Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

PL

ISSN 2314-9167

Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2013

Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2013

Nota prawna

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

Wiele informacji o Unii Europejskiej znajduje się w internecie w portalu Europa (http://europa.eu).

Europe Direct to serwis, który pomoże Państwu znaleźć odpowiedzi na pytania dotyczące Unii Europejskiej.

Numer bezpłatnej infolinii*: 00 800 6 7 8 9 10 11

* Niektórzy operatorzy telefonii komórkowej nie udostępniają połączeń z numerami 00 800 lub pobierają za nie opłaty.

Niniejsze sprawozdanie jest dostępne w następujących językach: angielskim, bułgarskim, czeskim, duńskim, estońskim, fińskim, francuskim, greckim, hiszpańskim, litewskim, łotewskim, niderlandzkim, niemieckim, norweskim, polskim, portugalskim, rumuńskim, słowackim, słoweńskim, szwedzkim, węgierskim i włoskim. Wszystkie tłumaczenia wykonało Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej.

Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2013

ISBN 978-92-9168-622-3
doi:10.2810/90431

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2013
Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Printed in Spain

Wydrukowano na papierze bielonym bez chloru

Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

Cais do Sodré, 1249-289 Lizbona, Portugalia
Tel.: +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

Spis treści

5 Przedmowa
9 Wprowadzenie i podziękowania

11 PODSUMOWANIE
Stare i nowe problemy narkotykowe – krajobraz europejski w 2013 r.

17 ROZDZIAŁ 1
Podaż narkotyków w Europie

31 ROZDZIAŁ 2
Używanie narkotyków i problemy związane z narkotykami

49 ROZDZIAŁ 3
Reagowanie na problem narkotyków

61 ROZDZIAŁ 4
Polityka narkotykowa

67 ZAŁĄCZNIK
Tabele z danymi krajowymi

Przedmowa

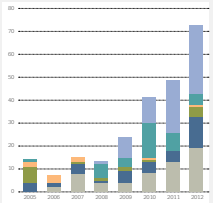
W tym roku EMCDDA przedstawia swoją coroczną analizę sytuacji w obszarze narkotyków w nowym formacie. Składający się ze zbioru, wzajemnie powiązanych ze sobą produktów pakiet, ma na celu zapewnienie wspólnego punktu wyjścia do prac EMCDDA, ułatwiając różnym odbiorcom dostęp do określonych informacji, których potrzebują. Raport zawiera aktualną, interaktywną i uwzględniającą wzajemne powiązania analizę. Zmiany te są konieczne, by dotrzymać tempa zarówno szybko zmieniającej się sytuacji w obszarze narkotyków, jak i rosnącym potrzebom oraz oczekiwaniom naszych odbiorców.

Najważniejszym elementem pakietu EDR jest niniejszy raport (dostępny również online), zawierający podsumowanie tendencji i osiągnięć na najwyższym szczeblu. Towarzyszące raportowi Prognozy Dotyczące Sytuacji Narkotykowej (tzw. POD) zawierają głębszą analizę ważnych kwestii, do których w tym roku należą nowe sposoby leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C, ryzykowne używanie konopi indyjskich oraz kontrola coraz powszechniej dostępnych nowych substancji psychoaktywnych. Dodatkowymi elementami dopełniającymi są Biuletyn Statystyczny i Przeglądy Krajowe, w których można znaleźć dane i analizy na poziomie krajowym.

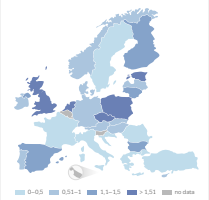
EUROPEJSKI RAPORT NARKOTYKOWY 2013

Zbiór wzajemnie powiązanych elementów umożliwiający pełny wgląd w dostępne dane i analizę sytuacji w obszarze używania narkotyków w Europie

Tendencje i osiągnięcia
zawierające analizę kluczowych osiągnięć



Biuletyn Statystyczny
zawierający pełne zbiory danych, grafiki objaśniające oraz informacje na temat metodologii



Przeglądy krajowe
dane krajowe i podręczne analizy

Prognozy Dotyczące Sytuacji Narkotykowej
interaktywne okna z podstawowymi zagadnieniami

Zastosowane podejście zbiega się z uruchomieniem nowej strategii antynarkotykowej UE na lata 2013–2020, w której Unia Europejska potwierdza swoje zobowiązanie do stosowania zrównoważonego i opartego na dowodach podejścia do kwestii związanych z narkotykami. Ważną część misji EMCDDA stanowi pomoc w dostarczaniu informacji potrzebnych do wdrażania tej strategii. Wiele pozytywnych zmian w obszarze narkotyków w Europie jest rezultatem debaty, która umożliwiła większe zrozumienie problemu oraz wnikliwą, z naukowego punktu widzenia, ocenę środków niezbędnych do jego rozwiązania. Jesteśmy dumni z roli, jaką EMCDDA odegrało w tej debacie.

Mamy jednak świadomość dalszych wyzwań. UE w swojej strategii antynarkotykowej będzie musiała uwzględnić nową sytuację polityczną, której wiele aspektów opisano w niniejszym raporcie. Znajdują się wśród nich konieczność doskonalenia usług na rzecz osób używających narkotyków w więzieniach oraz rosnące znaczenie narkotyków syntetycznych. Strategia będzie wdrażana w czasach niepewności gospodarczej oraz znacznych zmian w sferze rozwoju i życia społecznego w wymiarze globalnym. Globalizacja i innowacje technologiczne wpływają na wszystkie sfery współczesnego życia i nie jest żadnym zaskoczeniem, że oddziaływują również na problemy narkotykowe, z którymi się borykamy. Jako agencja informacyjna reagujemy na tę sytuację, udostępniając aktualne i dające się dostosować zasoby, obejmujące szerszą perspektywę. Jesteśmy przekonani, że zarówno za sprawą treści, jak i formy raportu, EDR 2013 stanowi ważny krok na drodze do sprostania stojącym przed nami wyzwaniom. Niezależnie od tego, czy chodzi o szybki dostęp do strategicznego przeglądu sytuacji narkotykowej, czy dogłębną analizę wymaganych danych statystycznych, mamy nadzieję, że EDR 2013 posłuży jako wartościowy i przyjazny użytkownikowi punkt dostępu do źródeł informacji.

João Goulão
Przewodniczący zarządu EMCDDA

Wolfgang Götz
Dyrektor EMCDDA

Wprowadzenie i podziękowania

Niniejszy raport sporządzono na podstawie informacji udostępnionych EMCDDA przez państwa członkowskie UE oraz państwa kandydujące – Chorwację i Turcję oraz Norwegię.

Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2011 r. lub ostatniego roku, dla którego dostępne są dane. Dane sumaryczne oraz tendencje dla całej Europy przedstawiono na podstawie tych krajów, które dostarczyły wystarczających i stosownych informacji za wskazany okres. W procesie analizy danych, dane szereguje się pod względem ważności poziomów, tendencji oraz rozmieszczenia geograficznego. Z zastrzeżeniami technicznymi oraz klasyfikacją danych można zapoznać się w angielskiej wersji online niniejszego raportu oraz w Biuletynie Statystycznym EMCDDA 2013, w którym zamieszczono informacje na temat metodologii krajów przekazujących sprawozdania oraz lat, z których dane pochodzą. Ponadto wersja online zawiera linki do dalszych źródeł informacji.

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 (UNODC), Biuru Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, projektowi ESPAD (europejskiemu projektowi badań ankietowych w szkołach na temat spożywania alkoholu i innych narkotyków) oraz szwedzkiej radzie ds. informacji o alkoholu i innych używkach (CAN);
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej, Missing Element Designers i Composiciones Rali.

Krajowe punkty kontaktowe Reitox

Reitox jest europejską siecią informacji o narkotykach i uzależnieniu od narkotyków. W jej skład wchodzą krajowe punkty kontaktowe w państwach członkowskich UE, Norwegii, państwach kandydujących 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 zamieszczono na stronie internetowej EMCDDA.

Podsumowanie

Dzisiejszy rynek narkotyków wydaje się być bardziej płynny i dynamiczny, jak również mniej skoncentrowany na substancjach pochodzenia roślinnego, dostarczanych z daleka na rynki konsumenckie Europy

Stare i nowe problemy narkotykowe – krajobraz europejski w 2013 r.

Podstawowe cechy sytuacji narkotykowej w Europie utrzymywały się w ostatnich latach na stosunkowo stabilnym poziomie. Używanie narkotyków pozostaje na wysokim poziomie w ujęciu historycznym, można się jednak dopatrywać pozytywnych zmian w dostępności leczenia i oznak ograniczania używania narkotyków drogą iniekcji u osób rozpoczynających używanie heroiny, kokainy lub konopi indyjskich. Optymizm w tej kwestii gaszą obawy, że bezrobocie wśród młodzieży i ograniczenie usług mogą doprowadzić do ponownego pojawienia się „starych" problemów. Ponadto wnikliwsze badania wskazują, że sytuacja narkotykowa może się nieustannie zmieniać za sprawą „nowych" problemów, stanowiących wyzwanie dla bieżącej polityki i wzorów praktyk: pojawiają się nowe narkotyki syntetyczne i wzory używania zarówno na rynku narkotyków nielegalnych, jak i w kontekście substancji niekontrolowanych.

Dzisiejszy rynek narkotyków wydaje się być bardziej płynny i dynamiczny, jak również mniej skoncentrowany na substancjach pochodzenia roślinnego, dostarczanych z daleka na rynki konsumenckie Europy. Ważnymi czynnikami stymulującymi tę sytuację są globalizacja i osiągnięcia technologii informacyjnej. Zmieniają się wzory używania narkotyków w krajach o niskich i średnich dochodach, co może również wpływać na przyszłe problemy narkotykowe Europy. Pojawia się coraz więcej problemów za sprawą Internetu, który służy zarówno jako mechanizm szybkiego upowszechniania się nowych tendencji, jak i rozkwitający anonimowy rynek o ogólnoświatowym zasięgu. Stwarza on nowe powiązania między używaniem a podażą narkotyków. Oferuje też jednak możliwości znalezienia innowacyjnych sposobów leczenia oraz działań interwencyjnych ukierunkowanych na profilaktykę i redukcję szkód.

Brak jest aktualnie pełnej wiedzy na temat wpływu ww. zmian na zdrowie publiczne. Oznaki wskazujące na to, że w obecnej polityce znaleziono punkt zaczepienia w niektórych ważnych obszarach, należy rozpatrywać w świetle zmieniającej się sytuacji narkotykowej. Polityka będzie wymagała ciągłego dostosowania obecnych praktyk, jeżeli mają one służyć konkretnemu celowi.

Konopie indyjskie

Mimo pewnych dowodów wskazujących na malejącą tendencję, zwłaszcza w krajach o długotrwałym i ugruntowanym rozpowszechnieniu, używanie konopi indyjskich w Europie utrzymuje się na wysokim poziomie, a rynek obrotu tą substancją jest duży i stosunkowo mocny. Istnieje coraz większe zróżnicowanie dostępnych rodzajów produktów otrzymywanych z konopi indyjskich. Ważną rolę odgrywa obecnie marihuana, niekiedy o dużej sile działania, jak również pojawienie się w ostatnich czasach syntetycznych produktów na wzór konopi indyjskich. Obie te zmiany są potencjalnie niepokojące z punktu widzenia zdrowia publicznego. Mając na uwadze status najpowszechniej używanego narkotyku, konopie indyjskie stanowią ważną kwestię w obszarze profilaktyki prowadzonej wśród młodzieży i są obszarem coraz większego zainteresowania strategiami profilaktyki środowiskowej. Na potrzebę tego rodzaju działań wskazują dane dotyczące skuteczności profilaktyki środowiskowej w ograniczeniu problemów związanych z używaniem substancji legalnych, takich jak tytoń i alkohol.

Wszelkie pozytywne zmiany wskaźników ogólnego użycia konopi indyjskich w Europie należy rozpatrywać w kontekście dość zróżnicowanej sytuacji na poziomie krajowym; na przykład niektóre kraje konsekwentnie zgłaszają niskie i stabilne poziomy rozpowszechnienia używania tego narkotyku, natomiast w wielu krajach Europy środkowej i wschodniej poziom używania konopi indyjskich od początku XXI wieku znacznie się zwiększył. Tendencje należy też rozpatrywać w kontekście różnych wzorów używania, wśród których najbardziej szkodliwe jest używanie regularne i długotrwałe. Obecnie w Europie coraz częściej zauważa się problemy związane z konopiami indyjskimi, większa jest też wiedza na ich temat; narkotyk jest drugą najczęściej zgłaszaną substancją w przypadku osób rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków. Mimo, że większość osób rozpoczynających leczenie uzależnienia od konopi indyjskich to mężczyźni i osoby stosunkowo młode, coraz częściej zauważa się również problemy zgłaszane przez osoby długotrwale używające tego narkotyku.

Konopie indyjskie to również narkotyk dzielący opinię publiczną, gdyż w niektórych krajach konopie indyjskie wyraźniej odróżnia się od innych substancji, realizując politykę kontroli narkotyków.

Heroina i inne opioidy

Na tle ogólnego wzrostu dostępności leczenia dla osób używających heroiny obecne wskaźniki dowodzą malejącej tendencji zarówno w kategoriach używania, jak i dostępności tego narkotyku. Utrzymuje się długotrwała malejąca tendencja ilości konfiskowanej heroiny. Ostatnio zaczęła maleć również sama liczba konfiskat. Niektóre kraje zgłaszają, że w ostatnim dziesięcioleciu heroinę wyparły z rynku inne opioidy. Inne kraje natomiast doświadczyły niedawno „szoku rynkowego" lub niedoborów, po których zazwyczaj następuje częściowe ożywienie.

Spada liczba osób używających heroiny i podejmujących leczenie z powodu jej używania po raz pierwszy. Leczenie z uzależnienia od heroiny dotyczy aktualnie starzejącej się populacji. W ostatnich latach zmalała również liczba zgonów związanych z opioidami. W ujęciu historycznym używanie heroiny charakteryzowały iniekcje, ale odnotowuje się długotrwały spadek tej tendencji. Fakt ten w połączeniu ze skutkami dotychczasowych interwencji mógł się przyczynić do odnotowanego spadku liczby zakażeń wirusem HIV spowodowanych używaniem narkotyków. Niepokojący jest jednak fakt, że tę pozytywną tendencję przerywa wzrost zakażeń HIV wskutek przyjmowania narkotyków drogą iniekcji w Grecji i Rumunii. Uwydatnia to nieustającą potrzebę konsolidowania reakcji, zwłaszcza ukierunkowanych na redukcję szkód i skuteczne leczenie odwykowe, zapewniające dalszą eliminację problemów w tym obszarze w wymiarze ogólnoeuropejskim. Niezależnie od nowych tendencji w zakresie używania heroiny, uporczywa natura tego problemu oznacza, że jeszcze przez wiele lat będzie to problem o kluczowym znaczeniu dla służb zajmujących się leczeniem odwykowym. W związku z liczną grupą osób używających narkotyków, które obecnie pozostają w kontakcie ze służbami, zachodzi coraz większa potrzeba skoncentrowania się na ciągłości działania służb odpowiedzialnych za opiekę i reintegrację społeczną oraz na wypracowaniu porozumienia w kwestii tego, czym są realne długoterminowe efekty powrotu do zdrowia.

Na tle ogólnego wzrostu dostępności leczenia dla osób używających heroiny obecne wskaźniki dowodzą malejącej tendencji zarówno w kategoriach używania, jak i dostępności tego narkotyku

Kokaina

Problemy z używaniem kokainy i cracku zgłasza tylko kilka krajów. W przypadku stwierdzenia takich problemów zbiegają się one często z problemowym używaniem innych substancji, w tym heroiny. Dużo powszechniejsze jest używanie kokainy w proszku, ale zjawisko to występuje w stosunkowo niewielu krajach zachodnioeuropejskich. Ogólnie ujmując, w ostatnich latach tendencję malejącą wykazują zarówno wskaźniki użycia kokainy, jak i te dotyczące podaży. Drastyczny spadek konfiskowanych ilości prawdopodobnie częściowo jest spowodowany dywersyfikacją szlaków i technik przemytu przez zorganizowane grupy przestępcze. Jeśli chodzi o konfiskaty, na wysokiej pozycji nadal utrzymuje się Półwysep Iberyjski, na którym dokonuje się ich jednak proporcjonalnie mniej niż w przeszłości. Niepokój natomiast, z uwagi na możliwość coraz powszechniejszego używania tego narkotyku, budzą zgłoszenia dotyczące konfiskat kokainy w Europie Wschodniej.

W krajach o wyższym wskaźniku używania narkotyków zarówno badania ankietowe, jak i dane dotyczące podejmowania leczenia wskazują na mniejsze użycie kokainy w ostatnich czasach, chociaż wskaźniki używania pozostają wysokie w porównaniu z poziomami odnotowanymi w przeszłości. Zmniejszyła się nieco liczba zgonów związanych z użyciem kokainy, jednak interpretując dane dotyczące tego obszaru należy zachować ostrożność. Problemy związane z używaniem kokainy zaowocowały zgłoszeniami w szpitalnych oddziałach ratunkowych w kilku częściach Europy. Możliwości monitorowania problemów w tym obszarze są ograniczone. W wielu krajach dostępne są aktualnie specjalistyczne usługi leczenia dla osób problemowo używających kokainy, wraz z obecną bazą dowodów w tym zakresie potwierdzającą stosowanie interwencji psychologicznych.

Syntetyczne narkotyki pobudzające

Poznanie ogólnych tendencji w używaniu syntetycznych narkotyków pobudzających komplikuje fakt, że są one często używane zamiennie, ponieważ wybory konsumentów uzależnione są od dostępności, ceny i dostrzeganej„jakości". Najpowszechniej używanymi syntetycznymi narkotykami w Europie są nadal amfetamina i ecstasy, które w pewnym stopniu konkurują z kokainą. Amfetamina to ważny element obrazu spożycia narkotyków w wielu krajach, a dożylne używanie amfetaminy to jeden z długotrwałych problemów narkotykowych, odnotowany w wielu północnych krajach. Większość wskaźników dotyczących amfetamin utrzymywała się na stabilnym poziomie przez dłuższy czas. Najnowsze dane wskazują jednak na coraz większą dostępność metamfetaminy, wypierającej na niektórych rynkach amfetaminę. Istnieją również dowody wskazujące na malejącą w ostatnich kilku latach popularność ecstasy, prawdopodobnie z uwagi na brak MDMA w składzie wielu tabletek sprzedawanych jako ecstasy lub niski poziom czystości tych tabletek. Wydaje się jednak, że w ostatnim czasie producenci ecstasy coraz skuteczniej są w stanie znaleźć źródła MDMA, co wpłynęło na zmianę zawartości tabletek. Zobaczymy czy zaowocuje to ponownym zainteresowaniem tym narkotykiem, a wstępne dowody wskazują na taką tendencję.

Stymulanty, zwłaszcza w wysokich dawkach, mogą mieć niepożądane skutki dla zdrowia – co roku zgłaszane są przypadki zgonów. Pierwszy kontakt ze służbami w przypadku osób używających narkotyków pobudzających często ma miejsce w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Aktualnie wdrażane są projekty europejskie mające poprawić monitoring w tym obszarze oraz dostarczyć wytycznych dotyczących skutecznych reakcji na zagrożenia związane z narkotykami w klubach nocnych. Chociaż zgony związane ze stymulantami występują stosunkowo rzadko, to budzą one poważne obawy, zwłaszcza wówczas, gdy dotyczą młodych osób dorosłych pozbawionych innych schorzeń. Sprawę dodatkowo komplikuje pojawianie się na rynku nowych substancji psychoaktywnych o nieznanej toksyczności. Na przykład, ostatnio pojawiła się na rynku niekontrolowana substancja pobudzająca 4-MA, po raz pierwszy zgłoszona w 2009 r., sprzedawana jako amfetamina lub w postaci mieszanki z amfetaminą. Wskutek serii zgonów związanych z tą substancją podjęto decyzję o wykonaniu oceny ryzyka i sformułowaniu zaleceń dotyczących kontroli na poziomie europejskim.

Nowe substancje psychoaktywne

W Europie występuje coraz więcej nowych substancji psychoaktywnych, zaprojektowanych w taki sposób, by naśladowały skutki objętych kontrolą narkotyków. Niektóre substancje sprzedaje się bezpośrednio na rynku nielegalnych narkotyków, podczas gdy inne, tak zwane dopalacze, („legal high") są dostępne w ogólnej sprzedaży. Zmiany w tym obszarze zachodzą bardzo szybko z uwagi na tempo pojawiających się nowych substancji. Niektóre substancje stają się produktem preferowanym na rynku nielegalnych narkotyków, czego najlepszym przykładem w ostatnim okresie jest mefedron. Do systemu wczesnego ostrzegania UE w 2013 r. cały czas wpływa średnio jedno zgłoszenie tygodniowo dotyczące nowej substancji. Ostatnie lata zdominowało pojawienie się nowych syntetycznych antagonistów receptorów kannabinoidowych (CRA), fenetyloamin i katynonów,

odzwierciedlających w dużym stopniu najpopularniejsze narkotyki. Mamy też ostatnio do czynienia z coraz liczniejszą grupą zgłaszanych substancji z mniej znanych i nieokreślonych grup chemicznych. Wiele produktów będących w sprzedaży zawiera mieszanki substancji, a brak danych farmakologicznych i toksykologicznych stwarza problemy z przewidzeniem długoterminowych skutków dla zdrowia. Dane na temat tych substancji coraz częściej wskazują na wynikające z używania problemy, które wymagają leczenia. Odnotowuje się również przypadki śmiertelne.

Komisja Europejska przygotowuje nowy wniosek, mający na celu wzmocnienie reakcji UE na nowe substancje psychoaktywne. Chociaż nowe substancje psychoaktywne są głównie domeną osób używających narkotyków rekreacyjnie, można mówić również o ich rozpowszechnieniu wśród osób problemowo używających narkotyków. W krajach zgłaszających niedobory heroiny odnotowano przypadki zastępowania opioidów syntetycznymi substancjami pobudzającymi, zwłaszcza katynonami. Powody przejścia z przyjmowania heroiny drogą iniekcji na używanie katynonów nie są jasne, ale można je skojarzyć z łatwą dostępnością i dostrzeganą wysoką jakością nowych narkotyków. Niepokój dotyczący problemów zdrowia publicznego budzą kwestie związane z częstszym przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji, problemami ze zdrowiem psychicznym oraz fizycznym. Dotychczas wiele krajów eksperymentowało, stosując cały zakres środków kontroli w celu reagowania na nowy problem narkotykowy. Konieczność określenia i wprowadzania właściwych sposobów reagowania ukierunkowanych na ograniczenie popytu jest tematem mniej dopracowanym, choć równie ważnym w tym obszarze.

1

W związku z wysokim wskaźnikiem używania konopi indyjskich, są one jak dotychczas narkotykiem konfiskowanym w największych ilościach w Europie

Podaż narkotyków w Europie

Europa jest głównym punktem przeznaczenia substancji kontrolowanych, odgrywając jednocześnie ograniczoną rolę jako obszar tranzytowy dla narkotyków przewożonych do innych regionów. Ameryka Łacińska, Azja Zachodnia i Ameryka Północna to główne miejsca pochodzenia narkotyków przywożonych do Europy. Dynamika współczesnego rynku narkotyków wskazuje jednak na rosnące znaczenie innych regionów świata. Europa to również region, w którym wytwarza się konopie indyjskie i narkotyki syntetyczne. Chociaż w rzeczywistości wszystkie wytwarzane konopie indyjskie są przeznaczone do konsumpcji lokalnej, to niektóre narkotyki syntetyczne wytwarza się również na eksport do innych regionów.

Coraz większa dostępność „nowych substancji psychoaktywnych", które nie podlegają kontroli na mocy międzynarodowych umów o kontroli narkotyków, to zjawisko stosunkowo nowe na europejskich rynkach narkotyków. Powszechnie wytwarzane poza terytorium Europy substancje można nabyć od internetowych sprzedawców detalicznych, w specjalistycznych sklepach, a czasami wraz z substancjami kontrolowanymi sprzedawane są na rynku nielegalnych narkotyków.

Monitorowanie podaży narkotyków

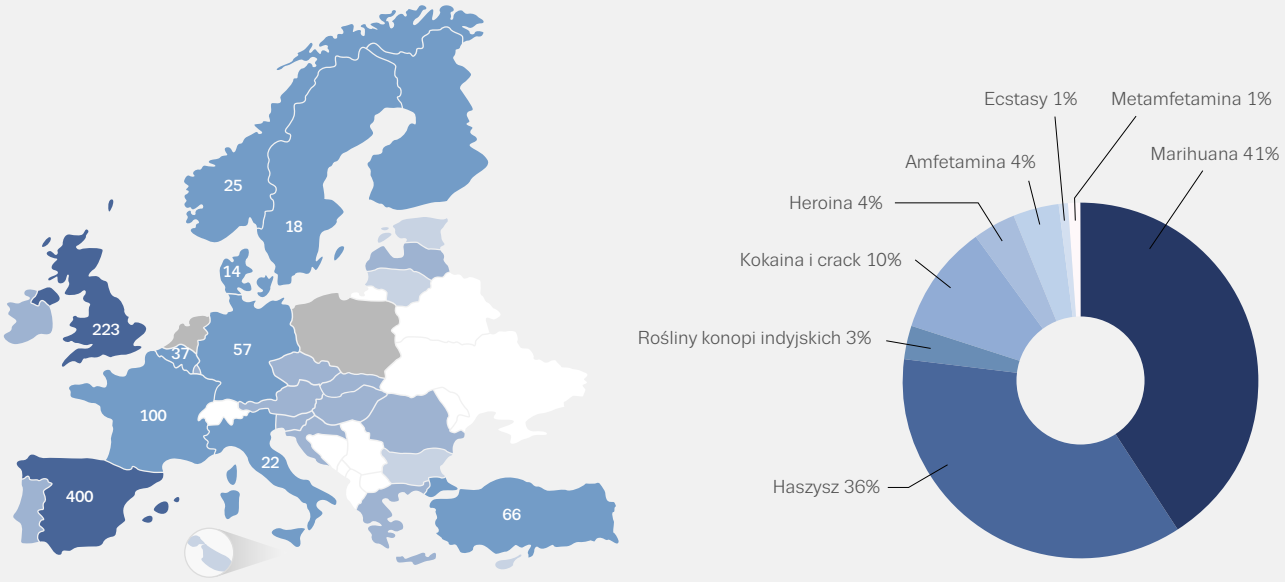
Analizę przedstawioną w niniejszej sekcji oparto na licznych źródłach danych dotyczących: konfiskat narkotyków; zlikwidowanych wytwórni narkotyków; konfiskat chemikaliów będących prekursorami; przestępstw związanych z podażą narkotyków; cen detalicznych narkotyków oraz na analizach kryminalistycznych skonfiskowanych narkotyków. Pełne zbiory danych oraz obszerne uwagi metodologiczne można znaleźć w Biuletynie Statystycznym. Należy mieć na uwadze, że tendencje mogą być warunkowane wieloma czynnikami, do których zalicza się poziom aktywności w dziedzinie egzekwowania prawa oraz skuteczność działań przechwytujących.
Dane dotyczące nowych substancji psychoaktywnych oparto na zgłoszeniach wpływających do systemu wczesnego ostrzegania UE, który opiera się na danych dostarczanych przez krajowe sieci EMCDDA i Europolu. Z pełnym opisem tego mechanizmu można zapoznać się na stronie internetowej EMCDDA, klikając na zakładkę Action on new drugs (działania w obszarze nowych narkotyków).

Milion konfiskat narkotyków w Europie

W 2011 r. odnotowano w Europie znaczny wzrost konfiskat, ich liczba za 2011 r. wynosi milion. W większości były to niewielkie ilości narkotyków skonfiskowanych od osób ich używających. Na konfiskaty składały się jednak również wielokilogramowe dostawy, które znaleziono u przemytników i producentów.

WYKRES 1.1

Liczba zgłoszonych konfiskat w podziale na kraje (z lewej) oraz odsetek podstawowych narkotyków skonfiskowanych w 2011 r. (z prawej)



Konfiskaty (w tysiącach) <1 1–10 11–100 >100 Brak danych
Uwaga: liczba konfiskat (w tysiącach) w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

Większość konfiskat w 2011 r. to konfiskaty zgłoszone zaledwie przez dwa kraje – Hiszpanię i Wielką Brytanię, chociaż Belgia i cztery kraje nordyckie również zgłosiły dużą ich liczbę. Kolejnym ważnym krajem konfiskat narkotyków jest Turcja, w której przejęto narkotyki przeznaczone do konsumpcji w innych krajach Europy oraz Bliskiego Wschodu.

W związku z wysokim wskaźnikiem używania konopi indyjskich, są one jak dotychczas narkotykiem konfiskowanym w największych ilościach w Europie (wykres 1.1). Drugie miejsce zajmuje kokaina, a liczba konfiskat tego narkotyku stanowi mniej więcej dwukrotność konfiskat zgłoszonych w przypadku amfetamin lub heroiny. Liczba konfiskat ecstasy jest mniejsza i w ostatnich latach znacznie spadła.

Konopie indyjskie: zmiany w podaży

Na europejskich rynkach narkotyków występują powszechnie dwa różne produkty otrzymywane z konopi indyjskich: marihuana i haszysz. Roczną konsumpcję tych produktów można oszacować na około 2500 ton.

