadzenie monitorowania wyników jest jednak utrudnione z powodu braku porozumienia w sprawie celów leczenia i związanych z nimi odpowiednich środków. W przeprowadzonym niedawno przez EMCDDA przeglądzie podkreślono dużą zmienność mierzonych wyników oraz zidentyfikowano osiem różnych kategorii wyników: „używanie narkotyków”, „przestępczość”, „zdrowie”, wyniki „związane z leczeniem”, „funkcjonowanie społeczne”, „szkody”, „śmiertelność” oraz „oszacowania ekonomiczne”.

WYKRES 3.5

Odsetek pacjentów przyjmujących różne rodzaje przepisywanych przez lekarza substytutów opioidów w krajach europejskich



Uwaga: Dane dotyczące Wielkiej Brytanii obejmują Anglię, Walię i Irlandię Północną.

PACJENCI OBJĘCI LECZENIEM SUBSTYTUCYJNYM UZALEŻNIENIA OD OPIOIDÓW

Populacja

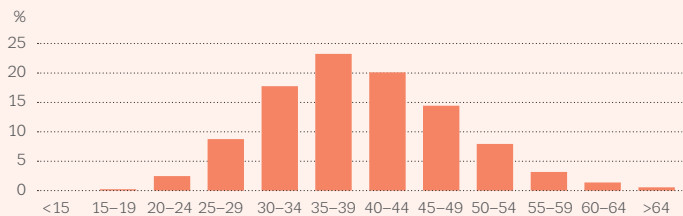
628 000 UE

636 000 UE + Norwegia

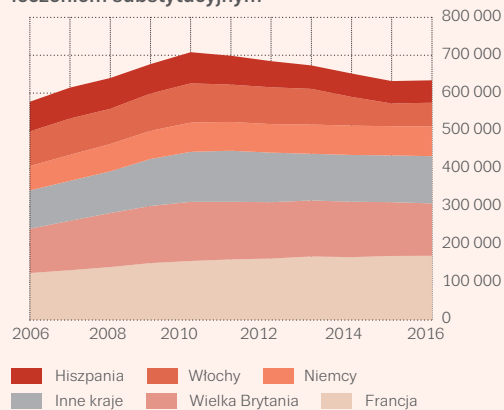
26% 74%



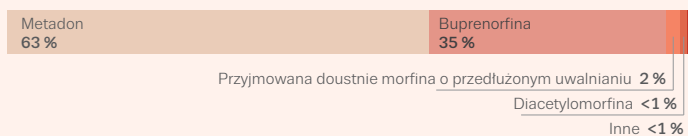
Podział wg grup wiekowych



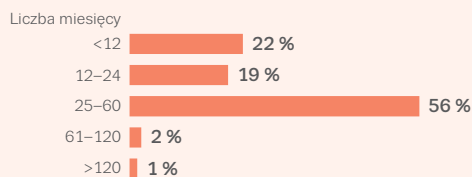
Trendy dotyczące liczby pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym



Rodzaj leku



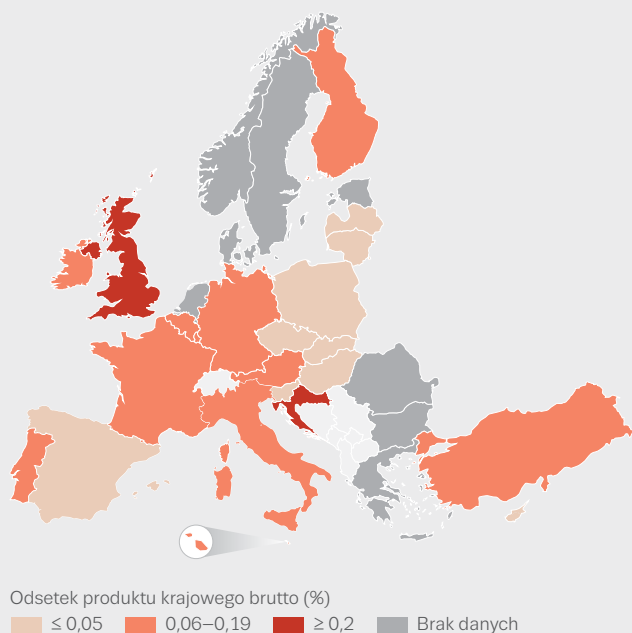
Czas trwania leczenia



Uwaga: W wykresie dotyczącym trendów zamieszczono jedynie kraje dysponujące danymi za co najmniej 8 z 11 lat. Brakujące wartości interpolowano z danych dotyczących lat następujących bezpośrednio przed rokiem referencyjnym lub po tym roku.

WYKRES 3.6

Najnowsze szacunki dotyczące wydatków publicznych związanych z narkotykami (% PKB)



Stosowanie standardów jakości jest kolejnym sposobem zapewnienia właściwego wdrażania interwencji oraz praktycznych zaleceń zawartych w przewodnikach. O ile, ogólnie rzecz biorąc, wdrażanie z wykorzystaniem standardów ma miejsce na poziomie lokalnym, istnieją także standardy międzynarodowe, które wykorzystuje się do osiągnięcia konsensusu w sprawie ogólnych zasad dotyczących interwencji. Przykładowo, europejskie minimalne standardy jakości w zakresie ograniczania popytu na narkotyki, przyjęte przez Radę UE, ustanawiają ogólne zasady, które wdraża się na różne sposoby na poziomie krajowym.

Reagowanie na problemy związane z narkotykami: wydatki i koszty

Ważnym aspektem oceny istniejących w tej dziedzinie polityk jest świadomość kosztów ponoszonych w związku z działaniami antynarkotykowymi. Informacje dostępne na temat związanych z narkotykami wydatków publicznych w Europie pozostają jednak skromne i niejednorodne zarówno na poziomie lokalnym, jak i krajowym. W 22 krajach, które opracowały szacunki w ciągu ostatnich 10 lat (wykres 3.6), wydatki publiczne związane z narkotykami szacowane są między 0,01% a 0,5% produktu krajowego brutto (PKB), przy czym około połowa tych szacunków mieści się w zakresie od 0,05% do 0,2% PKB.

Udział wydatków przeznaczonych na zmniejszanie popytu w ogólnym budżecie na działania antynarkotykowe różni się znacznie w poszczególnych krajach, gdzie stanowi od

21% do 75% wszystkich wydatków publicznych związanych z narkotykami, co wynika z szacunków zgłaszanych przez EMCDDA na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat. Koszty leczenia uzależnienia oraz inne koszty zdrowotne stanowią znaczną część szacunkowych wydatków związanych z interwencjami ukierunkowanymi na zmniejszenie popytu. O ile różnice krajowe wynikają częściowo ze zróżnicowanych wyborów politycznych i dotyczących świadczenia, wraz z różnicami w zakresie problemów z narkotykami oraz organizacji służb publicznych, różne metodologie szacowania także mają duży wpływ na wyniki.

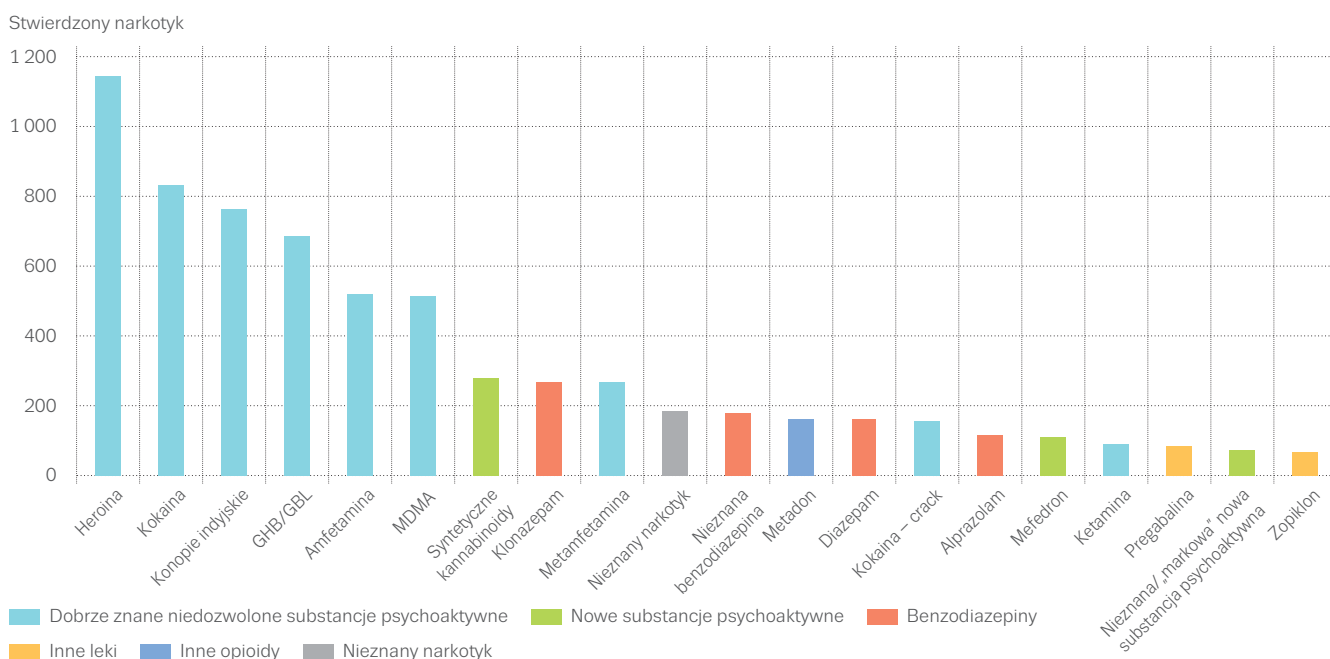
Poważne szkody związane z narkotykami: prym wiodą heroina i kokaina

Dane dotyczące zatruczeń leczonych szpitalnie dają obraz szkód zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków, a także pomagają nam lepiej zrozumieć wpływ używania narkotyków na zdrowie publiczne w Europie. Tylko niewielka liczba krajów monitoruje ciężkie nagłe przypadki związane z używaniem narkotyków na poziomie krajowym. Dwa spośród tych krajów, Litwa i Wielka Brytania zgłosiły, że liczba wypadków związanych z heroiną wzrosła. Z drugiej strony, Czechy i Dania zgłosiły tendencję zniżkową dotyczącą liczby nagłych interwencji zdrowotnych związanych z heroiną. W Hiszpanii kokaina miała związek z niemal połową liczby nagłych przypadków związanych z narkotykami w 2015 r., przy czym odsetek ten po spadku ulega stabilizacji. Jednocześnie w dalszym ciągu wzrasta odsetek zatruczeń związanych z używaniem konopi indyjskich. Słowenia także zgłosiła w 2016 r. tendencję zwyżkową w zakresie liczby przypadków wystąpienia nagłych problemów zdrowotnych w związku z używaniem kokainy, amfetamin i GHB. W 2016 r. regiony wskaźnikowe w Holandii zgłosiły 272 przypadków zatruczeń związanych z 4-fluoroamfetaminą (4-FA), nową substancją pobudzającą ośrodkowy układ nerwowy. Większość z tych przypadków zaobserwowano w punktach pierwszej pomocy w klubach nocnych, natomiast jedna trzecia wezwań karetki pogotowia w związku z narkotykami powiązano z używaniem GHB.

Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN Plus) monitoruje ciężkie przypadki toksyczności związane z narkotykami w 19 (wskaźnikowych) szpitalach w 13 krajach europejskich. W 2016 r. w ramach projektu odnotowano 4 874 zgłoszenia w przypadku których mediana wieku wynosiła 32 lata; w większości (77%) dotyczyło to mężczyzn. Niemal trzy czwarte poszkodowanych przewieziono do szpitala karetką pogotowia. Większość pacjentów (78%) wypisano ze szpitala w ciągu 12 godzin. Niewielki odsetek pacjentów (6%) przyjęto na oddział intensywnej opieki medycznej,

WYKRES 3.7

Dwadzieścia narkotyków najczęściej zgłaszanych przy okazji nagłych interwencji w szpitalach wskaźnikowych w 2016 r.



Uwaga: Wyniki z 4 874 nagłych interwencji w 19 ośrodkach wskaźnikowych w 13 krajach europejskich.
 Źródło: Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN Plus).

a 4% na oddział psychiatryczny. 13 spośród 22 odnotowanych zgonów związanych było z użyciem opioidów.

W odniesieniu do każdego przypadku zgłoszono średnio ok. 1,5 substancji (ogółem 7 423). Narkotykami najczęściej identyfikowanymi w tym kontekście były heroina, kokaina, konopie indyjskie, GHB/GBL, amfetamina oraz MDMA (wykres 3.7). Jedną piątą (21%) stanowiły przypadki nadużycia leków wydawanych z przepisu lekarza lub bez recepty (szczególnie opioidów lub benzodiazepin), a w 7% przypadków za konieczność interwencji odpowiedzialne były nowe substancje psychoaktywne (w porównaniu z poziomem 9% w 2015 r. i 6% w 2014 r.) Liczba nagłych przypadków związanych z używaniem syntetycznych katynonów znacząco spadła z 400 w 2014 r. do 160 w 2016 r., natomiast w tym samym okresie liczba nagłych przypadków związanych z używaniem syntetycznych kannabinoidów wzrosła z 28 do 282. Za wzrost liczby wystąpienia nagłych problemów zdrowotnych związanych z syntetycznymi kannabinoidami odpowiedzialne są przede wszystkim dwa ośrodki: londyński i polski.

Odzwiedleniem różnic w zakresie rejonów obsługiwanych przez szpitale oraz pomiędzy lokalnymi wzorcami używania narkotyków mogą być różne narkotyki zgłaszane w przypadku wystąpienia nagłych problemów zdrowotnych. Przykładowo, nagłe interwencje związane z heroiną były najczęstsze w Dublinie (Irlandia) i Oslo (Norwegia), podczas gdy w Londynie (Wielka Brytania) dominowały zgłoszenia związane z użyciem GHB/GBL, kokainy i MDMA.

Nowe narkotyki: duża siła działania i poważne problemy zdrowotne

Nowe substancje psychoaktywne, w tym syntetyczne opioidy, kannabinoidy i katynony, powodują w Europie szereg poważnych problemów zdrowotnych i stanowią wyzwanie dla polityki narkotykowej. Dwie grupy substancji budzące szczególne obawy to syntetyczne opioidy i syntetyczne kannabinoidy.

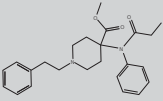
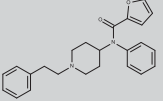
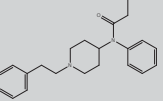
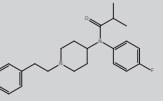
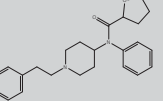
Mimo że odgrywają one obecnie na europejskim rynku narkotyków mniej ważną rolę, nowe opioidy stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia indywidualnego i publicznego. Na szczególną uwagę zasługują pochodne fentanylu, stanowiące większość nowych opioidów monitorowanych przez EMCDDA. Substancje te mogą wykazywać szczególnie dużą siłę działania, a nawet

mikroskopijne ich ilości mogą spowodować zagrażające życiu zatrucie w następstwie szybko postępującej, poważnej depresji oddechowej. Powoduje to, że są one szczególnie niebezpieczne, zwłaszcza dla niczego niepodejrzewających użytkowników przekonanych, że kupują heroinę, inne nielegalne substancje odurzające lub środki przeciwbólowe. W takich warunkach konieczna może się okazać ocena dostępności naloksonu jako antidotum. Oprócz znacznego ryzyka przedawkowania pochodne fentanylu są także silnie uzależniające i mogą prowadzić do nadużyć, co może pogorszyć sytuację w zdrowiu publicznym oraz zaostrzyć problemy społeczne kojarzone zazwyczaj z wysoce ryzykownym zażywaniem opioidów.

Wspólne dochodzenia i ocena ryzyka

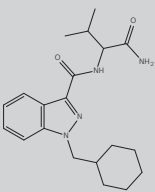
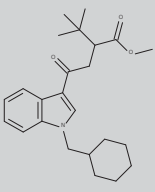
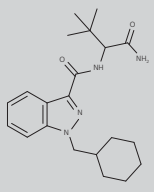
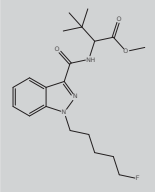
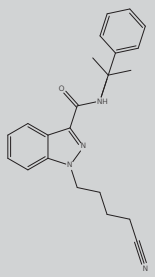
W następstwie dwóch wspólnych dochodzeń dotyczących akrylofentanylu i furanylofentanylu, prowadzonych przez EMCDDA i Europol w 2016 r., w 2017 r. dochodzeniem objęto pięć kolejnych pochodnych fentanylu w związku ze zgonami zgłoszonymi za pośrednictwem europejskiego systemu wczesnego ostrzegania. Substancje te (4-fluoroisobutyrylofentanylny, tetrahydrofuranylofentanylny, karfentanylny, metoksyacetylofentanylny i cyklopropylofentanylny) miały związek z ponad 160 przypadkami zgonów, z czego dużą liczbę powiązano z nimi bezpośrednio. W sumie pięć spośród tych siedmiu substancji zostało także formalnie ocenionych pod kątem ryzyka przez EMCDDA w 2017 r. (tabela 1), natomiast pozostałe dwie substancje zostaną poddane ocenie w 2018 r. Do chwili obecnej, z racji ryzyka stwarzanego przez te substancje dla zdrowia publicznego w Europie, środkami kontroli na poziomie UE objęto akrylofentanylny i furanylofentanylny.

Tabela 1. Najważniejsze ustalenia z oceny ryzyka dotyczącej pięciu pochodnych fentanylu

Nazwa zwyczajowa	Karfentanylny	Furanylofentanylny	Akrylofentanylny	4F-iBF (4-fluoroisobutyrylofentanylny)	THF-F (tetrahydrofuranylofentanylny)
Struktura chemiczna					
Formalne zgłoszenie do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania	12 lutego 2013 r.	3 listopada 2015 r.	7 lipca 2016 r.	26 sierpnia 2016 r.	23 grudnia 2016 r.
Liczba zgonów	61	23	47	20	14
Liczba krajów, w których doszło do powiązanych zgonów	8	6	3	2	1
Liczba konfiskat dokonanych przez organy ścigania	801	143	162	24	53
Liczba krajów, w których skonfiskowano substancję (UE, Turcja i Norwegia)	7	14	5	4	1

Również w 2017 r. zbadano cztery syntetyczne kannabinoidy, co doprowadziło do ocen ryzyka (tabela 2). Substancje te (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, i CUMYL-4CN-BINACA) zostały skojarzone ze zgonem ponad 80 osób. Działania te są kontynuacją dochodzenia w sprawie MDMB-CHMICA, pierwszego kannabinoиду poddanego przez EMCDDA ocenie ryzyka. Do przyczyn silnej toksyczności, jaką te substancje mogą wywoływać, należy ich duża siła działania i niewłaściwe procedury produkcji. Dowody wskazują, że producenci zgadują, jakie ilości substancji powinny zostać zawarte w „mieszankach do palenia”. Co więcej, stosowane niedoskonałe techniki wytwórcze mogą powodować nierównomierne rozprowadzenie substancji w produkcie. Niektóre produkty mogą przez to zawierać toksyczne ilości substancji, a tym samym duże dawki, oraz powodować zwiększone ryzyko zatrucia.

Tabela 2. Najważniejsze ustalenia z oceny ryzyka dotyczącej pięciu syntetycznych kannabinoidów

