



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

PL

ISSN 2314-9167

Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2016



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2016

Nota prawna

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

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

Freephone number (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

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

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2016

ISBN: 978-92-9168-900-2

doi:10.2810/424916

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2016
Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2016), *Europejski raport narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

Printed in Belgium

WYDRUKOWANO NA PAPIERZE BIELONYM BEZ CHLORU PIERWIASTKOWEGO (ECF)



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

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

Tel. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Spis treści

5	Przedmowa
9	Wprowadzenie i podziękowania
11	STRESZCZENIE Utrzymujące się oznaki prężności europejskiego rynku narkotyków
17	ROZDZIAŁ 1 Podaż narkotyków i rynek
37	ROZDZIAŁ 2 Używanie narkotyków i tendencje
53	ROZDZIAŁ 3 Problemy związane z używaniem narkotyków oraz reakcje na nie
71	ZAŁĄCZNIK Tabele z danymi krajowymi

| Przedmowa

Mamy przyjemność przedstawić Państwu 21. coroczną analizę sytuacji narkotykowej w Europie przeprowadzoną przez EMCDDA. Jest to pierwsze opracowanie z tej serii przygotowane pod naszym kierownictwem – jako nowo wybranego dyrektora EMCDDA oraz przewodniczącej Zarządu agencji. Podobnie jak w latach ubiegłych „Europejski raport narkotykowy 2016” zawiera przegląd najnowszych tendencji i osiągnięć związanych z sytuacją narkotykową w Europie w formie zintegrowanego, multimedialnego pakietu informacyjnego. W raporcie zestawiono najważniejsze, aktualne dane dotyczące używania narkotyków, problemów z tym związanych oraz rynków substancji psychoaktywnych. Analizę bieżącej sytuacji dotyczącej narkotyków uzupełniono informacjami na temat polityk i praktyk w tym zakresie.

Z tegorocznej analizy ponownie wyłania się obraz Europy, która musi zmierzyć się z coraz bardziej złożonym problemem narkotyków. Coraz większą rolę odgrywają stymulanty, nowe substancje psychoaktywne, nieprawidłowo stosowane leki oraz problematyczne używanie konopi indyjskich. Raport przypomina nam także o tym, że niektóre problemy wciąż pozostają nierozwiązane, choć wyzwania, które się z nimi wiążą – zarówno w zakresie polityki, jak i praktyki – nieco się zmieniły. W analizie na rok 2016 zasadniczym problemem pozostają opioidy, co odzwierciedla znaczny wpływ tych substancji na śmiertelność i zachorowalność ich użytkowników. Można również zauważyć coraz bardziej złożone współzależności pomiędzy używaniem heroiny i opioidów syntetycznych. Zjawisku temu towarzyszy niepokojący wzrost szacunkowej liczby zgonów związanych z przyjmowaniem opioidów. Europejskie placówki prowadzące leczenie uzależnień muszą także dostosowywać swoją ofertę pomocy do zmieniających się potrzeb zdrowotnych grupy starzejących się użytkowników heroiny, a decydenci starają się odpowiednio określić długoterminowe cele terapeutyczne dla tej grupy docelowej. Nowa epidemia heroinizmu, którą odnotowuje się w innych częściach świata przypomina nam jednocześnie, że jest to obszar wymagający kontroli, przy czym ogromne znaczenie ma tu bieżący monitoring zjawiska.

Nasz raport jest owocem pracy wielu zaangażowanych osób, którym pragniemy podziękować za wniesiony wkład w jego powstanie. Podobnie, jak w przypadku poprzednich edycji raportu, zaprezentowane tutaj analizy przeprowadzono w oparciu o dane z krajowych punktów kontaktowych Reitox we współpracy z ekspertami krajowymi. Należy także podkreślić wkład naszych europejskich partnerów instytucjonalnych, w szczególności: Komisji Europejskiej, Europolu, Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz Europejskiej



Agencji Leków. Z przyjemnością odnotowujemy także, że w tegorocznym raporcie ujęto dodatkowe informacje zebrane na poziomie poszczególnych miast, dostarczone przez europejskie sieci badawcze. Stanowią one uzupełnienie danych krajowych w obszarach takich, jak analiza ścieków oraz nagłe przypadki hospitalizacji związanych z używaniem narkotyków. Możemy dzięki nim lepiej zrozumieć prawidłowości w zakresie używania narkotyków i konsekwencje tego zjawiska w Europie.

Warto także zaznaczyć, że niniejszy raport trafia do publikacji w ważnym momencie, jeżeli chodzi o tworzenie polityk antynarkotykowych w Europie i na świecie. W Europie planuje się dokonanie oceny osiągnięć w ramach obecnego planu działań antynarkotykowych, a także rozpoczęto rozważania na temat środków, które pomogą zapewnić postęp w realizacji europejskiej strategii w zakresie narkotyków w najbliższych latach. Państwa europejskie aktywnie uczestniczą w międzynarodowych debatach prowadzonych w związku ze specjalnym posiedzeniem Zgromadzenia Ogólnego ONZ, które odbędzie się w kwietniu bieżącego roku w Nowym Jorku. Stanowisko wypracowane przez Europę podkreśla znaczenie zrównoważonego podejścia opartego na dowodach, wpływającego z niesłabnącego przywiązania do praw człowieka. Uważamy, że jednym z powodów, dla których Europa może zabierać w tej debacie głos jako autorytet jest jej dążenie do zgłębienia zmieniającego się charakteru problemów, z którymi się zmagamy oraz umiejętność krytycznej oceny skuteczności wdrażanych rozwiązań. Jesteśmy dumni, że niniejszy raport oraz wysiłki EMCDDA i jej partnerów krajowych stale przyczyniają się do pełniejszego zrozumienia bieżącej sytuacji i jesteśmy przekonani, że rzetelne informacje są nieodzowne przy tworzeniu skutecznych strategii i planowaniu działań w tym obszarze.

Laura d'Arrigo

Przewodnicząca Zarządu EMCDDA

Alexis Goosdeel

Dyrektor EMCDDA

Wprowadzenie i podziękowania

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

Jego celem jest ogólne omówienie i podsumowanie sytuacji narkotykowej w Europie oraz reakcji na nią. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2014 r. (lub ostatniego roku, za który dostępne są dane). Analiza tendencji dotyczy wyłącznie tych krajów, które dostarczyły dane wystarczające do określenia zmian we wskazanym okresie. Jeżeli nie wskazano inaczej, przyjęty poziom istotności statystycznej to 0,05. Czytelnik powinien mieć również świadomość, że monitorowanie prawidłowości i tendencji w odniesieniu do ukrytego oraz piętnowanego zachowania, jakim jest używanie narkotyków, stanowi wyzwanie – zarówno praktyczne, jak i metodologiczne. Z tego powodu w analizie zawartej w niniejszym raporcie wykorzystano wiele źródeł danych. Należy podkreślić trudności metodologiczne w tym obszarze, pomimo zauważalnej poprawy jakości danych – zarówno w skali krajowej, jak i w odniesieniu do możliwości analizy na poziomie europejskim. W związku z powyższym należy zachować pewną ostrożność w ich interpretacji, zwłaszcza przy porównaniach poszczególnych wskaźników między krajami. Zastrzeżenia dotyczące danych wskazano w internetowej wersji niniejszego raportu oraz w Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym), gdzie zamieszczono szczegółowe informacje na temat metodologii, komentarze związane z analizą danych oraz uwagi odnoszące się do ograniczeń dostępnych informacji. Podano także informacje o metodach i danych będących podstawą oszacowań na poziomie europejskim, w których może być wykorzystywana interpolacja.

EMCDDA dziękuje za pomoc w opracowaniu niniejszego raportu:

- | szefom krajowych punktów kontaktowych europejskiej sieci informacji o narkotykach i narkomanii Reitox oraz ich pracownikom;
- | służbom i ekspertom, którzy zajmowali się gromadzeniem pierwotnych danych do niniejszego raportu we wszystkich państwach członkowskich;
- | członkom zarządu i Komitetu Naukowego EMCDDA;
- | Parlamentowi Europejskiemu, Radzie Unii Europejskiej – w szczególności Horyzontalnej Grupie Roboczej ds. Narkotyków – oraz Komisji Europejskiej;
- | Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejskiej Agencji Leków (EMA) i Europolowi;
- | Grupie Pompidou Rady Europy, Biuru Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Biuru Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, Europejskiemu Programowi Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu Narkotyków (ESPAD), Europejskiej Grupie Podstawowej ds. Badania Ścieków (SCORE), Europejskiej Sieci ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN) oraz Szwedzkiej Radzie ds. Informacji o Alkoholu i Innych Używkach (CAN);
- | Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej, Missing Element Designers, Nigelowi Hawtinowi i Composiciones Rali.