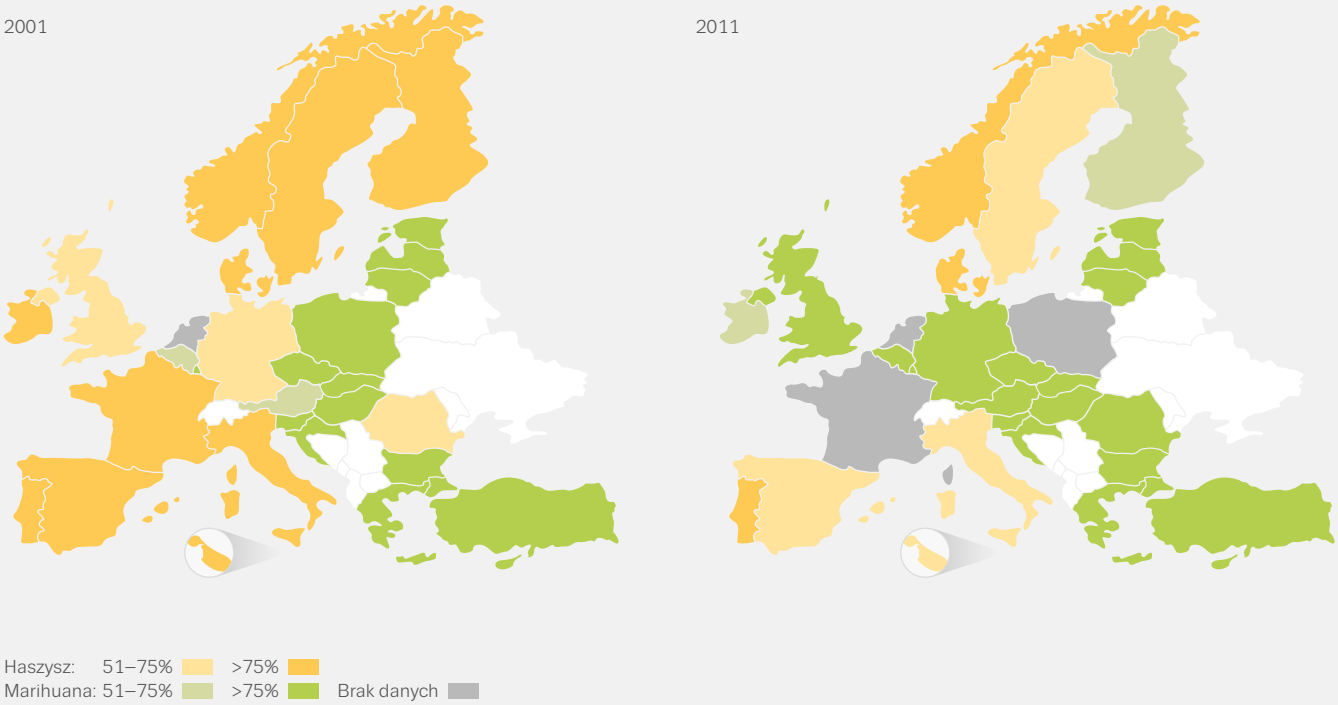
Marihuana występująca w Europie pochodzi z produkcji krajowej lub przemycana jest z krajów sąsiednich. Według niektórych zgłoszeń może być również przywożona z innych regionów, w tym z Afryki. Haszysz w większości jest transportowany drogą morską lub lotniczą z Maroka. Na poziomie europejskim przejmuje się średnio większe ilości haszyszu niż marihuany.

W ostatnim dziesięcioleciu liczba konfiskat haszyszu była większa od liczby konfiskat marihuany, obecnie stanowi ponad połowę wszystkich konfiskat konopi indyjskich (wykres 1.3). Częściowo odzwierciedla to coraz większą dostępność marihuany wytwarzanej w wielu krajach w ramach produkcji krajowej. Ilości konfiskowanego haszyszu, mimo spadku w ostatnich latach, nadal są większe od zgłaszanych ilości marihuany (483 ton w stosunku do 92 ton w 2011 r.).

W ostatnim dziesięcioleciu liczba konfiskat haszyszu była większa od liczby konfiskat marihuany, obecnie stanowi ponad połowę wszystkich konfiskat konopi indyjskich

WYKRES 1.2

Przeważające rodzaje konopi indyjskich, haszysz lub marihuana, w skonfiskowanych ilościach w 2001 i 2011 r.



KONOPIE INDYJSKIE

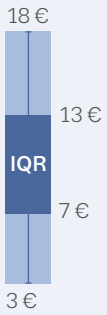
Haszysz

483 Liczba skonfiskowanych ton

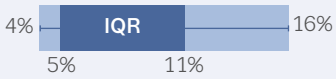
504 Liczba skonfiskowanych ton, w tym konfiskaty w Turcji

345 000 Konfiskaty

353 000 Konfiskaty, w tym konfiskaty w Turcji



Cena (EUR/g)



Siła działania (% THC)

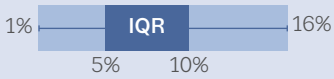
Marihuana

92 Liczba skonfiskowanych ton

147 Liczba skonfiskowanych ton, w tym konfiskaty w Turcji

398 000 Konfiskaty

439 000 Konfiskaty, w tym konfiskaty w Turcji

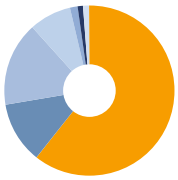


Siła działania (% THC)

Cena (EUR/g)

113 000 Zgłoszone przestępstwa związane z podażą

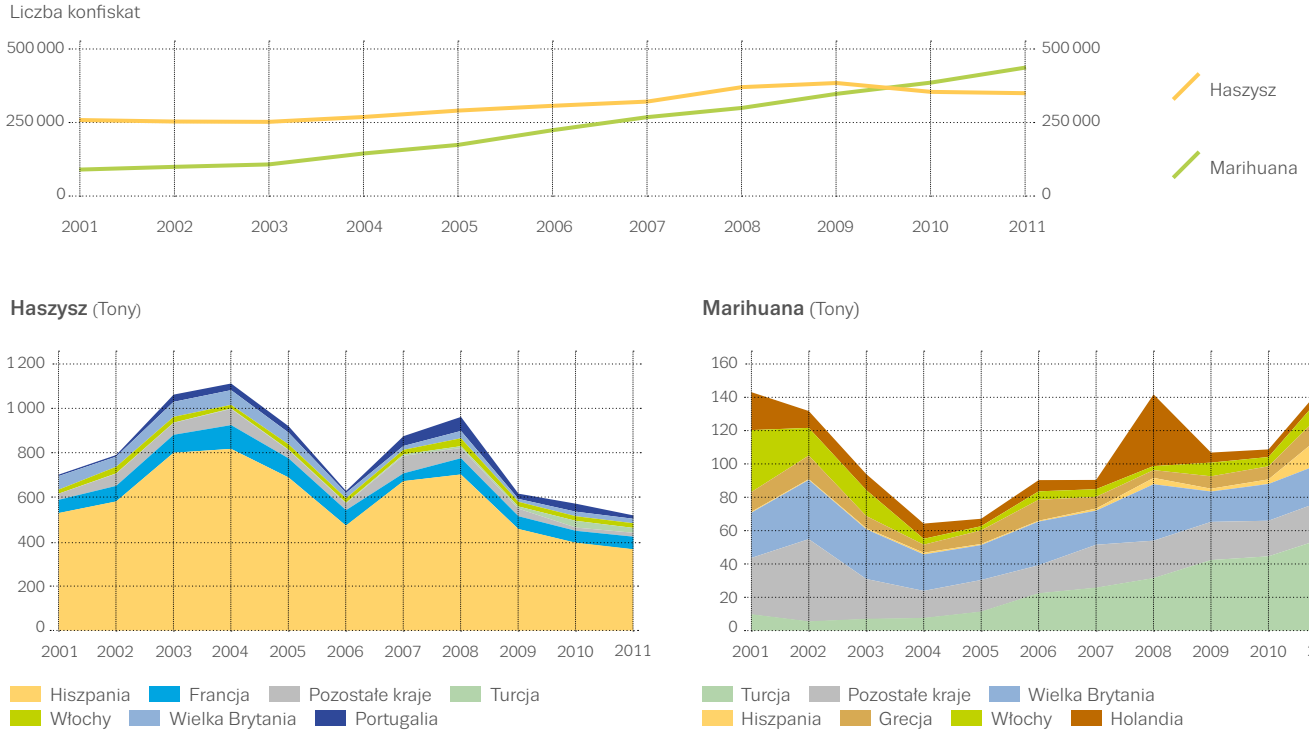
61% przestępstw związanych z przemytem sześciu podstawowych narkotyków



Cena i siła działania produktów otrzymywanych z konopi indyjskich: średnie wartości krajowe, minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR). Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

WYKRES 1.3

Liczba konfiskat konopi indyjskich oraz skonfiskowane ilości w tonach: haszysz i marihuana, w latach 2001–2011



Europejskie tendencje w zakresie konfiskat konopi indyjskich należy rozpatrywać w kontekście nieproporcjonalnego znaczenia danych pochodzących z ograniczonej liczby krajów (wykres 1.4). Na przykład Hiszpania, położona blisko Maroko i posiadająca rozbudowany rynek wewnętrzny, zgłosiła w 2011 r. około dwóch trzecich całej ilości haszyszu skonfiskowanej w Europie w 2011 r. Duży wzrost konfiskowanych ilości marihuany zgłosiły ostatnio Grecja i Włochy. Turcja natomiast jest krajem, który od 2007 r. konfiskuje największe jej ilości.

Konfiskaty roślin konopi indyjskich można uznać za wskaźnik produkcji krajowej, chociaż jakość danych dostępnych w tym obszarze utrudnia porównanie. W 2011 r. w Europie zgłoszono 31000 konfiskat roślin konopi indyjskich. Zgłoszenia te dotyczyły liczby skonfiskowanych roślin (w sumie 4,4 mln) oraz ich ilości (33 tony). Największą liczbę skonfiskowanych roślin zgłosiły Holandia (2 mln), Włochy (1 mln) oraz Wielka Brytania (627 000), natomiast największe konfiskaty pod względem wagi zgłosiły Hiszpania (26 ton) i Bułgaria (5 ton).

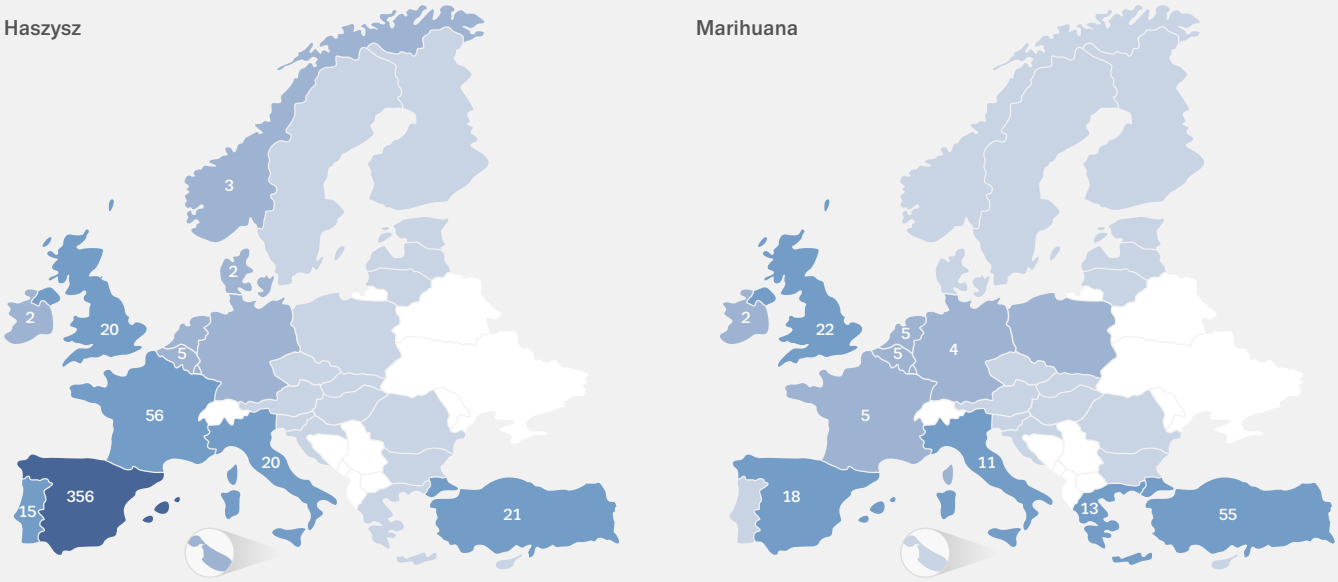
Nowy wymiar: syntetyczni antagoniści receptorów kannabinoidowych

Nowego wymiaru rynkowi konopi indyjskich nadają dostępne ostatnio produkty, w których skład wchodzą syntetyczni antagoniści receptorów kannabinoidowych (CRA), naśladujący skutki związków psychoaktywnych naturalnie występujących w konopiach indyjskich. Produkty te, o potencjalnie bardzo dużej sile oddziaływania, zgłaszane są właściwie we wszystkich krajach europejskich. Wielokilogramowe dostawy w postaci proszku importowane są zazwyczaj z Azji. Następnie jest on przetwarzany, pakowany i rozprowadzany w Europie. Istnieją również dowody potwierdzające tranzytowy przewóz źródłowych chemikaliów przez terytorium Europy, jak na przykład niedawna konfiskata blisko 15 kilogramów czystych CRA w proszku pochodzących z Chin i będących w drodze do Rosji.

W 2011 r. skonfiskowano najmniejszą ilość heroiny w ostatnim dziesięcioleciu. Odpowiada ona zaledwie połowie ilości heroiny skonfiskowanej w 2001 r.

WYKRES 1.4

Ilości skonfiskowanego haszyszu (z lewej) i marihuany (z prawej), 2011 r.



Tony <1 1–10 11–100 >100

Uwaga: skonfiskowane ilości (w tonach) w dziesięciu krajach o najwyższych wskaźnikach.

Heroina: oznaki tendencji malejącej

Zgodnie z danymi historycznymi, w Europie dostępne były dwie postacie importowanej heroiny, bardziej powszechna heroina brązowa (w jej podstawowej postaci chemicznej), pochodząca głównie z Afganistanu oraz mniej powszechna biała heroina (w postaci soli), która zazwyczaj pochodziła z południowo-wschodniej Azji, ale obecnie może być wytwarzana gdzie indziej. W Europie produkuje się również w ograniczonym zakresie narkotyki opioidowe; są to głównie wyroby z maku lekarskiego domowej produkcji, zgłaszane w niektórych częściach Europy Wschodniej.

Afganistan jest nieprzerwanie największym na świecie nielegalnym producentem opium i przypuszczalnie większość heroiny na rynku europejskim jest wytwarzana

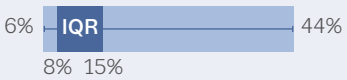
HEROINA

6,1 Skonfiskowane ilości w tonach

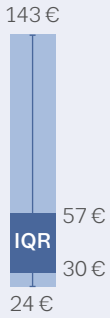
40 500 Konfiskaty

13,4 Skonfiskowane ilości w tonach, w tym konfiskaty w Turcji

43 800 Konfiskaty, w tym konfiskaty w Turcji



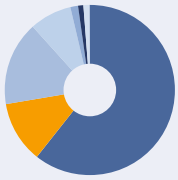
Czystość (%)



Cena (EUR/g)

23 300 Zgłoszone przestępstwa związane z podażą

12% przestępstw związanych z przemytem sześciu podstawowych narkotyków

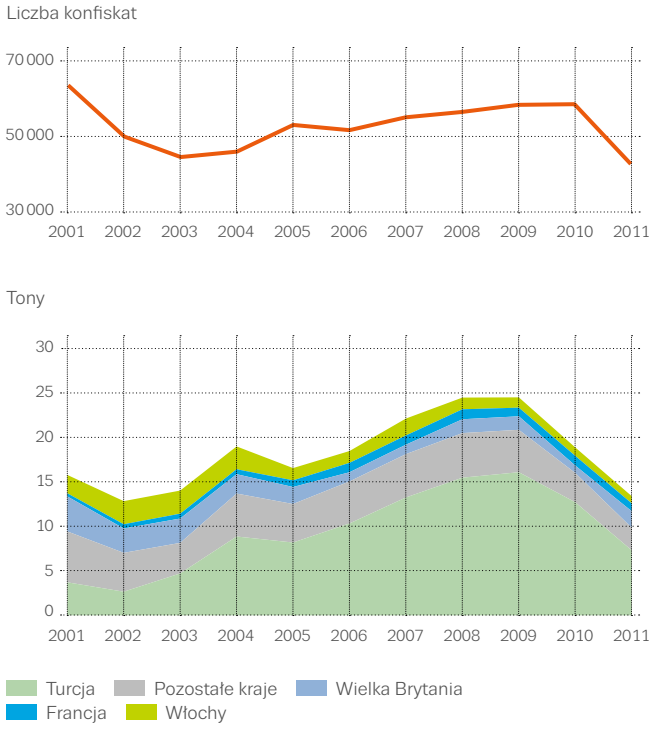


Cena i czystość „heroiny brązowej": średnie wartości krajowe, minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR).

Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

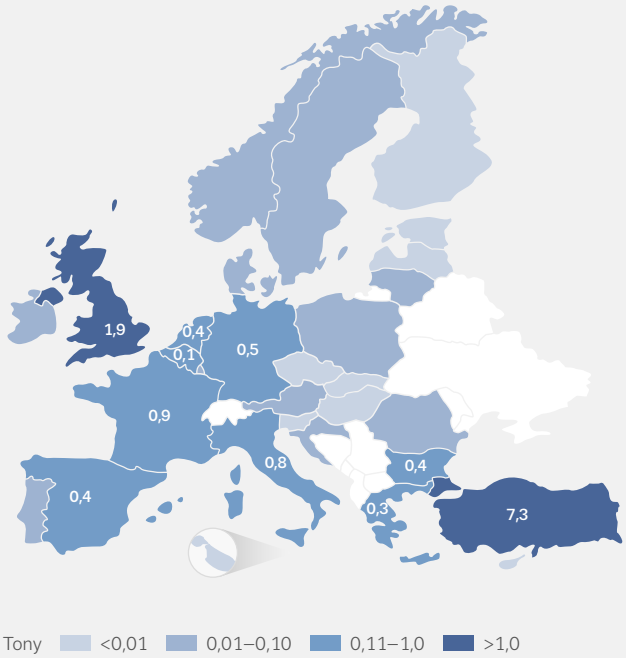
WYKRES 1.5

Liczba konfiskat heroiny i skonfiskowane ilości w latach 2001–2011



WYKRES 1.6

Ilości skonfiskowanej heroiny, 2011 r.



Uwaga: skonfiskowane ilości (w tonach) w dziesięciu krajach o najwyższych wskaźnikach.

właśnie w Afganistanie lub, w mniejszym stopniu, w sąsiednim Iranie lub Pakistanie. Istnieją dwa określone szlaki przemytu tego narkotyku do Europy: historycznie istotniejszy „szlak bałkański", który prowadzi na zachód przez Turcję do krajów bałkańskich (Bułgarii, Rumunii lub Albanii), Europy środkowej, południowej i zachodniej oraz bardziej współczesny szlak „północny" lub „jedwabny", prowadzący na północ Rosji przez byłe republiki radzieckie środkowej Azji. Ogólnie wydaje się jednak, że obecnie sytuacja staje się bardziej płynna, gdyż dostawy z Iranu I Pakistanu docierają do Europy drogą lotniczą lub morską, bezpośrednio lub na zasadzie tranzytu przez kraje Afryki zachodniej i wschodniej.

W 2011 r. skonfiskowano najmniejszą ilość heroiny (6,1 ton) w ostatnim dziesięcioleciu. Odpowiada ona zaledwie połowie ilości heroiny skonfiskowanej w 2001 r. (12 ton). Liczba zgłoszonych konfiskat w tym samym okresie (2001–2011) również spadła, z 63 000 w roku 2001 do szacowanych 40 500 w 2011 r. Odnotowany w 2011 roku spadek można w pewnym stopniu tłumaczyć wzrostem liczby konfiskat w latach 2002–2009 w Turcji, w której nieprzerwanie od 2006 r. konfiskuje się więcej tego narkotyku niż we wszystkich innych krajach razem (wykres 1.5). W latach 2010 i 2011 w Turcji odnotowano znaczny spadek konfiskowanych ilości.

Oprócz zauważalnego spadku konfiskat heroiny oraz przestępstw związanych z podażą, odnotowano też krótkoterminowe zmiany na rynku, najprawdopodobniej wynikające ze zgłoszonych ostatnio udanych przejęć na szlaku bałkańskim. Wiele krajów o stosunkowo dużej liczbie osób używających heroiny doświadczyło pod koniec 2010 i na początku 2011 r. poważnej „heroinowej posuchy" i wydaje się, że tylko niektóre rynki zdołały wyjść z tego kryzysu.

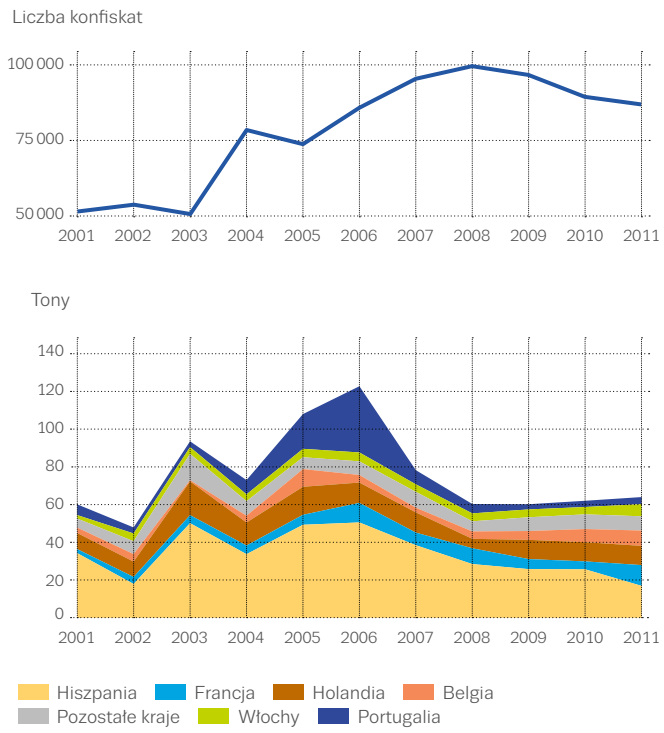
Kokaina: zmiany w przemycie?

W Europie dostępna jest kokaina w dwóch postaciach, z których najpowszechniejszą jest kokaina w proszku (chlorowodorek, HCl). Mniej dostępny jest crack, narkotyk w postaci przystosowanej do palenia. Kokainę wytwarza się z liści krzewu kokainowego. Produkcję narkotyku opanowały niemalże na wyłączność Boliwia, Kolumbia i Peru. Do Europy dociera drogą lotniczą lub szlakami morskimi. Główny szlak przemytu kokainy do Europy wiedzie przez Półwysep Iberyjski (Hiszpanię i Portugalię). Coraz częstsze wykorzystanie transportu kontenerowego może jednak oznaczać rosnące znaczenie dla tych działań portów w Belgii, Holandii oraz w innych krajach zachodnioeuropejskich. Na trwającą dywersyfikację szlaków przemytu kokainy do Europy wskazują obszerne pojedyncze konfiskaty, których dokonano w portach Bułgarii, Rumunii i państw bałtyckich.

Nie zawsze kokaina trafia do Europy w postaci gotowej do sprzedaży. W ostatnich latach zlikwidowano w Europie

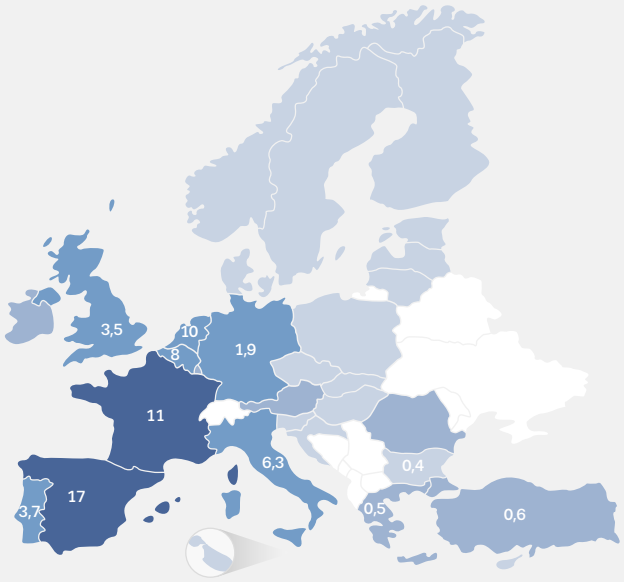
WYKRES 1.7

Liczba konfiskat kokainy i skonfiskowane ilości w latach 2001–2011



WYKRES 1.8

Ilości skonfiskowanej kokainy, 2011 r.



Tony <0,1 0,1–1,0 1,1–10 >10
Uwaga: skonfiskowane ilości (w tonach) w dziesięciu krajach o najwyższych wskaźnikach.

wiele nielegalnych „laboratoriów". W latach 2008–2009 w Hiszpanii wykryto i zlikwidowano 73 obiekty, z których większość stanowiły laboratoria wtórnej ekstrakcji kokainy z innych materiałów. Narkotyk był ukrywany w miejscach, takich jak wosk pszczeli, nawóz, tworzywo sztuczne, środki spożywcze lub odzież.

W 2011 r. w Europie zgłoszono około 86 000 konfiskat kokainy, w ramach których przejęto 62 tony tego narkotyku. Oznacza to prawie 50% spadek w stosunku do roku 2006, gdy przejętych zostało 120 substancji. Spadła również liczba konfiskat, w stosunku do szczytowego poziomu w liczbie 100 000 w 2008 r. (wykres 1.7). Spadek ilości konfiskowanej kokainy najbardziej daje się zauważyć na Półwyspie Iberyjskim, na którym ilość kokainy przejętej przez Hiszpanię i Portugalię zmniejszyła się z 84 ton w 2006 r. do 20 ton w roku 2011. Ilość ta jest zbliżona do ilości kokainy skonfiskowanej w Holandii i Belgii, które

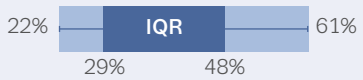
KOKAINA

62 Skonfiskowane ilości w tonach

85 700 Konfiskaty

63 Skonfiskowane ilości w tonach, w tym konfiskaty w Turcji

87 000 Konfiskaty, w tym konfiskaty w Turcji

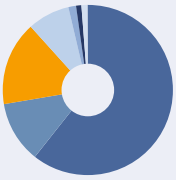


Czystość (%)

Cena (EUR/g)

31 200 Zgłoszone przestępstwa związane z podażą

16% przestępstw związanych z przemytem sześciu podstawowych narkotyków



Cena i czystość kokainy: średnie wartości krajowe, minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR).

Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

zgłosiły razem konfiskatę 18 ton tego narkotyku w 2011 r. Rekordowe ilości skonfiskowanej kokainy zgłosiły w 2011 r. Francja (11 ton) i Włochy (6 ton). Nie wiadomo, w jakim stopniu zmiana w ilości konfiskowanej kokainy w krajach europejskich odzwierciedla ogólne zmiany w dostawach na rynek europejski, zmiany w praktycznym egzekwowaniu prawa oraz wprowadzanie nowych metod działania przez organizacje trudniące się handlem narkotykami.

Amfetaminy: sygnały wskazujące na większą dostępność metamfetaminy

Pierwotnie stworzone do celów medycznych i powszechnie znane jako amfetaminy, metamfetamina i amfetamina są ściśle powiązane z syntetycznymi narkotykami stymulującymi. Amfetamina, zawsze cieszyła się w Europie dużą popularnością. Obecnie dostrzega się jednak również oznaki coraz większej dostępności metamfetaminy.

Oba narkotyki wytwarza się w Europie na użytek krajowy, chociaż pewne ilości amfetaminy produkuje się również na eksport, głownie na Bliski Wschód. Techniki wytwarzania mogą być stosunkowo zaawansowane, skutkując produkcją na wielką skalę. Ten sam sprzęt oraz personel można też wykorzystywać do wytwarzania innych syntetycznych substancji, takich jak MDMA (ecstasy). Produkcja tych substancji na dużą skalę ma miejsce w Belgii i Holandii oraz w Polsce i krajach bałtyckich; laboratoria wykryto również w innych krajach, w tym w Bułgarii, Niemczech i na Węgrzech. Liczne miejsca produkcji zgłosiła Republika Czeska – w większości prowadzi się w nich działalność na małą skalę, wytwarzając narkotyki na własny użytek, ale odnotowano również miejsca produkcji na większą skalę,

Po okresie, w którym odnotowano wyższe poziomy zarówno pod względem liczby konfiskat, jak i skonfiskowanych ilości, konfiskaty amfetaminy w 2011 r. z powrotem osiągnęły poziom z 2002 r.

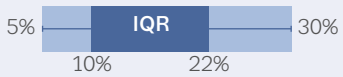
AMFETAMINA

5,9 Skonfiskowane ilości w tonach

35 600 Konfiskaty

6,2 Skonfiskowane ilości w tonach, w tym konfiskaty w Turcji

35 600 Konfiskaty, w tym konfiskaty w Turcji

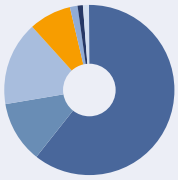


Czystość (%)

Cena (EUR/g)

16 000 Zgłoszone przestępstwa związane z podażą

8% przestępstw związanych z przemytem sześciu podstawowych narkotyków

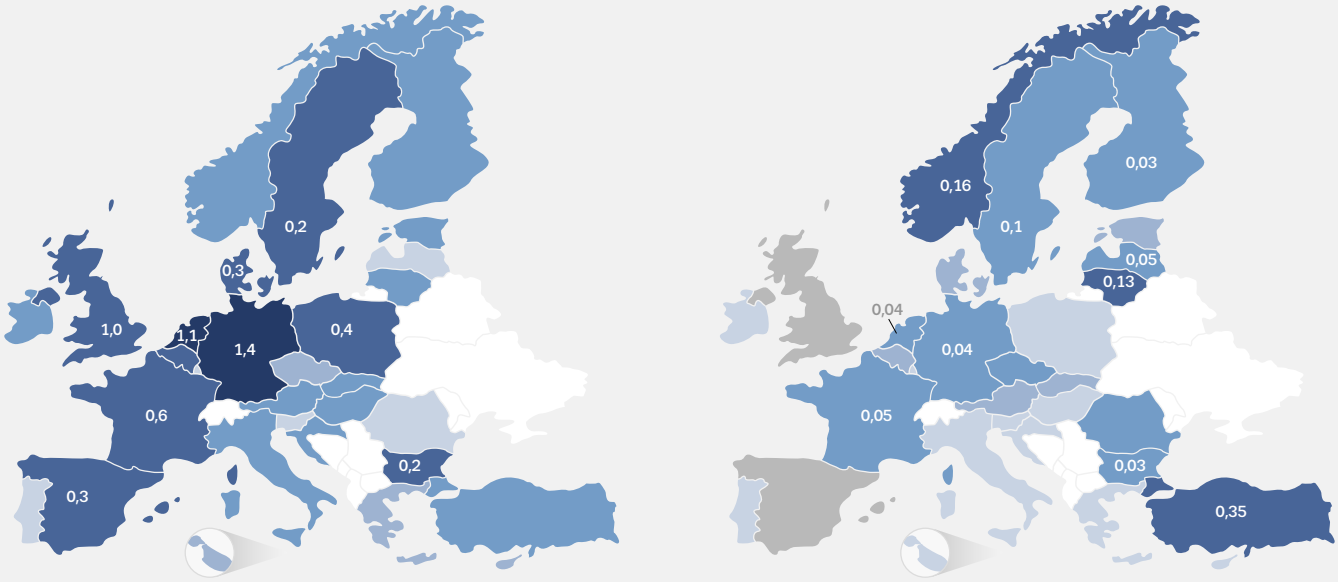


Cena i czystość amfetaminy: średnie wartości krajowe, minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR).

Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

WYKRES 1.9

Ilości skonfiskowanej amfetaminy (z lewej) i metamfetaminy (z prawej), 2011 r.



Tony <0,001 0,001–0,01 0,01–0,1 0,11–1 >1 Brak danych

Uwaga: skonfiskowane ilości (w tonach) w dziesięciu krajach o najwyższych wskaźnikach.

w których wytwarzano metamfetaminę z przeznaczeniem zarówno do konsumpcji krajowej, jak i na eksport do krajów sąsiednich. Okazuje się, że produkcja metamfetaminy w krajach bałtyckich wzrosła i narkotyk ten wytwarza się na eksport do krajów skandynawskich, w których może zacząć wypierać amfetaminę.

W 2011 r. zgłoszono około 45 000 konfiskat amfetamin. Liczba ta obejmuje 35 600 konfiskat i 5,9 tony amfetaminy oraz 9400 konfiskat w ilości 0,7 tony metamfetaminy. Po okresie, w którym odnotowano wyższe poziomy zarówno pod względem liczby konfiskat, jak i skonfiskowanych ilości, konfiskaty amfetaminy w 2011 r. z powrotem osiągnęły poziom z 2002 r. (wykres 1.10). Dla kontrastu, konfiskaty metamfetaminy, chociaż nadal nieliczne i w małych ilościach, osiągnęły w tym samym okresie wyższy poziom (wykres 1.11).

METAMFETAMINA

0,7 **Skonfiskowane ilości w tonach**

1,0 Skonfiskowane ilości w tonach, w tym konfiskaty w Turcji

9 400 **Konfiskaty**

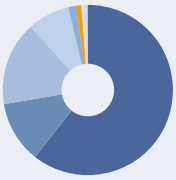
9 500 Konfiskaty, w tym konfiskaty w Turcji

Czystość (%)

Cena (EUR/g)

2 200 **Zgłoszone przestępstwa związane z podażą**

1% przestępstw związanych z przemytem sześciu podstawowych narkotyków

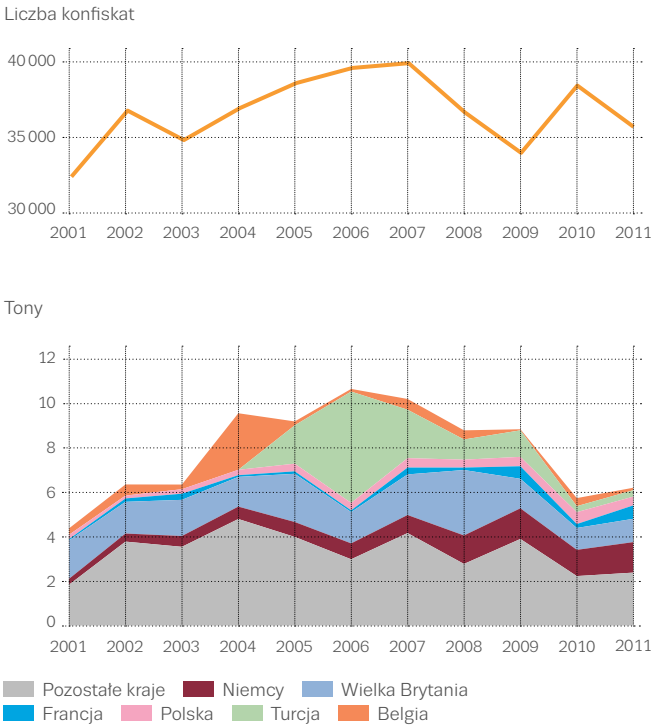


Cena i czystość metamfetaminy: średnie wartości krajowe, minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR).

Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

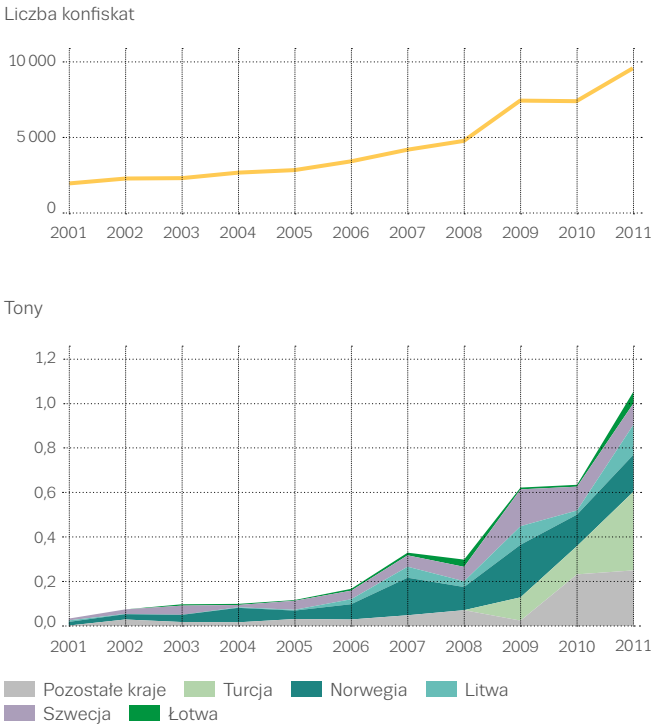
WYKRES 1.10

Liczba konfiskat amfetaminy i skonfiskowane ilości w latach 2001–2011



WYKRES 1.11

Liczba konfiskat metamfetaminy i skonfiskowane ilości w latach 2001–2011



Ecstasy: czy to powrót?

Nazwa ecstasy odnosi się do syntetycznej substancji MDMA o składzie chemicznym zbliżonym do amfetamin, ale różniącym się w pewnym stopniu skutkami działania. Tabletki sprzedawane jako ecstasy mogą jednak zawierać różne substancje podobne do MDMA oraz niezwiązane z nimi substancje chemiczne.

Produkcja ecstasy w Europie osiągnęła szczytowy poziom w 2000 r., kiedy to zgłoszono likwidację 50 laboratoriów. Liczba zlikwidowanych laboratoriów spadła w 2010 r. do trzech, a w 2005 r. wyniosła pięć, co może wskazywać na spadek produkcji w całej Europie. Największą liczbę zlikwidowanych laboratoriów w ostatnim dziesięcioleciu zgłosiła Holandia, zaraz za nią znajduje się Belgia, zatem można przyjąć, że fakt ten odzwierciedla geograficzną lokalizację głównej produkcji tego narkotyku.

ECSTASY

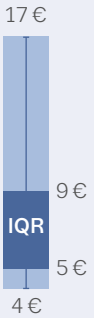
4,3 mln skonfinskowanych tabletek

10 000 Konfiskaty

5,7 mln skonfinskowanych tabletek, w tym konfiskaty z Turcji

13 000 Konfiskaty, w tym konfiskaty z Turcji

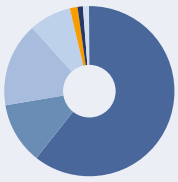
Czystość (MDMA – mg/tabletka)



Cena (EUR/tabletka)

3 000 Zgłoszone przestępstwa związane z podażą

1% przestępstw związanych z przemytem sześciu podstawowych narkotyków

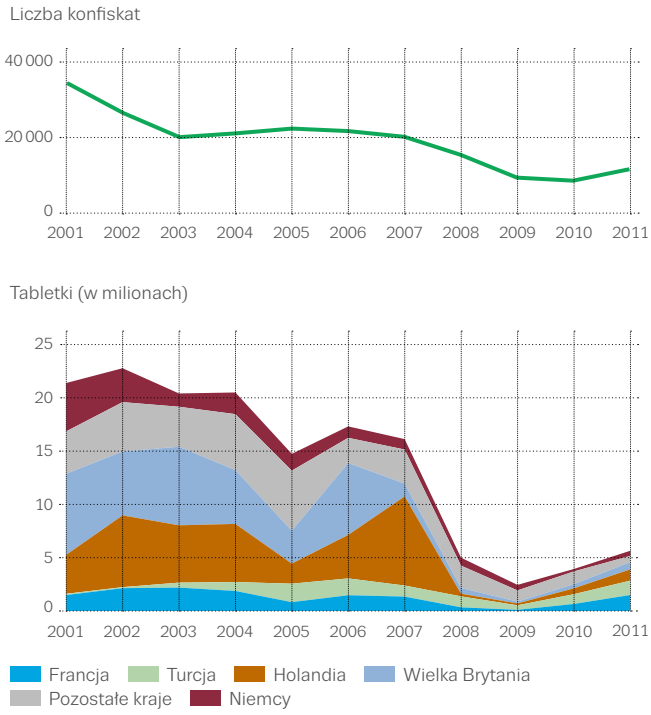


Cena i czystość tabletek ecstasy: średnia wartość, minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR).

Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

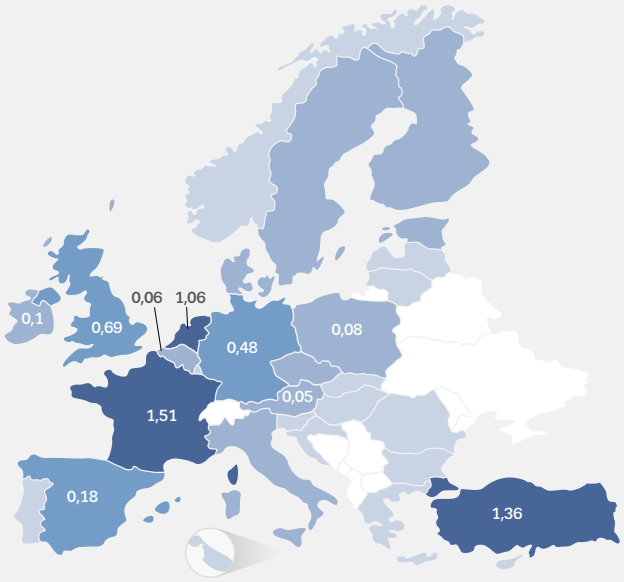
WYKRES 1.12

Liczba konfiskat ecstasy i skonfiskowanych tabletek w latach 2001–2011



WYKRES 1.13

Ilość skonfiskowanej ecstasy, 2011 r.



Tabletki (w milionach) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0

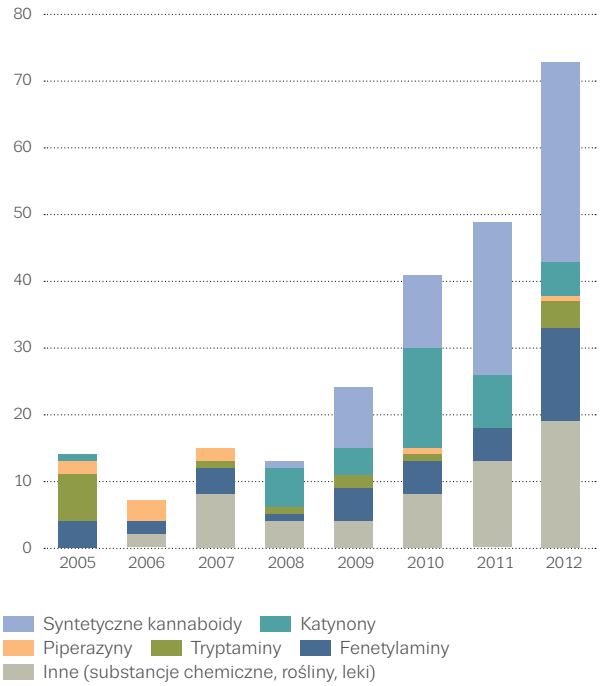
Uwaga: skonfiskowane ilości (liczba tabletek) w dziesięciu krajach o najwyższych wskaźnikach.

Od 2007 r. ilość skonfiskowanego narkotyku znacznie zmalała (wykres 1.12), obecne konfiskaty, w liczbie 4,3 mln tabletek ecstasy, stanowią jedynie niewielki ułamek konfiskat z 2002 r., w którym osiągnęły swój szczytowy poziom (23 mln). Ostry spadek odnotowano również w obszarze przestępstw związanych z podażą ecstasy. Ich liczba w latach 2006–2011 zmniejszyła się o około dwie trzecie i obecnie stanowią w przybliżeniu 1% wszystkich przestępstw związanych z podażą podstawowych narkotyków. Tę malejącą tendencję przypisuje się zaostrzonym kontrolom i ukierunkowanej konfiskacie PMK, podstawowego chemicznego prekursora do wytwarzania MDMA. To mogło znaleźć również odzwierciedlenie w znacznej zmianie składu tabletek ecstasy dostępnych w Europie – jedynie trzy kraje zgłosiły, że substancje podobne do MDMA miały największy udział w składzie tabletek poddanych analizie w 2009 r. Jednak w ostatnim okresie pojawiają się oznaki odradzania się rynku ecstasy, chociaż nie do takich poziomów, jakie odnotowano wcześniej. MDMA wydaje się być coraz bardziej powszechne, a w niektórych częściach Europy dostępny proszek jest wysokiej jakości. Być może producenci ecstasy zareagowali na kontrole prekursora i zaczęli stosować „pre-prekursory" lub „prekursory maskowane" – podstawowe substancje chemiczne, które można legalnie przywozić jako substancje nieobjęte kontrolą i następnie przekształcać w prekursory chemiczne potrzebne do wytwarzania MDMA.

Od 2007 r. ilość skonfiskowanego narkotyku znacznie zmalała, obecne konfiskaty, w liczbie 4,3 mln tabletek ecstasy, stanowią jedynie niewielki ułamek konfiskat z 2002 r., w którym osiągnęły swój szczytowy poziom

WYKRES 1.14

Liczba i podstawowe grupy nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania UE w latach 2005–2012



W 2012 r. państwa członkowskie zgłosiły po raz pierwszy 73 nowe substancje psychoaktywne za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania UE

Nowe narkotyki: więcej dostępnych substancji

Analizę rynku narkotyków utrudnia pojawianie się nowych środków odurzających (nowych substancji psychoaktywnych) – substancji chemicznych lub substancji naturalnych, które nie są objęte kontrolą na mocy międzynarodowego prawa i są wytwarzane w taki sposób, by naśladowały skutki narkotyków objętych kontrolą. W niektórych przypadkach nowe narkotyki wytwarza się w Europie w tajnych laboratoriach i sprzedaje się je bezpośrednio na rynku. Inne substancje chemiczne sprowadza się od dostawców, często z Chin lub Indii, po czym umieszcza w atrakcyjnych opakowaniach i sprzedaje jako dopalacze (ang. „legal highs"). Nazwa „legal highs" jest myląca, gdyż w niektórych państwach członkowskich substancje te mogą być objęte kontrolą lub, sprzedając je do celów konsumpcji, można naruszać przepisy dotyczące bezpieczeństwa konsumentów lub obrotu. Aby uniknąć kontroli, produkty często zaopatruje się w mylące etykiety, na przykład takie jak „substancje chemiczne do celów badań naukowych" lub „odżywki roślinne", z adnotacją, że produkt nie jest przeznaczony do spożycia przez ludzi.

W 2012 r. państwa członkowskie zgłosiły po raz pierwszy 73 nowe substancje psychoaktywne za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania UE (wykres 1.14). Wśród zgłoszonych substancji, trzydzieści było syntetycznymi antagonistami receptorów kannabinoidowych, co wskazuje na zapotrzebowanie wśród konsumentów na pochodne konopi indyjskich. Dziewiętnaście związków nie odpowiadało żadnej z łatwo rozpoznawanych grup chemicznych (łącznie z roślinami i lekami), natomiast 14 było nowymi zamiennikami fenetylamin, liczba najwyższa od 2005 r.

Ważnym punktem sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych jest Internet, dlatego też EMCDDA regularnie przeprowadza wyrywkowe badania, monitorując tym samym liczbę sklepów online, oferujących produkty europejskim konsumentom. Ich liczba cały czas rośnie, w styczniu 2012 r. zidentyfikowano 693 takich sklepów.

Większość nowych substancji psychoaktywnych, po zastosowaniu wobec nich działań kontrolnych, jest szybko zastępowana innymi, co znacznie utrudnia interwencje w tym obszarze. Rzadkim przykładem nowego narkotyku dostępnego na nielegalnym rynku substancji pobudzających, jest mefedron. Pomimo kontroli prowadzonych na terenie Unii Europejskiej, w niektórych krajach substancję tę nadal sprzedaje się na nielegalnym rynku narkotykowym. Mimo iż mogą występować zapasy sprzed okresu objęcia mefedronu zakazem, potajemnie przywożone, niepokojące jest niedawne odkrycie miejsca produkcji mefedronu w Polsce, ze stwierdzonymi powiązaniami z międzynarodowymi grupami przestępczości zorganizowanej i dowodami potwierdzającymi przemyt do innych krajów europejskich.

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2012

Cannabis production and markets in Europe, EMCDDA Insights nr 12.

2011

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

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Sprawozdanie podsumowujące z posiedzenia EMCDDA Trendspotter, 18–19 października 2011 r.

Odpowiedź na pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych, Narkotyki w obiektywie, nr 22.

Publikacje EMCDDA i Europolu

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

Około jedna czwarta populacji dorosłych Europejczyków (co najmniej 85 mln osób) używało narkotyków w ciągu swojego życia

Używanie narkotyków i problemy związane z narkotykami

Monitorowanie używania narkotyków i związanych z tym szkód jest skomplikowane z rozmaitych powodów. Przyjmowanie narkotyków wiąże się z wieloma różnymi wzorami konsumpcji, z jednej strony wyróżnia się eksperymentowanie oraz używanie okazjonalne, z drugiej zaś używanie codzienne i długoterminowe. Również ryzyko, na jakie narażone są osoby używające narkotyki, wiąże się z odmiennymi czynnikami, takimi jak: przyjęta dawka, droga przyjmowania narkotyku, jednoczesne przyjmowanie kilku substancji, liczba i czas trwania epizodów używania oraz indywidualna podatność na zagrożenia. Wszystkie te czynniki powinny być uwzględniane w procesie monitorowania problemu narkomani.

Monitorowanie używania narkotyków i problemów związanych z narkotykami

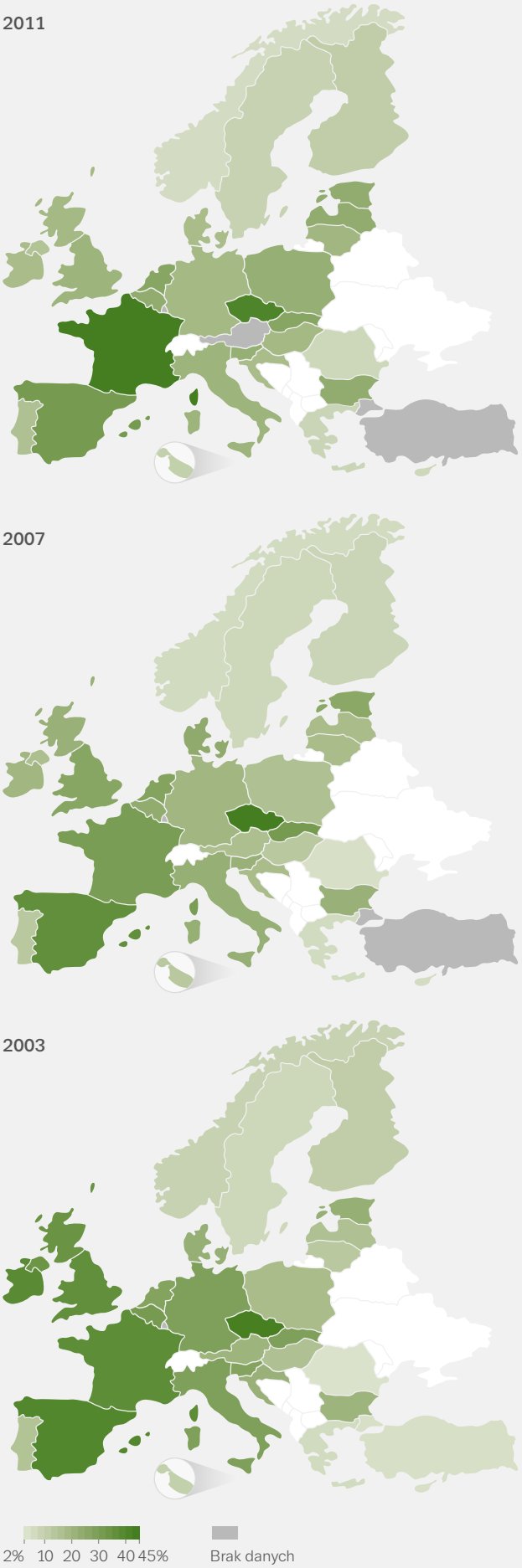
Monitorowanie używania narkotyków i szkód związanych z narkotykami w Europie opiera się przede wszystkim na pięciu podstawowych wskaźnikach epidemiologicznych: używanie narkotyków w populacji ogólnej, problemowe używanie narkotyków, zgony związane z narkotykami i umieralność, choroby zakaźne związane z narkotykami i zgłaszalność do leczenia. Informacje o tych wskaźnikach, w tym uwagi metodologiczne, można znaleźć na stronie internetowej EMCDDA, zakładka Key indicators (kluczowe wskaźniki) oraz w Biuletynie statystycznym.

Jedna czwarta Europejczyków używała nielegalnych narkotyków

Około jedna czwarta populacji dorosłych Europejczyków (co najmniej 85 mln osób) używało narkotyków w ciągu swojego życia. Najwięcej osób wskazało na używanie konopi indyjskich (77 mln), wskaźniki dla innych substancji są w tym przypadku dużo niższe i wynoszą: 14,5 mln dla kokainy, 12,7 mln dla amfetamin i 11,4 mln dla ecstasy. Wskaźniki eksperymentowania są bardzo zróżnicowane – w Danii, Francji i Wielkiej Brytanii jedna trzecia dorosłych osób zadeklarowała używanie narkotyków, w Bułgarii, Grecji, na Węgrzech, w Rumunii i Turcji taką odpowiedź wskazała co dziesiąta osoba.

WYKRES 2.1

Używanie konopi indyjskich kiedykolwiek w życiu wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat



Uwaga: dane z badań ESPAD i krajowych badań ankietowych w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii.

Konopie indyjskie: tendencja stała lub malejąca w krajach o wyższych wskaźnikach używania

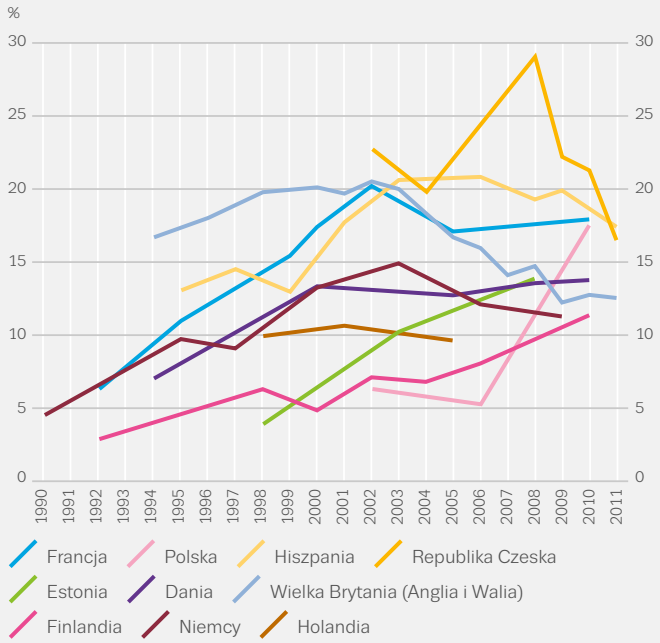
Produkty otrzymywane z konopi indyjskich służą zazwyczaj do palenia i powszechnie miesza się je z tytoniem. Wzory używania konopi indyjskich są różne – od okazjonalnego lub eksperymentalnego po używanie problemowe i uzależnienie. Problemy spowodowane używaniem konopi indyjskich łączą się zatem z częstością przyjmowania narkotyku oraz używaniem go w większych ilościach. Do skutków zdrowotnych używania konopi indyjskich zaliczyć można problemy z układem oddechowym, zaburzenia zdrowia psychicznego oraz uzależnienie. Niektóre z syntetycznych antagonistów receptorów kannabinoidowych mogą mieć silne działanie, z czym wiąże się coraz więcej zgłoszeń dotyczących ostrych, negatywnych skutków ich używania.

Konopie indyjskie to narkotyk, po który w Europie najczęściej sięgają studenci. Według badań ankietowych ESPAD, przeprowadzonych w 2011 r., wskaźnik eksperymentalnego używania wśród młodzieży od 15 do 16 roku życia wynosił od 5% w Norwegii do 42% w Republice Czeskiej (wykres 2.1). Różnice w używaniu widoczne są również w przypadku płci – na jedną dziewczynkę przypadało mniej więcej 2,5 chłopca. Jeśli chodzi o ogólną tendencję europejską, wskaźniki używania konopi indyjskich przez uczniów wzrosły w okresie między 1995 a 2003 r., po czym nieznacznie spadły w roku 2007 i od tego czasu utrzymują się na stałym poziomie. W okresie tym odnotowano spadek używania konopi indyjskich w wielu krajach, które we wcześniejszych badaniach zgłaszały wysokie poziomy używania. W tym samym okresie, w wielu krajach Europy Środkowej i Wschodniej wzrosły poziomy używania konopi przez uczniów, wykazując pewien stopień zbieżności w całej Europie. W sześciu krajach, które zgłosiły przeprowadzenie krajowych badań ankietowych w szkołach po badaniu ESPAD (2011/2012), poziom używania konopi indyjskich wśród uczniów utrzymuje się lub nieznacznie spada.

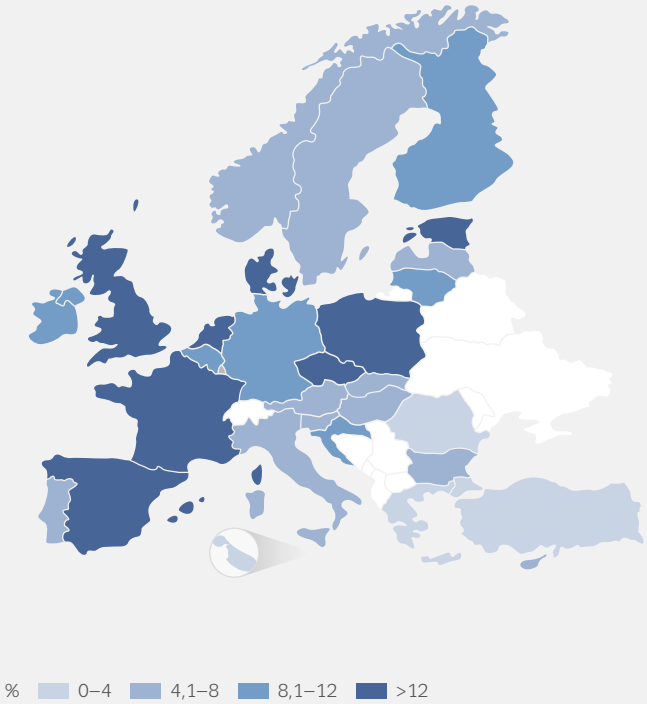
Szacuje się, iż w ubiegłym roku 15,4 mln młodych Europejczyków (15-34 rok życia) używało konopi indyjskich (11,7%), z czego 9,2 mln z nich to osoby między 15 a 24 rokiem życia (14,9%). Wskaźniki używania konopi są na ogół wyższe wśród mężczyzn, niż wśród kobiet. Tendencje o dłuższym czasie trwania wśród młodych osób dorosłych w dużej mierze pokrywają się z tendencjami wśród uczniów, przy czym w niektórych krajach o mniejszym wskaźniku użycia następuje stopniowy wzrost, któremu towarzyszy spadek w krajach o wyższym wskaźniku używania tego narkotyku. Kraje objęte badaniami w 2010 r. (lub w późniejszych pomiarach) zgłaszają stabilną lub malejącą tendencję używania konopi indyjskich

WYKRES 2.2

Używanie konopi w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych: wybrane tendencje (z lewej) i najnowsze dane (z prawej)



Uwaga: tendencje w dziesięciu krajach o najwyższym wskaźniku użycia, w których przeprowadzono trzy lub więcej badania.



wśród młodych dorosłych (wykres 2.2), trend ten nie dotyczy jednak Finlandii oraz Polski. W badaniach przeprowadzonych w kilku krajach wskazuje się również na używanie syntetycznych antagonistów receptorów kannabinoidowych, wskaźniki ich używania są jednak na ogół niskie.