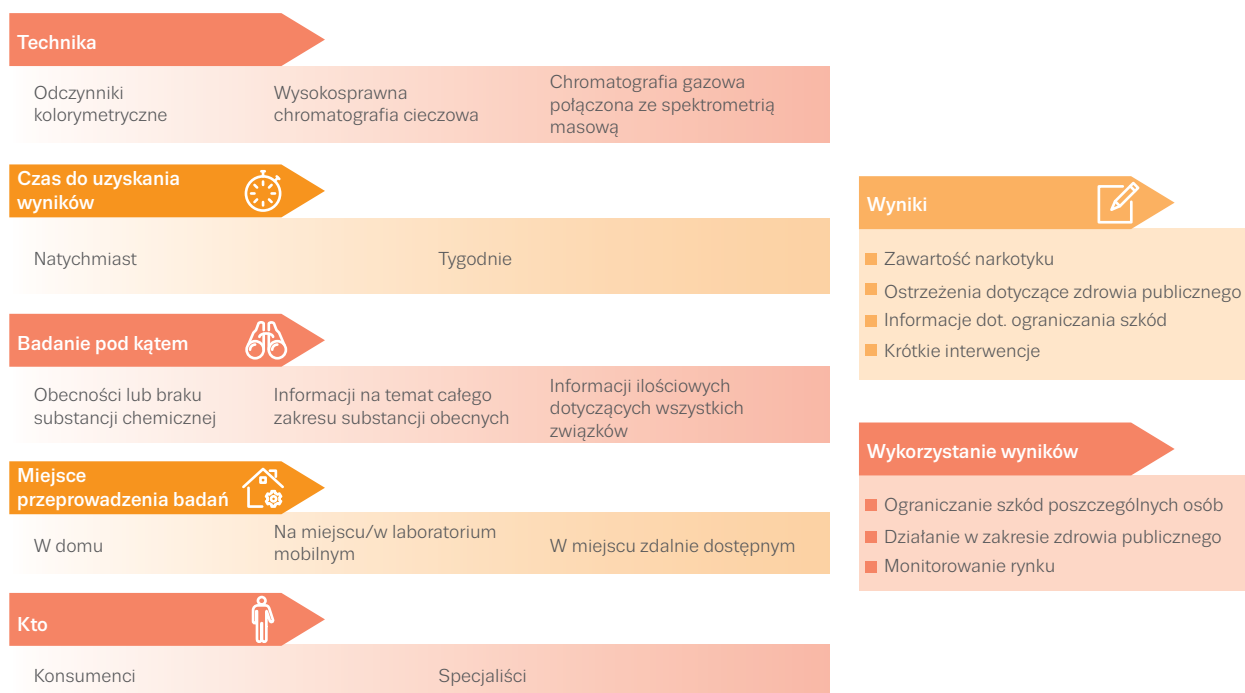
Nazwa zwyczajowa	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Struktura chemiczna					
Formalne zgłoszenie do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania	10 kwietnia 2014 r.	12 września 2014 r.	24 września 2014 r.	8 stycznia 2015 r.	4 marca 2016 r.
Liczba zgonów	31	29	13	28	11
Liczba krajów, w których doszło do powiązanych zgonów	6	6	3	2	2
Liczba konfiskat dokonanych przez organy ścigania	6422	>3 600	3794	1986	2461
Liczba krajów, w których skonfiskowano substancję (UE, Turcja i Norwegia)	26	25	19	27	12

Nowe opioidy stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia indywidualnego i publicznego



WYKRES 3.8

Przykładowe techniki sprawdzania narkotyków i ich zastosowanie



Usługi sprawdzania narkotyków: dostępność w Europie

Dzięki usługom sprawdzania narkotyków użytkownicy otrzymują informacje na temat zawartości próbki ich narkotyku w wyniku przeprowadzonej dla nich analizy. Usługi sprawdzania narkotyków mają na celu ograniczanie szkód poprzez przekazywanie osobom ich używającym porad i informacji, jak również monitorowanie obecnych i pojawiających się tendencji w zakresie środków odurzających. W niektórych krajach usługi sprawdzania narkotyków stanowią integralną część krajowego systemu wczesnego ostrzegania, pomagając w szczególności identyfikować i monitorować nowe substancje psychoaktywne.

Usługi sprawdzania narkotyków są dostępne w dziesięciu krajach UE. Usługi te różnią się w poszczególnych krajach pod względem lokalizacji, metod, terminu przekazywania wyników oraz sposobów i celu ich przekazywania (wykres 3.8). Usługi sprawdzania mogą być świadczone w laboratoriach stacjonarnych lub mobilnych, na przykład na festiwalach muzycznych i w klubach. Stosowane metody obejmują zarówno zestawy do samodzielnego sprawdzania, które wykazują obecność lub brak konkretnego narkotyku lub adulteranta, jak i zaawansowany sprzęt umożliwiający identyfikację i oznaczenie ilościowe licznych substancji. Czas oczekiwania na otrzymanie wyników także może się różnić i wynosi od kilku sekund do kilku dni.

W usługach sprawdzania narkotyków ważna jest kwestia przekazywania wyników, przy czym ustaleniom z testów często towarzyszą porady lub krótkie interwencje. Metody przekazywania wyników to między innymi ostrzeżenia dotyczące zdrowia publicznego i konsumentów, tablice informacyjne na imprezach tanecznych, publikacja wyników w internecie lub bezpośrednie przekazanie wyników osobom zainteresowanym.

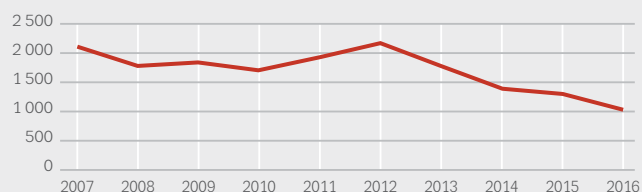
Przewlekłe problemy związane z używaniem narkotyków: mniejsza liczba zakażeń wirusem HIV przy utrzymującej się tendencji do późnego rozpoznania

Osoby używające narkotyków, zwłaszcza w iniekcjach, są zagrożone chorobami zakaźnymi wskutek dzielenia się sprzętem do podawania narkotyków oraz nawiązywania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia. Ryzykowne zachowania związane z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków nadal odgrywają główną rolę w przenoszeniu zakażeń krwiopochodnych, takich jak zapalenie wątroby typu C wywoływane przez wirus HCV oraz, w niektórych krajach, ludzki wirus niedoboru odporności (HIV). W 2016 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 1 027 nowych rozpoznań zakażenia wirusem HIV poprzez zażywanie narkotyków drogą iniekcji (wykres 3.9), co stanowi 5% wszystkich rozpoznań, dla których znana jest droga transmisji. Odsetek ten pozostaje w ostatniej dekadzie niski i stabilny. Liczba nowych przypadków zakażenia wirusem HIV wśród

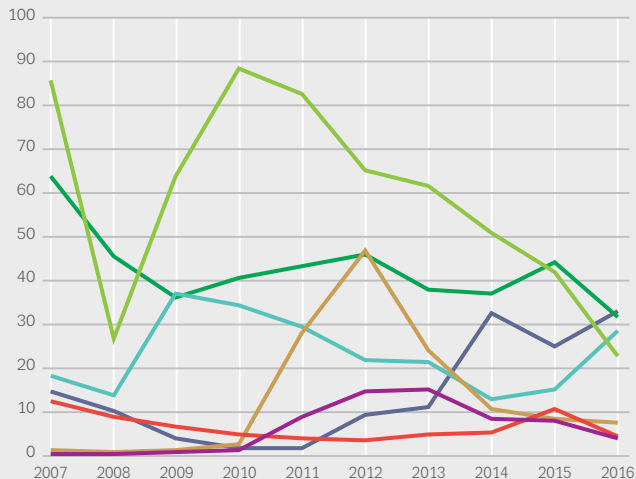
WYKRES 3.9

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

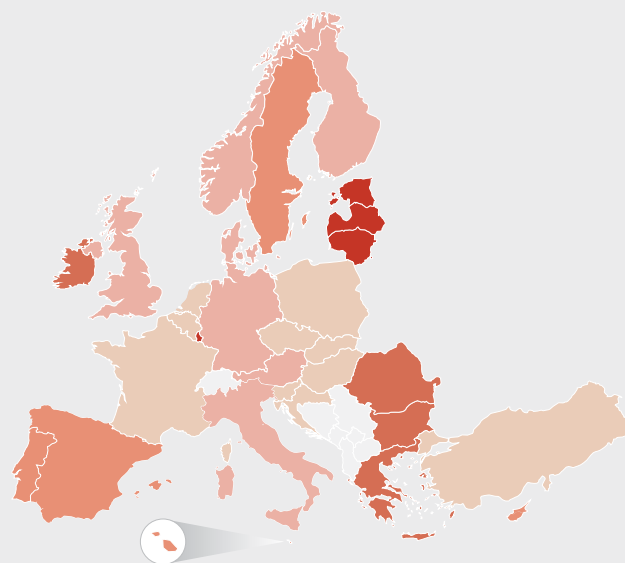
Przypadki w Unii Europejskiej



Liczba przypadków na milion osób



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



Liczba przypadków na milion osób

■ <1 ■ 1,0–2 ■ 2,1–3 ■ 3,1–8 ■ >8

Źródło: ECDC. Dane za rok 2016.

osób wstrzykujących sobie narkotyki spadła w większości krajów europejskich – w latach 2007-2016 odsetek ten spadł o 51%. Wstrzykiwanie narkotyków pozostaje jednak w dalszym ciągu ważną drogą transmisji w niektórych krajach – jak wynika z danych przekazanych przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), w 2016 r. ponad jedną czwartą nowo rozpoznanych przypadków zakażenia wirusem HIV przypisano zażywaniu narkotyków drogą iniekcji na Litwie (47%), w Luksemburgu (29%), oraz na Łotwie (27%). W Rumunii i Grecji, mimo że w 2016 r. liczba nowych zakażeń wirusem HIV mających związek z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji ulegała obniżeniu, jest ona i tak wyższa niż wartości zgłoszone przed pojawieniem się ognisk w roku 2012.

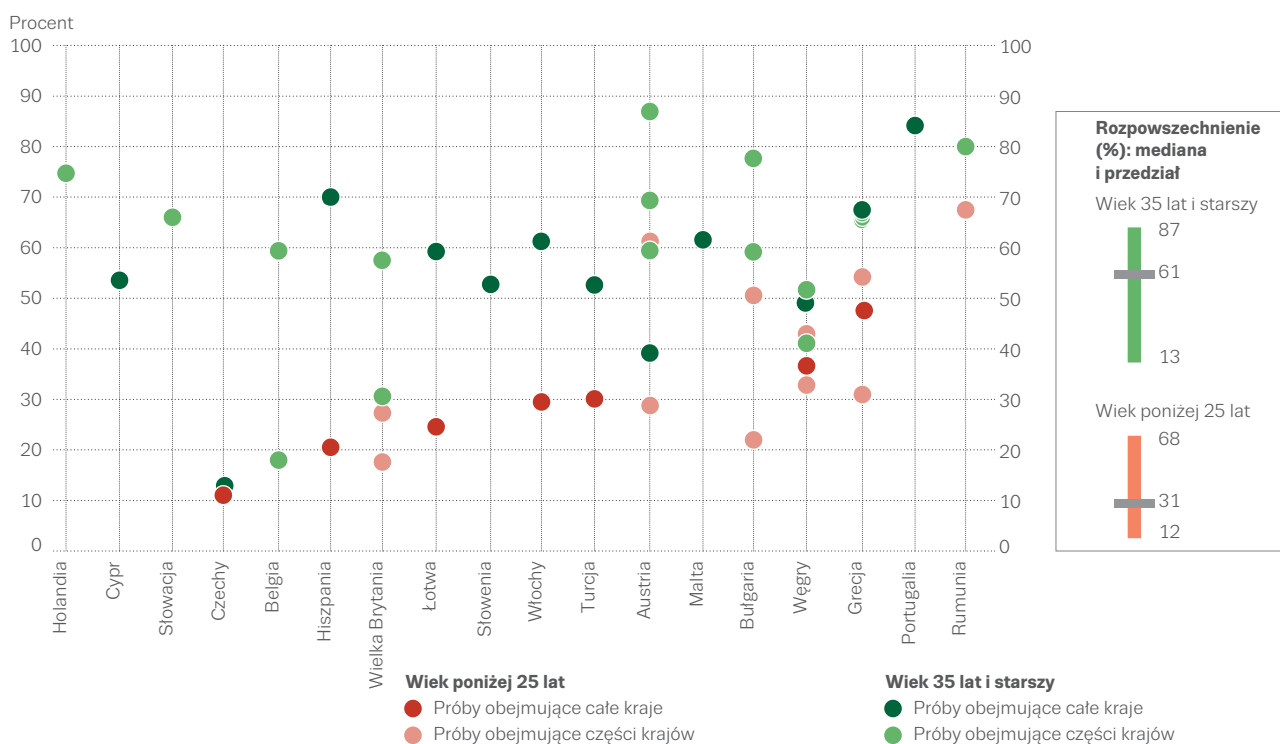
Większość krajów zgłosiła spadki liczby przypadków zakażenia HIV związanych z wstrzykiwaniem narkotyków w okresie pomiędzy 2015 i 2016 r., w tym Irlandia i Wielka Brytania, które w 2015 r. sygnalizowały wzrost w tym zakresie. W przypadku tych dwóch krajów było to w pewnym stopniu wynikiem zlokalizowania ognisk. Ognisko zgłoszone w Luksemburgu w 2014 r. utrzymało się przez rok 2016; jednym z jego czynników jest wzmożone przyjmowanie stymulantów drogą iniekcji wraz z wysokim