Krajowe punkty kontaktowe Reitox

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

Streszczenie

**W europejskiej strategii walki
z narkotykami należy wziąć
pod uwagę szereg bardziej
złożonych aspektów tego
problemu niż dotychczas**

Utrzymujące się oznaki prężności europejskiego rynku narkotyków

Z przedstawionej w niniejszym dokumencie analizy wyłania się obraz wciąż prężnego europejskiego rynku narkotyków z pewnymi oznakami tendencji zwyżkowych – szczególnie w odniesieniu do konopi indyjskich oraz stymulantów. Generalnie dane dotyczące podaży wskazują na wysoką, a nawet rosnącą, czystość i siłę działania większości narkotyków. Większość najnowszych danych sondażowych na temat rozpowszechnienia narkotyków wskazuje na niewielki wzrost szacunkowego poziomu używania najpopularniejszych substancji psychoaktywnych. Rynek stał się przy tym bardziej złożony – obok znanych narkotyków pojawiają się na nim nowe substancje, dochodzą również informacje o coraz częstszym nadużywaniu leków, natomiast jednocześnie przyjmowanie wielu substancji odurzających to norma wśród osób borykających się

z problemem narkotykowym. Działania przechwytyjące utrudnia fakt, że produkcja konopi indyjskich, narkotyków syntetycznych, a nawet niektórych opioidów oraz nowych substancji psychoaktywnych odbywa się w samej Europie, a więc w bezpośredniej bliskości rynków zbytu. Zasadniczo najnowsza analiza uwidacznia potrzebę wzięcia pod uwagę w europejskiej strategii narkotykowej szeregu bardziej złożonych aspektów tego problemu, niż dotychczas.

Powrót MDMA

Powrót MDMA jako popularnego środka pobudzającego wybieranego przez młodych ludzi jest odzwierciedleniem nowych wyzwań pojawiających się na współczesnym rynku narkotyków. Wydaje się, że innowacje w zakresie pozyskiwania prekursorów, nowe techniki produkcyjne oraz dostawa za pośrednictwem Internetu, to czynniki decydujące o odradzaniu się tego rynku, który charakteryzuje się obecnie mnogością dostępnych produktów. Dostępny jest proszek, forma krystaliczna i tabletki o wysokiej dawce, które opatrzone są różnymi logotypami i mogą mieć różne kolory i kształty. Wiele wskazuje na prowadzenie produkcji na zamówienie oraz stosowanie zaawansowanych technik

marketingowych skierowanych do konkretnych grup docelowych. Może to być świadoma strategia producentów, mająca na celu poprawę wizerunku narkotyku, który przez długi czas był kojarzony z produktem zafałszowanym i o niskiej jakości, co przełożyło się na spadek jego popularności. Podejście to wydaje się być dość skuteczne, jako że pojawiają się sygnały, iż po MDMA coraz częściej sięgają zarówno osoby od dłuższego czasu używające stymulantów, jak i nowe pokolenie konsumentów. Dowodzi to konieczności podejmowania działań zapobiegawczych oraz ograniczania szkód wśród nowych grup użytkowników, którzy mogą sięgać po produkty dostępne w wysokich dawkach, nie mając świadomości związanego z tym ryzyka.

Nowe dane wskazują na występowanie prawidłowości regionalnych, jeżeli chodzi o używanie środków pobudzających i związane z tym problemy

Z niniejszego raportu wynika, że w sposób priorytetowy należy traktować identyfikację lokalnych wzorców przyjmowania stymulantów i reakcję na nie oraz związane z tym problemy. Ustalenia poczynione w toku ostatnich badań ścieków są spójne z danymi dotyczącymi konfiskat oraz danymi sondażowymi i wskazują na występowanie różnic regionalnych związanych z używaniem środków pobudzających w Europie. Wydaje się, że w krajach Europy Zachodniej i Południowej wyższe jest spożycie kokainy, podczas gdy w Europie Północnej i Wschodniej prym wiodą amfetaminy. Zarówno w przypadku kokainy, jak i amfetaminy odnotowano średnioterminowy wzrost czystości, przy jednocześnie zasadniczo stałym poziomie cen. Problemy związane z używaniem środków pobudzających również stają się coraz bardziej wyraźne. Pewne obawy wiążą się z nowymi, rosnącymi potrzebami w zakresie leczenia związanego z amfetaminami w niektórych krajach. Prawie połowa pacjentów podejmujących leczenie po raz pierwszy przyznaje, że przyjmowała narkotyk drogą iniekcji. Przypuszcza się, że wstrzykiwanie środków pobudzających ma związek z występowaniem nowych ognisk epidemiologicznych wirusa HIV w niektórych marginalizowanych grupach społecznych. Niepokój może także budzić wstrzykiwanie stymulantów w połączeniu z częstymi ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. Tendencje takie dostrzeżono w niewielkich grupach mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami w niektórych europejskich miastach, co wskazuje na potrzebę zacieśnienia współpracy i podejmowania wspólnych działań przez służby odpowiedzialne za przeciwdziałanie narkomanii oraz działające w obszarze zdrowia seksualnego.

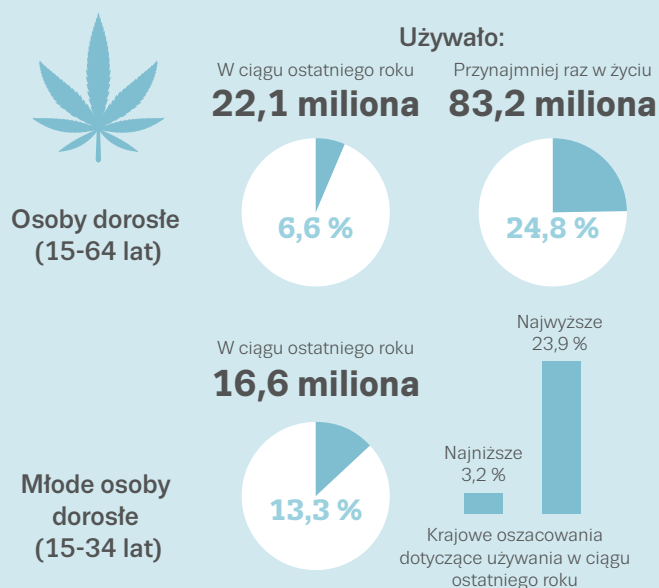
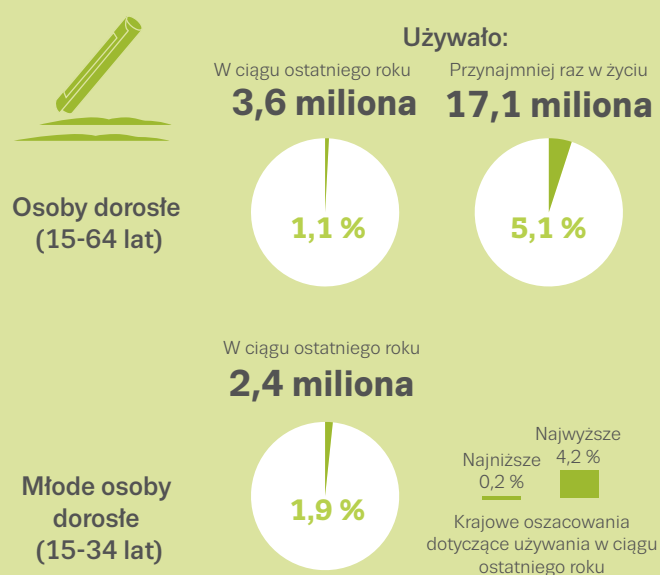
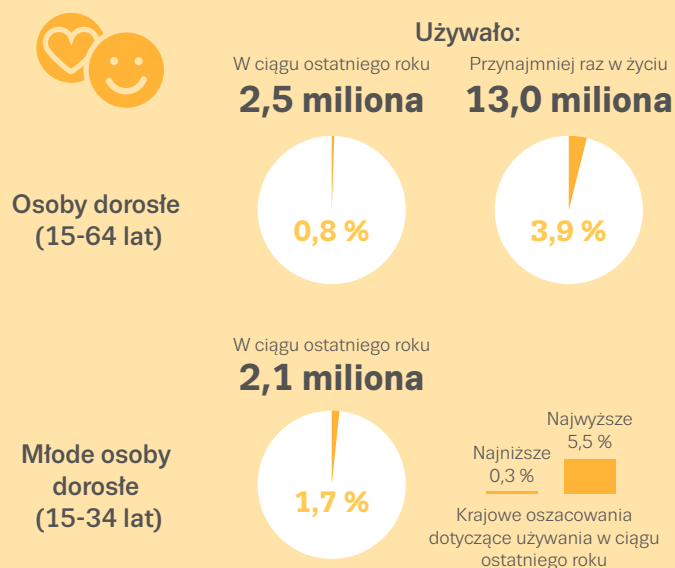
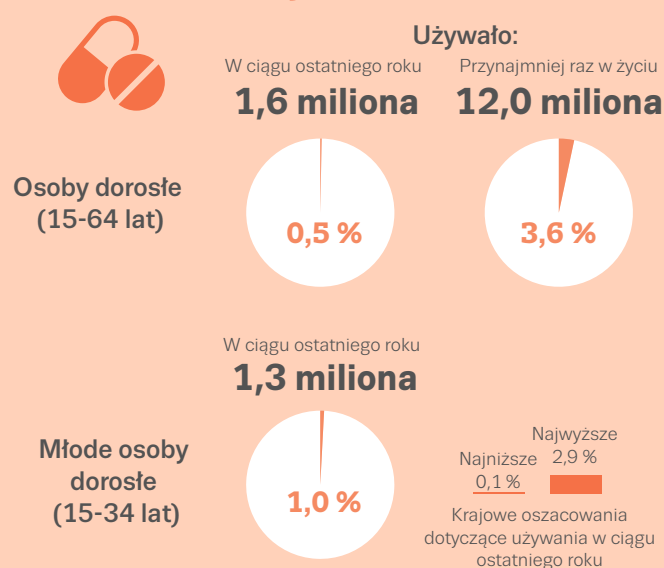
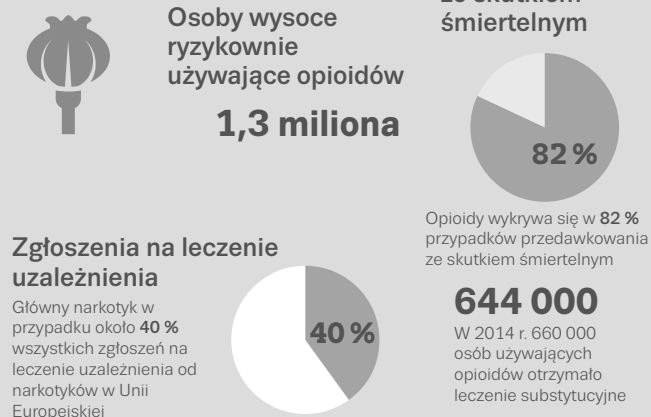
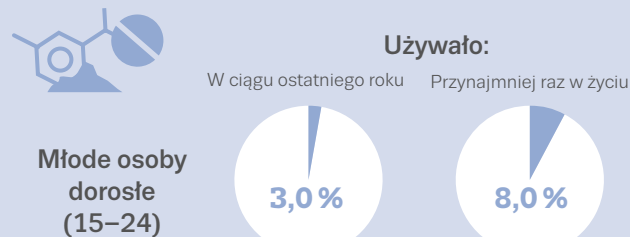
Konopie indyjskie pozostają wyzwaniem, któremu muszą stawić czoła twórcy europejskich strategii antynarkotykowych