Powyżej 3 milionów osób używających codziennie konopi indyjskich i rosnąca zgłaszalność do leczenia

Wśród użytkowników konopi osoby intensywnie przyjmujące tę substancję stanowią mniejszość. Codzienne lub prawie codzienne używanie konopi

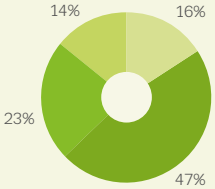
OSOBY UŻYWAJĄCE KONOPI INDYJSKICH OBJĘTE LECZENIEM

Charakterystyka

16% **84%**

Średni wiek pierwszego użycia **16**

Średni wiek rozpoczęcia leczenia **25**

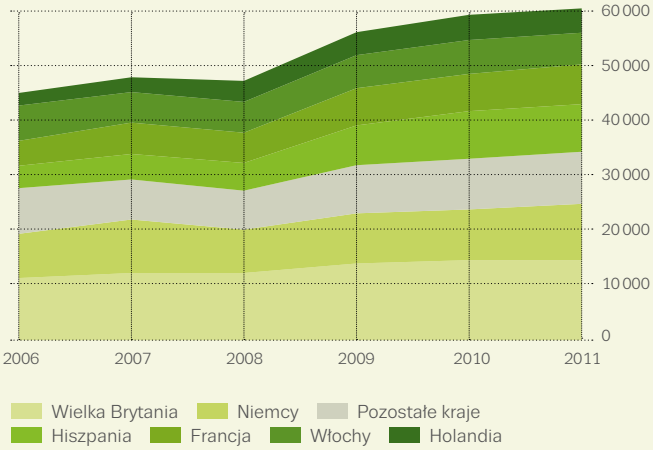


Częstotliwość używania

- Codziennie
- Od dwóch do sześciu razy tygodniowo
- Raz na tydzień lub rzadziej
- Nieużywanie w ostatnim miesiącu / używanie okazjonalne

Palenie
jako podstawowy sposób używania

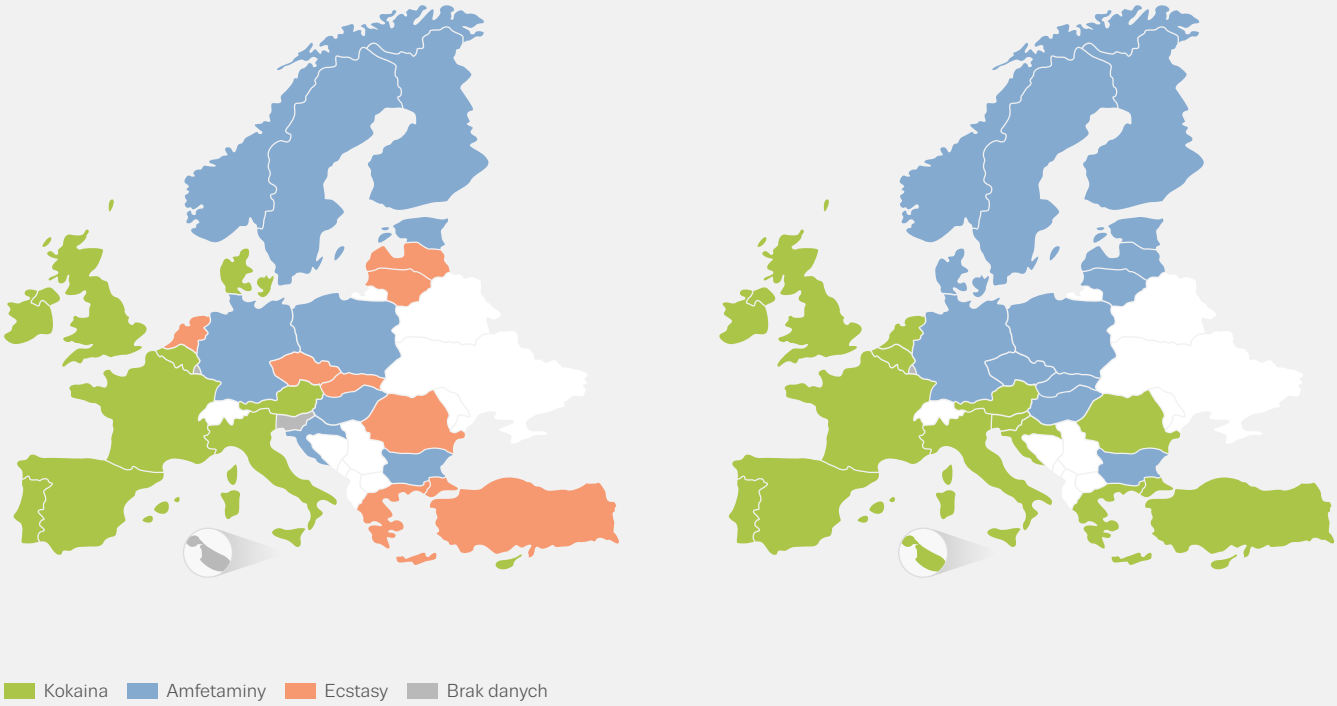
Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



Uwaga: cechy charakterystyczne dla wszystkich osób rozpoczynających leczenie, dla których konopie indyjskie są narkotykiem podstawowym. Tendencje dotyczą osób rozpoczynających leczenie, dla których konopie indyjskie są narkotykiem podstawowym. Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

WYKRES 2.3

Dominujący narkotyk pobudzający na podstawie ubiegłorocznych wskaźników używania wśród osób w wieku od 15 do 34 roku życia (z lewej) oraz podstawowy narkotyk wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy (z prawej)



indyjskich definiowane jest jako przyjmowanie tej substancji przez 20 lub więcej dni w miesiącu poprzedzającym badanie. Dane z 22 krajów wskazują, że około 1% dorosłych (ok. 3 mln) deklaruje taki sposób używania tego narkotyku. Ponad dwie trzecie z nich to osoby od 15 do 34 roku życia. ponad trzy czwarte osób z tej grupy wiekowej to mężczyźni.

W 2011 r. konopie indyjskie były drugim, po heroinie, najczęściej wskazywanym narkotykiem przez osoby rozpoczynające leczenie (109 000). Są również najczęściej wymienianym narkotykiem wśród osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy. Wskaźniki te są zróżnicowane w zależności od badanego kraju – w Bułgarii 4% wszystkich pacjentów używających substancji psychoaktywnych, zgłasza konopie jako narkotyk podstawowy. Na Węgrzech wskaźnik ten wynosi 69%.

Konopie indyjskie… najczęściej wymieniany narkotyk wśród osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy

Rozbieżności te tłumaczy się różnicami w dostępie do usług w zakresie leczenia, w praktykach kierowania do leczenia oraz w poziomach używania w poszczególnych państwach. W Europie odnotowano wzrost liczby pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy (od ok. 45 000 w 2006 r. do 60 000 w 2011 r.).

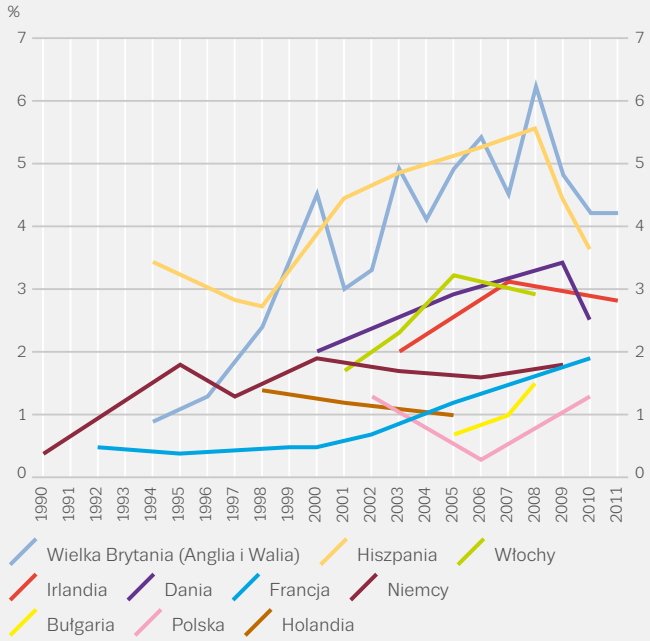
Nielegalne stymulanty w Europie: wzory używania w poszczególnych regionach

Do najczęściej stosowanych nielegalnych substancji pobudzających w Europie należą kokaina, substancje z grupy amfetamin oraz ecstasy. Innymi – mniej popularnymi stymulantami są piperazyny (np. BZP) oraz syntetyczne katynony (np. mefedron i MDPV), które także są stosowane ze względu na swoje działanie. Wysokie poziomy używania substancji pobudzających można kojarzyć z określonymi klubami tanecznymi, muzycznymi i nocnymi, w których często używa się tych narkotyków w zestawieniu z alkoholem.

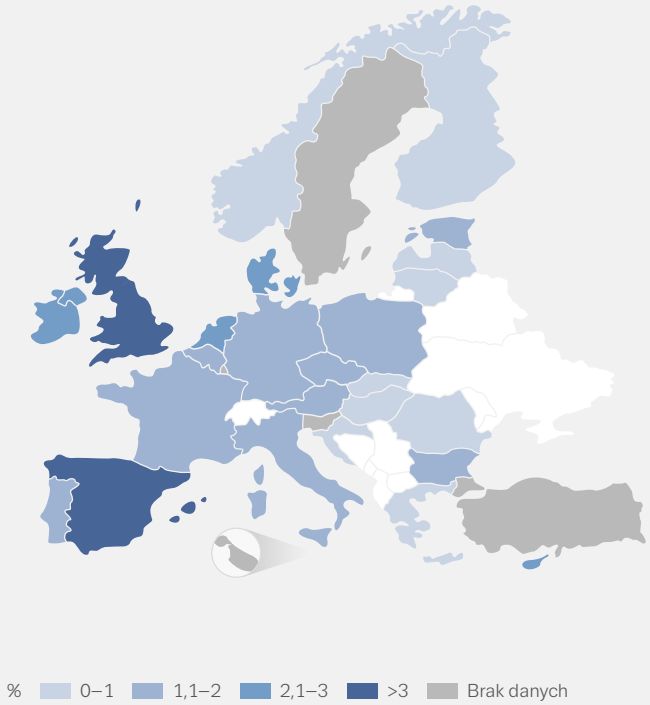
Dane dotyczące wskaźników używania wskazują na zróżnicowany geograficznie rynek substancji pobudzających w Europie – w jej zachodniej i południowej części bardziej popularna jest kokaina, z kolei w krajach Europy Środkowej i Północnej bardziej rozpowszechniona jest amfetamina. Na wschodzie i południu zaś najczęściej używane jest ecstasy (wykres 2.3). Dane dotyczące

WYKRES 2.4

Używanie kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych: wybrane tendencje (z lewej) i najnowsze dane (z prawej)



Uwaga: tendencje w dziesięciu krajach o najwyższym wskaźniku użycia, w których przeprowadzono trzy lub więcej badania.



leczenia wskazują na podobne wzory w przypadku kokainy i amfetaminy, liczba osób rozpoczynających leczenie z powodu ecstasy jest jednak niska.

Kokaina: spadek konsumpcji w krajach o wysokich wskaźnikach używania

Kokaina w proszku może być wciągana przez nos (tzw. sniff) lub przyjmowana drogą iniekcji. Crack natomiast jest palony. Użytkowników kokainy można podzielić na dwie grupy. Pierwsza to osoby rekreacyjnie używające narkotyku, które są dobrze zintegrowane ze społeczeństwem, druga natomiast to użytkownicy z marginesu społecznego, często borykający się z uzależnieniem, którzy przyjmują kokainę razem z innymi substancjami.

Do najczęściej stosowanych nielegalnych substancji pobudzających w Europie należą kokaina, substancje z grupy amfetamin oraz ecstasy

Regularne używanie kokainy może wiązać się z chorobami układu sercowo-naczyniowego, nerwowego oraz problemami ze zdrowiem psychicznym, jak również większym zagrożeniem wypadkami i uzależnieniem. Iniekcyjne używanie kokainy i cracku stanowi największe zagrożenie dla zdrowia, w tym zagrożenie chorobami zakaźnymi.

Kokaina to najpopularniejszy ze wszystkich nielegalnych narkotyków pobudzających używanych w Europie, chociaż większość jej użytkowników skoncentrowana jest w stosunkowo nielicznej grupie państw. Szacuje się, że w ubiegłym roku kokainy używało około 2,5 mln młodych Europejczyków (1,9%). Stosunkowo wysokie wskaźniki używania kokainy przez młode osoby dorosłe (2,5–4,2%) w ubiegłym roku zgłosiły Dania, Irlandia, Hiszpania i Wielka Brytania (wykres 2.4).

Najnowsze badania przeprowadzone w krajach o najwyższych odsetkach rozpowszechnienia kokainy, wskazują na to, iż wskaźniki używania tego narkotyku w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród młodych dorosłych osiągnęły wartość szczytową na przełomie 2008 i 2009 r., po czym wykazywały niewielki spadek lub ustabilizowały się. W pozostałych krajach używanie kokainy utrzymywało się na stosunkowo niskim i stałym poziomie, chociaż Francja i Polska zgłosiły wzrost w 2010 r.

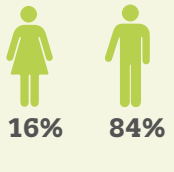
Oznaki spadku zgłaszalności do leczenia uzależnienia od kokainy

Tylko cztery kraje dysponują stosunkowo aktualnymi danymi szacunkowymi dotyczącymi intensywnego lub problemowego używania kokainy, a z uwagi na różnice w definicjach dane te jest trudno porównać. W 2009 r. wśród populacji dorosłych: „intensywne używanie kokainy" w Hiszpanii oszacowano na 0,45%; dane szacunkowe dotyczące „problemów związanych z kokainą" w Niemczech wskazują na 0,20%; natomiast Włochy oszacowały „potencjalnie problematyczne używanie kokainy" na 0,34%. Wielka Brytania oszacowała poziom używania cracku przez osoby dorosłe w 2009/2010 r. na 0,54%, ale w grupie tej odnotowano liczną grupę osób, które mogły używać zarówno cracku, jak i opioidów.

Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie uzależnienia w 2011 r. 14% (60 000) podało kokainę jako narkotyk podstawowy, a spośród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy – 19% (31 000). Między poszczególnymi krajami występują duże różnice i tylko pięć państw (Niemcy, Hiszpania, Włochy, Holandia, Wielka Brytania) zgłosiło około 90% wszystkich pacjentów objętych leczeniem uzależnienia od kokainy. Liczba pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w życiu z powodu używania kokainy jako narkotyku podstawowego, wzrosła z 35 000 w 2006 r. do 37 000 w 2009 r., po czym spadła do 31 000 w 2011 r. (23 kraje). W przypadku nowych pacjentów

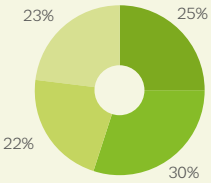
OSOBY UŻYWAJĄCE KOKAINY OBJĘTE LECZENIEM

Charakterystyki



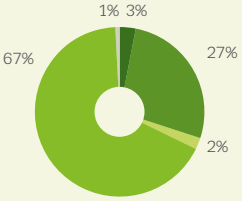
Średni wiek pierwszego użycia **22**

Średni wiek rozpoczęcia leczenia **33**



Częstotliwość używania

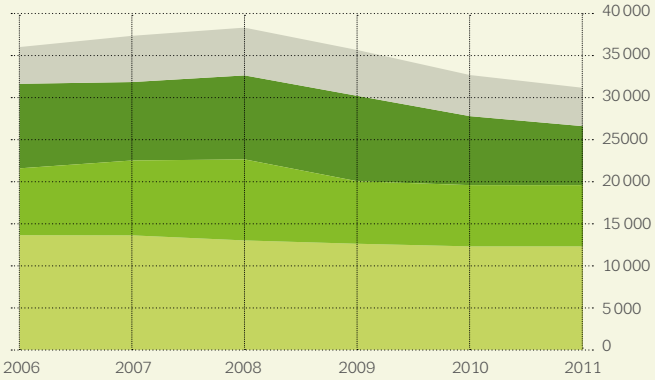
- Codziennie
- Od dwóch do sześciu razy tygodniowo
- Raz na tydzień lub rzadziej
- Nieużywanie w ostatnim miesiącu / używanie okazjonalne



Sposób przyjmowania substancji

- Iniekcja
- Palenie
- Jedzenie/picie
- Wciąganie przez nos
- Inne

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

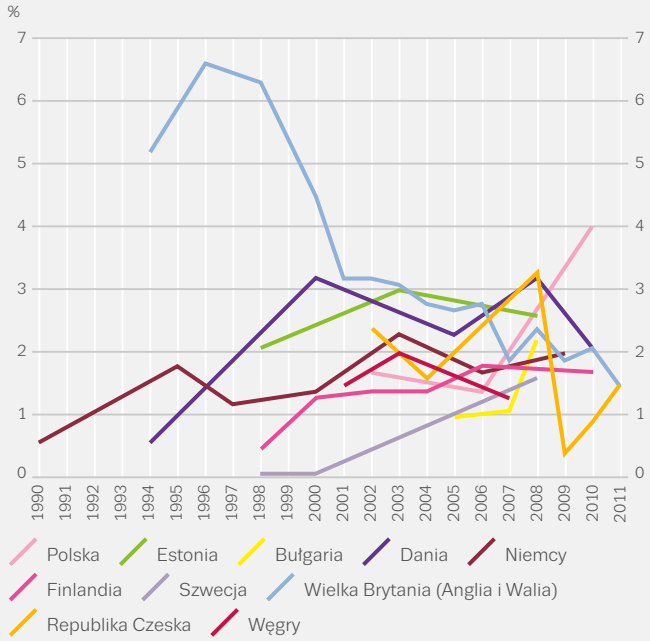


Hiszpania | Wielka Brytania | Włochy | Pozostałe kraje

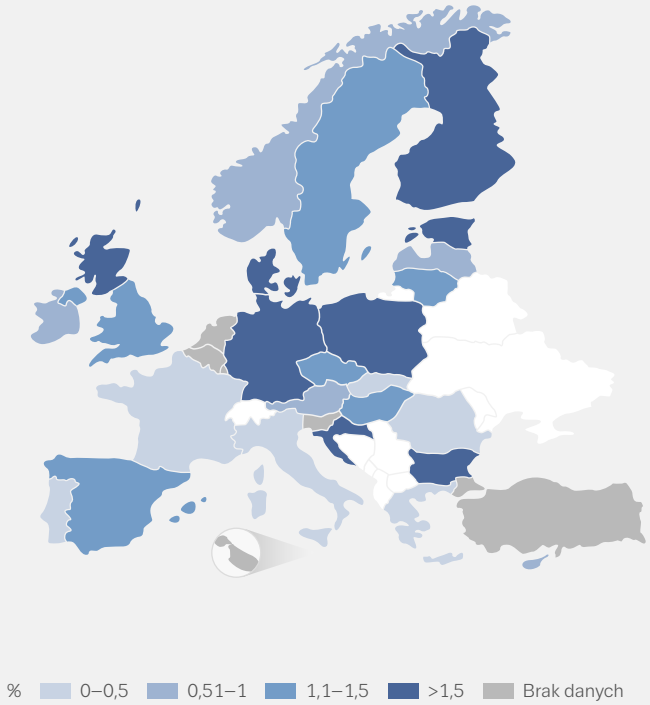
Uwaga: cechy charakterystyczne dla wszystkich osób rozpoczynających leczenie, dla których kokaina/crack jest narkotykiem podstawowym. Tendencje dotyczą osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, dla których kokaina/crack jest narkotykiem podstawowym. Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

WYKRES 2.5

Używanie substancji z grupy amfetamin w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych: wybrane tendencje (z lewej) i najnowsze dane (z prawej)



Uwaga: tendencje w dziesięciu krajach o najwyższym wskaźniku użycia, w których przeprowadzono trzy lub więcej badania.



rozpoczynających leczenie z powodu uzależnienia od kokainy, niewielką, ale stałą tendencję malejącą zauważa się od 2005 r. w Hiszpanii, w Wielkiej Brytanii od 2008 r. i we Włoszech od roku 2009. W 2011 r. w Europie leczenie rozpoczęło tylko około 3 000 nowych osób używających kokainy jako narkotyku podstawowego, z czego około dwie trzecie w Wielkiej Brytanii, reszta w Hiszpanii i Holandii.

Długotrwały wzrost liczby pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych w związku z kokainą

Wyniki ostatniego przeglądu europejskiego wskazują, że w niektórych państwach europejskich, od końca lat 90. zaobserwowano trzykrotny wzrost wskaźników interwencji w szpitalnych oddziałach ratunkowych, związanych z używaniem kokainy. Najwyższe wartości odnotowane zostały w 2008 r. Hiszpanii oraz Wielkiej Brytanii (Anglia). Większość tych interwencji dotyczyła mężczyzn. Zgony spowodowane ostrym zatruciem kokainą wydają się być stosunkowo rzadkie – w 2011 r. w 17 krajach zgłoszono co najmniej 475 zgonów związanych z przyjmowaniem kokainy, przy czym stwierdzono również obecność innych narkotyków. Najnowsze dane z Hiszpanii i Wielkiej Brytanii wskazują na spadek liczby zgonów związanych z używaniem tych stymulantów od 2008 r. Kokaina może być też przyczyną niektórych zgonów związanych z zaburzeniami układu sercowo-naczyniowego, ale dane na ten temat są ograniczone.

Substancje z grupy amfetamin: stabilny poziom używania, ale nieustające zagrożenia dla zdrowia

Amfetamina jest dużo łatwiej dostępna w Europie niż metamfetamina, której używanie w ujęciu historycznym ograniczało się do Republiki Czeskiej i w czasach mniej odległych do Słowacji. Substancje z grupy amfetamin są przeważnie przyjmowane doustnie lub wdychane przez nos, w niektórych krajach stosunkowo powszechne jest przyjmowanie tego narkotyku iniekcyjnie, przez osoby problemowo używające narkotyków oraz pacjentów objętych leczeniem.

Większość badań dotyczących niepożądanych skutków dla zdrowia związanych z używaniem amfetamin pochodzi z Australii i Stanów Zjednoczonych, w których dominującym sposobem przyjmowania tego narkotyku jest palenie amfetaminy krystalicznej. Wyników tych nie da się zatem bezpośrednio odnieść do sytuacji w Europie. Badania te opisują problemy z układem sercowo-naczyniowym, oddechowym, nerwowym i ze zdrowiem psychicznym, których objawy obejmują różne stany, począwszy od lęku, agresji i depresji, a skończywszy na psychozie paranoidalnej. Iniekcja natomiast zwiększa ryzyko rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Niektóre kraje, szczególnie te o stosunkowo wysokich odsetkach osób używających amfetaminy, zgłaszają zgony związane z używaniem tej substancji. Liczba tych zgonów jest jednak niższa niż w przypadku zgonów spowodowanych

używaniem opiatów. Przypadki przedawkowania amfetamin mogą być jednak trudniejsze do ustalenia z uwagi na mniej specyficzne symptomy. Problem ten komplikuje pojawienie się nowych stymulantów. Na przykład ponad 20 ofiar śmiertelnych w 2011 i 2012 r. powiązano z 4-metyloamfetaminą, w przypadku której dane dotyczące śmiertelności skłoniły EMCDDA i Europol do przeprowadzenia oceny na poziomie europejskim, a Komisję Europejską do sformułowania zaleceń dotyczących środków kontroli na skalę całej UE.

Szacuje się, że w ubiegłym roku amfetamin używało 1,7 mln (1,3%) młodych osób dorosłych (15–34 lata). W latach 2006–2011 wskaźnik używania substancji z grupy amfetamin w ciągu ostatniego roku przez młodych dorosłych, utrzymywał się na stosunkowo niskim i stałym poziomie w większości państw europejskich i wynosił około 2% lub mniej we wszystkich krajach, które zgłosiły dane. Wyjątek stanowiły Bułgaria (2,1%), Estonia (2,5%) oraz Polska (3,9%). Wszystkie kraje, które zostały niedawno objęte badaniami (w 2010 r. lub później) zgłosiły stałe lub spadające wskaźniki używania amfetaminy, z wyjątkiem Polski, która zgłosiła wzrost (wykres 2.5).

Wzrost zgłaszalności do leczenia z powodu uzależnienia od metamfetaminy

Tylko dwa kraje dysponują najnowszymi danymi szacunkowymi dotyczącymi odsetka osób problemowo używających metamfetaminy, wynoszącego w przypadku osób dorosłych (15–64 lata) około 0,42% w Republice Czeskiej (2011 r.) oraz około 0,21% na Słowacji (2007 r.). Sygnały wskazujące na problemowe używanie metamfetaminy odnotowano ostatnio w Niemczech, Grecji, na Cyprze oraz w Turcji.

Około 6% pacjentów rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie w 2011 r. zgłosiło substancje z grupy amfetamin jako narkotyk podstawowy (w przybliżeniu 24 000 pacjentów, z czego 10 000 rozpoczęło leczenie po raz pierwszy w życiu). Osoby używające amfetaminy jako leku podstawowego, stanowią znaczny odsetek osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy tylko na Łotwie, w Polsce i Szwecji. Metamfetaminę jako lek podstawowy podaje jedynie liczna grupa pacjentów zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy w Republice Czeskiej i na Słowacji. W przypadku osób używających substancji z grupy amfetamin i rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, w latach 2006–2011 obserwuje się stabilną tendencję. Trend ten nie dotyczy jednak Republiki Czeskiej oraz Słowacji, w których odnotowuje się większą liczbę pacjentów zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy z powodu używania metamfetaminy.

Ecstasy: małe zapotrzebowanie na leczenie

Nazwa „ecstasy" odnosi się do substancji syntetycznej MDMA. Narkotyk jest najczęściej używany w postaci

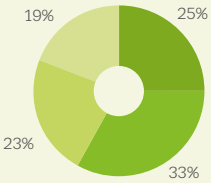
OSOBY UŻYWAJĄCE AMFETAMIN OBJĘTE LECZENIEM

Charakterystyka

29% 71%

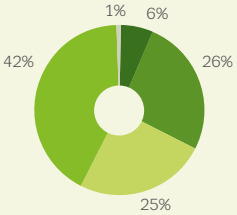
Średni wiek pierwszego użycia **19**

Średni wiek rozpoczęcia leczenia **28**



Częstotliwość używania

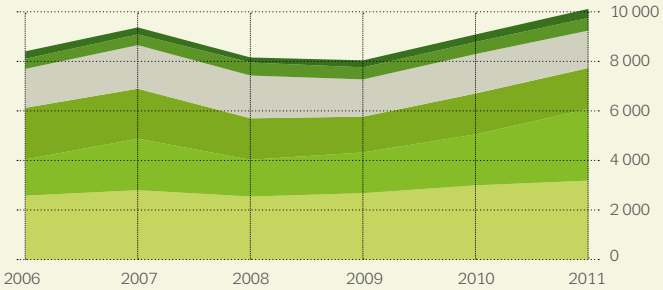
- Codziennie
- Od dwóch do sześciu razy tygodniowo
- Raz na tydzień lub rzadziej
- Nieużywanie w ostatnim miesiącu / używanie okazjonalne



Sposób przyjmowania substancji

- Iniekcja
- Palenie
- Jedzenie/picie
- Wciąganie przez nos
- Inne

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

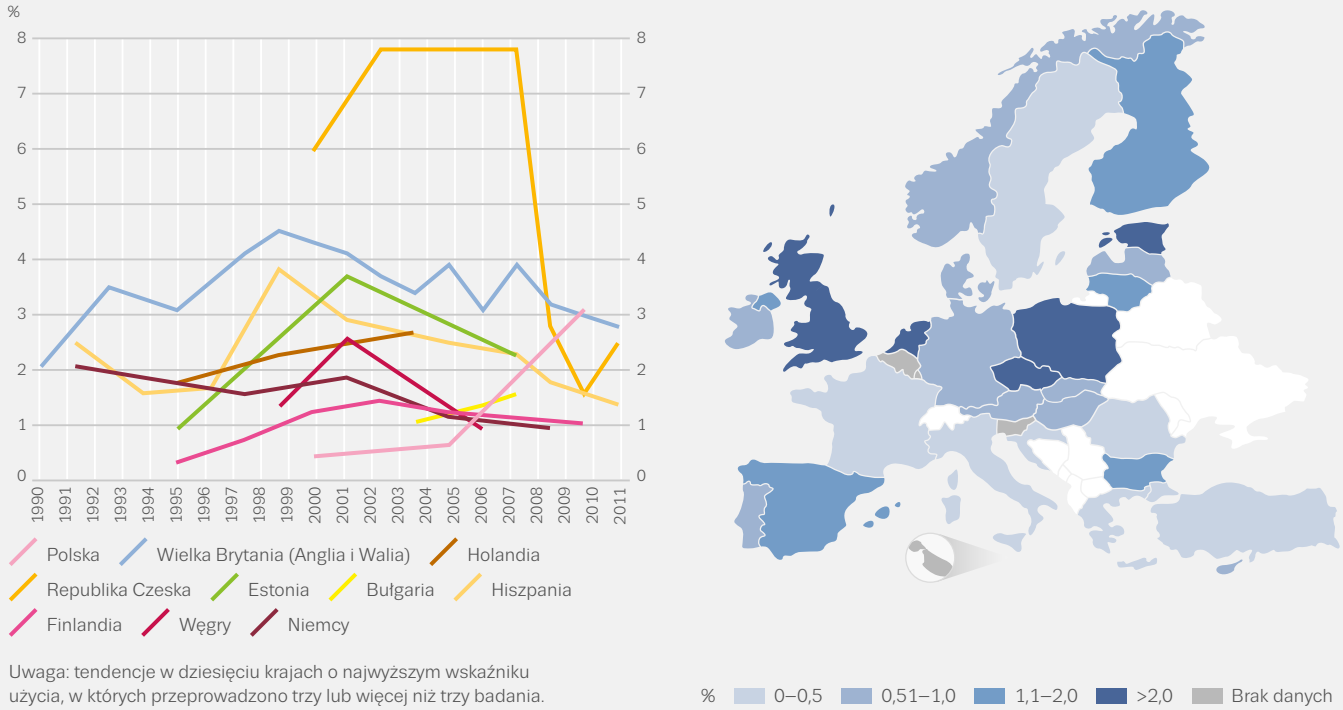


Republika Czeska, Niemcy, Wielka Brytania, Pozostałe kraje, Holandia, Węgry

Uwaga: cechy charakterystyczne dla wszystkich osób rozpoczynających leczenie, dla których amfetaminy są narkotykiem podstawowym. Tendencje dotyczą osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, dla których amfetaminy są narkotykiem podstawowym. Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

WYKRES 2.6

Używanie ecstasy w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych: wybrane tendencje (z lewej) i najnowsze dane (z prawej)



Uwaga: tendencje w dziesięciu krajach o najwyższym wskaźniku użycia, w których przeprowadzono trzy lub więcej niż trzy badania.

tabletek lub w postaci proszku; może być również przyjmowany doustnie, wciągany przez nos lub (rzadziej) przyjmowany w drodze iniekcji. Używanie ecstasy zawsze wiązane było ze sceną muzyki elektronicznej i jest popularne głównie wśród młodych osób dorosłych, zwłaszcza młodych mężczyzn. Używanie tego narkotyku może skutkować ostrą hipertermią oraz problemami ze zdrowiem psychicznym. Zgony związane z ecstasy należą do rzadkości.