wskaźnikiem marginalizacji osób używających tych substancji. Litwa zgłosiła gwałtowny wzrost liczby nowych zakażeń wirusem HIV wśród osób iniekcyjnie używających narkotyków, która niemal uległa podwojeniu z 44 do 83 przypadków w 2016 r. Także przyjmowanie substancji pobudzających przez iniekcję w kontekście współżycia seksualnego („slamming”) w niewielkich grupach mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami wiąże się z podwyższonym ryzykiem zakażenia.

W 2016 r. 13% nowo zgłoszonych przypadków AIDS w Unii Europejskiej, dla których droga transmisji była znana, przypisano dożylnemu przyjmowaniu narkotyków. Te 422 zawiadomienia o nowych przypadkach związanych z wstrzykiwaniem narkotyków stanowi zaledwie niemal jedną czwartą liczby takich przypadków odnotowanych dziesięć lat temu.

WYKRES 3.10

Rozpowszechnienie występowania zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie, w podziale na grupy wiekowe, lata 2015 do 2016



Uwaga: Nie przedstawiono próbek mniejszych niż 10. Kolejność krajów jest zgodna z danymi dotyczącymi grupy wiekowej poniżej 25 lat.

Tam, gdzie informacje te były dostępne, połowa nowych przypadków zakażenia HIV mających związek z iniekcyjnym przyjmowaniem substancji w Unii Europejskiej w 2016 r. została rozpoznana zbyt późno, tj. gdy wirus rozpoczął już niszczenie układu odpornościowego. W Grecji i Rumunii około 2 z każdego 3 przypadków zakażenia wirusem HIV w związku ze wstrzykiwaniem narkotyków rozpoznano zbyt późno. Późne rozpoznanie zakażenia wirusem HIV wiąże się z opóźnionym rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej, a także ze zwiększoną zachorowalnością i umieralnością. Polityka obejmująca badanie i leczenie zakażenia wirusem HIV, w ramach której leczenie antyretrowirusowe rozpoczyna się bezpośrednio po rozpoznaniu zakażenia, prowadzi do ograniczenia transmisji i jest szczególnie ważna w grupach przejawiających zachowania ryzykowne, w tym wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki. Wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie terapii antyretrowirusowej daje osobom zakażonym szansę na normalną spodziewaną długość życia.

Występowanie HCV: różnice krajowe

Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności zakażenie wywołane wirusem typu C (HCV), jest wysoce rozpowszechnione w całej Europie wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Na każde 100 osób zakażone

wirusem HCV, u 75-80 rozwinie się zakażenie przewlekłe. Ma ono poważne długoterminowe konsekwencje, gdyż przewlekłe zakażenie wirusem HCV, często zaostrzone wskutek nadużywania alkoholu, odpowiada za coraz większą liczbę zgonów i przypadków ciężkich schorzeń wątroby, w tym marskości wątroby i raka wątroby, w starzejącej się grupie osób wysoce ryzykownie używających narkotyków.

W latach 2015-2016 poziom rozpowszechnienia przeciwciał HCV – wskazujących na obecną lub przeszłą infekcję – w krajowych próbkach pobranych od osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wynosił od 15% do 82%, przy czym 6 z 13 krajów dysponujących krajowymi danymi zgłaszało rozpowszechnienie HCV przekraczające 50%. Spośród krajów dysponujących krajowymi danymi dotyczącymi tendencji w latach 2010–2016, jedynie cztery zgłosiły mniejszą liczbę przypadków zakażenia wirusem HCV przez osoby używające narkotyków w iniekcjach, natomiast w dwóch odnotowano wzrost.

Zakażenie wirusem HCV występuje bardziej powszechnie wśród starszych osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji niż u tego typu użytkowników w młodszym wieku, co podkreśla akumulację ryzyka na przestrzeni lat oraz wysoki wskaźnik obciążenia zakażeniem w grupach osób starszych (wykres 3.10).

Zakażenie wirusem HBV wśród osób zażywających narkotyki jest rzadsze niż zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C. Obecność antygenu powierzchniowego HBV oznacza jednak w tym przypadku obecne zakażenie, które może mieć postać ostrą lub przewlekłą. Szacuje się, że w 7 krajach, które dysponują odpowiednimi danymi, od 1,5% do 11% osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach jest obecnie zakażonych wirusem HBV.

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

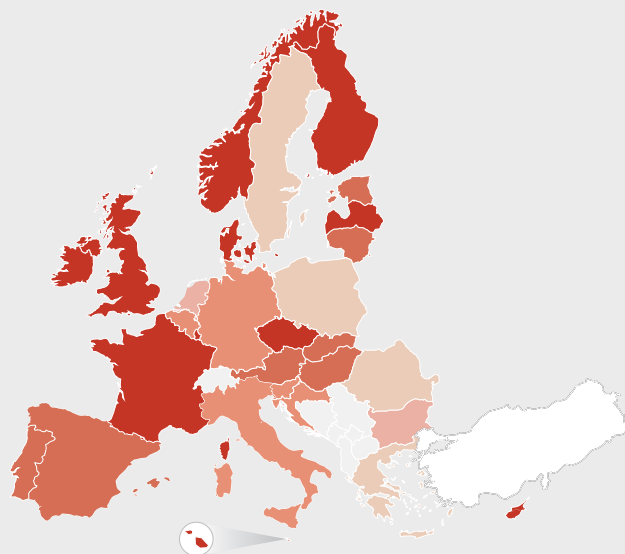
Zapobieganie chorobom zakaźnym: skuteczne środki

Środki zalecane w celu ograniczenia występowania chorób zakaźnych związanych z zażywaniem narkotyków wśród osób, które przyjmują je drogą iniekcji obejmują m.in. leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów, udostępnianie sterylnych strzykawek i igieł, szczepienia, badania na obecność chorób zakaźnych, leczenie zakażeń wirusem zapalenia wątroby i wirusem HIV, a także interwencje w zakresie promocji zdrowia ukierunkowane na bezpieczniejsze zachowania przy iniekcyjnym przyjmowaniu narkotyków oraz ograniczanie ryzykownych zachowań seksualnych.

W przypadku iniekcyjnych użytkowników opioidów leczenie substytucyjne znacznie zmniejsza ryzyko zakażenia, a niektóre badania wskazują, że skutek ochronny zwiększa się w połączeniu z programami rozdawania igieł i strzykawek. Wykazano, że programy polegające na udostępnianiu igieł i strzykawek skutecznie ograniczają rozprzestrzenianie się wirusa HIV wśród osób używających substancji psychoaktywnych poprzez ich wstrzykiwanie. Wśród 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA wszystkie oprócz Turcji za darmo udostępniają czyste igły i strzykawki w specjalistycznych placówkach. Pomędzy poszczególnymi krajami istnieją jednak znaczne różnice w zakresie położenia geograficznego placówek zapewniających bezpieczne igły i strzykawki (wykres 3.11) oraz wielkości docelowej populacji, do której dociera interwencja (wykres 3.12). Informacje na temat rozdawania strzykawek w ramach specjalistycznych programów udostępnia 25 państw, które łącznie zgłosiły rozdanie 54 milionów strzykawek w ostatnim roku za który dostępne są dane (2015/2016). Liczba ta jest znacznie zaniżona, ponieważ kilka dużych państw, takich jak Niemcy, Włochy

WYKRES 3.11

Dostępność programów rozdawania igieł i strzykawek w ujęciu geograficznym w Unii Europejskiej, Norwegii i Turcji



Odsetek jednostek terytorialnych dysponujących co najmniej jedną placówką

0	<20	20–39	40–59	60–79	>80
---	-----	-------	-------	-------	-----

Uwaga: Opracowano na podstawie ustalonych przez Eurostat jednostek terytorialnych NUTS-3. Wartości dotyczące Hiszpanii, Niemiec i Włoch opracowano w oparciu o oszacowania eksperckie. Dostępność w ujęciu geograficznym może nie odzwierciedlać odsetka populacji docelowej, do którego dociera interwencja.

oraz Wielka Brytania, nie podaje pełnych danych krajowych na temat liczby rozdawanych strzykawek.