Zarówno na arenie międzynarodowej, jak i w samej Europie, toczy się obecnie debata publiczna i polityczna na temat kosztów i korzyści różnych strategii dotyczących konopi indyjskich. Dane przedstawione w niniejszym raporcie stanowią wkład w tę dyskusję poprzez zwrócenie uwagi na niektóre złożone problemy, których nie można pominąć. O wadze tego zagadnienia świadczy fakt, że skala zjawiska jakim jest używanie konopi indyjskich nie zmniejsza się, a w niektórych grupach wydaje się nawet rosnać. Warto podkreślić, że w większości krajów, które przedstawiają szacunkowe dane sondażowe (od 2013 r.), odnotowano wzrost popularności tego narkotyku.

Nowe dane szacunkowe wskazują, że konopie mają największy udział wartościowy w europejskim rynku narkotyków. Produkcja konopi indyjskich stała się dla zorganizowanych grup przestępczych ważnym źródłem dochodów. Import konopi z różnych krajów oraz rosnąca produkcja rodzima w Europie to znaczne wyzwanie dla organów ścigania oraz obciążenie dla policji i służby celnej, które i tak dysponują niewystarczającymi zasobami. Przestępstwa związane z konopiami, wśród których najczęstsze to ich używanie lub posiadanie na użytek własny, stanowią około trzech czwartych ogólnej liczby przestępstw narkotykowych.

Rośnie także świadomość kosztów zdrowotnych i społecznych potencjalnie związanych z używaniem konopi indyjskich. Są one największe w grupie osób, które sięgają po ten narkotyk częściej i przez dłuższy czas. Szacuje się, że ok. 1% dorosłych Europejczyków codziennie lub prawie codziennie używa konopi indyjskich. Siła działania zarówno haszyszu, jak i marihuany jest ponadprzeciętnie wysoka, co jest niepokojące, jako że może narazić konsumentów na większe ryzyko ostrych i przewlekłych problemów zdrowotnych. Większość nowych pacjentów ośrodków leczenia uzależnień to obecnie osoby używające właśnie konopi indyjskich, choć dane na ten temat muszą być rozpatrywane w kontekście trybu kierowania pacjentów na leczenie oraz szeroko rozumianej opieki nad tą grupą osób. W odpowiednich politykach należy także wziąć pod uwagę fakt, że w Europie – w odróżnieniu od innych części świata – konopie indyjskie pali się zwykle wraz z tytoniem, przez co tak ważne staje się łączenie działań kontrolnych dotyczących obu substancji.

W SKRÓCIE – SZACUNKOWE DANE DOTYCZĄCE UŻYWANIA NARKOTYKÓW W UNII EUROPEJSKIEJ

Konopie indyjskie**Kokaina****MDMA****Amfetaminy****Opioidy****Nowe substancje psychoaktywne**

Źródło: Szybki sondaż Eurobarometru z 2014 r. na temat młodych ludzi i narkotyków

Wśród konfiskowanych nowych substancji psychoaktywnych największą grupę stanowią syntetyczne kannabinoidy

Porównywalnym wyzwaniem dla twórców europejskich i międzynarodowych polityk antynarkotykowych jest skuteczne reagowanie na dynamiczny i stale zmieniający się rynek nowych narkotyków. Dostępne informacje na temat używania nowych substancji psychoaktywnych są bardzo ograniczone, ale pewne wnioski na temat ich względnej dostępności można wysnuć na podstawie 50 000 przypadków konfiskat takich narkotyków odnotowanych w 2014 r. Ponad 60% procent z nich to syntetyczne kannabinoidy. Ta grupa narkotyków jest też licznie reprezentowana wśród 98 nowych substancji odnotowanych po raz pierwszy w 2015 r. i zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania UE o nowych substancjach psychoaktywnych. Aż dwadzieścia cztery z nich stanowiły syntetyczne kannabinoidy – substancje oddziałujące na te same receptory w mózgu, co THC – jeden z głównych aktywnych związków zawartych w naturalnych konopiach indyjskich. Z punktu widzenia zdrowia ludzkiego wiele syntetycznych kannabinoidów charakteryzuje się jednak znacznie większą toksycznością – odnotowano masowe zatrucia, a nawet zgony związane z ich spożyciem. Zagrożenie, jakie stanowią omawiane substancje odzwierciedla ostrzeżenie wydane przez EMCDDA w lutym 2016 r. dotyczące syntetycznego kannabinoidu MDMB-CHMICA. Substancję tę wiąże się ze zgonem 13 osób oraz z 23 przypadkami zatrucia bez skutku śmiertelnego. Wspomniany związek chemiczny wykryto w ponad 20 różnych mieszaninach przeznaczonych do palenia. Zgoni i zatrucia odnotowano w ośmiu krajach, choć podejrzewa się, że mogło do nich dojść także w innych państwach. Konsumenci nie są zwykle świadomi związków chemicznych, które zawiera przyjmowany przez nich produkt.

Występowanie zdarzeń niepożądanych kojarzone jest także z niepodlegającymi kontroli środkami pobudzającymi oraz opioidami zgłaszanymi do systemu wczesnego ostrzegania. Jednym z największych wyzwań w tym zakresie jest skuteczna i szybka reakcja na sprzedaż nieznanymi chemikaliów, które na późniejszym etapie okazują się być wysoce toksyczne. Młodzi konsumenci mogą nieświadomie stawać się „królikami doświadczalnymi”, testując na sobie działanie substancji, których potencjalne ryzyko dla zdrowia nie zostało dokładnie poznane. Przykładem może tu być syntetyczny katynon alfa-PVP, który został poddany ocenie ryzyka w listopadzie 2015 r. Z tym silnym środkiem psychostymulującym wiąże się prawie 200 przypadków ostrego zatrucia i ponad 100 zgonów w Europie.

Wydaje się, że producenci nowych substancji psychoaktywnych coraz częściej zwracają się ku bardziej

problematicznym sektorom rynku narkotykowego i ku osobom przewlekłe używającym narkotyków. Dostępne są choćby niepodlegające kontroli syntetyczne opioidy, np. te należące do grupy fentanyli. Mogą one być szczególnie niebezpieczne. Ważnym przykładem jest tu acetylofentanyl, który był tematem wspólnego raportu przygotowanego przez EMCDDA i Europol w 2015 r. Nowe substancje psychoaktywne wykryto także w produktach udostępnianych jako zamienniki leków – takich, jak benzodiazepiny – których nadużywanie przyczynia się w niektórych krajach do zaostrzenia problemu narkotykowego.

Rosnąca liczba zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków: heroina znowu w centrum uwagi

Z tegorocznej analizy można również wysnuć nowe wnioski dotyczące rosnącej liczby przypadków przedawkowania heroiny i innych opioidów. Wśród przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym liczne są te związane z użyciem heroiny – najpopularniejszego narkotyku wskazywanego w nowych doniesieniach na temat nagłych interwencji szpitalnych na poziomie poszczególnych europejskich miast. Substancje odpowiedzialne za konieczność nagłej interwencji w związku z użyciem narkotyków różnią się w poszczególnych miastach – w niektórych ośrodkach miejskich duży udział mają konopie indyjskie i kokaina oraz inne substancje pobudzające. Obecnie na poziomie ogólnoeuropejskim nie zbiera się systematycznie danych dotyczących poważnych problemów związanych z narkotykami. Pilotażowe badanie przeprowadzone na poziomie miast pokazuje, że stałe monitorowanie sytuacji pomogłoby lepiej rozumieć i kontrolować nowe problemy związane z używaniem substancji odurzających.