Szacowana liczba młodych osób dorosłych, które używały ecstasy w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy wynosi 1,8 mln, natomiast szacunki w poszczególnych państwach wahają się od mniej niż 0,1% do 3,1%. Konsumpcja tego narkotyku osiągała szczytowy poziom w okresie od początku do połowy XXI w., po czym malała (wykres 2.6). W latach 2006–2011 większość krajów zgłaszała stabilną sytuację lub tendencje spadkowe w odniesieniu do używania ecstasy. Wyjątek stanowi Polska, w przypadku której dane z badań krajowych wskazują na tendencję malejącą od 2010 r. W 2011 r. niewiele osób rozpoczęło leczenie wskutek problemów związanych z ecstasy: jako podstawowy narkotyk ecstasy wymieniło mniej niż 1% (około 600 pacjentów) zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy.

Mefedron: nowy konkurent na rynku stymulantów

Istnieją przesłanki wskazujące na to, że rynki nielegalnych substancji pobudzających w niektórych krajach mogły zostać zdominowane przez syntetyczne katynony, w tym mefedron. Obecnie jednak tylko Wielka Brytania dysponuje powtarzalnymi badaniami ankietowymi, w których uwzględniono kwestię używania tych substancji. Według najnowszych danych na używanie mefedronu w ostatnim roku wskazało 1,1% osób dorosłych (w wieku 16–59 lat) w Anglii i Walii, co oznacza, że narkotyk ten zajmuje czwartą pozycję wśród najpowszechniej używanych substancji nielegalnych. W przypadku osób w wieku od 16 do 24 roku życia wskaźnik używania mefedronu w ostatnim roku osiągnął taką samą wartość jak wskaźnik używania ecstasy (3,3%), trzeciego najczęściej używanego narkotyków w tej grupie wiekowej. W porównaniu z badaniem ankietowym 2010/2011 odnotowano jednak spadek poziomu używania w odniesieniu do wszystkich grup.

Generalnie w Europie nadal zgłaszane są przypadki zgonów i zachorowań związanych z mefedronem, chociaż ich liczba jest stosunkowo niewielka. Niektóre kraje raportują również dożylne przyjmowanie mefedronu, MDPV i innych syntetycznych katynonów przez osoby problemowo używające narkotyki oraz przez pacjentów objętych leczeniem uzależnienia (Węgry, Austria, Rumunia, Wielka Brytania).

Substancje halucynogenne, GHB i ketamina: nadal obecne

Na europejskim rynku narkotykowym dostępnych jest wiele substancji, o działaniu halucynogennym, znieczulającym i uspokajającym: mogą być one używane same, w połączeniu z innymi bardziej popularnymi substancjami psychoaktywnymi lub zamiast nich. Ogólnie poziom używania grzybów halucynogennych i LSD w Europie jest niski i utrzymuje się na stałym poziomie od wielu lat. Według dostępnych krajowych badań ankietowych, wskaźnik używania grzybów halucynogennych w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat) wynosi od 0% do 2,2%, natomiast w przypadku LSD wynosi on od 0% do 1,7%

Od połowy lat 90. XX w. rekreacyjne używanie ketaminy i kwasu gamma-hydroksymasłowego (GHB) było raportowane w pewnych podgrupach użytkowników narkotyków w Europie. Wzrasta świadomość problemów zdrowotnych związanych z tymi substancjami, na przykład chorób pęcherza moczowego będących wynikiem długotrwałego używania ketaminy. Do zagrożeń wynikających z używania GHB zalicza się utratę przytomności i uzależnienie. Ponadto odnotowano też udokumentowane przypadki objawów odstawiennych. W przypadkach gdy dostępne są krajowe dane dotyczące używania przez osoby dorosłe i młodzież w wieku szkolnym GHB i ketaminy, wskaźniki używania tych substancji utrzymują się na niskim poziomie. W Wielkiej Brytanii na używanie ketaminy w ostatnim roku wskazało 1,8% osób w wieku od 16 do 24 roku życia. Wskaźnik ten w latach 2008–2012 utrzymywał się na stałym poziomie, chociaż wzrósł względem 2006 r., kiedy to wyniósł 0,8%. Badania ankietowe w klubach nocnych wskazują na wyższy poziom rozpowszechnienia przynajmniej jednokrotnego użycia tych substancji w życiu; na przykład w badaniu przeprowadzonym wśród bywalców klubów w Danii do użycia ketaminy kiedykolwiek w życiu przyznało się 10% respondentów, a użycie GHB zgłosiło 2%. W Wiekiej Brytanii wśród respondentów badania internetowego adresowanego do częstych bywalców klubów, 40% wskazało na używanie ketaminy przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku. W przypadku GHB wskaźnik ten wyniósł 2%.

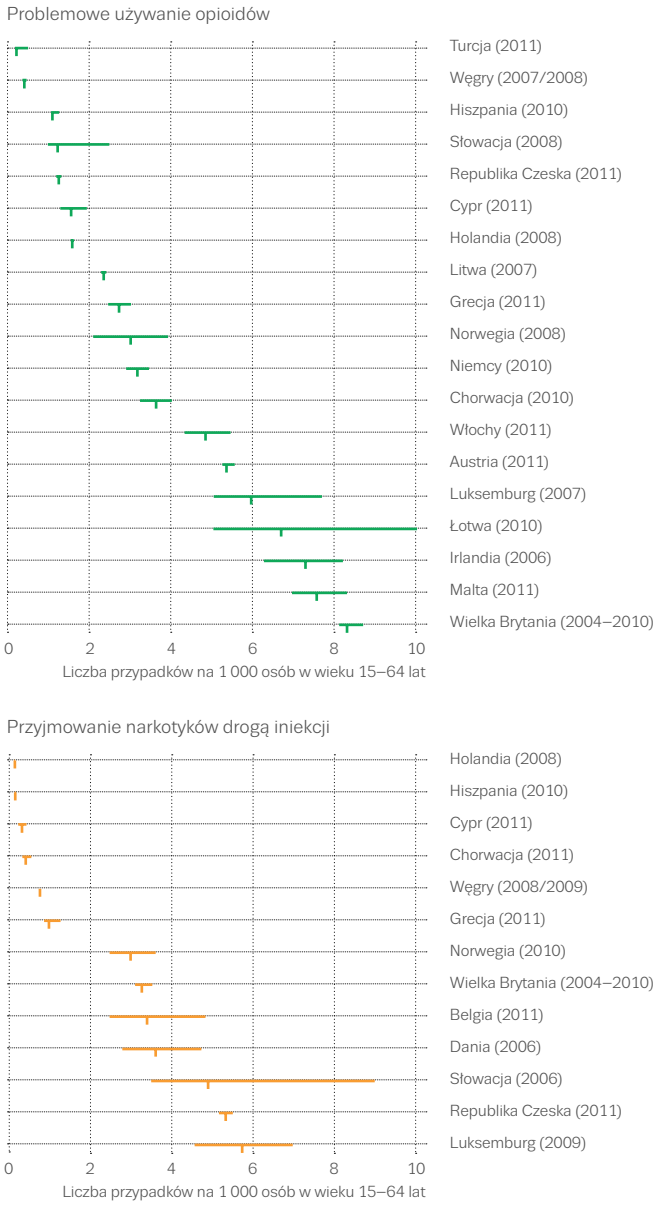
Opioidy: ponad 1,4 miliona problemowych użytkowników

Opioidy mają nieproporcjonalnie duży udział, jeśli chodzi o śmiertelność i zachorowalność z powodu używania narkotyków w Europie. Podstawowym opioidem używanym w Europie jest heroina, którą można palić, wciągać przez nos lub przyjmować drogą iniekcji. Na rynku narkotykowym dostępnych jest także wiele syntetycznych opioidów, takich jak buprenorfina, metadon i fentanyl. Większość osób używających opioidów to osoby używające jednocześnie wielu substancji. Wskaźniki używania są wyższe na obszarach miejskich i w grupach zmarginalizowanych. Osoby używające opioidów, które zgłaszają się do leczenia oprócz problemów zdrowotnych charakteryzuje zazwyczaj wyższy poziom bezdomności i niższe wykształcenie w porównaniu z osobami używającymi innych narkotyków.

Europa doświadczyła dwóch fal uzależnienia od heroiny. Pierwsza dotknęła wiele krajów Europy zachodniej, począwszy od połowy lat siedemdziesiątych ubiegłego

WYKRES 2.7

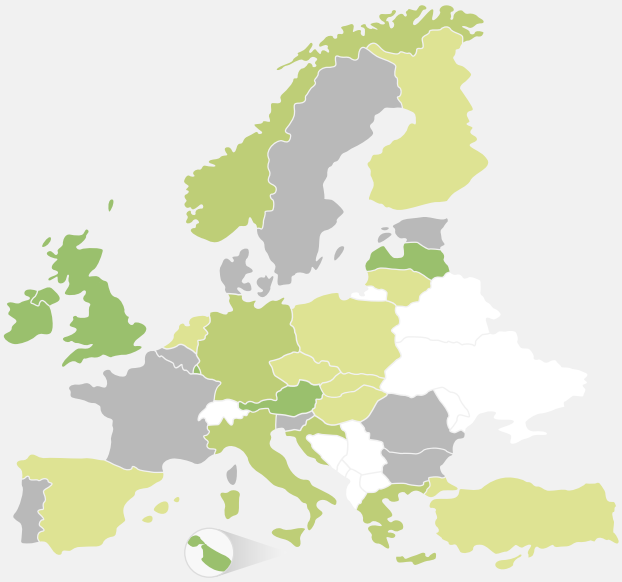
Krajowe oszacowania dotyczące rozmiarów problemowego używania opioidów i przyjmowania narkotyków drogą iniekcji



Uwaga: dane zaprezentowano przy pomocy estymacji punktowej i przedziałów ufności.

WYKRES 2.8

Dane szacunkowe dotyczące osób problemowo używających opioidów w Europie



Liczba przypadków na 1 000 osób: 0,0–2,5; 2,51–5,0; >5,0; Brak danych

Uwaga: Dane dotyczące Polski i Finlandii pochodzą z 2005 r.

wieku, a druga dotarła do Europy środkowej i wschodniej w połowie i pod koniec lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Mimo zmieniających się w ostatnim dziesięcioleciu trendów wydaje się, że ogólna liczba osób rozpoczynających używanie heroiny spada.

Szacuje się, że średnie rozpowszechnienie problemowego używania opioidów przez osoby dorosłe (w wieku 15–64 lat) wynosi 0,41%, co odpowiada 1,4 mln osób używających problemowo opioidów w Europie w 2011 r. Dane szacunkowe dotyczące wskaźników problemowego używania opioidów w krajach Europejskich wahają się od mniej niż jednego do około ośmiu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 roku życia (wykres 2.7).

Heroina: spadek liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy

Osoby używające opioidów (głównie heroiny) stanowią 48% wszystkich pacjentów, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie w 2011 r. w Europie (197 000 pacjentów) i około 30% pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie po raz pierwszy w życiu. Jeśli chodzi o trendy, ogólna liczba nowych pacjentów zgłaszających się do leczenia z powodu heroiny w Europie spadła od 2007 r. z 59 000, kiedy to osiągnęła wartość szczytową, do 41 000 w roku 2011. Spadek ten jest najbardziej zauważalny w krajach zachodnioeuropejskich. Ogólnie wydaje się, że liczba osób rozpoczynających używanie heroiny spada. Taka hipoteza znajduje potwierdzenie w zapotrzebowaniu na leczenie.

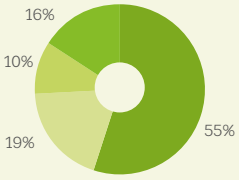
OSOBY UŻYWAJĄCE HEROINY OBJĘTE LECZENIEM

Charakterystyka

22% 78%

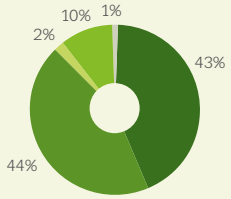
Średnia wieku pierwszego użycia **22**

Średnia wieku rozpoczęcia leczenia **35**



Częstotliwość używania

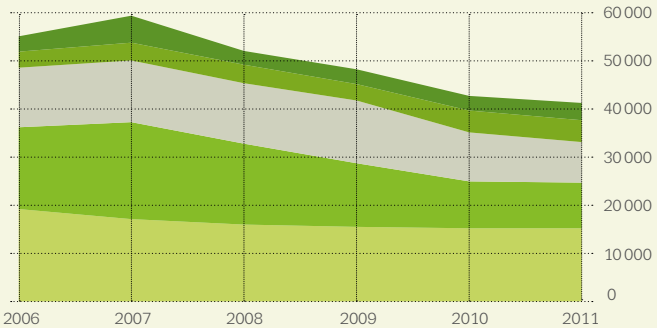
- Codziennie
- Od dwóch do sześciu razy tygodniowo
- Raz na tydzień lub rzadziej
- Nieużywanie w ostatnim miesiącu / używanie okazjonalne



Sposób przyjmowania substancji

- Iniekcja
- Palenie
- Jedzenie/picie
- Wciąganie przez nos
- Inne

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

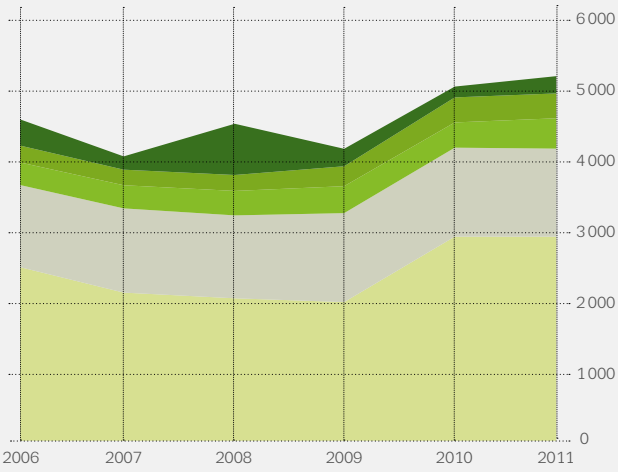


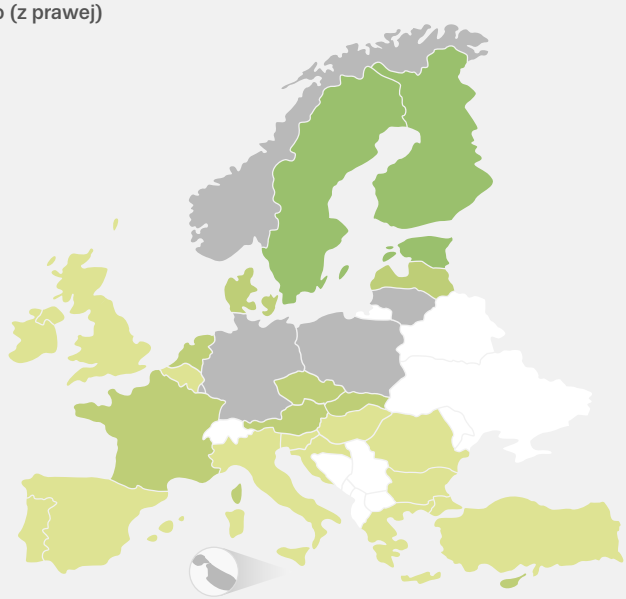
Wielka Brytania; Włochy; Pozostałe kraje; Hiszpania; Niemcy

Uwaga: Charakterystyka wszystkich osób rozpoczynających leczenie, dla których heroina jest narkotykiem podstawowym. Trendy dotyczą osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, dla których heroina jest narkotykiem podstawowym. Wartości wskaźników dla poszczególnych krajów są zróżnicowane.

WYKRES 2.9

Osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy z powodu uzależnienia od opioidów innych niż heroina: trendy w liczebności (z lewej) i w ujęciu procentowym w stosunku do wszystkich osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy z powodu uzależnienia od opioidów jako narkotyku podstawowego (z prawej)





Wielka Brytania | Pozostałe kraje | Francja | Hiszpania | Włochy

% | 0–10 | 11–50 | >50 | Brak danych

Opioidy inne niż heroina: problem w niektórych krajach

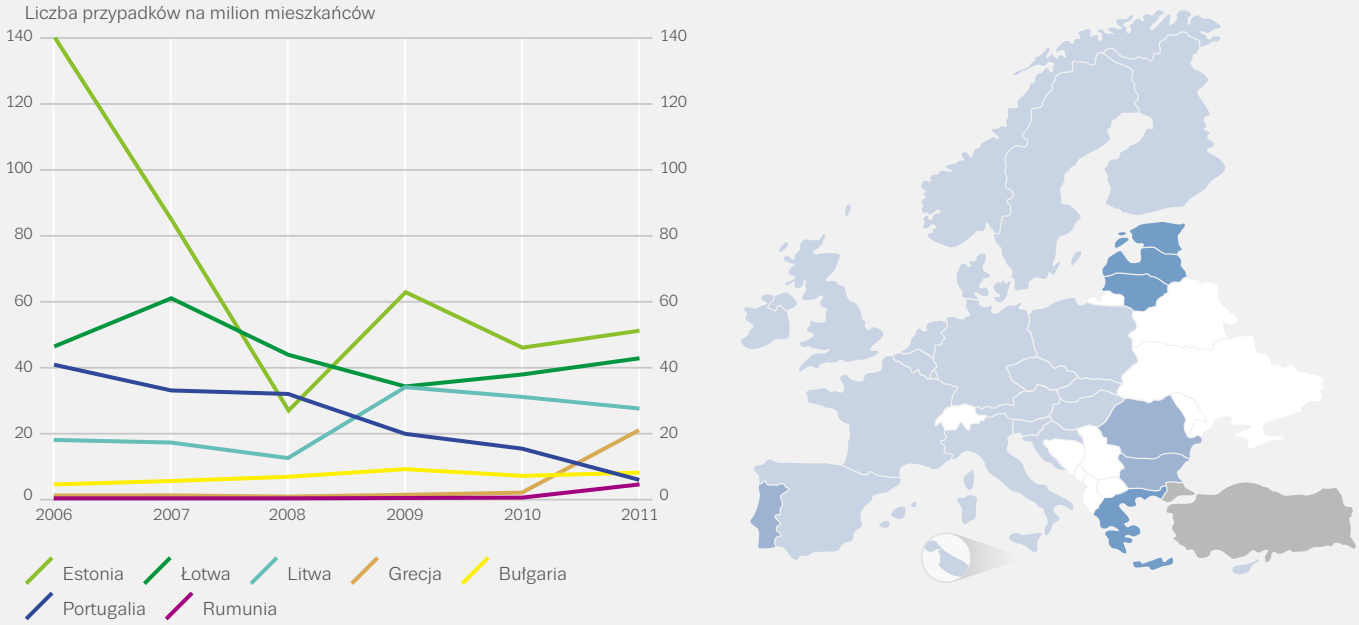
W 2011 r. jedenaście krajów europejskich zgłosiło, że 10% lub więcej pacjentów po raz pierwszy rozpoczynających specjalistyczne leczenie z powodu uzależnienia od opioidów używało opioidów innych niż heroina, w tym fentanylu, metadonu i buprenorfiny (wykres 2.9). W niektórych krajach używanie tych właśnie substancji stanowi obecnie najpowszechniejszą formę przyjmowania opioidów: w Estonii większość osób rozpoczynających leczenie z powodu opioidów używała fenatanylu, natomiast w Finlandii większość pacjentów uzależnionych od opioidów zgłosiła jako narkotyk podstawowy buprenorfinę.

Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji: długotrwały trend spadkowy

Osoby używające narkotyków drogą iniekcji są w najwyższym stopniu narażone na problemy zdrowotne, takie jak zakażenia przenoszone przez krew lub przedawkowanie. Iniekcje są najczęściej związane z używaniem opioidów, chociaż w kilku krajach dużym problemem jest przyjmowanie amfetamin drogą iniekcji. Według dostępnych w 13 krajach oszacowań dotyczących przyjmowania narkotyków drogą iniekcji, liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków wahają się od mniej niż jednego do około sześciu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 lat. Spośród pacjentów rozpoczynających specjalistyczne leczenie 38% osób używających opioidów oraz 24% osób używających amfetaminy wskazało na przyjmowanie narkotyku drogą iniekcji. Wśród użytkowników opioidów odsetek osób przyjmujących je drogą iniekcji różni się w zależności od kraju i wynosi od niespełna 9% w Holandii do ponad 93% na Łotwie. W latach 2006–2011 odsetek osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wśród pacjentów uzależnionych od heroiny i rozpoczynających leczenie po raz pierwszy ogólnie się zmniejszył; choć ostatnie dane wskazują jednak na niewielki wzrost.

WYKRES 2.10

Nowo zdiagnozowane przypadki zakażenia wirusem HIV z powodu przyjmowania narkotyków drogą iniekcji wybrane tendencje (z lewej) i najnowsze dane (z prawej)



Uwaga: Nowo zdiagnozowane przypadki zakażenia wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w krajach o najwyższych wartościach wskaźników w roku 2011 (źródło: ECDC)

Ogniska zakażeń zagrażają długofalowemu spadkowi liczby zakażeń wirusem HIV

Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji to cały czas istotna droga przenoszenia chorób zakaźnych, w tym HIV/AIDS i wirusowego zapalenia wątroby typu C. Według najnowszych danych długofalowy spadek liczby zdiagnozowanych przypadków HIV w Europie może zostać przerwany za sprawą ognisk zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w Grecji i Rumunii (wykres 2.10). W 2011 r. średni wskaźnik nowo zdiagnozowanych przypadków HIV związanych z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji wyniósł 3,03 na milion mieszkańców. Pomimo tego, że dokładne wartości wciąż podlegają weryfikacji, to należy zauważyć, że w 2011 r. odnotowano 1 507 nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV, nieco więcej niż w roku 2010. Oznacza to załamanie ogólnego trendu spadkowego dotyczącego zakażeń HIV obserwowanego od 2004 r.

Dane analizowane na poziomie europejskim wskazują na znaczne różnice w poziomach i trendach w zakresie nowo diagnozowanych przypadków HIV w poszczególnych krajach. W 2011 r. w Grecji i Rumunii zdiagnozowano 353 takie przypadki, co stanowi 23% wszystkich diagnoz w Europie. Dla porównania w 2010 r. odsetek zdiagnozowanych w tych krajach przypadków HIV wynosił zaledwie ponad 2% (31/1 469). Bułgaria, Estonia i Łotwa zanotowały niewielki wzrost wskaźników nowo

Osoby używające narkotyków drogą iniekcji są w najwyższym stopniu narażone na problemy zdrowotne

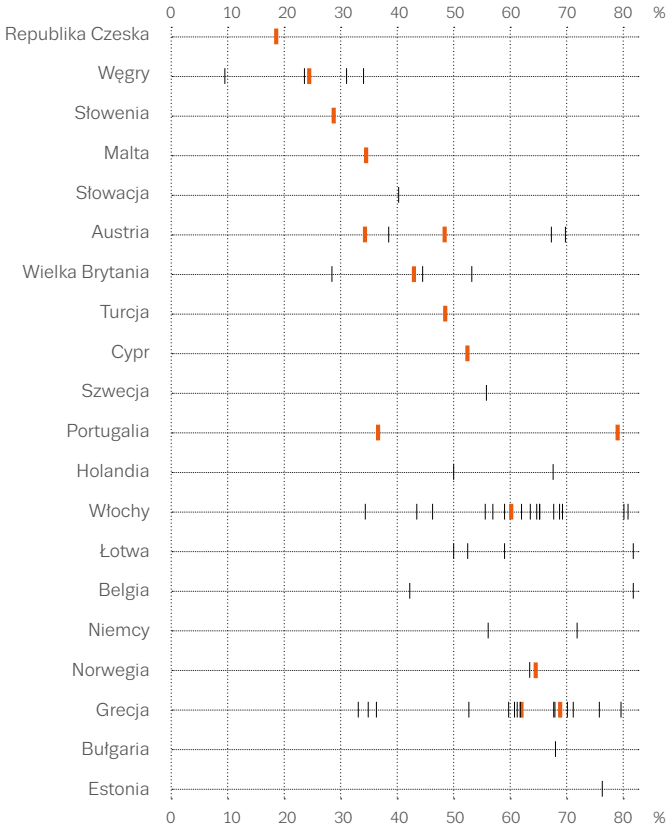
zdiagnozowanych przypadków zakażenia wirusem HIV w 2011 r.. Dla porównania wskaźniki zgłoszone przez Irlandię, Hiszpanię i Portugalię cały czas malały, potwierdzając obserwowany od 2004 r. trend spadkowy.

Wirusowe zapalenie wątroby i inne zakażenia: poważne problemy zdrowotne

Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności zakażenie wywołane wirusem typu C (HCV), jest wysoce rozpowszechnione wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w całej Europie. W latach 2010–2011 poziom rozpowszechnienia HCV w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wynosił od 18% do 80%. Ponadto osiem z 12 krajów dysponujących danymi raportowało rozpowszechnienie HCV przekraczające 40% (wykres 2.11). Rozpowszechnienie HCV na tym lub wyższym poziom może wskazywać na istnienie potencjału występowania nowych ognisk zakażeń wirusem HIV związanych z przyjmowaniem narkotyków

WYKRES 2.11

Rozpowszechnienie występowania HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, 2010/2011



Badania o zasięgu ogólnokrajowym
Badania o zasięgu lokalnym lub regionalnym

drogą iniekcji. Spośród krajów dysponujących krajowymi danymi dotyczącymi trendów w latach 2006–2011 trzy zgłosiły malejącą liczbę przypadków zakażenia wirusem HIV przez osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji (Włochy, Portugalia, Norwegia), natomiast w dwóch pozostałych odnotowano wzrost (Grecja, Cypr).

W 18 krajach, w odniesieniu do których dostępne są dane za lata 2010–2011, przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji jest przyczyną 58% wszystkich zgłoszonych przypadków HCV oraz 41% zgłoszonych ostrych przypadków HCV (w przypadku gdy znana jest kategoria ryzyka). W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B, osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji stanowią 7% wszystkich zgłoszonych przypadków oraz 15% przypadków ostrych. Używanie narkotyków może być czynnikiem ryzyka w przypadku wszystkich innych chorób zakaźnych, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu A i D, chorób przenoszonych drogą płciową, gruźlicy, tężca i botulizmu. W Europie sporadycznie zgłaszane są także przypadki ognisk zakażeń wąglikiem, prawdopodobnie powodowanych zanieczyszczoną heroiną. Między czerwcem 2012 r. a początkiem marca 2013 r. zgłoszono 15 przypadków wąglika z czego siedem śmiertelnych. Przypadki te były związane z używaniem narkotyków. Może to mieć związek z ogniskami zakażeń wąglikiem, zgłoszonymi w 2009 oraz 2010 r.

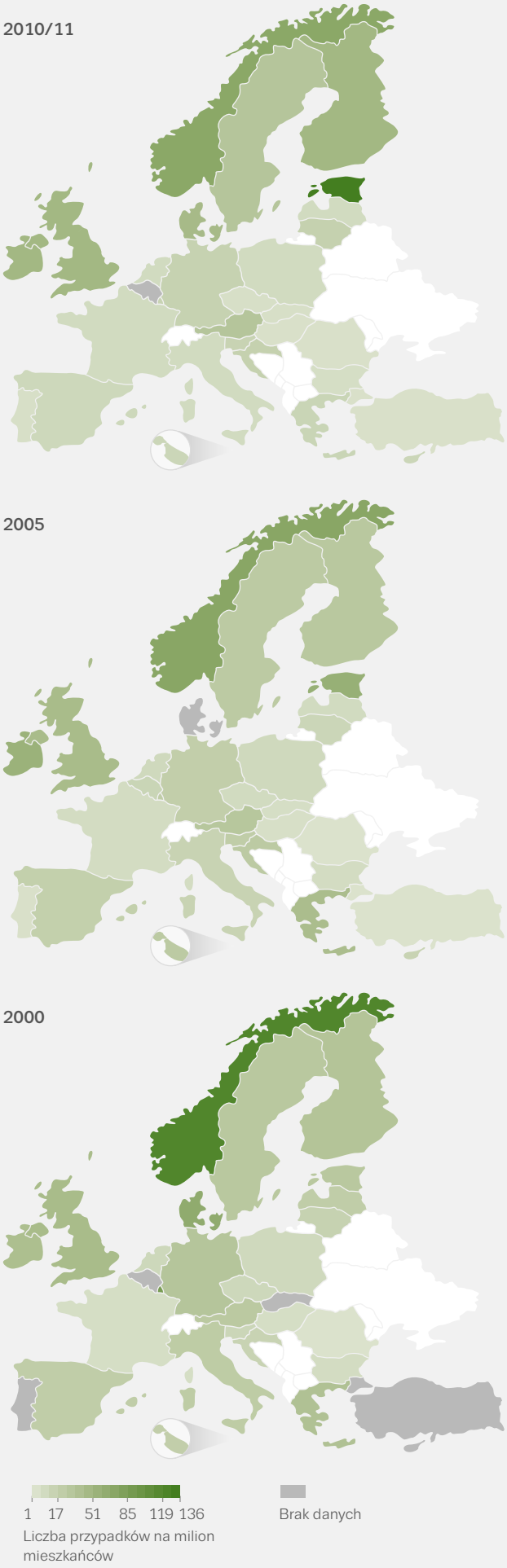
Zgony związane z narkotykami: nie tylko przedawkowanie

Używanie narkotyków to jedna z głównych przyczyn zgonów młodych osób w Europie. Zgony te powodowane są bezpośrednio przedawkowaniem (zgony związane z narkotykami), lub w sposób pośredni są następstwem używania narkotyków, poprzez powodowanie chorób i wypadków oraz zachowań agresywnych i samobójstw. Większość badań kohortowych dotyczących osób problemowo używających narkotyków wskazuje na umieralność wynoszącą 1–2% rocznie, czyli od 10 do 20 razy większą niż można by oczekiwać. Według ostatniej analizy EMCDDA w Europie umiera co roku od 10 000 do 20 000 osób używających opioidów. Większość zgonów dotyczy mężczyzn w wieku około trzydziestu – trzydziestu kilku lat; jednak wiek, umieralność I przyczyny zgonów różnią się, w zależności od kraju oraz na przestrzeni czasu.