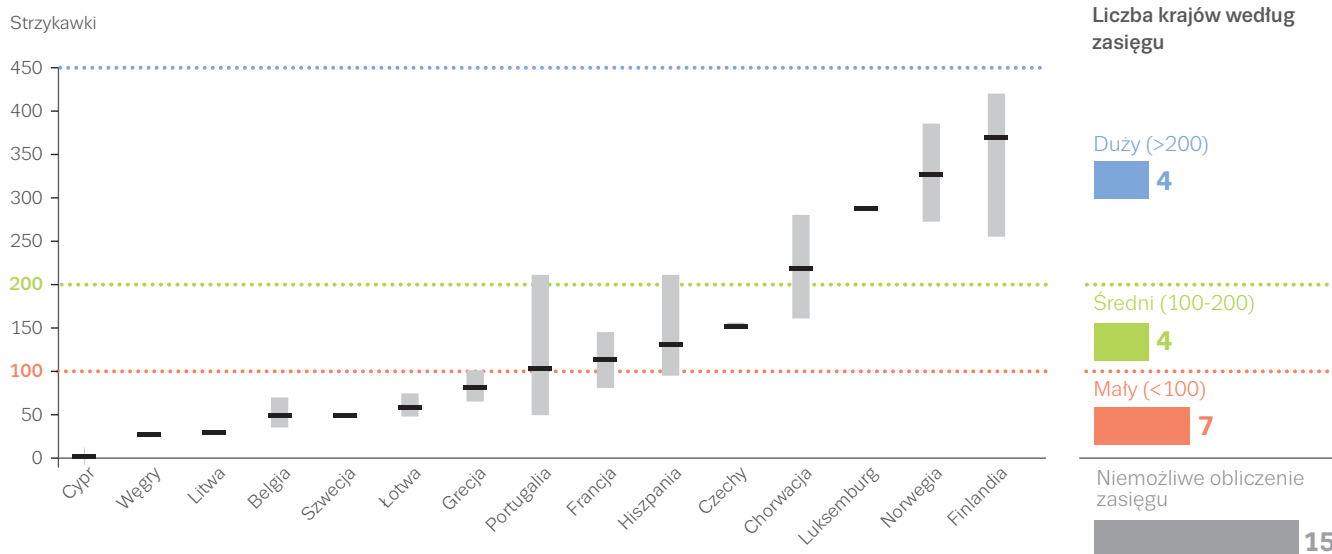
Kraje europejskie zgłaszają także, że specjalistyczne agencje zajmujące się leczeniem uzależnienia od narkotyków rozdają oprócz strzykawek i igieł także inne materiały. Przykładowo, ponad połowa krajów zgłasza rozdawanie pisemnych informacji nt. bezpieczniejszego używania substancji odurzających, prezerwatyw, chusteczek dezynfekcyjnych i kwasu cytrynowego. Udostępnianie folii aluminiowej lub fajek w celu umożliwienia i promocji wdychania narkotyków zamiast ich wstrzykiwania zgłosiło 8 krajów, natomiast w Republice Czeskiej rozdaje się żelatynowe kapsułki, aby zachęcić użytkowników do doustnego przyjmowania metamfetaminy (pervitin).

Wyeliminowanie HCV: dostęp do badań i leczenia

Minimalne unijne standardy jakości w zakresie interwencji związanych z ograniczaniem popytu promują dobrowolne poddawanie się badaniom na obecność chorób przenoszonych przez krew w ośrodkach wspólnotowych, a także poradnictwo w zakresie zachowań ryzykownych oraz wsparcie w radzeniu sobie z chorobą. Stygmatyzacja i marginalizacja osób używających środków odurzających

WYKRES 3.12

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



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

to jednak wciąż bariera utrudniająca badania i leczenie. Aby sprostać tym wyzwaniom, potrzebne są innowacyjne metody, w szczególności szersze wykorzystanie poradnictwa i badań przez przeszkolonych dostawców usług opieki środowiskowej. Ponadto każdemu zwiększeniu zakresu badań pod kątem chorób zakaźnych powinny towarzyszyć środki zapewniające odpowiednie leczenie zakażeń.

Wytyczne ekspertów europejskich zalecają rozważenie bezwłocznego rozpoczęcia leczenia zakażenia wirusem HCV w przypadku osób objętych wysokim ryzykiem przenoszenia wirusa, w tym osób aktywnie przyjmujących narkotyki drogą iniekcji oraz osadzonych w zakładach karnych.

Nowe, skuteczne, lepiej tolerowane, całkowicie doustne i wolne od interferonu schematy leczenia przy użyciu bezpośrednio działających środków przeciwwirusowych mogą doprowadzić do wyleczenia w 95% przypadków. Nieograniczony dostęp do leczenia jest w dalszym ciągu rzadki ze względu na wysoki koszt tego rodzaju leków. Według stanu na październik 2017 r. jeden na dwa kraje europejskie określił swoje podejście w stosunku do zapobiegania zapaleniu wątroby i opieki nad chorymi w dokumencie politycznym. Wytyczne kliniczne w dziewięciu krajach zawierały jednak kryteria ograniczające dostęp do leczenia zakażenia wirusem HCV osobom używającym środków odurzających (np. wymóg powstrzymania się od używania narkotyków przez okres od 3 do 12 miesięcy).

Interwencje zdrowotne w zakładach karnych: różnice w zakresie dostępności w poszczególnych krajach

Wśród więźniów odnotowuje się wyższy odsetek osób, które co najmniej raz w życiu spróbowały narkotyków, niż w populacji ogólnej, a także bardziej szkodliwe wzorce używania substancji (w tym wstrzykiwanie). Sprawia to, że więzienia to ważne miejsca, w których należy prowadzić interwencje związane z używaniem środków odurzających. W wielu zakładach karnych występują złożone potrzeby zdrowotne, a ocena używania narkotyków oraz związanych z tym problemów jest istotnym elementem badań przesiewowych nowych osadzonych w wielu krajach. Analiza danych dotyczących częstości występowania zakażeń wirusem HIV i HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji z 17 krajów europejskich, obejmująca okres od 2006 do 2017 r., wykazała, że częstość występowania tych zakażeń jest znacznie większa w przypadku osób, które odsiadywały wyrok w zakładzie karnym, w większości krajów: w 10 z 17 krajów w przypadku zakażenia HIV i w 14 z 17 krajów w przypadku zakażenia HCV.

W większości krajów w zakładach karnych istnieje także możliwość wykonania badań na obecność wirusów wywołujących choroby zakaźne (HIV, HBV, HCV i gruźlica), choć może być ona ograniczona do przeprowadzenia badań w momencie przyjęcia do zakładu karnego lub jedynie w przypadku osób wykazujących objawy. Możliwość leczenia zapalenia wątroby typu C zgłosiło jedynie 11 krajów. Szesnaście krajów zgłasza dostępność

programów szczepiennych przeciwko zakażeniu wirusem WZW typu B. Dostarczanie czystego sprzętu do iniekcji jest rzadsze – tylko pięć krajów zgłasza obecność programów wymiany igieł i strzykawek w zakładach karnych, z których jedynie trzy zgłasza faktyczne wdrożenie tej interwencji.

Dwie ważne zasady rządzące realizacją interwencji zdrowotnych w zakładach karnych to zapewnienie świadczeń równoważnych tym, które dostępne są w innych placówkach oraz ciągłość opieki po powrocie na wolność. Dostępność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opioidów w więzieniach zgłosiło 28 krajów, natomiast w większości krajów jest ona bardzo ograniczona. Interwencje medyczne oferowane osobom osadzonym obejmują detoksykację, poradnictwo indywidualne i grupowe oraz leczenie w ramach wspólnot terapeutycznych i w specjalnych oddziałach leczenia stacjonarnego. Niemal wszystkie kraje zgłaszają dostępność przynajmniej jednej z tych opcji leczenia. W większości krajów europejskich ustanowiono partnerstwa między służbami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną w zakładach karnych a zewnętrznymi placówkami medycznymi. Mają one na celu interwencje ukierunkowane na edukację zdrowotną i leczenie w zakładach karnych oraz kontynuację opieki w momencie przyjęcia do zakładu karnego i po jego opuszczeniu. We wszystkich krajach prowadzi się przygotowanie osadzonych do powrotu na wolność, włącznie

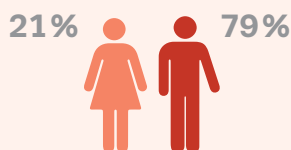
z reintegracją społeczną. Programy zapobiegania ryzyku przedawkowania narkotyków, które jest szczególnie duże wśród osób wstrzykujących sobie opioidy po opuszczeniu przez nie więzienia, funkcjonują w 5 krajach. Obejmują one szkolenia oraz informowanie, a także udostępnianie osobom wychodzącym z zakładu karnego naloksonu.

Zgony spowodowane przedawkowaniem: tendencja wzrostowa wśród osób używających narkotyków w sposób wysoce ryzykowny

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

ZGONY ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI

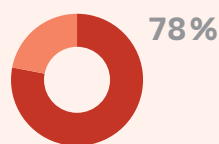
Charakterystyka



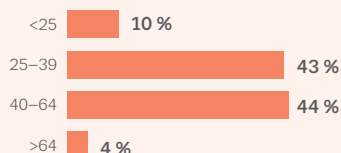
Średni wiek w momencie zgonu

39
lat

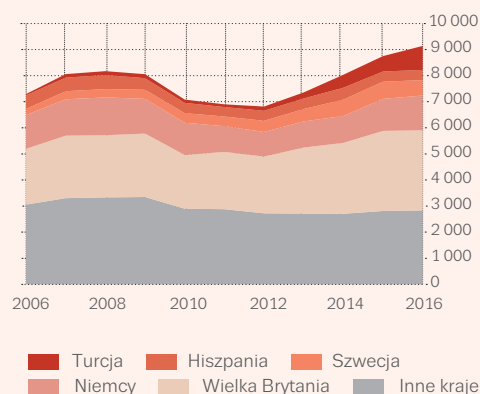
Zgony z obecnością opioidów



Wiek w momencie zgonu



Tendencje dotyczące zgonów spowodowanych przedawkowaniem



Liczba zgonów

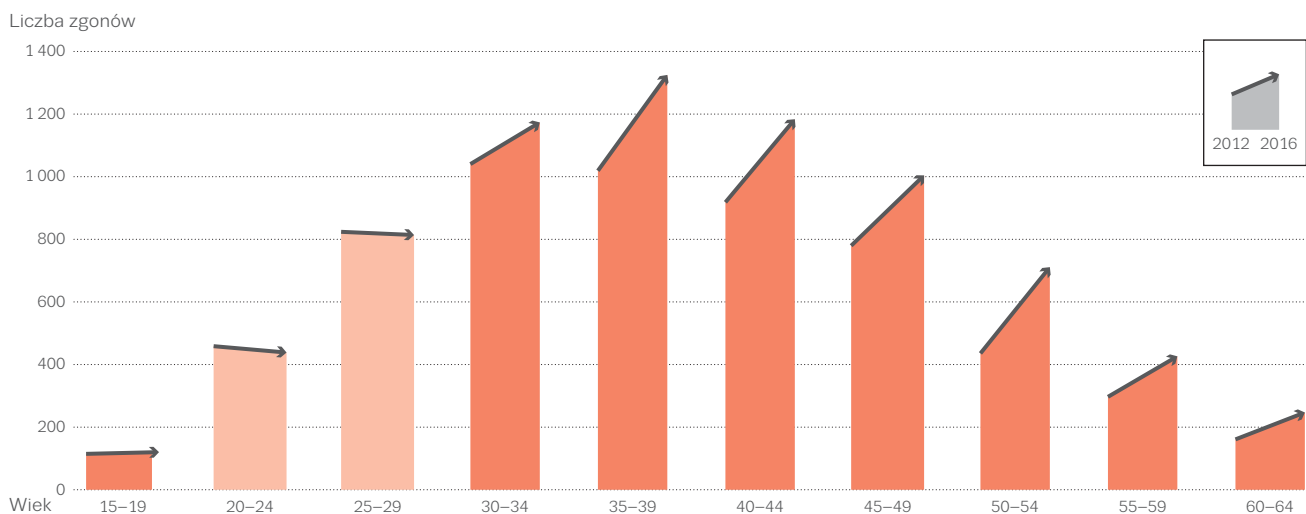
7 929 UE

9 138 UE+2

Uwaga: Dane dotyczące państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii (UE+2).