Kilka krajów – głównie z Europy Północnej – które od dłuższego już czasu borykają się z problemem opioidów, odnotowują obecnie wzrost liczby związanych z nimi zgonów. Niełatwo jest jednak zrozumieć, jakie czynniki decydują o kształtowaniu się tendencji na tym polu. Można je potencjalnie tłumaczyć większą dostępnością i czystością heroiny, starzeniem się grupy użytkowników tej substancji i ich większym narażeniem na konsekwencje zdrowotne, a także zmieniającymi się schematami konsumpcji narkotyków (w tym popularnością syntetycznych opioidów oraz leków). Ważną rolę mogą także odgrywać zmiany w praktykach sprawozdawczości. Dane dotyczące podaży, w tym szacunki mówiące o większej produkcji heroiny w Afganistanie, a także konfiskaty większych ilości narkotyku oraz jego większa czystość wskazują na potencjalne zwiększenie dostępności. Brak jednak obecnie jednoznacznych dowodów na zwiększanie się liczby nowych konsumentów heroiny - liczba

osób przyjmowanych na leczenie w związku z używaniem tej substancji spada lub utrzymuje się na stałym poziomie, a przedawkowanie pozostaje głównie problemem wśród starszych osób używających opioidów. W niektórych krajach odnotowano jednak niewielki wzrost liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem wśród młodszych konsumentów, co wymaga uwagi.

Opioidy syntetyczne: powód do obaw

Do zgonów związanych z używaniem narkotyków w Europie wydają się także przyczyniać opioidy syntetyczne oraz leki. Pojawiają się obawy związane z nadużywaniem benzodiazepin i innych leków pochodzących z dostaw farmaceutycznych lub pozyskiwanych z nielegalnych źródeł, ale nie ma jasnego obrazu co do ich wpływu na liczbę zgonów, do których dochodzi w Europie na skutek przedawkowania. Pełniejsze dane dostępne są w odniesieniu do opioidów syntetycznych. W niektórych krajach wśród danych dotyczących zgonów związanych z narkotykami wyraźniej zaznaczają się produkty z grupy opioidów syntetycznych, a więc głównie – choć nie jedynie – środki stosowane w leczeniu substytucyjnym. Rośnie też zapotrzebowanie na leczenie związane z tymi substancjami. Biorąc pod uwagę poważne problemy zdrowotne odnotowywane w Ameryce Północnej i w innych częściach świata w związku z nadużywaniem leków opioidowych, ważne znaczenie ma poprawa nadzoru w tym zakresie, co pomoże wykryć ewentualne zaostrzające się problemy na tym polu w Europie. Co więcej, ramy regulacyjne oraz wytyczne kliniczne mogą odegrać pozytywną rolę w ograniczaniu ryzyka związanego z wykorzystywaniem leków w sposób niezgodny z ich właściwym przeznaczeniem terapeutycznym, co omówiono szerzej w dalszej części raportu.

Nowe możliwości farmakologiczne w zakresie zmniejszania negatywnych konsekwencji przyjmowania narkotyków

W najbliższej przyszłości możemy spodziewać się udostępnienia szeregu nowych możliwości farmakologicznych w zakresie ograniczenia problemów związanych z używaniem narkotyków. W niniejszym raporcie omówiono dwa obszary, w których wprowadza się nowe terapie i innowacyjne metody ich realizacji. Wiele państw członkowskich Unii Europejskiej daje użytkownikom opioidów dostęp do naloksonu – leku stosowanego w przypadku przedawkowania – poprzez programy realizowane w społecznościach lokalnych. Jest on także dystrybuowany wśród użytkowników opuszczających zakłady karne. Celem takich działań jest ograniczenie liczby zgonów będących

następstwem przedawkowania. Realne wydaje się szersze udostępnienie naloksonu do użytku domowego w Europie, do czego ma prowadzić opracowanie preparatów podawanych donosowo. Jeden z nich został niedawno dopuszczony do sprzedaży w aptekach w Stanach Zjednoczonych. Na rynek wprowadzane są także nowe leki ułatwiające leczenie zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C wśród aktywnych użytkowników przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, także w ośrodkach terapeutycznych. Nowe terapie przedstawiają sobą znaczny potencjał w zakresie rozwiązywania problemów zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków, choć wyzwaniem pozostaje ograniczenie barier utrudniających ich wdrażanie oraz zapewnienie zasobów wystarczających do sprostania zapotrzebowaniu w zakresie leczenia.

Nowe zagrożenia i możliwości związane z internetowym rynkiem narkotyków

Nowym wyzwaniem dla twórców polityk antynarkotykowych jest Internet i jego rola jako kanału komunikacji oraz coraz częściej wykorzystywanego źródła pozyskiwania substancji psychoaktywnych. Uwaga w tym zakresie skupia się głównie na zagrożeniach wiążących się z rynkiem w strefie „darknet”, czyli przestrzeni internetowej, która nie jest dostępna bez specjalnego oprogramowania. Należy także podkreślić coraz większą rolę ogólnodostępnych, zindeksowanych stron internetowych, szczególnie jeżeli chodzi o podaż podrabianych leków oraz nowych substancji psychoaktywnych, a także rolę aplikacji społecznościowych w bezpośredniej wymianie między użytkownikami. Platformy internetowe często stwarzają też możliwość prowadzenia działań profilaktycznych, leczniczych oraz ograniczania szkód, choć są to funkcje, o których często się zapomina.

Podaż narkotyków za pośrednictwem źródeł internetowych wydaje się mieć tendencję wzrostową, chociaż poziom wyjściowy jest niski. Znaczący jest także potencjał rozwojowy tego kanału dystrybucji. Trudno też nadążyć za dynamicznymi zmianami zachodzącymi w tym obszarze, wiążącymi się z coraz szerszym użytkowaniem Internetu, wprowadzaniem nowych technologii płatności oraz innowacyjnymi rozwiązaniami w zakresie szyfrowania danych, jak również nowych możliwości tworzenia rozproszonych portali handlowych. Przyszła europejska strategia antynarkotykowa musi być odpowiedzią na zasadnicze pytania związane z reagowaniem na to rosnące zagrożenie oraz skutecznie wykorzystywać możliwości tworzone przez Internet w odniesieniu do ograniczania problemów związanych z używaniem narkotyków.

1

**W kontekście globalnym Europa
jest ważnym rynkiem
dla narkotyków**

Podaż narkotyków i rynek

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

Monitorowanie rynków narkotyków, podaży i przepisów

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

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

Dodatkowe dane o europejskich przepisach i politykach dotyczących narkotyków są dostępne na stronie internetowej EMCDDA.

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

Działania mające na celu ograniczenie podaży narkotyków angażują wiele agencji rządowych i organów ścigania, a często zależą też od współpracy międzynarodowej. Aktywności na poziomie unijnym koordynowane są w ramach strategii antynarkotykowej oraz planów działań UE, a także w ramach europejskiego cyklu polityk w zakresie poważnej i zorganizowanej przestępczości. Podejście przyjmowane przez poszczególne państwa znajduje też odzwierciedlenie w krajowych strategiach i przepisach dotyczących narkotyków. Dane dotyczące aresztowań i konfiskat są obecnie najlepiej udokumentowanymi wskaźnikami działań mających na celu zakłócenie podaży narkotyków.

Rynek narkotyków: oszacowanie wartości finansowej

Rynek nielegalnych substancji to złożony system obejmujący ich produkcję i dystrybucję oraz generujący znaczne przepływy finansowe na różnych poziomach. Według ostrożnych szacunków rynek detalicznej sprzedaży nielegalnych substancji w Unii Europejskiej wart był w 2013 r. 24,3 miliarda euro (prawdopodobny przedział wartości to od 21 do 31 miliardów euro). Największy udział miały w nim produkty na bazie konopi indyjskich, których szacunkowa sprzedaż detaliczna osiągnęła wartość 9,3 miliarda euro (prawdopodobny przedział wartości to od 8,4 do 12,9 miliarda euro), czyli ok. 38% całej sprzedaży. Na drugim miejscu uplasowała się heroina, której wartość sprzedaży szacuje się na 6,8 miliarda euro (6,0-7,8 miliarda euro) (28%), a za nią kokaina – 5,7 miliarda euro (4,5 do 7,0 miliarda euro) (24%). Amfetaminy mają mniejszy udział w rynku, który szacuje się na 1,8 miliarda euro (1,2-2,5 miliarda euro) (8%), przy czym wyprzedzają one w statystykach MDMA – substancję o wartości sprzedaży na poziomie 0,7 miliarda euro (0,61-0,72 miliarda euro) (3%). Powyższe szacunki opierają się na bardzo ograniczonym zbiorze danych, co wiązało się z koniecznością przyjęcia szerokich założeń. Powinny one być uznawane za wstępne minimalne

dane szacunkowe, które należy w przyszłości ponownie przeanalizować w miarę dostępności pełniejszych informacji.