Śmiertelność związana z HIV to najlepiej udokumentowana pośrednia przyczyna zgonów wśród osób używających narkotyki. Według najnowszych szacunków w 2010 r. w Europie na HIV/AIDS spowodowany przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji zmarło około 1 700 osób. Mamy tutaj do czynienia z tendencję spadkową. Zgony osób

WYKRES 2.12

Śmiertelność osób dorosłych (w wieku 15–64 lat) wskutek używania narkotyków



używających narkotyków mogą być powodowane również przez choroby wątroby, głównie związane z zakażeniem wirusem HCV, często zaostrzone wskutek nadużywania alkoholu. W tym przypadku jednak dane liczbowe na poziomie europejskim są niedostępne. Nadmierna umieralność osób używających narkotyków jest również następstwem samobójstw, obrażeń i zabójstw, chociaż w tym przypadku również brakuje wiarygodnych danych szacunkowych.

Główną przyczyną zgonów osób problemowo używających narkotyków w Europie jest przedawkowanie, a opioidy – głównie heroina lub jej metabolity często w połączeniu z innymi substancjami jak alkohol lub benzodiazepiny – odpowiedzialne są za większości zgłoszonych przypadków zgonów związanych z narkotykami. Poza heroiną w raportach toksykologicznych wymieniane są inne opioidy, takie jak metadon, buprenorfina i fentanyle.

Około 90% zgłaszanych w Europie zgonów z powodu przedawkowania dotyczy osób powyżej 25 roku życia i średnia wieku tych osób rośnie, co wskazuje na starzenie się populacji osób problemowo używających opioidów. Większość zgłoszonych zgonów wskutek przedawkowania dotyczy mężczyzn (80%).

Szacunkowy wskaźnik umieralności wskutek przedawkowania w 2011 r. w Europie wynosi 18 zgonów na milion mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat. Sześć krajów zgłosiło wskaźniki wynoszące powyżej 40 zgonów na milion mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zgonów odnotowano w Norwegii (73 na milion mieszkańców) i Estonii (136 na milion mieszkańców) (wykres 2.12).

W większości krajów w okresie od 2003 r. do 2008/2009 r. odnotowano tendencję wzrostową, jeśli chodzi o zgony spowodowane przedawkowaniem. W późniejszym okresie ogólny poziom zgonów ustabilizował się, a następnie zaczął spadać. Ogólnie w 2011 r. zgłoszono około 6 500 zgonów spowodowanych przedawkowaniem. Stanowiło to spadek w porównaniu do 2010 r., w którym odnotowano 7 000 zgonów oraz do 2009 r., w którym liczba zgonów wyniosła 7 700. Trendy w zakresie zgonów spowodowanych narkotykami są jednak zróżnicowane, zależnie od kraju. Niektóre państwa wciąż odnotowują wzrost w zakresie tego wskaźnika.

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2011 r.

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

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

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

2011 r.

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

2010 r.

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009 r.

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008 r.

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

Publikacje EMCDDA i ESPAD

2012 r.

Streszczenie – Raport ESPAD za 2011 r.

Publikacje EMCDDA i ECDC

2012 r.

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

3

Reakcje na problem narkotyków można podzielić na dwie ogólne kategorie, tj. ograniczenie popytu na narkotyki lub ich podaży

Reagowanie na problem narkotyków

Reakcje na problem narkotyków można podzielić na dwie ogólne kategorie, tj. ograniczenie popytu na narkotyki lub ich podaży. Do pierwszej zalicza się interwencje w dziedzinie zdrowia i w wymiarze społecznym, takie jak profilaktyka, redukcja szkód, leczenie i reintegracja społeczna. Druga kategoria to egzekwowanie przestrzegania prawa dotyczącego narkotyków, głównie przez policję, organy celne oraz sądownictwo, przede wszystkim w celu ograniczenia dostępności narkotyków.

Monitorowanie reakcji na problem narkotyków

Reakcje na problem narkotyków monitoruje się obecnie, łącząc rutynowe źródła danych z analizami krajowymi i specjalistycznymi ekspertyzami.
Dane dotyczące reakcji w dziedzinie zdrowia i w wymiarze społecznym zawierają szacowania na temat dostępności leczenia substytucyjnego oraz dostępności igieł i strzykawek. Poza tym informacji o skuteczności interwencji w obszarze zdrowia publicznego dostarczają przeglądy dowodów naukowych, takich jak te przedstawiane przez Cochrane Collaboration. Więcej informacji na temat przedstawionych tu danych i bazy informacyjnej dotyczącej reagowania na problem narkotykowy zamieszczono na stronie internetowej EMCDDA w Biuletynie statystycznym oraz w Best practice portal (portal poświęcony najlepszym praktykom).

Postęp w zakresie profilaktyki w szkołach opartej na dowodach naukowych

W celu przeciwdziałania używaniu narkotyków oraz rozwiązywania problemów związanych z narkotykami stosuje się liczne strategie profilaktyczne. Strategie środowiskowe i uniwersalne ukierunkowane są na całe populacje, natomiast profilaktyka selektywna dotyczy

WYKRES 3.1

Dostępność specjalnych interwencji w ramach profilaktyki antynarkotykowej w szkołach (ekspertyzy, 2010)

grup szczególnie wrażliwych, a profilaktyka wskazująca koncentruje się na osobach zagrożonych. Większość działań profilaktycznych w Europie realizuje się w szkołach (wykres 3.1), chociaż prowadzi się je również w innych placówkach.

Dowody wskazują, że profilaktyczne strategie środowiskowe, których celem jest zmiana środowiska kulturowego, społecznego, fizycznego i ekonomicznego, mogą skutecznie zmieniać przekonania normatywne, prowadząc w konsekwencji do zmiany zachowań w obszarze używania substancji psychoaktywnych. Interwencje środowiskowe w szkołach należą w Europie do rzadkości. W niektórych obszarach, takich jak propagowanie opiekuńczego środowiska szkolnego i formułowanie szkolnej polityki antynarkotykowej (np. wytycznych dotyczących reagowania na używanie lub sprzedaż narkotyków przez uczniów), poczyniono jednak pewne postępy. Odnotowano również niewielkie zmiany w kierunku stosowania w szkołach interwencji w zakresie profilaktyki uniwersalnej, które uzyskały pozytywny wynik ewaluacji, takich jak szkolenia umiejętności osobistych i społecznych, natomiast odchodzenie od takich form jak udzielanie podstawowych informacji, ponieważ istnieją dowody na ich niską skuteczność. Napływa coraz więcej informacji potwierdzających udane przeniesienie pozytywnie zewaluowanych północnoamerykańskich i europejskich programów profilaktyki [np. Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro i Preventure].

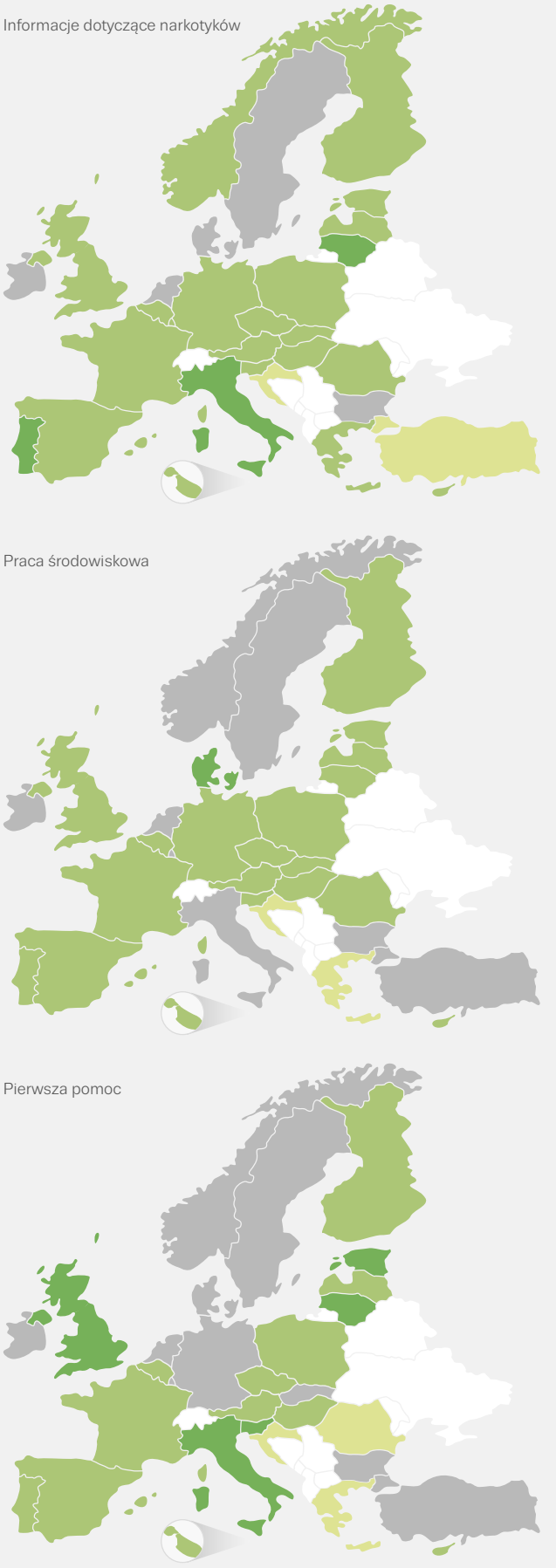
Interwencje w ramach profilaktyki selektywnej skierowane są do szczególnie wrażliwych grup młodych osób, które mogą być bardziej zagrożone problemami związanymi z używaniem narkotyków. Ekspertyzy wskazują na ogólny wzrost dostępności interwencji dla niektórych szczególnie wrażliwych grup w Europie, zwłaszcza na większą aktywność ukierunkowaną na uczniów mających problemy społeczne oraz problemy z nauką. Szkoły to również ważne miejsce dla działalności ukierunkowanej na profilaktykę wskazującą, w tym działalności mającej na celu wczesną identyfikację uczniów z problemami związanymi z zachowaniem i narkotykami.

Interwencje w klubach nocnych: potrzeba zastosowania zintegrowanego podejścia

Przypadki używania nielegalnych narkotyków, zwłaszcza stymulujących, odnotować można wśród bywalców klubów nocnych, a młodzi ludzie uczestniczący w różnego rodzaju imprezach mogą używać narkotyków lub spożywać alkohol, stając tym samym w obliczu dużego zagrożenia problemami zdrowotnymi, wypadkami lub urazami. Europejska inicjatywa pod nazwą „Healthy

WYKRES 3.2

Dostępność określonych interwencji w klubach nocnych (ekspertyzy, 2011)



Nightlife Toolbox" podkreśla znaczenie zapewnienia miejsc rozrywki, w których będzie dostępny zestaw środków mających rozwiązać problem takich zagrożeń. Zaleca się zatem podejście zintegrowane, obejmujące profilaktykę, redukcję szkód oraz interwencje w obszarze regulacji i egzekwowania przepisów prawa.

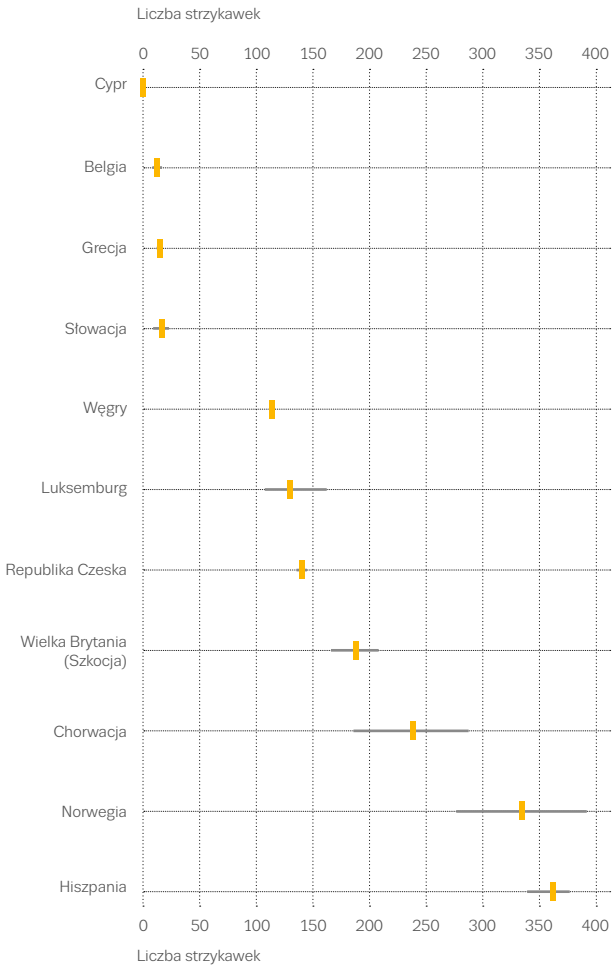
Stosowanie strategii w obszarze profilaktyki i redukcji szkód zgłasza zaledwie nieco więcej niż jedna trzecia krajów. Niektóre z tych strategii koncentrują się na jednostkach i obejmują dystrybucję ulotek informacyjnych, działania interwencyjne z wykorzystaniem edukacji koleżeńskiej oraz zespoły działające w terenie. Inne strategie koncentrują się na środowisku i obejmują na przykład regulacje dotyczące obiektów prowadzących sprzedaż alkoholu i wydawanie im licencji; propagowanie bezpiecznego serwowania alkoholu; inicjatywy w zakresie panowania nad tłumem, dostępu do bezpłatnej wody pitnej oraz bezpiecznej komunikacji publicznej w godzinach nocnych. Działania takie propaguje się za pośrednictwem club-health.eu oraz przy pomocy etykiet „quality nights" propagujących bezpieczną zabawę i promowanych w ramach europejskiego projektu „Party+". Przegląd informacji na temat dostępności trzech interwencji w obszarze życia nocnego tj. rozprowadzanie materiałów informacyjnych, praca środowiskowa i pierwsza pomoc, wskazuje jednak na ograniczoną działalność wielu krajów w tym obszarze (wykres 3.2).

Profilaktyka chorób zakaźnych: konieczność zwrócenia większej uwagi na leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C

Osoby używające narkotyków, zwłaszcza przyjmujące narkotyki drogą iniekcji, są zagrożone chorobami zakaźnymi wskutek dzielenia się sprzętem do przyjmowania narkotyków oraz podejmowania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia. W związku z powyższym zapobieganie przenoszeniu się HIV, wirusowego zapalenia wątroby oraz innych zakażeń to ważny cel europejskiej polityki antynarkotykowej. W przypadku osób przyjmujących opioidy drogą iniekcji kilka ostatnich przeglądów dowodzi skuteczności leczenia substytucyjnego w tym obszarze, która może być jeszcze większa, jeżeli połączyć to leczenie z programami wymiany igieł i strzykawek.

WYKRES 3.3

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



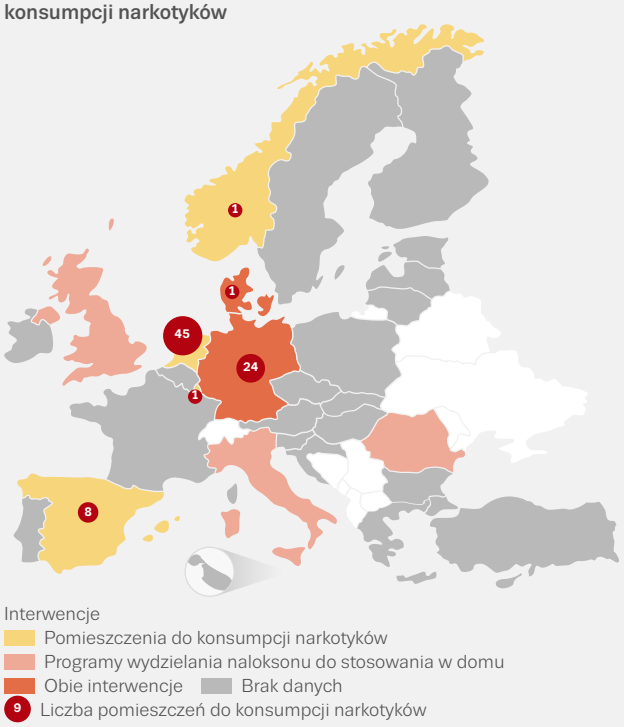
Uwaga: dane zaprezentowano przy pomocy estymacji punktowej i przedziałów ufności.

W 23 krajach, które dostarczyły dane za rok 2005 i 2011, liczba strzykawek rozdanych w ramach specjalistycznych programów wzrosła z 34,2 mln w roku 2005 do 46,3 mln w 2011 r. W 11 krajach, dla których dostępne są szacunkowe dane dotyczące liczby osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, w 2011 r. w ramach specjalistycznych programów rozdano średnio 127 strzykawek na jedną osobę przyjmującą narkotyki drogą iniekcji. Liczba ta waha się od 50 do ponad 300 strzykawek na osobę (wykres 3.3).

Istnieje bezpieczna i skuteczna szczepionka zapobiegająca rozprzestrzenianiu się wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV), którą 25 krajów europejskich uwzględniło w krajowych programach szczepień. Ponadto szesnaście krajów zgłasza istnienie specjalnych programów szczepień przeciwko HBV przeznaczonych dla osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C, przeciwko któremu nie ma szczepionki, stosuje się podobne środki profilaktyczne jak te zapobiegające przenoszeniu HIV. Jednakże w niektórych

WYKRES 3.4

Europejskie kraje prowadzące programy wydzielania naloksonu do stosowania domu i programy nadzorowanych pomieszczeń do konsumpcji narkotyków



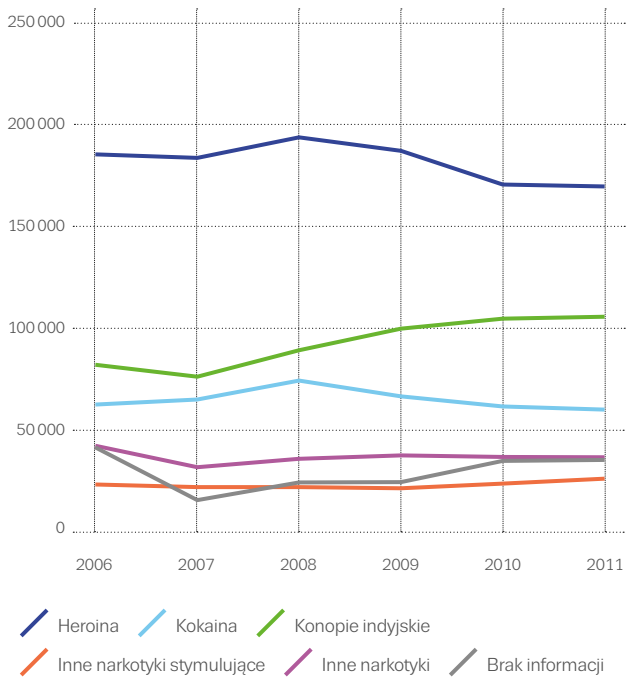
krajach europejskich inicjatywy ukierunkowane na doradztwo i wykonywanie testów w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji są nadal ograniczone i słabo dotowane. Badania modelowe wskazują też, że objęcie użytkowników narkotyków leczeniem antywirusowym pod kątem zapalenia wątroby typu C może ograniczyć przenoszenie się wirusa. Niezależnie od tego i mimo istnienia coraz liczniejszych dowodów potwierdzających skuteczność leczenia antywirusowego pod kątem zapalenia wątroby typu C, w Europie obecnie stosunkowo niewiele osób jest poddawanych takiemu leczeniu.

Zapobieganie zgonom związanym z narkotykami: podstawowe wyzwanie w obszarze zdrowia publicznego

Zmniejszenie liczby przypadków przedawkowania narkotyków i innych zgonów związanych z narkotykami to podstawowe wyzwanie dla europejskiej polityki w obszarze zdrowia publicznego. Leczenie uzależnienia od narkotyków, zwłaszcza substytucja opiatowa, znacznie zmniejsza ryzyko zgonu u osób używających narkotyków. Zwiększenie dostępu do leczenia i jego kontynuację można natomiast uznać za ważny środek profilaktyczny, jeśli chodzi o zapobieganie przedawkowaniom. Wiadomo jednak, że ryzyko przedawkowania w przypadku osób używających opioidów zwiększa się z chwilą opuszczenia przez te osoby zakładu karnego oraz przy stosowaniu

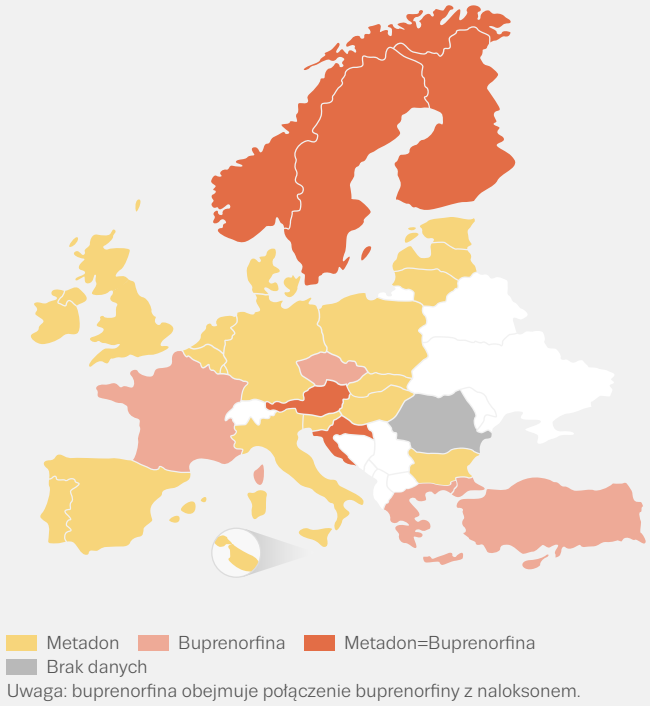
WYKRES 3.5

Liczba pacjentów podejmujących specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w podziale na narkotyki podstawowe



WYKRES 3.6

Główne leki substytucyjne w leczeniu uzależnienia od opioidów według liczby pacjentów



Uwaga: buprenorfina obejmuje połączenie buprenorfiny z naloksonem.

niektórych form leczenia, co prawdopodobnie wynika z obniżonego poziomu tolerancji. Jedną z innowacyjnych metod eliminowania takiego ryzyka jest powszechniejsze udostępnianie naloksonu – leku z grupy antagonistów receptorów opioidowych. Pięć krajów zgłasza projekty lub programy pilotażowe polegające na wydzielaniu osobom używającym opioidów, członkom ich rodzin i opiekunom dawki naloksonu do stosowania w domu (wykres 3.4). Badania w Wielkiej Brytanii wykazały, że wystarczy przeszkolenie na minimalnym poziomie, aby pracownicy ochrony zdrowia, w tym osoby pracujące w obszarze narkomanii, byli w stanie podnieść swój poziom wiedzy, umiejętności i pewności siebie na tyle, by radzić sobie w przypadku przedawkowania opioidów i w odpowiedni sposób stosować nalokson.

Większość krajów potwierdza rozpowszechnianie informacji na temat ryzyka przedawkowania wśród osób problemowo używających narkotyków. Ocena dotycząca ryzyka przedawkowania, dokonana przez przeszkolonych pracowników ds. uzależnień od narkotyków lub pracowników ochrony zdrowia, może pomóc we wczesnej identyfikacji osób szczególnie zagrożonych. Z kolei nadzorowane pomieszczenia do konsumpcji narkotyków mogą pomóc dotrzeć do zmarginalizowanych grup użytkowników narkotyków. Obiekty takie istnieją w sześciu krajach i mogą przyczyniać się do zapobiegania przedawkowaniom śmiertelnym, jak również do ograniczania skali przedawkowań nieskutkujących zgonem.

Ponad milion Europejczyków objętych leczeniem uzależnienia od narkotyków

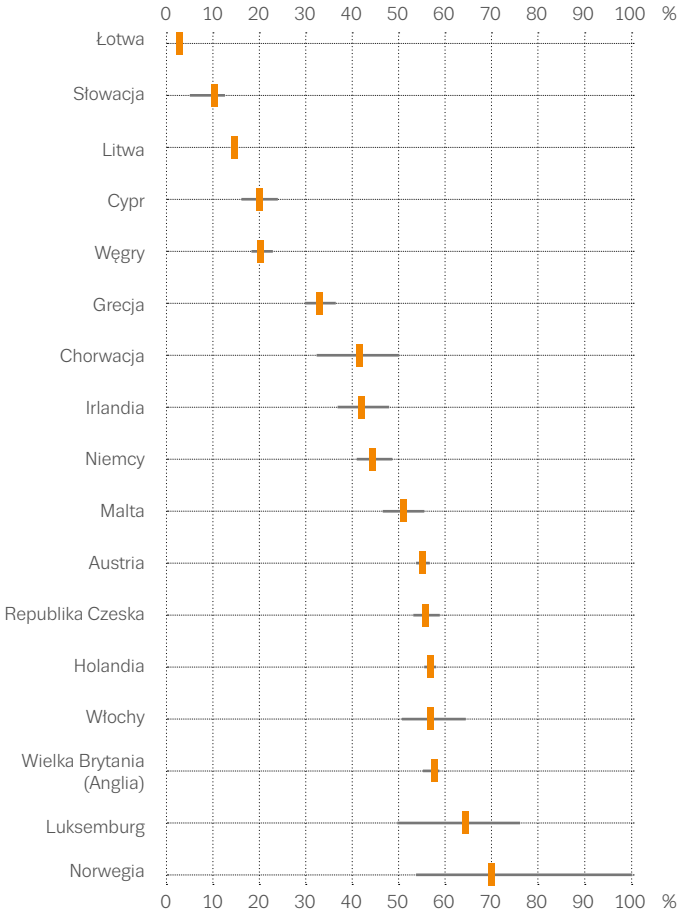
Szacuje się, że w Europie w 2011 r. co najmniej 1,2 mln osób poddano leczeniu uzależnienia od narkotyków. Najliczniejszą grupę objętą leczeniem stanowią osoby używające opioidów. Ponadto dane dotyczące podejmowania leczenia (wykres 3.5) wskazują, że osoby używające konopi indyjskich i kokainy mogą stanowić odpowiednio drugą i trzecią pod względem liczebności grupę, aczkolwiek dostrzegalne są różnice między poszczególnymi krajami.

Do podstawowych sposobów leczenia uzależnienia od narkotyków w Europie zalicza się interwencje psychospołeczne, leczenie substytucyjne opiatami i detoksykację. W większości leczenie odbywa się w warunkach ambulatoryjnych, w takich placówkach jak ośrodki specjalistyczne, gabinety lekarzy pierwszego

Szacuje się, że w Europie w 2011 r. co najmniej 1,2 mln osób poddano leczeniu uzależnienia od narkotyków

WYKRES 3.7

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



Uwaga: dane zaprezentowano przy pomocy estymacji punktowej i przedziałów ufności.

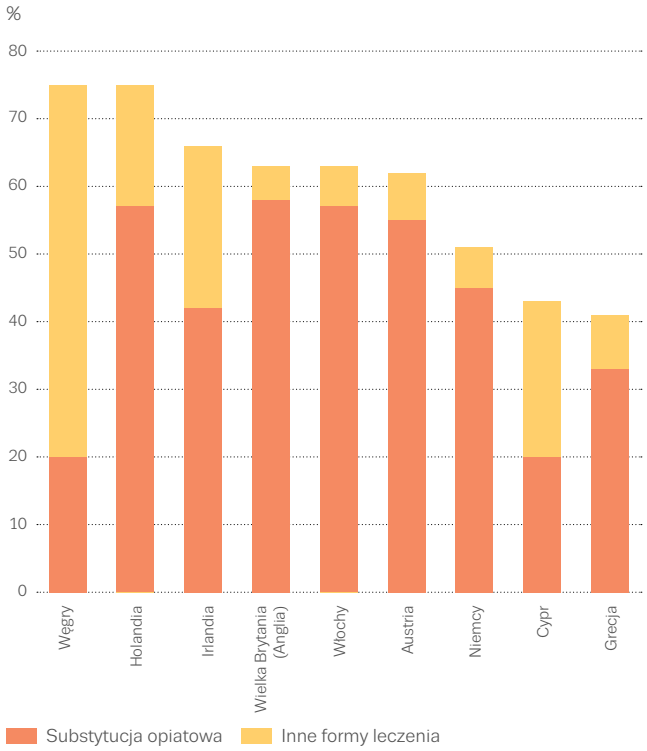
kontaktu i programy niskoprogowe. Leczenie uzależnienia od narkotyków w znacznej części, chociaż coraz rzadziej, realizuje się też w placówkach zamkniętych.