WYKRES 3.13

Liczba zgonów spowodowanych narkotykami w Europie w 2012 i 2016 r. lub w ostatnim roku, za który dostępne są dane, według grupy wiekowej



odpowiadają za większy odsetek zgonów wśród starszych i wieloletnich użytkowników narkotyków.

Przedawkowanie pozostaje w Europie główną przyczyną zgonów wśród osób używających narkotyków w sposób wysoce ryzykowny, a ponad trzy czwarte (79%) ofiar przedawkowania stanowią mężczyźni. Dane dotyczące przedawkowania, a szczególnie łączną liczbę przypadków w całej Europie, należy interpretować z ostrożnością. Wynika to np. z tego, że niektóre kraje podają systematycznie zaniżone dane, a procesy rejestracji skutkują opóźnieniami w zgłoszeniach. Szacunkowe dane roczne stanowią zatem orientacyjne wartości minimalne.

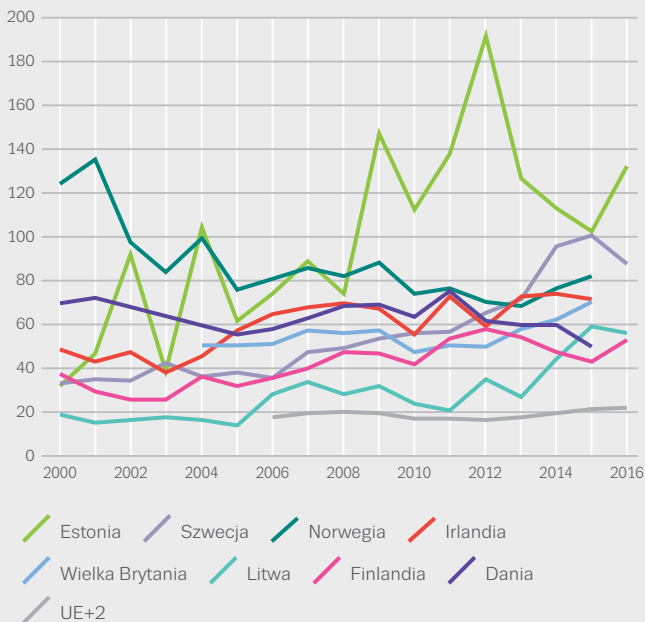
Szacuje się, że w 2016 r. na terenie Unii Europejskiej doszło do co najmniej 7 929 przypadków przedawkowania narkotyków ze skutkiem śmiertelnym, w które zaangażowany był przynajmniej jeden niedozwolony środek odurzający. Liczba ta wzrasta do szacunkowego poziomu 9 138 zgonów przy uwzględnieniu Norwegii i Turcji, co stanowi wzrost o 4% z poziomu 8 749 zweryfikowanego na 2015 r.; sytuacja w UE w tym zakresie utrzymuje się ogólnie na stabilnym poziomie w porównaniu z 2015 r. Podobnie jak w latach poprzednich, zgony spowodowane przedawkowaniem, do których doszło w Wielkiej Brytanii (34%) oraz w Niemczech (15%), łącznie stanowią około połowy wszystkich przypadków takich zgonów odnotowanych w Europie. Jest to związane częściowo z wielkością populacji wysokiego ryzyka w tych krajach, ale także z podawaniem przez inne kraje wyników zaniżonych. Jeżeli chodzi o kraje posiadające względnie rzetelne systemy raportowania oraz dane dotyczące 2016 r., wzrost liczby zgonów z przedawkowania zaobserwowano w Estonii i Niemczech. W przypadku Holandii nie jest jeszcze jasne, czy duży wzrost liczby zgłoszonych zgonów związanych z przedawkowaniem (aż o 91% w porównaniu z rokiem 2014) stanowi rzeczywisty wzrost liczby zgonów związanych z używaniem narkotyków, czy też wynika z innych przyczyn, np. zmian w sposobie rejestrowania tego typu przypadków. W Wielkiej Brytanii zgłoszono w 2015 r. wzrost: odnotowano 13% więcej zgonów niż w 2014 r., i 21% więcej zgonów niż w 2013 r. Jak wynika ze wstępnych danych, wzrost ten utrzymuje się od 2016 r. Tendencja wzrostowa obserwowana w Szwecji od kilku lat uległa odwróceniu w roku 2016. Turcja w dalszym ciągu zgłasza znaczący wzrost, przy czym wartości za 2016 r. niemal uległy podwojeniu w stosunku do 2014 r., jednak wydaje się to wynikać w dużym stopniu z usprawnień w obszarze zbierania danych i sprawozdawczości.

**Przedawkowanie pozostaje
główną przyczyną zgonów
wśród osób używających
narkotyków w sposób
wysoce ryzykowny**

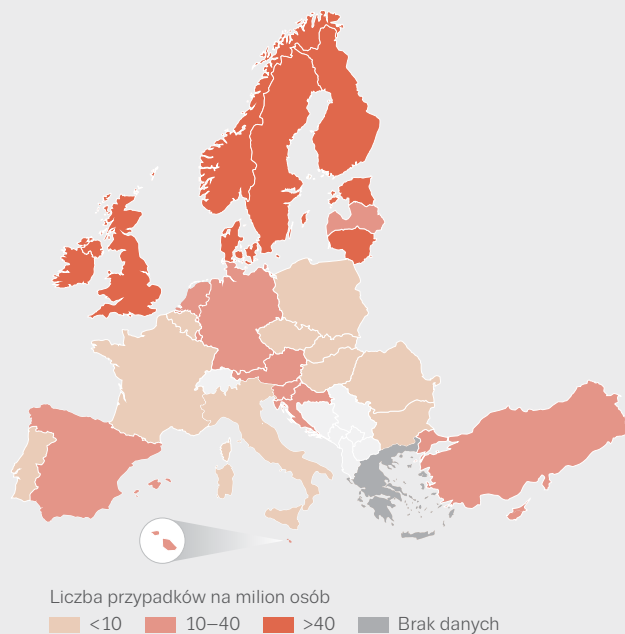
WYKRES 3.14

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

Liczba przypadków na milion osób



Uwaga: Tendencje w ośmiu krajach zgłaszających najwyższe wartości w 2016 lub 2015 r. oraz ogólna tendencja w Europie. Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii.



Tendencja wzrostowa w zakresie zgłaszanej liczby zgonów związanych z przedawkowaniem w starszych grupach wiekowych odzwierciedla faktyczne starzenie się użytkowników opioidów stanowiących grupę najbardziej narażoną na śmierć w wyniku przedawkowania. W okresie pomiędzy 2012 i 2016, liczba zgonów związanych z przedawkowaniem w Unii Europejskiej uległa zwiększeniu we wszystkich grupach wiekowych powyżej 30 lat (wykres 3.13). Liczba zgonów w grupach wiekowych 50+ uległa łącznie zwiększeniu o 55% w porównaniu z 25% wzrostem liczby zgonów odnotowanym w grupie wiekowej od 30 do 49 lat. Liczba zgonów związanych z przedawkowaniem w młodszych grupach wiekowych w Unii Europejskiej utrzymuje się na ogólnie niezmiennym poziomie. Analiza przypadków przedawkowania za skutkiem śmiertelnym zgłoszonych przez Turcję w 2016 r. wykazuje, że problem dotyka osób młodszych niż ma to miejsce w Unii Europejskiej: średnia wieku wynosi tam 31 lat (w porównaniu ze średnią wynoszącą 39 lat), a w jednej trzeciej przypadków są to osoby w wieku poniżej 25 lat.

Umieralność związana z narkotykami: najwyższe zgłoszone wskaźniki w Europie Północnej

Wskaźnik umieralności wskutek przedawkowania w 2016 r. w Europie szacuje się na 21,8 zgonów na milion mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat. Odsetek zgonów

wśród mężczyzn (34,7 przypadków na milion mężczyzn) jest prawie czterokrotnie większy niż u kobiet (8,9 przypadków na milion kobiet). Wskaźnik umieralności jest najwyższy u mężczyzn w wieku 35-39 lat i wynosi 57,4 zgony na milion, a także u kobiet w wieku 40-44 lat, w którym to przypadku wynosi 12,4 zgonów na milion. Średni wiek w momencie zgonu wynosi jednak 39 lat – zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Krajowe wskaźniki umieralności oraz tendencje są bardzo różne (wykres 3.14) i mają na nie wpływ takie czynniki jak powszechność i wzorce używania narkotyków oraz praktyki krajowe dotyczące zgłaszania, zapisywania informacji oraz kodowania przypadków przedawkowania, przy uwzględnieniu podawania przez różne kraje zaniżonych danych, w krajowych bazach danych dotyczących umieralności. Według najnowszych dostępnych danych osiem krajów Europy Północnej zgłosiło wskaźniki wynoszące powyżej 40 zgonów na milion mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zgonów odnotowano w Estonii (132 na milion mieszkańców), Szwecji (88 na milion mieszkańców), Norwegii (81 na milion), Irlandii (70 na milion mieszkańców) i w Wielkiej Brytanii (70 zgonów na milion) (wykres 3.14).

Przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym: najwięcej zgonów związanych z opioidami

W większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w Europie wykrywane są heroina lub jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami. Najnowsze dane pokazują wzrost liczby przypadków śmiertelnych związanych z zażyciem heroiny w Europie, zwłaszcza w Wielkiej Brytanii, gdzie w większości przypadków zgonów związanych z przedawkowaniem (87%) udział miała jakaś forma opioidu. W Anglii i Walii heroina lub morfina została wspomniana w związku z 1 177 przypadków śmiertelnych odnotowanych w 2015 r., co stanowi wzrost o 18% w porównaniu do poprzedniego roku, i o 44% w porównaniu do roku 2013. Przypadki zgonów związanych z zażywaniem heroiny stały się także częstsze w Szkocji (Wielka Brytania), gdzie w 2016 r. odnotowano 473 takie zgony, co stanowi wzrost o 37% w porównaniu do poprzedniego roku. We Francji, 30% zgonów związanych z przedawkowaniem, do których doszło w 2015 r., powiązano z zażyciem heroiny, co stanowi dwukrotny wzrost w stosunku do 15% w 2012 r. W raportach toksykologicznych regularnie pojawiają się także inne opioidy. Substancje te – głównie metadon, jak również buprenorfina (Finlandia), fentanyl i jego pochodne (szczególnie w Estonii) i tramadol – obecnie wiążą się ze znacznym odsetkiem zgonów spowodowanych przedawkowaniem w niektórych krajach.