Nowe kanały podaży: internetowy rynek narkotyków

Choć sprzedaż substancji nielegalnych prowadzona była dawniej w fizycznych lokalizacjach, w ostatniej dekadzie można było zaobserwować pojawianie się nowych technologii internetowych, które umożliwiły tworzenie internetowych platform handlowych. Internetowa sprzedaż narkotyków może odbywać się za pośrednictwem ogólnodostępnych witryn, przez które udostępnia się zwykle niepodlegające kontroli prekursory, nowe substancje psychoaktywne lub podrabiane czy fałszywe leki. Może ona jednak także przebiegać w tak zwanej „ukrytej sieci”, poprzez platformy handlowe w darknecie lub na kryptorynkach, takich jak AlphaBay czy nieistniejąca już witryna Silk Road. Produkty na bazie opioidów oraz MDMA to według doniesień substancje najczęściej wystawiane na sprzedaż na rynkach darknetowych, obok szeregu różnych leków.

Rynek darknetowy to platformy sprzedaży online lub handlowe wykorzystujące technologie ochrony prywatności, które zawierają ofertę dostawców zwykle nielegalnych towarów i usług. Mają one zwykle wiele cech wspólnych z takimi serwisami sprzedażowymi jak eBay czy Amazon, a klienci mogą w nich swobodnie wyszukiwać i porównywać produkty i dostawców. W celu zatarcia śladów transakcji oraz fizycznego położenia serwerów stosuje się różne strategie. Są to m.in. usługi anonimizacyjne, takie jak Tor (The Onion Router), który pozwala na ukrycie adresu protokołu internetowego (IP) komputera, a także płatności z wykorzystaniem zdecentralizowanych i trudnych do śledzenia krypto-walut, takich jak bitcoin czy litecoin oraz szyfrowanie komunikacji pomiędzy uczestnikami rynku. W regulacji dostawców na rynku dużą rolę odgrywa też system referencji. Ostatnie zmiany na omawianym rynku obejmują zaostrzenie procedur bezpieczeństwa mające na celu zapobieganie oszustwom sprzedawców, w tym wykorzystywanie skomplikowanych systemów depozytów, oraz decentralizacja platform sprzedażowych w reakcji na zagrożenie ze strony organów ścigania. Obecnie przyjmuje się, że rynek ten ma niewielki udział w całej sprzedaży substancji nielegalnych, a wiele transakcji przebiega na poziomie poszczególnych konsumentów. Istnieje jednak potencjał dalszego rozwoju internetowej sprzedaży narkotyków.

WYKRES 1.1

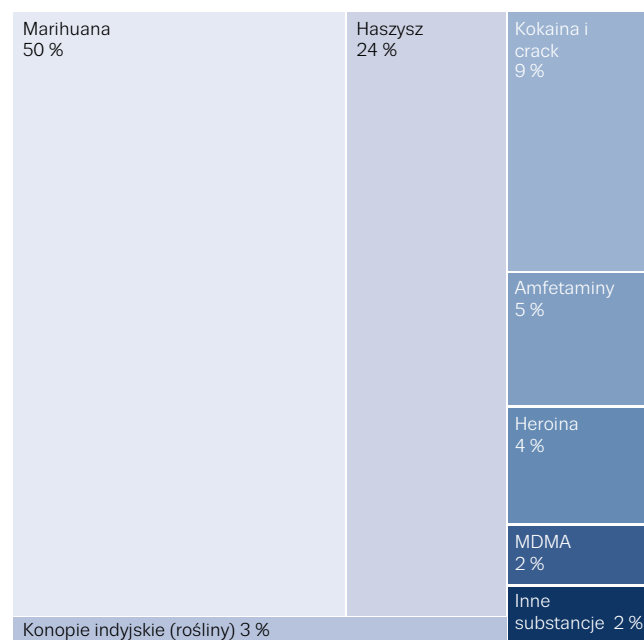
Konfiskaty narkotyków: dominują konopie indyjskie

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

Konopie indyjskie są najczęściej konfiskowanym narkotykiem (ponad trzy czwarte przypadków w Europie) (78%) (Wykres 1.1), co odzwierciedla ich stosunkowo powszechne używanie. Na drugim miejscu jest kokaina (9%). Niższa jest liczba konfiskat amfetamin (5%), heroiny (4%) oraz MDMA (2%).

W 2014 r. około 60% wszystkich konfiskat w Unii Europejskiej zostało zgłoszone przez zaledwie dwa kraje – Hiszpanię i Wielką Brytanię, chociaż pokaźne liczby zgłaszały także

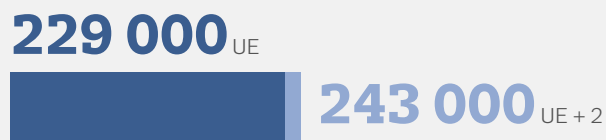
Liczba zgłoszonych konfiskat narkotyków w podziale na rodzaj substancji, 2014



KONOPIE INDYJSKIE

Haszysz

Liczba konfiskat



Skonfiskowana ilość

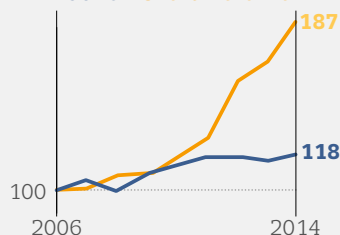


Cena (EUR/g)

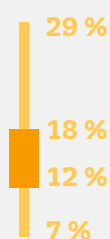


Zindeksowane tendencje:

cena i siła działania



Siła działania (% THC)

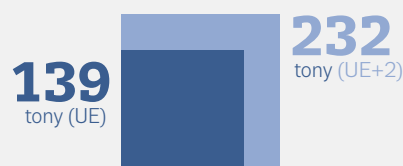


Marihuana

Liczba konfiskat



Skonfiskowana ilość

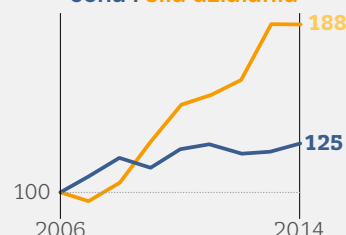


Cena (EUR/g)

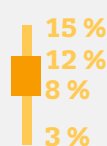


Zindeksowane tendencje:

cena i siła działania

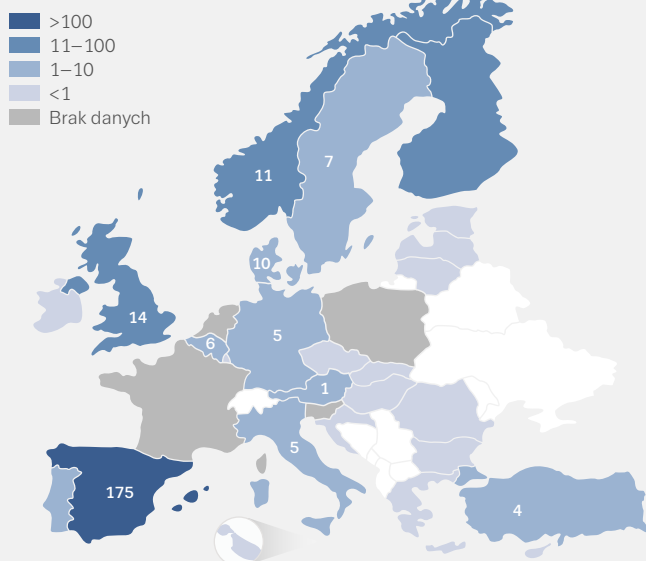


Siła działania (% THC)

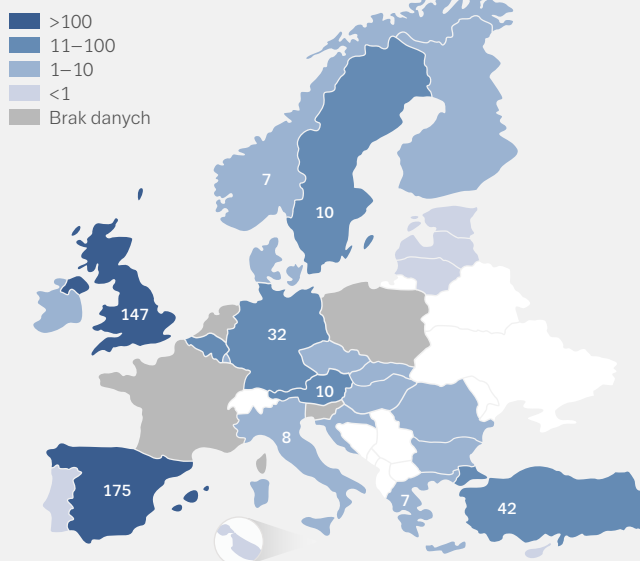


Uwaga: UE+2 odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i siła działania produktów z konopi indyjskich: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.