Osoby używające opioidów: leczenie substytucyjne opiatami jako pierwszy wybór

Najbardziej powszechnym rodzajem leczenia uzależnienia od opioidów w Europie jest leczenie substytucyjne, na ogół zintegrowane z opieką psychospołeczną i prowadzone w specjalistycznych ośrodkach ambulatoryjnych lub przez lekarzy ogólnych. Najczęściej przepisywanym lekiem substytucyjnym jest metadon – otrzymuje go do trzech czwartych pacjentów, podczas gdy reszcie pacjentów przepisuje się w większości buprenorfinę, która jest podstawowym lekiem substytucyjnym w pięciu krajach (wykres 3.6). Poniżej 5% lecznictwa substytucyjnego w Europie opiera się na przepisywaniu innych substancji, takich jak morfina o powolnym uwalnianiu lub diacetylomorfina (heroina).

WYKRES 3.8

Odsetek osób problemowo używających opioidów objętych leczeniem uzależnienia od narkotyków (dane szacunkowe)

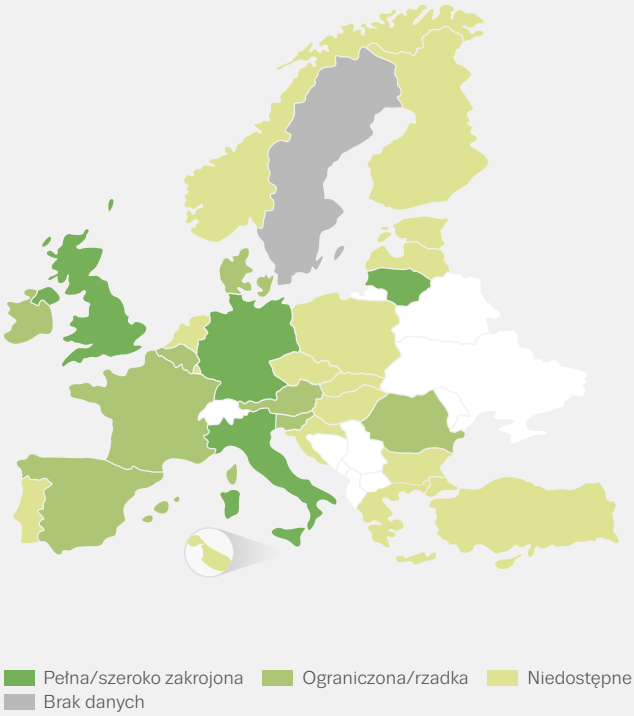


Dostępne dowody przemawiają za stosowaniem leczenia substytucyjnego w połączeniu z opieką psychospołeczną. Ta forma leczenia pomaga zachęcić pacjentów do kontynuacji terapii, a także pozwala na ograniczenie używania nielegalnych opioidów oraz zmniejszenie skali występowania szkód i zgonów związanych z narkotykami. Metadon, buprenorfina i diacetylomorfina dowiodły swojej skuteczności w przerwaniu cyklu odurzania się i występowania objawów zespołu abstynencyjnego, pomagając tym samym pacjentom na ustabilizowanie stanu zdrowia i dostosowanie się do innych rodzajów interwencji (np. leczenia HIV/AIDS i wirusowego zapalenia wątroby). Leczenie substytucyjne okazało się również skuteczne, jeśli chodzi o poprawę jakości życia i ułatwienie reintegracji społecznej.

Szacuje się, że w Europie w 2011 r. łączna liczba osób używających opioidów objętych leczeniem substytucyjnym wynosiła 730 000, czyli wzrosła od roku 2008, w którym odnotowano 650 000 osób. Liczba ta obejmuje prawdopodobnie około 50% wszystkich osób problemowo używających opioidów w Europie. Szacunkowo wartość tę można porównać do wskaźników pokrycia odnotowanych w Australii i Stanach Zjednoczonych. W Europie widoczne są jednak duże różnice dotyczące wskaźnika pokrycia w poszczególnych krajach. Najniższe z nich (3–20%) odnotowano na Łotwie, Słowacji i Litwie (wykres 3.7). Pięć krajów zgłosiło długi czas oczekiwania, wynoszący od jednego do sześciu miesięcy, natomiast w Bułgarii i

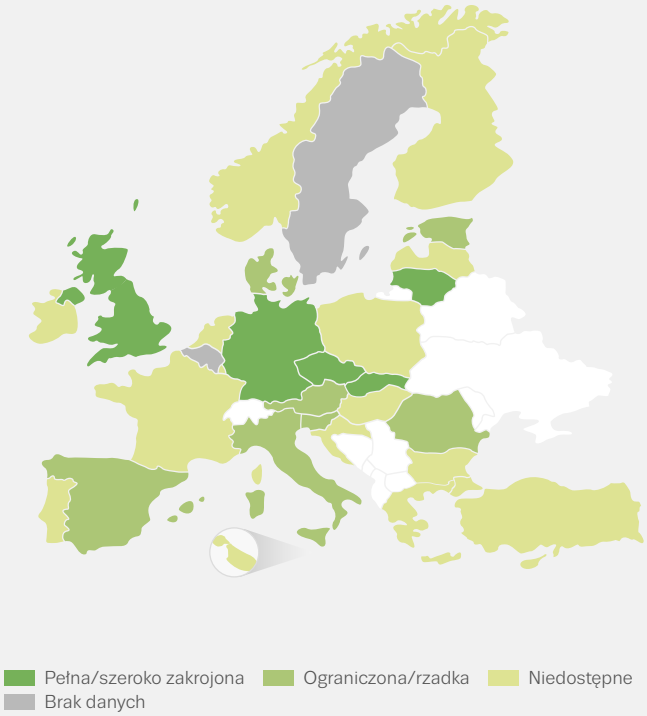
WYKRES 3.9

Dostępność specjalnych programów leczenia dla osób używających kokainy (ekspertyzy, 2011)



WYKRES 3.10

Dostępność specjalnych programów leczenia dla osób używających amfetamin (ekstertyzy, 2011)



Grecji odnotowano czas oczekiwania powyżej sześciu miesięcy. Jednakże w związku z ogniskami zakażeń HIV wśród osób przyjmujących heroinę drogą iniekcji w 2010 r., Grecja zwiększyła dostępność leczenia substytucyjnego, skracając jednocześnie czas oczekiwania.

Inne formy leczenia osób używających opioidów: dostępne we wszystkich krajach

We wszystkich krajach europejskich stosuje się leczenie osób używających opioidów nieobejmujące leków substytucyjnych. Odbywa się ono w warunkach ambulatoryjnych oraz w placówkach stacjonarnych i obejmuje interwencje psychospołeczne, takie jak terapię poznawczo-behawioralną, społeczności terapeutyczne, a także inne podejścia. Leczenie niekiedy jest poprzedzane programem detoksykacji, w ramach którego zapewnia się farmaceutyczną pomoc w radzeniu sobie z fizycznymi objawami odstawiennymi. W przypadku osób używających opioidów skuteczne okazały się metody poznawczo-behawioralne, ale brak jest dostatecznie mocnych dowodów, które umożliwiałyby określenie najskuteczniejszej formy interwencji. Brak jest niezbitych dowodów, które potwierdzałyby skuteczność leczenia drug-free w ramach społeczności terapeutycznych.

W dziewięciu krajach, które udostępniły dane, dostępność innych form leczenia niż leczenie substytucyjne obejmuje od 5% do ponad 50% wszystkich osób problemowo używających opioidów (wykres 3.8). Wskaźniki pokrycia w tych krajach dla wszystkich form leczenia osób problemowo używających opioidów przekraczają 40%.

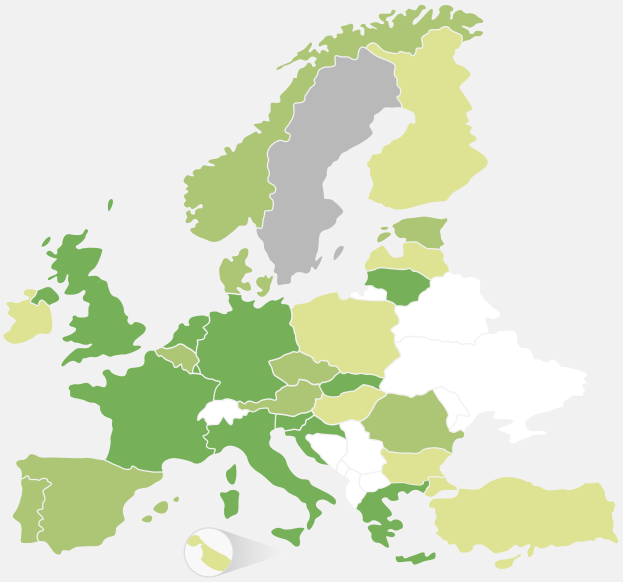
Leczenie osób używających kokainy: specjalne programy

Do podstawowych form leczenia uzależnienia od kokainy należą interwencje psychospołeczne, wśród których największą skuteczność przypisuje się wzmacnianiu motywacji do pozytywnych zachowań. Jeśli chodzi o leczenie farmakologiczne, skuteczność w ograniczeniu uzależnienia od kokainy mogą wykazywać leki z grupy antagonistów dopaminy i substancje psychostymulujące.

Chociaż osoby mające problemy z kokainą można spotkać w placówkach lecznictwa ogólnego, to w 12 krajach istnieją specjalistyczne programy dla osób używających kokainy i cracku (wykres 3.9), w tym w krajach o najwyższych wskaźnikach używania kokainy. W niektórych krajach programy takie ukierunkowane są na zintegrowane społecznie osoby używające kokainy, które mogą niechętnie korzystać z innych usług. W Danii i Austrii leczenie osób używających kokainy realizuje się również w ramach programów dla osób używających jednocześnie wielu różnych substancji. Bułgaria, Malta i Holandia zgłosiły, że w niedalekiej przyszłości planowane

WYKRES 3.11

Dostępność specjalnych programów leczenia dla osób używających konopi indyjskich (ekstertyzy, 2011)



Pełna/szeroko zakrojona
Ograniczona/rzadka
Niedostępne
Brak danych

są specjalne programy leczenia. W Danii, Niemczech oraz Wielkiej Brytanii opracowano specjalne wytyczne dotyczące leczenia osób używających kokainy.

Leczenie uzależnienia od amfetamin: rozbieżności geograficzne

Interwencje psychospołeczne zapewniane w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego stanowią główną metodę leczenia osób używających amfetamin. Pozytywne wyniki przynosi zarówno terapia poznawczo-behawioralna, jak i wzmacnianie motywacji do pozytywnych zachowań, a niekiedy połączenie obu tych metod. Przeprowadzono badania kilku leków mających służyć leczeniu uzależniania od amfetaminy i metamfetaminy, jednakże trzeba poczekać na mocne dowody, które uzasadniałyby leczenie farmakologiczne.

Możliwości leczenia dostępne w Europie dla osób używających amfetamin są bardzo zróżnicowane w zależności od kraju. Specjalnie dostosowane programy leczenia są przede wszystkim dostępne w krajach o długiej historii leczenia osób używających amfetamin (wykres 3.10). Ponadto Bułgaria i Węgry zgłosiły, że w niedalekiej przyszłości planuje się wprowadzenie specjalnych programów leczenia dla osób używających amfetaminy.

Leczenie uzależnienia od konopi indyjskich: zróżnicowane podejścia

Leczenie osób używających konopi indyjskich w Europie obejmuje szeroki zakres metod, w tym programy z wykorzystaniem Internetu, interwencje krótkoterminowe, wielowymiarową terapię rodzinną oraz inne systemowe interwencje psychospołeczne w ramach leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego. W niektórych krajach ważną funkcję w kierowaniu na leczenie pełnią organy wymiaru sprawiedliwości, szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć, a także placówki lecznictwa psychiatrycznego. W ostatnich latach zwiększyła się dostępność badań dotyczących ewaluacji leczenia uzależnienia od konopi indyjskich i na przykład ostatnia metaanaliza wielowymiarowej terapii rodzinnej wskazuje na pozytywne wyniki w zakresie ograniczenia używania substancji i pozostawania w procesie leczenia. Prowadzone są także badania nad środkami farmaceutycznymi, które mogą wspierać interwencje psychospołeczne. Na przykład rimonabant, środek z grupy antagonistów, wykazuje skuteczność w ograniczaniu ostrych problemów fizjologicznych związanych z paleniem konopi indyjskich.

W 2011 r. ponad połowa europejskich krajów zgłosiła dostępność specjalnych programów leczenia uzależnienia od konopi indyjskich (wykres 3.11), natomiast Bułgaria, Cypr, Węgry i Polska planują wprowadzić programy w tym obszarze.

GHB: badanie możliwości leczenia

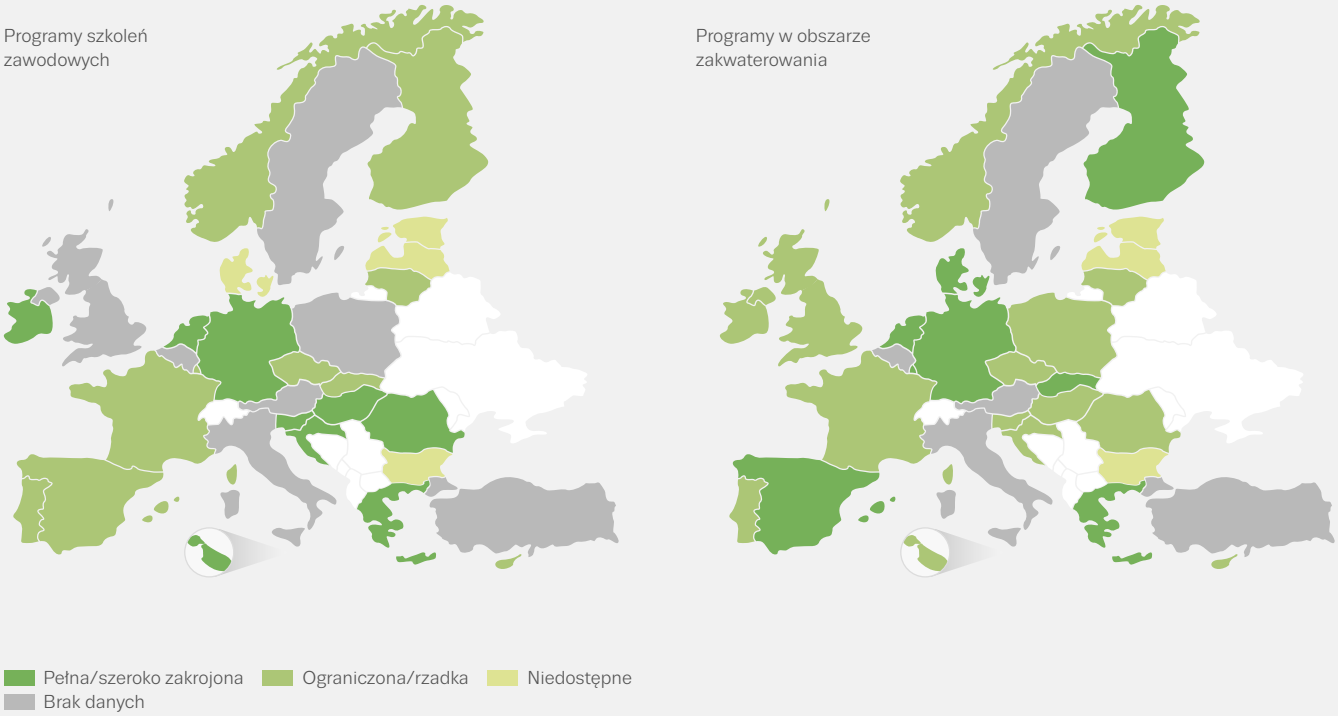
Uzależnienie do kwasu gamma-hydroksymasłowego (GHB) jest rozpoznanym stanem klinicznym o potencjalnie poważnych objawach odstawiennych w przypadku raptownego przerwania przyjmowania tego narkotyku po okresie regularnego używania. Dotychczasowe badania skupiały się na określeniu objawów odstawienia GHB i związanych z nimi komplikacji, które mogą być trudne do rozpoznania w nagłych przypadkach. Nie opracowano jak dotąd standardowych procedur leczenia zespołu odstawienia GHB, chociaż w Holandii prowadzi się badania nad kontrolowaną detoksykacją z wykorzystaniem produktów leczniczych zawierających GHB.

Reintegracja społeczna: brakujący element?

Dane dotyczące pacjentów, którzy w 2011 r. podjęli specjalistyczne leczenie z powodu problemu narkotyków wskazują, że około połowa z tych osób była bezrobotna (47%) i blisko jedna na dziesięć osób nie miała stałego miejsca zamieszkania (9%). Pacjenci rozpoczynający

WYKRES 3.12

Dostępność programów reintegracji społecznej dla osób używających narkotyków objętych leczeniem (ekspertyzy, 2010)



leczenie często mają niski poziom wykształcenia, przy czym 36% posiada wyłącznie wykształcenie podstawowe, a 2% nie ukończyło tego poziomu edukacji.

Programy reintegracji społecznej, obejmujące doskonalenie umiejętności społecznych, propagowanie edukacji i wspieranie możliwości zatrudnienia oraz zaspokojenie potrzeb w obszarze zakwaterowania, mogą być świadczone w trakcie leczenia uzależnienia od narkotyków lub po jego zakończeniu. Chociaż większość krajów zgłasza realizację takich programów (wykres 3.12), to poziom ich dostępności jest zazwyczaj niewystarczający w stosunku do potrzeb. Ponadto dostęp do tych programów jest często warunkowy, na przykład może być uzależniony statusem osoby pozostającej w abstynencji lub posiadającej stałe miejsce zamieszkania, co może wykluczać jednostki najbardziej potrzebujące wsparcia.

Powodzenie programów ukierunkowanych na reintegrację społeczną często zależy od skutecznego współdziałania różnego rodzaju służb zapewniających wsparcie. Temat ten był przedmiotem ostatniego badania EMCDDA, w którym 17 z 28 krajów zgłosiło istnienie pewnego rodzaju umów o partnerstwie między placówkami leczenia uzależnienia od narkotyków a służbami oferującymi wsparcie w takich obszarach jak zakwaterowanie i zatrudnienie.

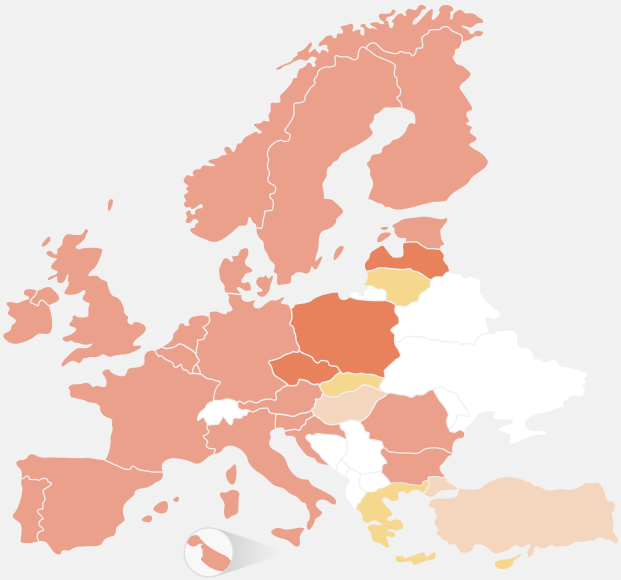
Usługi dla więźniów: nadal niewystarczające

Wśród więźniów odnotowuje się ogólnie wyższy wskaźnik używania narkotyków w porównaniu do ogółu społeczeństwa oraz bardziej szkodliwe wzory używania substancji. Potwierdzają ten fakt ostatnie badania, według których od 5% do 31% więźniów przynajmniej raz w życiu przyjmowało narkotyki drogą iniekcji. W momencie przyjęcia do zakładu karnego większość osób używających narkotyków ogranicza ich konsumpcję lub jej zaprzestaje. Nielegalne narkotyki przedostają się jednak do wielu więzień i niektórzy więźniowie kontynuują używanie narkotyków lub zaczynają ich używać w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności.

Z uwagi na fakt, że więźniowie z problemami narkotykowymi często mają różne i złożone potrzeby zdrowotne, które mogą wymagać wielokierunkowej i specjalistycznej opieki ze strony służb medycznych, ważną formą interwencji jest ocena potrzeb więźnia z chwilą przyjmowania go do zakładu karnego. W większości krajów funkcjonują obecnie partnerstwa międzyzakładowe między służbami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną w więzieniach a zewnętrznymi placówkami medycznymi, mające na celu interwencje ukierunkowane na edukację zdrowotną i leczenie w więzieniach oraz kontynuację opieki w trakcie pobytu w więzieniu i po jego opuszczeniu. W siedmiu europejskich krajach opieka zdrowotna w więzieniach podlega ministerstwom zdrowia. Ogólnie

WYKRES 3.13

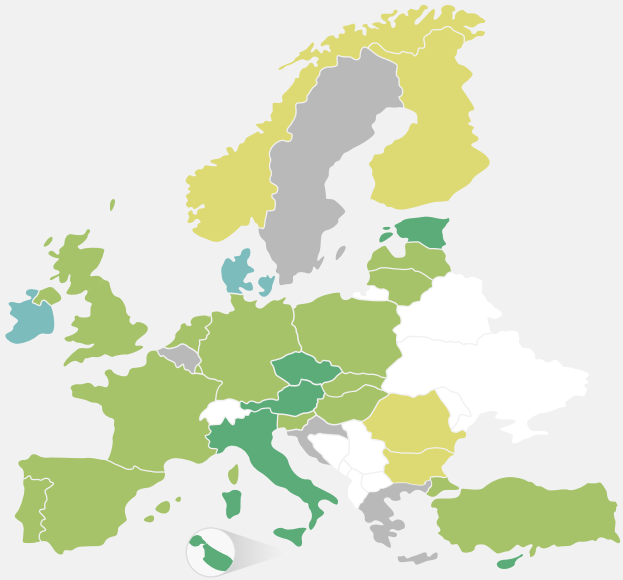
Dostępność leczenia substytucyjnego opiatami w więzieniach



Kontynuacja i rozpoczęcie leczenia
Tylko kontynuacja leczenia
Brak zgłoszonych przypadków
Niedostępne

WYKRES 3.14

Rodzaje organizacji specjalizujących się w egzekwowaniu prawa antynarkotykowego w Europie



Specjalne wydziały antynarkotykowe
Jednostki do spraw poważnej przestępczości zorganizowanej
Obie organizacje
Inne
Brak danych

ujmując, więzienne usługi dla osób używających narkotyków często jednak pozostają w tyle za tymi, które są dostępne dla ludności spoza zakładów karnych, mimo powszechnego zobowiązania do przestrzegania zasady polegającej na zapewnieniu równoważnej opieki.

Usługi dla osób z problemami narkotykowymi w europejskich więzieniach obejmują cały zakres interwencji, do których zalicza się: przekazywanie informacji, doradztwo i leczenie, środki ukierunkowane na redukcję szkód oraz przygotowanie do wyjścia na wolność. Często z chwilą przyjmowania do więzienia, a w niektórych krajach również w momencie wyjścia na wolność, więźniom proponuje się badanie w kierunku chorób zakaźnych, zwłaszcza HIV. Istniejące programy badań często nie obejmują jednak testów na obecność HCV. W więzieniach rzadko zapewnia się czysty sprzęt do iniekcji i tylko cztery kraje zgłosiły dostępność strzykawek w co najmniej jednym więzieniu.

Leczenie substytucyjne stosuje się obecnie w więzieniach w większości krajów, ale proces jego wprowadzania przebiega wolniej niż wśród ogółu społeczeństwa. Według ostatnich danych szacunkowych w ciągu roku poddano takiemu leczeniu co najmniej 74 000 więźniów, chociaż występują znaczne różnice w poziomie zapewnienia tej formy leczenia w poszczególnych krajach. Mogą występować również ograniczenia, na przykład w niektórych krajach leczenie substytucyjne zapewnia się jedynie więźniom, którzy otrzymywali je przed osadzeniem (wykres 3.13).

Ograniczanie podaży narkotyków: odejście od wydziałów antynarkotykowych

Pomimo, że interwencje mające na celu ograniczenie popytu na narkotyki są powszechnie udokumentowane, to systematyczne zbieranie danych na temat aktywności dotyczących redukcji podaży jest zdecydowanie rzadsze, mimo że działania te często pochłaniają większą część krajowych budżetów przeznaczonych na działania związane z przeciwdziałaniem narkomanii. Egzekwowanie prawa antynarkotykowego stanowi kluczowy element strategii ograniczania podaży narkotyków. EMCDDA zainicjowało ostatnio projekt pilotażowy zakładający udoskonalenie opisu organizacji działań w tym zakresie w celu ich lepszego zrozumienia. Punktem wyjścia jest opracowanie mapy formalnie ustanowionych organizacji do spraw egzekwowania prawa, których główną misją jest wykrywanie przypadków łamania prawa antynarkotykowego i prowadzenie dochodzeń w tych sprawach. Istnieją dwa podstawowe rodzaje takich organizacji: specjalne wydziały antynarkotykowe oraz agencje do spraw przestępczości zorganizowanej posiadające szczególne uprawnienia do działalności ukierunkowanej na ograniczenie podaży narkotyków.

Przynajmniej jeden z wyżej wymienionych typów instytucji znajduje się w 26 krajach, które zaraportowały funkcjonowanie łącznie ponad 1 000 jednostek posiadających szczególne uprawnienia do egzekwowania prawa antynarkotykowego (wykres 3.14). Szacunkowa liczba funkcjonariuszy wyspecjalizowanych w dziedzinie egzekwowania prawa narkotykowego w 23 krajach wynosi co najmniej 17 000 osób, głównie funkcjonariuszy policji. Pomimo, że zaraportowane dane liczbowe nie zawsze mogą być bezpośrednio porównywalne, można oszacować, że wyspecjalizowani funkcjonariusze stanowią od 0,2% do 3,3% wszystkich funkcjonariuszy organizacji zajmujących się egzekwowaniem prawa na poziomie krajowym.

Większość wydziałów antynarkotykowych i agencji do spraw przestępczości zorganizowanej, posiadających uprawnienia do działań z zakresu redukcji podaży, funkcjonuje w ramach policji, jednak niewielka ich część działa również w ramach służb celnych. Ponadto 11 krajów zgłosiło istnienie współpracy międzyinstytucjonalnej, zazwyczaj w formie połączonych wydziałów lub jednostek policji i służb celnych, ale niekiedy obejmujących również inne agencje, jak na przykład straż przybrzeżną czy organy kontroli granicznej. Odnotowano 42 przypadki wyżej wymienionej współpracy wśród ponad 1 000 zidentyfikowanych organów egzekwowania prawa.

Pomimo, że 21 krajów zgłosiło funkcjonowanie specjalnych wydziałów antynarkotykowych, to dane wskazują na ogólny spadek liczby takich wyspecjalizowanych jednostek w Europie, na korzyść ustanowionych bardziej wszechstronnych agencji zajmujących się „poważnymi przestępstwami i przestępczością zorganizowaną". Odzwierciedla to, w pewnym stopniu, zmiany zachodzące na poziomie UE, gdzie podaż narkotyków coraz częściej rozpatruje się w powiązaniu z kilkoma obszarami walki z przestępczością zorganizowaną, uwzględnionymi zarówno w ocenie zagrożenia przestępczością zorganizowaną przedstawionej przez Europol, jak i w cyklu politycznym Rady Europejskiej w odniesieniu do zorganizowanej i poważnej przestępczości międzynarodowej.

Szacunkowa liczba funkcjonariuszy wyspecjalizowanych w dziedzinie egzekwowania prawa narkotykowego w 23 krajach wynosi co najmniej 17 000 osób

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2012 r.

Ograniczanie popytu na narkotyki: globalne dowody na lokalne działania, Narkotyki w obiektywie, nr 23.

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

New heroin-assisted treatment, EMCDDA Insights.

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

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

2011 r.

European drug prevention quality standards, Manual.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issue.

2009

Internet-based drug treatment interventions, EMCDDA Insights.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part III Prevention and treatment, EMCDDA Monographs.

Publikacje EMCDDA i ECDC

2011 r.

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

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

4

Politykę w obszarze kontroli narkotyków w Europie realizuje się w ogólnym kontekście międzynarodowego systemu kontroli, którego podstawę stanowią trzy konwencje ONZ

Polityka narkotykowa

W Europie to krajowe rządy i parlamenty są odpowiedzialne za przyjmowanie prawnych, strategicznych, organizacyjnych oraz budżetowych ram niezbędnych do reagowania na problemy narkotykowe, podczas gdy prawodawstwo UE w zakresie narkotyków oraz wieloletnie strategie i plany działań zapewniają ramy dla skoordynowanych aktywności. Wszystkie te elementy razem składają się na politykę antynarkotykową, która umożliwia poszczególnym krajom opracowywanie i wdrażanie interwencji w obszarze ograniczania popytu i podaży, których przeglądu dokonano w ramach niniejszego raportu.

Monitorowanie polityki narkotykowej

Do kluczowych obszarów polityki, które można monitorować na poziomie europejskim należą: prawodawstwo narkotykowe i przestępstwa związane z narkotykami, krajowe strategie narkotykowe i plany działań, koordynacja polityki i mechanizmy ewaluacji, a także budżety i wydatki publiczne na działania związane z narkotykami. Dane są zbierane przez dwie sieci EMCDDA: krajowe punkty kontaktowe oraz korespondentów prawnych. Dane wraz z uwagami metodologicznymi dotyczącymi przestępstw związanych z narkotykami można znaleźć w Biuletynie statystycznym, natomiast wyczerpujące informacje na temat Europejskiej polityki antynarkotykowej i prawa antynarkotykowego są dostępne online.