Substancje pobudzające takie jak kokaina, amfetaminy, MDMA oraz katynony wiążą się w Europie z mniejszą liczbą

przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym, choć ich udział różni się w zależności od kraju. W Wielkiej Brytanii (Anglia i Walia) liczba zgonów związanych z użyciem kokainy wzrosła ze 169 w 2013 r. do 340 w 2015 r., choć wydaje się, że wiele z tych przypadków dotyczyło przedawkowania heroiny wśród osób zażywających crack. W 2016 r. liczba zgonów związanych z zażywaniem stymulantów w Turcji obejmowała 100 przypadków związanych z kokainą, 98 przypadków związanych z amfetaminą i 252 przypadki związane z MDMA. Turcja także zgłosiła znaczący wzrost liczby zgonów związanych z syntetycznymi kannabinoidami: ze 137 przypadków odnotowanych w 2015 r. do 373 w 2016 r. W Wielkiej Brytanii liczba zgonów powiązanych z użyciem nowych substancji psychoaktywnych utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie, choć uległa zwiększeniu w porównaniu z 2010 r., zwłaszcza w Szkocji.

Przedawkowania i zgony związane z narkotykami: interwencje prewencyjne

Ograniczanie zachorowalności i umieralności związanej z przedawkowaniem narkotyków stanowi jedno z najważniejszych wyzwań w obszarze zdrowia publicznego w Europie. Szerzej zakrojona reakcja publicznej służby zdrowia w tym obszarze ma na celu zmniejszenie podatności na zagrożenia u osób używających narkotyków, zwłaszcza poprzez eliminację barier i umożliwianie dostępu do usług, a także poprzez umożliwianie osobom używającym narkotyków

WYKRES 3.15

Najważniejsze sposoby podejścia do kwestii ograniczania liczby zgonów związanych z opioidami

Ograniczanie liczby zejść śmiertelnych w wyniku przedawkowania

Ograniczanie ryzyka przedawkowania

Ograniczanie podatności na zagrożenia



podejmowanie mniejszego ryzyka (wykres 3.15). Ocena ryzyka przedawkowania wśród osób używających narkotyków oraz podniesienie ich świadomości dotyczące możliwości przedawkowania w połączeniu z zapewnieniem skutecznego leczenia pomaga zapobiegać przypadkom przedawkowania. Szczegółnej uwagi wymagają okresy zwiększonego ryzyka, np. opuszczenie zakładu karnego lub zakończenie bądź przerwanie leczenia uzależnienia od narkotyków. Interwencje takie jak ośrodki umożliwiające przyjmowanie narkotyków pod nadzorem, jak również programy udostępniania naloksonu do użytku domowego to wysoce ukierunkowane działania mające na celu zwiększenie prawdopodobieństwa przeżycia w razie przedawkowania.

Ośrodki umożliwiające przyjmowanie narkotyków pod nadzorem to miejsca, w których osoby używające narkotyków mogą je przyjmować w higienicznych i bezpieczniejszych warunkach. Celem tej interwencji jest zarówno zapobieganie przedawkowaniu, jak i zapewnienie profesjonalnej pomocy, jeżeli do niego dojdzie. Ośrodki te zapewniają zazwyczaj dostęp do szerokiej gamy usług medycznych i społecznych oraz skierowanie na leczenie, a także mogą przyciągać trudno dostępne grupy osób używających narkotyków. Poszczególne ośrodki nadzorują duże liczby zażyć narkotyku, które w innym wypadku miałyby miejsce na ulicach lub w innych ryzykownych okolicznościach. Istnieje coraz więcej dowodów potwierdzających wynikające z nich korzyści, np. ograniczenie ryzykownych zachowań, zmniejszenie śmiertelności związanej z przedawkowaniem narkotyków i przenoszenia zakażeń, a także zwiększony dostęp do leczenia oraz innych usług zdrowotnych i społecznych dla osób używających narkotyków. Jednocześnie mogą się one przyczynić do ograniczenia używania środków odurzających w miejscach publicznych, a także pomóc zwiększyć atrakcyjność obszarów położonych w pobliżu miejskich rynków narkotykowych. Ośrodki takie działają obecnie w 56 miastach 6 państw członkowskich UE i w Norwegii – jest to łącznie 78 placówek. W Niemczech,

gdzie placówki takie funkcjonują od początku lat 90. XX w., przepisy prawa zostały niedawno zmienione w celu umożliwienia im nadzorowania mniej ryzykownych sposobów przyjmowania narkotyków takich jak wciąganie przez nos, palenie i wdychanie. Ponadto dwa spośród szesnastu krajów związkowych w Niemczech zaczęły zezwalać na korzystanie z tych ośrodków osobom poddawanyemu leczeniu substytucyjnemu.

Nalokson: programy udostępniania do użytku domowego

Nalokson to antagonist receptorów opioidowych, który może uratować życie w sytuacji przedawkowania. Korzystają z niego szpitalne oddziały ratunkowe, pracownicy pogotowia ratunkowego oraz personel innych służb mający regularny kontakt z osobami używającymi narkotyków. W ostatnim czasie coraz częściej udostępnia się nalokson do użytku domowego użytkownikom opioidów, ich partnerom, kolegom i rodzinom, proponując przy tym szkolenia, które umożliwiają rozpoznanie sytuacji przedawkowania oraz odpowiednią reakcję. W 2017 r. w 10 krajach europejskich istniało szesnaście programów obejmujących udostępnianie naloksonu do użytku domowego. Niedawne [systematyczne badanie](#) skuteczności naloksonu udostępnianego do użytku domowego wykazało, że działania edukacyjne i szkoleniowe w połączeniu z rozdawaniem naloksonu pozwalają zredukować liczbę zgonów w wyniku przedawkowania. Szczególne korzyści mogą odnieść pewne grupy narażone na najwyższe ryzyko przedawkowania, takie jak więźniowie opuszczający zakłady karne. Więźniowie mają możliwość uczestniczenia w programach udostępniania naloksonu do użytku domowego w Estonii, Francji i Wielkiej Brytanii, natomiast w Norwegii planuje się uruchomienie dystrybucji naloksonu w zakładach karnych w 2018 r.

Większość zestawów do podawania naloksonu udostępnianych przez ośrodki leczenia uzależnień i placówki służby zdrowia zawiera generyczny nalokson do wstrzykiwań (0,4 lub 1 mg/1 ml) w ampułkach lub ampułkostrzykawkach. W lipcu 2017 r. we Francji przyznano pozwolenie na dopuszczenie do obrotu stosowanemu na próbę od 2016 r., bardziej skoncentrowanemu preparatowi zawierającemu lek do podawania donosowego (0,9 mg/0,1 ml), co ułatwi jego stosowanie w szerszym zakresie. W listopadzie 2017 r. Komisja Europejska zatwierdziła wprowadzenie aerozolu do nosa do obrotu w Unii Europejskiej, Norwegii, Islandii i Liechtensteinie. Aerozol ten dostarcza 1,8 mg naloksonu w 0,1 ml roztworu.

Ograniczanie zachorowalności i umieralności związanej z przedawkowaniem narkotyków stanowi jedno z najważniejszych wyzwań w obszarze zdrowia publicznego

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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

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

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Wspólne publikacje EMCDDA i ECDC

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

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

Załącznik

Krajowe dane dotyczące szacunkowego rozpowszechnienia użycia narkotyków, w tym problemowego użycia opioidów, leczenia substytucyjnego, liczby osób poddawanych leczeniu, liczby osób podejmujących leczenie, dożylnego podawania narkotyków, zgonów związanych z użyciem narkotyków, chorób zakaźnych związanych z użyciem narkotyków, rozdawania strzykawek i konfiskat. Przedstawione tu dane krajowe stanowią podzbiór danych zawartych w **Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym) EMCDDA na 2018 r.**, w którym dostępne są uwagi i metadane. Wskazano lata, których dotyczą dane.

TABELA A1

OPIOIDY

Kraj	Dane szacunkowe dotyczące problemowego używania opioidów		Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku						Pacjenci objęci leczeniem substytucyjnym
			% pacjentów uzależnionych od opioidów względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących opioidy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)			
			Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	
Rok szacunku	Liczba przypadków na 1000 osób	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	liczba	
Belgia	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bułgaria	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Czechy	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Dania	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Niemcy	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estonia	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irlandia	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grecja	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Hiszpania	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Francja	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Chorwacja	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Włochy	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Cypr	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Łotwa	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Litwa	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luksemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Węgry	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Holandia	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austria	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polska	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugalia	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Rumunia	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Słowenia	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Słowacja	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finlandia	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Szwecja (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Wielka Brytania	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Turcja	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Norwegia (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Unia Europejska	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
UE, Turcja i Norwegia	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2016 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Czechy, 2014; Dania, Hiszpania, Holandia i Turcja, 2015.

Dane na temat pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne dotyczą 2016 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Dania, Hiszpania, Węgry, Polska i Finlandia, 2015; Holandia, 2014; Turcja, 2011. Wartość dotycząca Szwecji nie uwzględnia wszystkich pacjentów.

(¹) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie odnoszą się jedynie do opieki prowadzonej w szpitalach oraz specjalistycznych placówkach leczenia ambulatoryjnego.

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

TABELA A2

KOKAINA

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku					
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od kokainy względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących kokainę drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	Wszyscy pacjenci	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio
Belgia	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bułgaria	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Czechy	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dania ⁽¹⁾	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Niemcy ⁽²⁾	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estonia	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlandia	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grecja ⁽²⁾	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Hiszpania	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Francja	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Chorwacja	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Włochy	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Cypr	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Łotwa	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litwa	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luksemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Węgry ⁽²⁾	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Holandia	2016	5,9	3,7	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Austria	2015	3,0	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polska	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugalia	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Rumunia	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Słowenia	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Słowacja	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Szwecja ^(1,3)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Wielka Brytania ^(1,4)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turcja	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norwegia ⁽¹⁾	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Unia Europejska	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji młodzieży szkolnej pochodzą z badania ESPAD przeprowadzonego w 2015 r., z wyjątkiem Belgii (2016; jedynie Flandria), Hiszpanii (2016), Niemiec (2011), Włoch (2016), Luksemburga (2010; młodzież w wieku 15 lat), Szwecji (2016) i Wielkiej Brytanii (2014; jedynie Anglia, młodzież w wieku 15 lat). Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2016 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Czechy, 2014; Dania, Hiszpania, Holandia i Turcja, 2015.