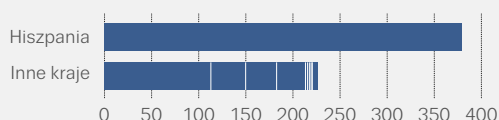
Liczba konfiskat haszyszu (w tys.)



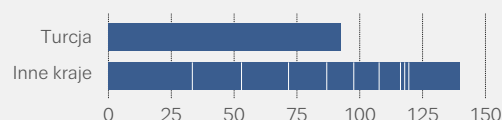
Liczba konfiskat marihuany (w tys.)



Ilość skonfiskowanego haszyszu (w tonach)



Ilość skonfiskowanej marihuany (w tonach)



Mimo to ilości haszyszu skonfiskowanego w Unii Europejskiej są nadal znacznie większe od zgłaszanych ilości marihuany (574 ton w stosunku do 139 ton). Po części wynika to z faktu, że haszysz jest częściej transportowany w dużych ilościach na duże odległości między państwami, dlatego łatwiej jest go przechwycić. W analizie ilości skonfiskowanych konopi niewielka liczba krajów okazuje się niewspółmiernie ważna ze względu na ich położenie na głównych szlakach przemytu. Hiszpania jest na przykład głównym punktem przerzutowym konopi produkowanych w Maroku i zgłosiła ponad dwie trzecie ogólnej ilości haszyszu skonfiskowanego w Europie w 2014 r. (Wykres 1.2). W ostatnich latach Turcja przechwytywała więcej marihuany niż jakiekolwiek inne państwo europejskie.

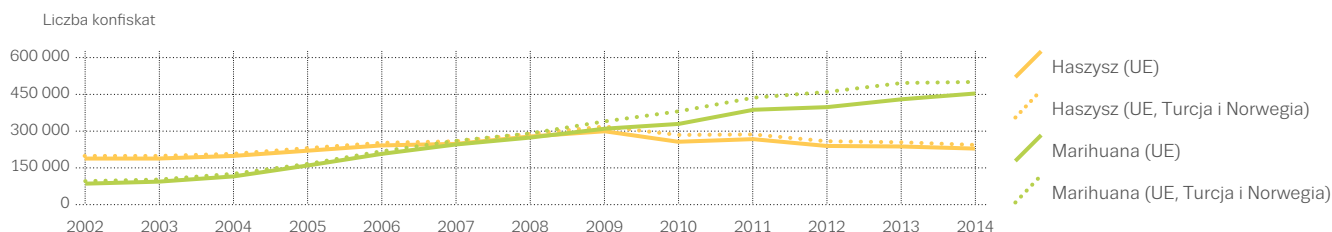
Na europejskich rynkach narkotyków występują powszechnie dwa główne produkty otrzymywane z konopi indyjskich: marihuana i haszysz. Marihuana konsumowana w Europie pochodzi z produkcji krajowej lub jest przemycana z krajów trzecich. Marihuana produkowana w Europie pochodzi z roślin uprawianych w przestrzeniach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

W Unii Europejskiej zgłaszane są także konfiskaty innych produktów z konopi indyjskich – odnotowano na przykład ok. 200 przypadków konfiskaty oleju z konopi.

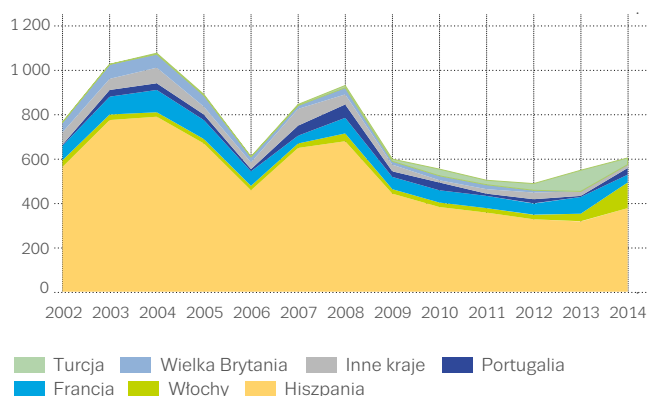
Liczba konfiskat marihuany przekroczyła w 2009 r. liczbę konfiskat haszyszu, a różnica między nimi stale się powiększa (Wykres 1.3). Przez cały ten okres ilość marihuany konfiskowanej na terenie Unii Europejskiej stale rośnie. Z najnowszych danych wynika, że ilość haszyszu konfiskowanego na terenie Unii Europejskiej wzrosła,

WYKRES 1.3

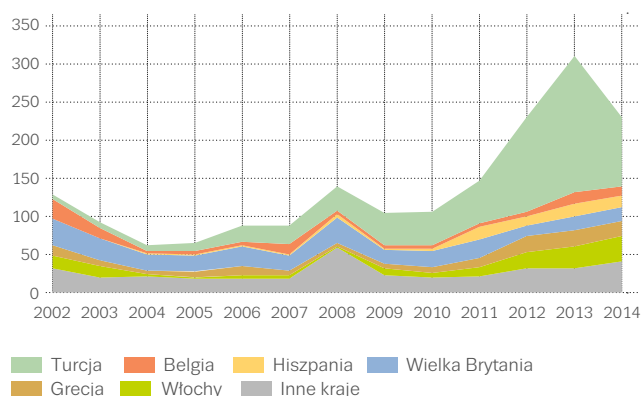
Tendencje dotyczące liczby konfiskat oraz konfiskowanych ilości haszyszu i marihuany



Haszysz (tony)



Marihuana (tony)



podczas gdy w Turcji odnotowano znaczny spadek konfiskowanych ilości marihuany.

Konfiskaty roślin konopi indyjskich można traktować jako wskaźnik produkcji tego narkotyku w danym kraju. W związku z problemami metodologicznymi dane na temat konfiskat roślin konopi indyjskich należy traktować z ostrożnością, jednak liczba skonfiskowanych roślin więcej niż podwoiła się, odnotowując wzrost z 1,5 mln w 2002 r. do 3,4 mln w 2014 r.

Analiza zindeksowanych tendencji w krajach dokonujących zgłoszeń konsekwentnie wskazuje na wzrost siły działania (zawartości tetrahydrokannabinolu, THC) marihuany i haszyszu w latach 2006-2014. To zwiększenie siły działania może wynikać z wprowadzenia intensywnych technik produkcyjnych w Europie, a także z niedawnego wdrożenia upraw mocnych odmian w Maroku.

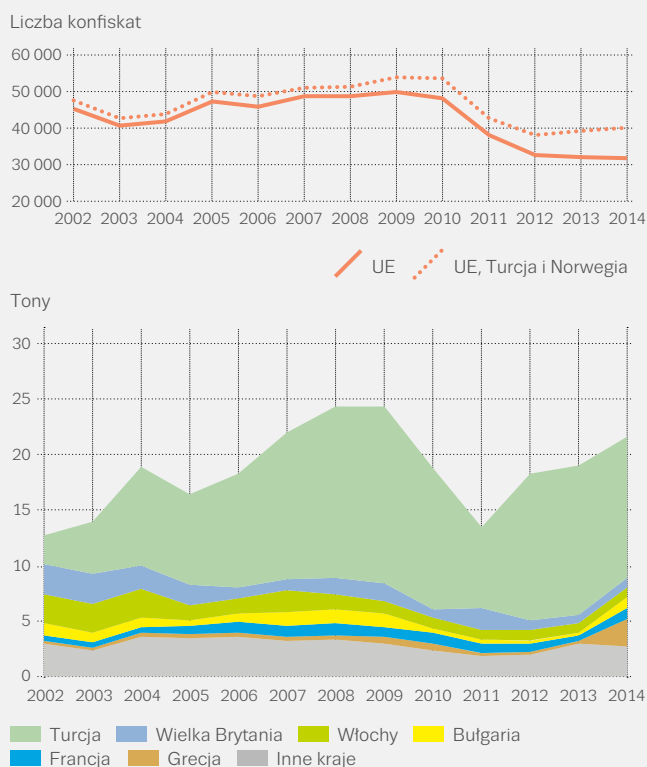
| Opioidy: zmieniający się rynek?

Heroina jest najpowszechniejszym opioidem na europejskim rynku narkotyków. W Europie od dawna dostępne są dwie postacie importowanej heroiny. Bardziej powszechna jest heroina brązowa (w jej podstawowej postaci chemicznej),



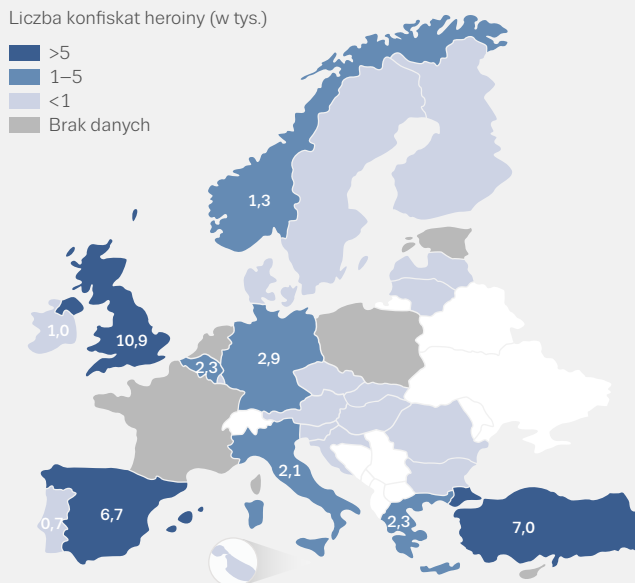
WYKRES 1.4

Liczba konfiskat heroiny i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2014 r. lub ostatnim dostępnym roku



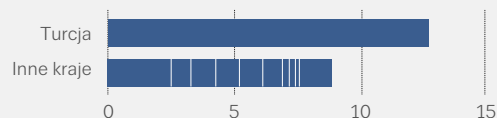
Liczba konfiskat heroiny (w tys.)