Prawodawstwo narkotykowe: wspólne ramy

Politykę w obszarze kontroli narkotyków w Europie realizuje się w ogólnym kontekście międzynarodowego systemu kontroli, którego podstawę stanowią trzy konwencje ONZ. System ten określa ramy dotyczące kontrolowania produkcji, handlu i posiadania ponad 240 substancji psychoaktywnych, z których większość ma potwierdzone zastosowanie w medycynie. Konwencje zobowiązują każdy kraj do traktowania niedozwolonych dostaw w kategoriach przestępstwa kryminalnego. Taki sam wymóg odnosi się do posiadania narkotyków na własny użytek, zastrzeżeniem zależności jednak od konstytucyjnych

zasad poszczególnych krajów oraz podstawowych założeń ich systemu prawnego. Klauzula ta nie jest w jednolity sposób interpretowana przez kraje europejskie, co znajduje odzwierciedlenie w różnych podejściach prawnych stosowanych w danym obszarze.

Posiadanie narkotyków na własny użytek: odchodzenie od wyroków skazujących na karę pozbawienia wolności

W większości krajów europejskich posiadanie narkotyków na własny użytek (i niekiedy ich używanie) jest przestępstwem podlegającym karze pozbawienia wolności. Jednakże, w niektórych krajach może podlegać innym sankcjom – takim, jak kara grzywny lub zatrzymanie prawa jazdy. Dodatkowym czynnikiem jest rodzaj narkotyku – w przypadku dwóch trzecich krajów europejskich przepisy krajowe przewidują taką samą karę za przestępstwo związane z posiadaniem narkotyków na własny użytek, niezależnie od samej substancji. W pozostałych krajach ewentualna kara uzależniona jest od rodzaju substancji.

Generalnie, począwszy mniej więcej od 2000 r. w całej Europie mamy do czynienia z powszechną tendencją do ograniczania możliwości skazywania na karę pozbawienia wolności za posiadanie narkotyków na własny użytek. Niektóre kraje zmieniły swoje ustawodawstwo, aby znieść kary pozbawienia wolności (na przykład Portugalia, Słowenia, Bułgaria i, ostatnio, Chorwacja), podczas, gdy inne państwa wydały krajowe wytyczne dla policji i prokuratorów, zalecając stosowanie sankcji innych niż kara pozbawienia wolności. Podejście przyjęte w Portugalii spotkało się z dużym zainteresowaniem na arenie międzynarodowej. Środki wprowadzone w 2001 r. przyczyniły się do zmniejszenia nacisku położonego na karanie osób posiadających narkotyki na własny użytek i kierowanie ich do sieci zwanej „komisją do spraw przeciwdziałania uzależnieniu od narkotyków", zarządzanej przez Ministerstwo Zdrowia.

W większości krajów europejskich przeważająca część sprawozdań na temat przestępstw związanych z narkotykami dotyczy używania narkotyków lub ich posiadania w celu użycia; w 2011 r. w Europie odnotowano w sumie ponad milion takich przestępstw, czyli o 15% więcej niż w 2006 r. Ponad trzy czwarte przestępstw związanych było z konopiami indyjskimi (wykres 4.1).

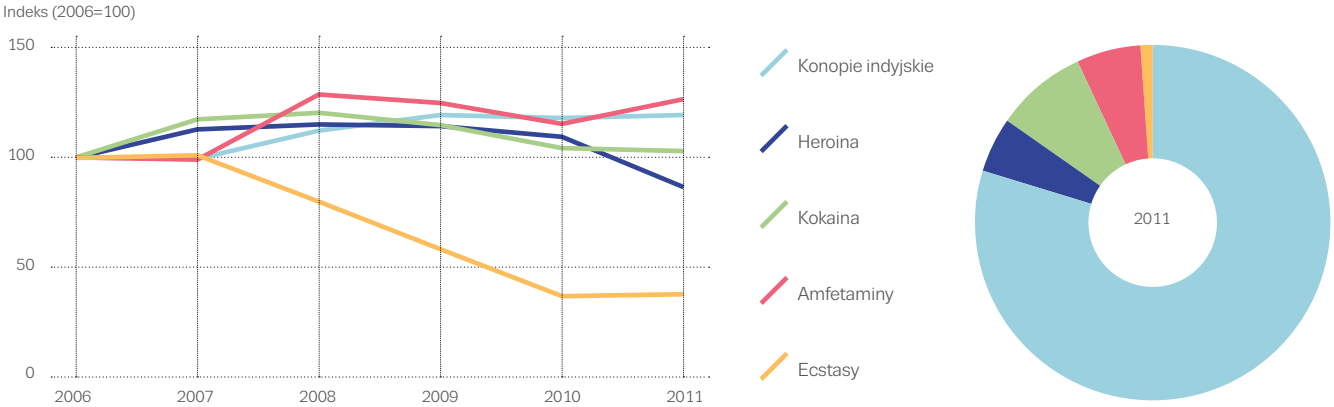
Praktyki w zakresie wydawania wyroków w związku z przestępstwami dotyczącymi używania narkotyków i posiadania ich na własny użytek w pewnym stopniu rzucają światło na implementację nowych rozwiązań oraz rezultaty ich zastosowania w Europie. Dane zgromadzone przez EMCDDA w 2009 r. wskazują, że wiele krajów stosuje grzywny, daje ostrzeżenia lub nakłada obowiązek prac społecznych za posiadanie narkotyków na własny użytek, pomimo, że niektóre kraje Europy Środkowej i Wschodniej, takie jak Bułgaria, Polska, Rumunia, Słowacja i Chorwacja, są bardziej skłonne do wydawania wyroków skazujących na karę pozbawienia wolności w zawieszeniu.

Podaż narkotyków: różnice w karach

W Europie podaż narkotyków zawsze traktuje się w kategoriach przestępstwa, niemniej maksymalny wymiar możliwej kary podlega znacznemu zróżnicowaniu. W niektórych krajach przestępstwo związane z podażą może podlegać jednej karze o szerokiej rozpiętości (z dożywociem włącznie). Inne kraje natomiast – w zależności od ilości znalezionego narkotyku – rozróżniają

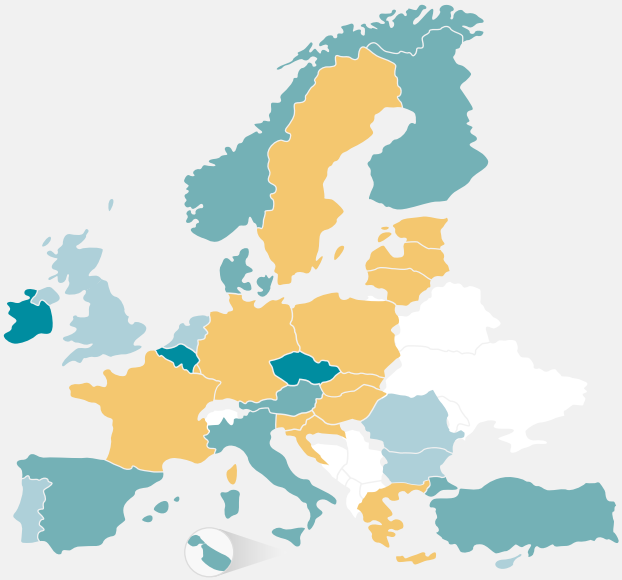
WYKRES 4.1

Zgłoszone przestępstwa związane z używaniem narkotyków lub ich posiadaniem w celu użycia w Europie, tendencje i podział na narkotyki (podstawowe)



WYKRES 4.2

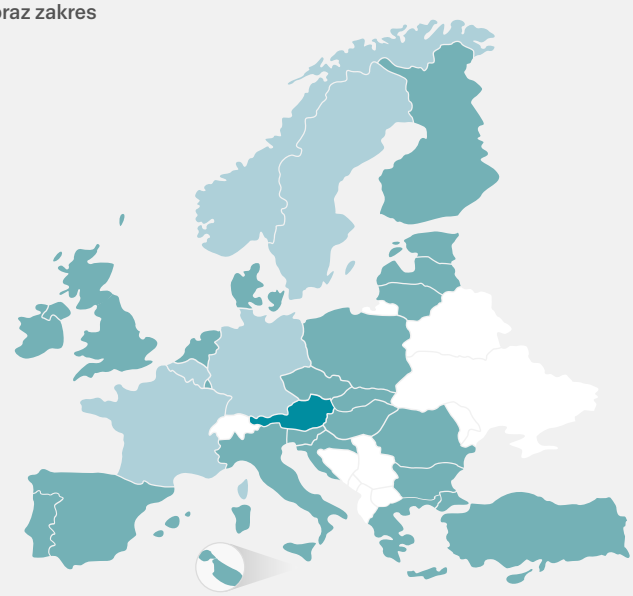
Kary za przestępstwa związane z narkotykami: zróżnicowanie pod względem narkotyku



Te same kary bez względu na rodzaj narkotyku
Zróżnicowanie kar w zależności od narkotyku za:
Przestępstwa związane z podażą
Przestępstwa związane z posiadaniem narkotyku na własny użytek
Oba rodzaje przestępstw

WYKRES 4.4

Krajowe strategie antynarkotykowe i plany działania, dostępność oraz zakres



Strategia obejmująca legalne i nielegalne substancje psychoaktywne
Strategia dotycząca narkotyków
Brak krajowej strategii antynarkotykowej
Uwaga: Podczas, gdy Wielka Brytania posiada strategię dotyczącą narkotyków, Walia oraz Irlandia Północna posiadają strategie łączone, które uwzględniają również alkohol.

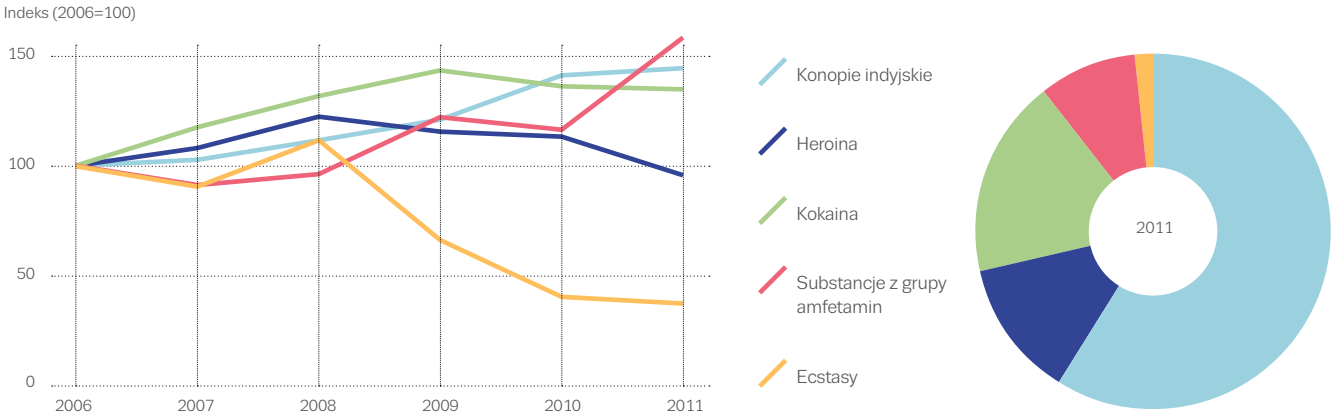
przestępstwa drobne i poważniejsze, co znajduje odzwierciedlenie w wymiarze kary. Inne podejście, które znalazło zastosowanie w 14 spośród 30 omawianych krajów, zakłada zróżnicowanie kar w zależności od narkotyku (wykres 4.2).

Od 2006 r. liczba zgłoszonych przestępstw związanych z podażą wzrosła o jedną czwartą i w 2011 r. wyniosła ponad 225 000. Większość zgłoszonych przestępstw w zakresie posiadania dotyczyła konopi indyjskich, natomiast przestępstwa związane z podażą najczęściej dotyczyły narkotyków takich, jak: kokaina, heroina oraz substancje z grupy amfetamin (wykres 4.3).

Statystyki dotyczące wyroków skazujących w wybranych krajach z 2009 r. wskazują, że kara pozbawienia wolności stosowana jest częściej w przypadku przestępstw dotyczących podaży niż przestępstw związanych z posiadaniem narkotyków na własny użytek. Jednakże maksymalny wymiar kary był zasądzany rzadko bądź w ogóle go nie stosowano, zaś średni czas trwania kary pozbawienia wolności był krótki i często stosowano

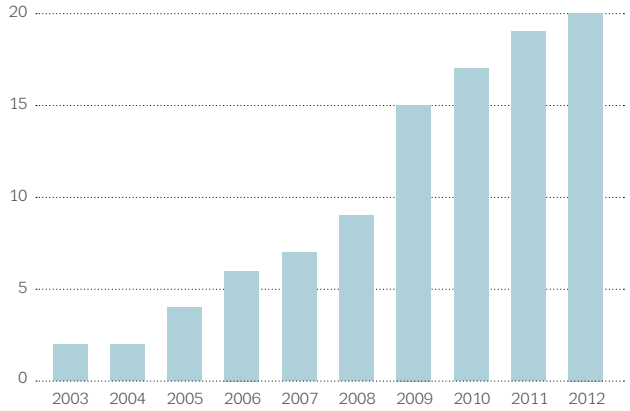
WYKRES 4.3

Zgłoszone w Europie przestępstwa związane z podażą narkot yków, tendencje i podział na narkotyki (podstawowe)



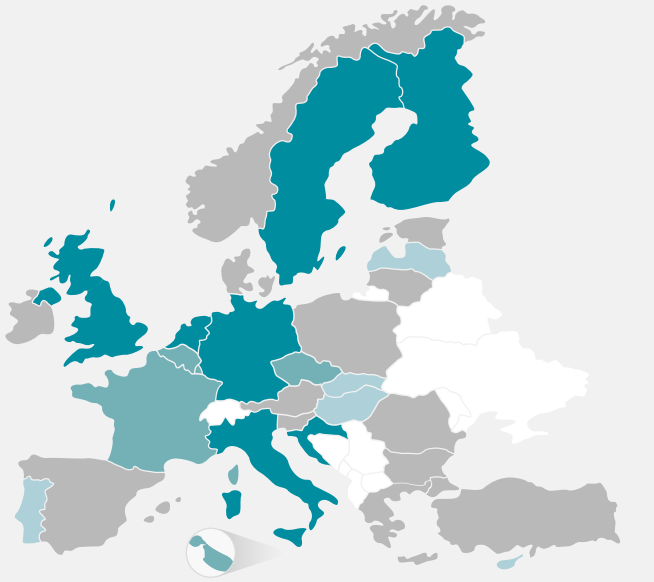
WYKRES 4.5

Łączna liczba krajów, które dokonały ewaluacji krajowej strategii antynarkotykowej



WYKRES 4.6

Najnowsze dane szacunkowe dotyczące wydatków publicznych związanych z narkotykami (%PKB)



Udział w PKB ≤0,05% 0,06–0,19% ≥0,20% Brak danych

wyroki w zawieszeniu. Fakt ten wskazuje, że jedynie nieliczna grupa przestępców została uznana za handlarzy narkotyków na dużą skalę. Ponadto dane te pokazały również, że średnie wymiary kary różniły się w zależności od rodzaju narkotyku, nawet w krajach, w których wszystkie narkotyki traktuje się na mocy prawa tak samo.

Krajowe strategie antynarkotykowe: europejski standard

Od końca XX wieku rządy krajowe w Europie ustanowiły praktykę polegającą na przyjmowaniu strategii antynarkotykowych i planów działania, które są sporządzane na określone lata. Dokumenty te zawierają zbiór ogólnych zasad, celów oraz priorytetów i określają działania oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Obecnie prawie wszystkie kraje posiadają krajowe strategie antynarkotykowe lub plany działania. Wyjątek stanowi Austria, która posiada plany na poziomie regionów. Pięć krajów przyjęło krajowe strategie oraz plany działania zarówno w odniesieniu do legalnych, jak i nielegalnych substancji psychoaktywnych (wykres 4.4).

Wspieranie strategii antynarkotykowych: koordynacja i ewaluacja

Równolegle do prac nad opracowaniem krajowych strategii antynarkotykowych, rządy krajowe ustanawiają mechanizmy służące do koordynowania procesu wdrażania krajowej polityki narkotykowej. Większość krajów posiada na poziomie krajowym międzyministerialne komitety ds. narkotyków, których prace wspomaga krajowy organ ds. koordynacji działań w obszarze narkotyków odpowiadający za codzienne zarządzanie działaniami w powyższym zakresie. W 14 krajach ww. podmioty działają w ramach Ministerstwa Zdrowia, natomiast w przypadku pozostałych krajów są przypisane do Biura Rządu lub Biura Premiera, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych lub innych ministerstw. Dwadzieścia dwa kraje zgłosiły również funkcjonowanie Krajowego Koordynatora ds. Narkotyków, który często pełni funkcję szefa krajowego organu koordynującego. Krajowi Koordynatorzy spotykają się na szczeblu UE.

W większości krajów na poziomie regionalnym lub lokalnym funkcjonują agencje koordynujące, Koordynatorzy ds. Narkotyków lub oba te podmioty równocześnie. Ponadto w niektórych krajach, zwłaszcza tych o strukturze federacji, organy ds. koordynacji pionowej propagują współpracę na poziomie krajowym i lokalnym. W innych krajach koordynację na poziomie regionalnym lub lokalnym często nadzorują bezpośrednio organy krajowe.

W ostatnich latach zarówno Unia Europejska, jak i coraz liczniejsza grupa krajów przeprowadzają ewaluację własnych strategii antynarkotykowych lub planów działania (wykres 4.5). Jej głównym celem jest ocena poziomu wdrożenia oraz zmian w ogólnej sytuacji w obszarze narkotyków, umożliwiająca pozyskanie informacji na potrzeby opracowania kolejnej strategii. Większość ewaluacji w całej Europie jest przeprowadzanych wewnętrznie przez agencje lub instytucje odpowiedzialne za sporządzony plan, niemniej coraz więcej krajów zleca przygotowanie oceny wspólnej lub zewnętrznej. Obecnie większość europejskich krajów planuje przeprowadzenie

finalnej ewaluacji obecnie realizowanych krajowych strategii antynarkotykowych.

Ewaluacja ekonomiczna: zapotrzebowanie na dane lepszej jakości

Ocena ekonomiczna, obejmująca analizę porównywalnych kosztów i korzyści wynikających z alternatywnych działań, może być ważnym narzędziem ewaluacji polityki narkotykowej. Ilość i jakość dostępnych informacji na temat wydatków publicznych związanych z problemem narkotyków i narkomanii jest jednak w Europie bardzo ograniczona, stanowiąc tym samym poważną przeszkodę dla analizy kosztów. Odnotowano jednak wzrost liczby krajów, które, przynajmniej raz w ostatnim dziesięcioleciu, podjęły próbę oszacowania wydatków ponoszonych przez rządy na politykę narkotykową. Kraje te zgłosiły dane szacunkowe dotyczące wydatków wahające się od 0,01% do 0,7% PKB (wykres 4.6), jednakże trudno jest dokonać porównania między poszczególnymi krajami z uwagi na duże różnice pod względem zakresu i jakości danych szacunkowych. Pomimo tych ograniczeń, z dostępnych informacji wynika, że w większości krajów największy udział w wydatkach publicznych związanych z przeciwdziałaniem narkomanii stanowią wydatki poniesione na działalność ukierunkowaną na redukcję podaży narkotyków.

Europa, jak wiele innych regionów świata, wciąż boryka się ze skutkami ostatniego pogorszenia koniunktury gospodarczej, w efekcie którego mamy do czynienia z ujemnym wzrostem gospodarczym, rosnącą stopą bezrobocia, szczególnie wśród młodych osób, oraz ograniczaniem wydatków publicznych. Sytuacja ta wpłynęła na dostępność środków w ramach budżetów przeznaczonych na zdrowie, porządek publiczny i środki bezpieczeństwa, z których to środków ponosi się najwięcej wydatków publicznych związanych z narkotykami. Obecnie występują duże różnice w zakresie konsolidacji fiskalnej lub środkach oszczędnościowych oraz ich skutkach w poszczególnych krajach Europy. Łotwa, Litwa i Estonia znalazły się wśród krajów, które najbardziej ograniczyły wydatki publiczne. Wiele europejskich krajów również obecnie raportuje „cięcia" w nakładach na programy oraz usługi w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2013 r.

Drug policy profiles: Ireland.

2012 r.

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Thematic paper

2011 r.

Drug policy profiles: Portugal.

2009 r.

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issue.

2008 r.

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Selected issue.

2006 r.

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, Selected issue.

2005 r.

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, Thematic paper.

Publikacje EMCDDA i Komisji Europejskiej

2010 r.

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

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

Załącznik

Poniższe dane krajowe to dane z Biuletynu statystycznego EMCDDA z 2013 r., przedstawione w formie podzbiorów danych z tego biuletynu, w którym można znaleźć więcej danych, lata, uwagi i metadane

TABELA 1

OPIOIDY

	Dane szacunkowe dotyczące problemowego używania opioidów	Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy				Pacjenci objęci leczeniem substytucyjnym
		% pacjentów uzależnionych od opioidów na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		% pacjentów przyjmujących opioidy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
		Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	
Kraj	Liczba przypadków na 1 000 osób	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	liczba
Belgia	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bułgaria	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Republika Czeska	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Dania	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Niemcy	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estonia	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Irlandia	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Grecja	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Hiszpania	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Francja	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Włochy	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Cypr	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Łotwa	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Litwa	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Luksemburg	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Węgry	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Holandia	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Austria	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Polska	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugalia	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Rumunia	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Słowenia	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Słowacja	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finlandia	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Szwecja	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Wielka Brytania	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Chorwacja	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Turcja	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Norwegia	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

TABELA 2

KOKAINA

	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy			
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od kokainy na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		% pacjentów przyjmujących kokainę drogą iniekcji (podstawowa droga podania)	
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16)	Wszystkie osoby rozpoczynające leczenie	Osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy	Wszystkie osoby rozpoczynające leczenie	Osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy
Kraj	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	–	2	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bułgaria	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Republika Czeska	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Dania	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Niemcy	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estonia	–	1,3	–	–	–	–	–
Irlandia	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Grecja	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Hiszpania	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Francja	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Włochy	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Cypr	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Łotwa	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Litwa	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Luksemburg	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Węgry	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Holandia	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Austria	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Polska	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugalia	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumunia	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Słowenia	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Słowacja	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finlandia	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Szwecja	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Wielka Brytania	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Chorwacja	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Turcja	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Norwegia	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

TABELA 3

AMFETAMINY

	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy			
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od amfetamin na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		% pacjentów przyjmujących amfetaminy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)	
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16)	Wszystkie osoby rozpoczynające leczenie	Osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy	Wszystkie osoby rozpoczynające leczenie	Osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy
Kraj	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	–	–	5	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bułgaria	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Republika Czeska	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Dania	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Niemcy	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estonia	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Irlandia	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Grecja	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Hiszpania	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Francja	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Włochy	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Cypr	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Łotwa	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Litwa	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Luksemburg	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Węgry	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Holandia	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Austria	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Polska	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugalia	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumunia	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Słowenia	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Słowacja	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finlandia	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Szwecja	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Wielka Brytania	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Chorwacja	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Turcja	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Norwegia	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TABELA 4

ECSTASY

	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy	
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od ecstasy na tle wszystkich pacjentów	
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16)	Wszystkie osoby rozpoczynające leczenie	Osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy
Kraj	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	–	–	4,0	0,6 (38)	1 (23)
Bułgaria	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Republika Czeska	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Dania	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Niemcy	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estonia	–	2,3	3,0	–	–
Irlandia	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Grecja	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Hiszpania	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Francja	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Włochy	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Cypr	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Łotwa	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Litwa	2,1	1,9	2,0	–	–
Luksemburg	–	–	–	–	–
Węgry	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Holandia	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Austria	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Polska	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugalia	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumunia	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Słowenia	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Słowacja	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finlandia	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Szwecja	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Wielka Brytania	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Chorwacja	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Turcja	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Norwegia	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

TABELA 5

KONOPIE INDYJSKIE

	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy	
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od konopi indyjskich na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie	
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16)	Wszystkie osoby rozpoczynające leczenie	Osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy
Kraj	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	14,3	11,2	24	31 (1 832)	48,2 (1 077)
Bułgaria	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Republika Czeska	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Dania	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Niemcy	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estonia	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Irlandia	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Grecja	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Hiszpania	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Francja	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Włochy	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Cypr	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Łotwa	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Litwa	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Luksemburg	–	–	–	12,9 (29)	–
Węgry	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Holandia	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Austria	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Polska	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugalia	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumunia	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Słowenia	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Słowacja	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finlandia	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Szwecja	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Wielka Brytania	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Chorwacja	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Turcja	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Norwegia	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

TABELA 6

INNE WSKAŹNIKI

	Zgony związane z narkotykami (osoby w wielu 15–64 lat)	Przypadki zdiagnozowanego zakażenia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (ECDC)	Dane szacunkowe dotyczące przyjmowania narkotyków drogą iniekcji	Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów
Kraj	**Liczba przypadków na milion osób (liczba)**	**Liczba przypadków na milion osób (liczba)**	**Liczba przypadków na 1 000 osób**	**liczba**
Belgia	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bułgaria	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Republika Czeska	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Dania	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Niemcy	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Estonia	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Irlandia	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Grecja	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Hiszpania	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Francja	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Włochy	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Cypr	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Łotwa	7,9 (11)	40,4 (90)	–	hhm0i lh
Litwa	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Luksemburg	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Węgry	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Holandia	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Austria	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Polska	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portugalia	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
Rumunia	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Słowenia	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Słowacja	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Finlandia	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Szwecja	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Wielka Brytania	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Chorwacja	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Turcja	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Norwegia	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

TABELA 7

KONFISKATY

	Heroina		Kokaina		Substancje z grupy amfetamin		Ecstasy	
	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat
Kraj	kg	liczba	kg	liczba	kg	liczba	tabletki	liczba
Belgia	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bułgaria	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Republika Czeska	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Dania	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Niemcy	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estonia	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Irlandia	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Grecja	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Hiszpania	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Francja	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Włochy	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Cypr	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Łotwa	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Litwa	11	234	10	23	13	46	303	5
Luksemburg	24	244	24	94	3	15	91	6
Węgry	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Holandia	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Austria	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Polska	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugalia	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Rumunia	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Słowenia	4	503	2	272	1	204	34	14
Słowacja	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finlandia	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Szwecja	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Wielka Brytania	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Chorwacja	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Turcja	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Norwegia	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

TABELA 7

KONFISKATY (c.d.)

	Haszysz		Marihuana		Konopie indyjskie (rośliny)	
	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat
Kraj	kg	liczba	kg	liczba	plants (kg)	liczba
Belgia	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (–)	1 070
Bułgaria	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Republika Czeska	2	24	441	508	62 817 (–)	240
Dania	2 267	8 403	168	891	– (1 452)	710
Niemcy	1 748	7 285	3 957	27 144	– 133 650	1 804
Estonia	46	22	53	409	– (29,3)	25
Irlandia	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (–)	582
Grecja	122	172	13 393	5 774	33 242 (–)	460
Hiszpania	355 904	199 770	17 535	140 952	– (26 108)	1 436
Francja	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (–)	2 146
Włochy	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (–)	1 208
Cypr	1	33	76	758	86 (–)	27
Łotwa	283	55	34	399	– (497)	7
Litwa	168	31	43	311	– (–)	0
Luksemburg	2	171	11	833	81 (–)	5
Węgry	18	63	209	2 073	14 121 (–)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (–)	7
Holandia	1 000	–	5 000	–	2 000 000 (–)	–
Austria	75	1 197	621	5 272	– (219)	261
Polska	–	–	1 265	–	52 914 (–)	–
Portugalia	14 633	3 093	108	460	5 523 (–)	304
Rumunia	18	328	252	1 365	897 (–)	9
Słowenia	4,2	89	613	3 306	12 836 (–)	178
Słowacja	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finlandia	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Szwecja	950	7 465	264	5 272	– (–)	92
Wielka Brytania	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (–)	16 672
Chorwacja	2	373	421	3 684	4 136 (–)	195
Turcja	21 141	8 192	55 251	43 217	– (–)	7 318
Norwegia	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii
Europejski raport narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia
Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej
2013 — 74 str. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-622-3
doi:10.2810/90431

JAK OTRZYMAĆ PUBLIKACJE UE

Publikacje bezpłatne

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

w przedstawicielstwach i delegaturach Unii Europejskiej (dane kontaktowe można uzyskaćpod adresem http://ec.europa.eu lub wysyłając faks pod numer +352 2929-42758)

Publikacje płatne

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

Płatne subskrypcje

(np. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej*, zbiory orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej):

u dystrybutorów Urzędu Publikacji Unii Europejskiej (http://publications.europa.eu/others/agents/index_pl.htm)

emcdda

TD-AT-13-001-PL-N̊f

O niniejszym raporcie

Raport pt. „Tendencje i osiągnięcia" stanowi ogólny przegląd zjawiska narkomanii w Europie, poruszając takie tematy jak: podaż narkotyków, używanie narkotyków, problemy związane ze zdrowiem publicznym oraz polityka narkotykowa i reagowanie na zjawisko używania narkotyków. Raport ten, wspólnie z internetowym *Biuletynem statystycznym, Przeglądami krajowymi* oraz *Prognozami Dotyczącymi Sytuacji Narkotykowej*, tworzy pakiet „Europejski raport narkotykowy na rok 2013".

O EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) jest głównym ośrodkiem informacji związanych z narkotykami w Europie. Centrum ma za zadanie dostarczać UE i jej państwom członkowskim „rzeczowych, obiektywnych, rzetelnych i porównywalnych informacji" dotyczących narkotyków, narkomanii i jej skutków. Centrum zostało powołane w 1993 r., działalność rozpoczęło w 1995 r. w Lizbonie i jest jedną z agencji zdecentralizowanych UE. Doświadczony, wielodyscyplinarny zespół Centrum dostarcza politykom oparte na faktach dane, których potrzebują oni przy tworzeniu prawa i opracowywaniu strategii działań. Centrum pomaga również osobom zajmującym się zawodowo problemem narkotyków i naukowcom w określaniu najlepszych praktyk i wyznaczaniu nowych obszarów analizy.

Urząd Publikacji

ISBN 978-92-9168-622-3

9 789291 686223