⁽¹⁾ Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 16-64, 16-34.

⁽²⁾ Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 18-64, 18-34.

⁽³⁾ Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie odnoszą się jedynie do opieki prowadzonej w szpitalach oraz specjalistycznych placówkach leczenia ambulatoryjnego.

⁽⁴⁾ Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Anglii i Walii.

TABELA A3

AMFETAMINY

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku					
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od amfetamin względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących amfetaminę drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczenia uprzednio	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczenia uprzednio
	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bułgaria	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Czechy	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dania (1)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Niemcy (2)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
Estonia	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irlandia	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Grecja	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Hiszpania	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Francja	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Chorwacja	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Włochy	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Cypr	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Łotwa	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Litwa	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luksemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Węgry (2)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Holandia	2016	5,3	3,6	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Austria	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Polska	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugalia	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumunia	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Słowenia	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Słowacja	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finlandia	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Szwecja (1,3)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Wielka Brytania (1,4)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Turcja	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norwegia (1)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Unia Europejska	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji młodzieży szkolnej pochodzą z badania ESPAD przeprowadzonego w 2015 r., z wyjątkiem Belgii (2016; jedynie Flandria), Hiszpanii (2016), Niemiec (2011), Włoch (2016), Luksemburga (2010; młodzież w wieku 15 lat), Szwecji (2016) i Wielkiej Brytanii (2014; jedynie Anglia, młodzież w wieku 15 lat). Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2016 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Czechy, 2014; Dania, Hiszpania, Holandia i Turcja, 2015.

Dane dotyczące Niemiec, Szwecji i Norwegii odnoszą się do osób używających „substancji stymulujących innych niż kokaina”.

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

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

(3) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie odnoszą się jedynie do opieki prowadzonej w szpitalach oraz specjalistycznych placówkach leczenia ambulatoryjnego.

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

TABELA A4

MDMA

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku		
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od MDMA względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio
	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	
Belgia	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bułgaria	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Czechy	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dania (¹)	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Niemcy (²)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlandia	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grecja (³)	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Hiszpania	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Francja	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Chorwacja	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Włochy	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Cypr	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Łotwa	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Litwa	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luksemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Węgry (²)	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Holandia	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polska	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugalia	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Rumunia	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Słowenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Słowacja	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finlandia	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Szwecja (¹)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Wielka Brytania (¹,³)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turcja	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norwegia (¹)	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Unia Europejska	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji młodzieży szkolnej pochodzą z badania ESPAD przeprowadzonego w 2015 r., z wyjątkiem Belgii (2016; jedynie Flandria), Hiszpanii (2016), Niemiec (2011), Włoch (2016), Luksemburga (2010; młodzież w wieku 15 lat), Szwecji (2016) i Wielkiej Brytanii (2014; jedynie Anglia, młodzież w wieku 15 lat). Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2016 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Czechy, 2014; Dania, Hiszpania, Holandia i Turcja, 2015.

(¹) Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 16-64, 16-34.

(²) Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 18-64, 18-34.

(³) Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Anglii i Walii.

TABELA A5

KONOPIE INDYJSKIE

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku		
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od konopi indyjskich względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczenia uprzednio
	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	
Belgia	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bułgaria	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Czechy	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dania ⁽¹⁾	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Niemcy ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estonia	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlandia	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grecja ⁽²⁾	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Hiszpania	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Francja	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Chorwacja	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Włochy	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Cypr	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Łotwa	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Litwa	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luksemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Węgry ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Holandia	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polska	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugalia	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Rumunia	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Słowenia	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Słowacja	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finlandia	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Szwecja ^(1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Wielka Brytania ^(1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turcja	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norwegia ⁽¹⁾	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Unia Europejska	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji młodzieży szkolnej pochodzą z badania ESPAD przeprowadzonego w 2015 r., z wyjątkiem Belgii (2016; jedynie Flandria), Hiszpanii (2016), Niemiec (2011), Włoch (2016), Luksemburga (2010; młodzież w wieku 15 lat), Szwecji (2016) i Wielkiej Brytanii (2014; jedynie Anglia, młodzież w wieku 15 lat). Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2016 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Czechy, 2014; Dania, Hiszpania, Holandia i Turcja, 2015.

(¹) Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 16-64, 16-34.

(²) Grupa wiekowa na potrzeby szacunkowej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej: 18-64, 18-34.

(³) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie odnoszą się jedynie do opieki prowadzonej w szpitalach oraz specjalistycznych placówkach leczenia ambulatoryjnego.

(⁴) Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Anglii i Walii.

TABELA A6

INNE WSKAŹNIKI

Kraj	Zgony związane z narkotykami (osoby w wieku 15-64 lat)	Przypadki zdiagnozowanego zakażenia HIV związane z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji (ECDC)	Dane szacunkowe dotyczące przyjmowania narkotyków drogą iniekcji		Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów
	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Rok szacunku	Liczba przypadków na 1 000 osób	liczba
Belgia	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bułgaria	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Czechy	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Dania	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Niemcy	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estonia	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irlandia ⁽¹⁾	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grecja	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Hiszpania ⁽²⁾	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Francja ⁽¹⁾	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Chorwacja	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Włochy	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Cypr	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Łotwa	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litwa	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luksemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Węgry	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Holandia	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Austria	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polska	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugalia	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Rumunia ⁽³⁾	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Słowenia	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Słowacja	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finlandia	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Szwecja	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Wielka Brytania ⁽⁴⁾	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turcja	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norwegia	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Unia Europejska	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
UE, Turcja i Norwegia	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

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

⁽¹⁾ Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów w 2014 r.

⁽²⁾ Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów w 2015 r.

⁽³⁾ Zgony związane z narkotykami: dane obejmujące część kraju.

⁽⁴⁾ Dane dotyczące strzykawek w Wielkiej Brytanii: Anglia, brak danych; Szkocja, 4 742 060 i Walia, 3 100 009 (dane dla obu z 2016 r.); Irlandia Północna 309 570 (2015).

TABELA A7

KONFISKATY

Kraj	Heroína		Kokaina		Amfetaminy		MDMA	
	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat
	kg	liczba	kg	liczba	kg	liczba	tabletki (kg)	liczba
Belgia	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bułgaria	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Czechy	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Dania	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Niemcy	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estonia	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irlandia	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Grecja	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Hiszpania	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Francja	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Chorwacja	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Włochy	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Cypr	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Łotwa	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Litwa	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luksemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Węgry	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Holandia	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Polska	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugalia	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Rumunia	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Słowenia	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Słowacja	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finlandia	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Szwecja	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Wielka Brytania	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turcja	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norwegia	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Unia Europejska	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
UE, Turcja i Norwegia	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Pojęcie „amfetaminy” obejmuje amfetaminę oraz metamfetaminę.
Wszystkie dane dotyczą 2016 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne.

TABELA A7

KONFISKATY (c.d.)

Kraj	Haszysz		Marihuana		Konopie indyjskie (rośliny)	
	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat
	kg	liczba	kg	liczba	rośliny (kg)	liczba
Belgia	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bułgaria	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Czechy	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Dania	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Niemcy	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estonia	548	22	46	575	- (79)	28
Irlandia	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grecja	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Hiszpania	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Francja	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Chorwacja	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Włochy	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Cypr	2	20	171	753	311 (-)	37
Łotwa	3	96	44	872	- (50)	22
Litwa	551	54	68	654	- (-)	0
Luksemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Węgry	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Holandia	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Austria	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polska	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugalia	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Rumunia	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Słowenia	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Słowacja	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finlandia	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Szwecja	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Wielka Brytania	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turcja	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norwegia	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Unia Europejska	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
UE, Turcja i Norwegia	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29 771)	25 583

Wszystkie dane dotyczą 2016 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne.

Jak skontaktować się z UE

Osobiście

W całej Unii Europejskiej istnieje kilkaset centrów informacyjnych Europe Direct. Adres najbliższego centrum można znaleźć na stronie: https://europa.eu/european-union/contact_pl.

Telefonicznie lub drogą mailową

Europe Direct to serwis informacyjny, który udziela odpowiedzi na pytania na temat Unii Europejskiej. Można się z nim skontaktować:

- dzwoniąc pod bezpłatny numer telefonu: 00 800 6 7 8 9 10 11 (niektórzy operatorzy mogą naliczać opłaty za te połączenia),
- dzwoniąc pod standardowy numer telefonu: +32 22999696,
- drogą mailową: https://europa.eu/european-union/contact_pl.

Wyszukiwanie informacji o UE

Online

Informacje o Unii Europejskiej są dostępne we wszystkich językach urzędowych UE w portalu Europa: https://europa.eu/european-union/index_pl.

Publikacje UE

Bezpłatne i odpłatne publikacje UE można pobrać lub zamówić na stronie: <https://publications.europa.eu/pl/publications>. Większą liczbę egzemplarzy bezpłatnych publikacji można otrzymać, kontaktując się z serwisem Europe Direct lub z lokalnym centrum informacyjnym (zob. https://europa.eu/european-union/contact_pl).

Prawo UE i powiązane dokumenty

Informacje prawne dotyczące UE, w tym wszystkie unijne akty prawne od 1952 r., są dostępne we wszystkich językach urzędowych UE w portalu EUR-Lex: <http://eur-lex.europa.eu>.

Portal Otwartych Danych UE

Unijny portal otwartych danych (<http://data.europa.eu/euodp/pl>) umożliwia dostęp do zbiorów danych pochodzących z instytucji i innych organów UE. Dane można pobierać i wykorzystywać bezpłatnie, zarówno do celów komercyjnych, jak i niekomercyjnych.

Informacje o raporcie

Raport pt. „Tendencje i osiągnięcia” (Trends and Developments) stanowi ogólny przegląd zjawiska narkomanii w Europie, poruszając takie tematy, jak podaż narkotyków, używanie narkotyków, problemy związane ze zdrowiem publicznym oraz polityka narkotykowa i odpowiedzi na zjawisko używania narkotyków. Raport ten, wspólnie z internetowym [Statistical Bulletin](#) (Biuletynem statystycznym) oraz 30 [Country Drug Reports](#) (Raportami krajowymi na temat narkotyków), tworzy pakiet zatytułowany „Europejski raport narkotykowy na rok 2018”.

O EMCDDA

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

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