■ >5
■ 1–5
■ <1
■ Brak danych



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

Ilość skonfiskowanej heroiny (w tonach)



pochożącą głównie z Afganistanu. Zdecydowanie mniej powszechna jest natomiast biała heroina (w postaci soli), która dawniej pochodziła z południowo-wschodniej Azji, ale obecnie może też być wytwarzana w Afganistanie lub w sąsiednich krajach. Wśród pozostałych opioidów skonfiskowanych przez organy ścigania w krajach europejskich w 2014 r. znalazło się opium oraz produkty lecznicze, takie jak morfina, metadon, buprenorfina, tramadol i fentanyl. Niektóre leki opioidowe mogły pochodzić z dostaw farmaceutycznych, natomiast pozostałe wyprodukowano specjalnie na cele nielegalnego rynku.

Afganistan pozostaje największym na świecie nielegalnym producentem opium i przypuszczalnie większość heroiny na rynku europejskim jest wytwarzana właśnie tam bądź w sąsiednim Iranie lub Pakistanie. Produkcja opioidów na terenie Europy była dotąd ograniczona do domowej roboty produktów na bazie maku, które wytwarzano w niektórych krajach Europy Wschodniej. Odkrycie dwóch laboratoriów zajmujących się przetwarzaniem morfiny w heroinę w Hiszpanii oraz jednego w Republice Czeskiej w latach 2013-2014 świadczy jednak o tym, że heroina może obecnie być produkowana także w Europie.

Heroina trafia do Europy czterema szlakami przemytu. Najważniejszymi z nich są „szlak bałkański” i „szlak południowy”. Pierwszy biegnie przez Turcję do krajów bałkańskich (Bułgarii, Rumunii lub Grecji) i dalej do Europy

Środkowej, Południowej oraz Zachodniej. W ostatnim czasie powstał alternatywny szlak bałkański wiodący przez Syrię i Irak. Wydaje się, że trasa południowa zyskała na znaczeniu w ostatnich latach. Dostawy heroiny z Iranu i Pakistanu docierają przez nią do Europy drogą lotniczą lub morską, bezpośrednio lub na zasadzie tranzytu przez kraje Afryki Zachodniej, Południowej i Wschodniej. Inne szlaki o obecnie mniejszym znaczeniu to tzw. „szlak północny” oraz nowy, tworzący się dopiero szlak przerzutu heroiny przez południowy Kaukaz i Morze Czarne.

Po dekadzie względnej stabilności, w latach 2010-2011 na rynkach w wielu państwach europejskich odnotowano spadek dostępności heroiny. Wyraźne widać to na podstawie danych dotyczących liczby konfiskat heroiny, która spadła na terenie Unii Europejskiej z poziomu 50 000 w 2009 r. do 32 000 w 2014 r. Ilości konfiskowanej w Unii Europejskiej heroiny przez dłuższy czas spadały - z 10 ton w 2002 r. do 5 ton w 2012 r., aby ponownie wzrosnąć do 8,9 ton w 2014 r. Tendencja ta wynika z większej liczby konfiskat znacznych ilości produktu (ponad 100 kg), przy czym kilka krajów w 2013 r. i 2014 r. odnotowało rekordowe konfiskaty narkotyku. Szczególnie Grecja, a w mniejszym stopniu także Bułgaria, donoszą w ostatnim czasie o znacznym zwiększeniu się ilości konfiskowanej heroiny. Od 2003 r. Turcja konfiskuje o wiele więcej heroiny niż jakiekolwiek państwo UE. W 2014 r. było to aż ok. 13 ton (Wykres 1.4).

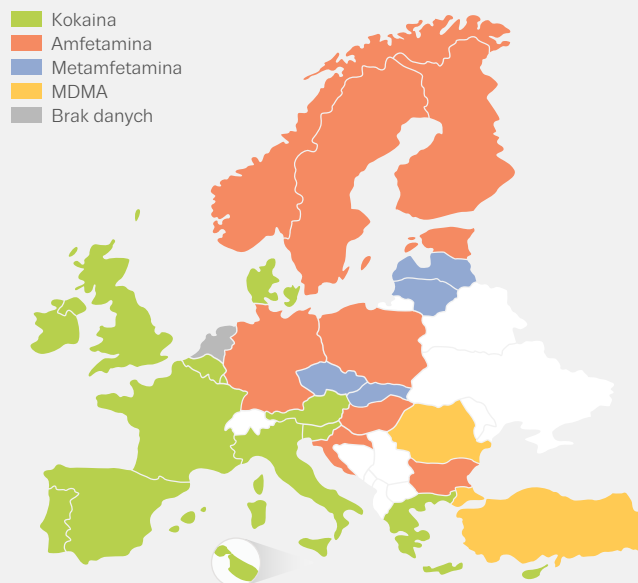
Dane z krajów regularnie przekazujących stosowne informacje wskazują na zwiększenie się czystości heroiny w Europie w 2014 r. Łącznie ze wzrostem konfiskowanych ilości narkotyku oraz innymi zmianami może to sygnalizować potencjalnie większą dostępność produktu.

Europejski rynek stymulantów: różnice geograficzne

Na rynku narkotyków w UE dostępnych jest wiele nielegalnych substancji pobudzających. Występują też regionalne różnice w zakresie najczęściej konfiskowanych produktów (Wykres 1.5). Różnice te odpowiadają, ogólnie rzecz biorąc, rozmieszczeniu głównych miejsc produkcji, portów wwozu oraz szlaków przemytu. Kokaina jest na przykład najczęściej konfiskowanym stymulantem w wielu krajach zachodniej i południowej Europy, co bezpośrednio odzwierciedla lokalizację punktów wwozu narkotyku do Europy. W Europie Północnej i Środkowej dominują konfiskaty amfetaminy, przy czym w ręce odpowiednich służb w Republice Czeskiej, na Słowacji oraz na Łotwie i na Litwie najczęściej trafia metamfetamina. MDMA jest z kolei najczęściej konfiskowanym środkiem pobudzającym w Rumunii i w Turcji.

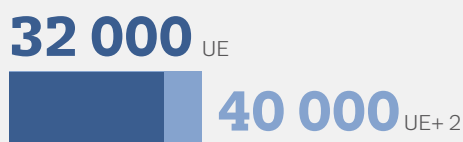
WYKRES 1.5

Najczęściej konfiskowany w Europie stymulant, rok 2014 lub ostatni dostępny



HEROINA

Liczba konfiskat



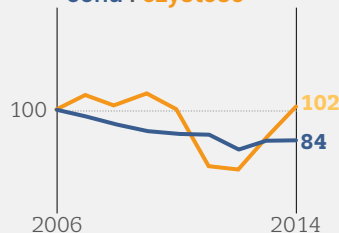
Skonfiskowana ilość



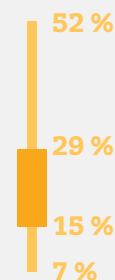
Cena (EUR/g)



Zindeksowane tendencje: cena i czystość



Czystość (%)



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

Kokaina: stabilizacja rynku

Kokaina dostępna jest w Europie w dwóch postaciach, z których powszechniejszą jest kokaina w proszku (sól chlorowodorkowa, HCl). Rzadziej dostępny jest crack, czyli narkotyk w postaci nadającej się do palenia wolnej zasady. Kokainę wytwarza się z liści krzewu kokainowego. Narkotyk ten jest produkowany niemal wyłącznie w Boliwii, Kolumbii i Peru. Do Europy dociera drogą lotniczą lub szlakami morskimi. Do transportu kokainy do Europy wykorzystuje się bardzo różnorodne metody. Drogą lotniczą narkotyk przemywany jest przesyłkami lotniczymi realizowanymi przez loty komercyjne, w ładunkach lotniczych, paczkach ekspresowych, za pośrednictwem usług pocztowych oraz prywatnymi samolotami. Drogą morską kokainę przewozi się w dużych ładunkach prywatnymi jachtami lub w kontenerach morskich. Hiszpania, Belgia, Holandia (według danych z 2012 r.), Francja i Włochy odpowiadają łącznie za 84% z 61,6 ton skonfiskowanych według szacunków w 2014 r. (Wykres 1.6).

W 2014 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 78 000 konfiskat kokainy. Sytuacja jest względnie stabilna od 2010 r., choć zarówno liczba konfiskat, jak i przechwycone ilości kształtują się na poziomie znacznie niższym od wartości osiągniętych w latach szczytowych (patrz Wykres 1.6). Choć Hiszpania pozostaje krajem konfiskującym najwięcej kokainy w Europie, widać oznaki trwającej dywersyfikacji szlaków przemytu wiodących do Europy – konfiskaty tego narkotyku odnotowano niedawno w portach na wschodnim wybrzeżu Morza Śródziemnego, nad Bałtykiem i Morzem Czarnym. Indeksowane tendencje wskazują ogółem, że wzrost czystości kokainy obserwowany w ostatnim czasie ustabilizował się.

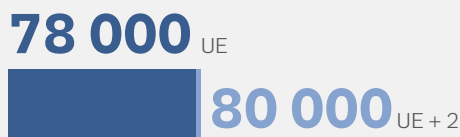
Prekursory chemiczne: coraz powszechniejsze użycie substancji niesklasyfikowanych

Prekursory chemiczne są nieodzowne do produkcji syntetycznych substancji pobudzających i innych narkotyków. Ich dostępność ma znaczny wpływ na rynek oraz metody produkcji stosowane w nielegalnych laboratoriach. Jako że wiele prekursorów służy do zgodnych z prawem celów, pewne substancje chemiczne są odpowiednio sklasyfikowane w przepisach unijnych, a handel nimi jest ściśle monitorowany. Producenci narkotyków syntetycznych starają się ograniczyć wpływ takiej kontroli, stosując niesklasyfikowane w przepisach substancje chemiczne do produkcji prekursorów. Podejście to może jednak również zwiększyć ryzyko wykrycia, z uwagi na większą ilość potrzebnych chemikaliów oraz produkcję większej ilości odpadów.

Dane z państw członkowskich UE dotyczące konfiskat i zatrzymanych dostaw prekursorów narkotyków potwierdzają fakt ciągłego wykorzystywania zarówno substancji sklasyfikowanych, jak i niesklasyfikowanych do produkcji narkotyków w Unii Europejskiej, szczególnie zaś do wytwarzania amfetamin i MDMA (Tabela 1.1). W 2014 r. skonfiskowano 6 062 kg prekursora BMK - APAAN (alfa-fenylacetoacetonitrylu), a więc mniej niż w 2013 r., kiedy skonfiskowano 48 802 kg tej substancji. Ten znaczny spadek jest prawdopodobnie wynikiem sklasyfikowania tej substancji w ustawodawstwie unijnym w grudniu 2013 r. Na stosowanie alternatywnych prekursorów wskazuje jednak ciągła dostępność MDMA na rynku oraz coraz mniejsze ilości przechwytywanego safrolu. W 2014 r. tego prekursora MDMA nie przechwycono wcale, choć jeszcze rok wcześniej skonfiskowano aż 13 837 litrów. W 2014 r.

KOKAINA

Liczba konfiskat



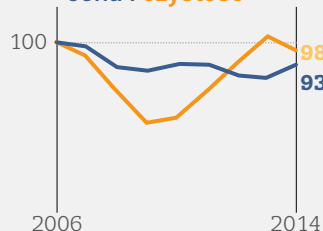
Skonfiskowana ilość



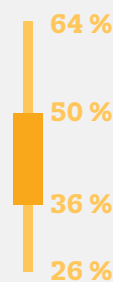
Cena (EUR/g)



Zindeksowane tendencje: cena i czystość



Czystość (%)



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

WYKRES 1.6

Liczba konfiskat kokainy i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2014 r. lub ostatnim dostępnym roku

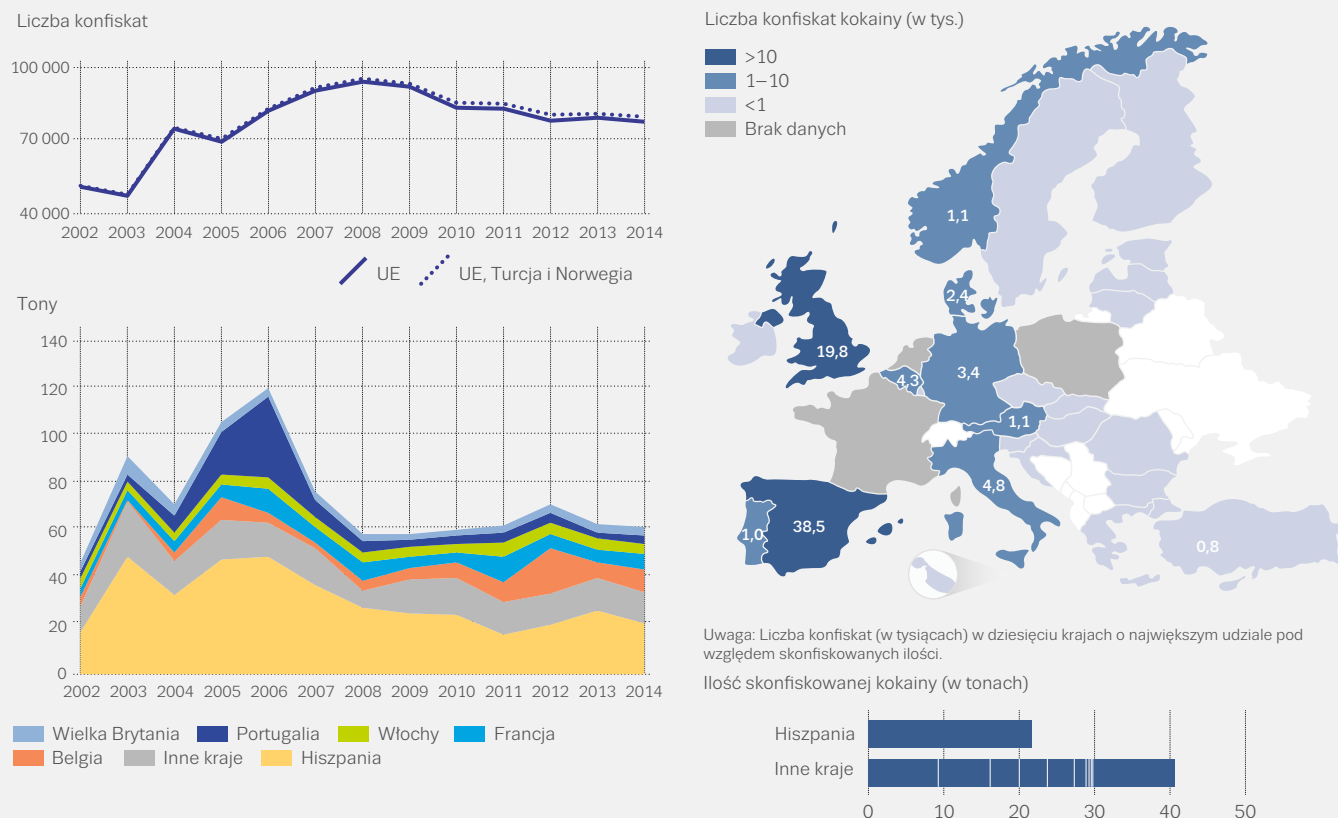


TABELA 1.1

Podsumowanie konfiskat i zatrzymanych dostaw prekursorów wykorzystywanych do wytwarzania wybranych narkotyków syntetycznych produkowanych w Europie, 2014 r.

Prekursor/preprekursor	Konfiskaty		Zatrzymane dostawy ⁽¹⁾		OGÓŁEM	
	Przypadki	Ilość	Przypadki	Ilość	Przypadki	Ilość
MDMA lub substancje pokrewne						
PMK (litry)	1	5	0	0	1	5
Safrol (litry)	0	0	2	1 050	2	1 050
Piperonal (kg)	3	5	4	2 835	7	2 840
Glicydowe pochodne PMK (kg)	6	5 575	1	1 250	7	6 825
Amfetamina i metamfetamina						
BMK (litry)	14	2 353	0	0	14	2 353
PAA, kwas fenylloctowy (kg)	1	100	2	190	3	290
Efedryna luzem (kg)	19	31	1	500	20	531
Pseudoefedryna luzem (kg)	8	12	0	0	8	12
APAAN (kg)	18	6 062	1	5 000	19	11 062

⁽¹⁾ „Zatrzymana dostawa” to taka, której dostarczenia odmówiono, zawieszono jej dostarczenie bądź eksporter dobrowolnie ją wycofał ze względu na podejrzenie wykorzystania do nielegalnych celów.

odnotowano jednak większą ilość skonfiskowanych niesklasyfikowanych preprekursorów MDMA, a szczególnie PMK glycidate.

Amfetamina i metamfetamina

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

Oba narkotyki produkowane są w Europie na użytek krajowy. Część amfetaminy i metamfetaminy produkuje się także na eksport, szczególnie na Bliski Wschód – gdzie istnieje rynek

zbytu na captagon, czyli tabletki mające zawierać amfetaminę – oraz na Daleki Wschód i do Oceanii. Europa jest także centrum przemytu metamfetaminy z Afryki Zachodniej i Iranu na Bliski Wschód. Amfetaminę produkuje się głównie w Belgii, w Holandii, w Polsce, w Niemczech oraz w mniejszym stopniu w krajach bałtyckich. W ostatnim czasie zaobserwowano częstsze przenoszenie ostatniego etapu produkcji do innych krajów. Kilka państw zgłasza, że na ich terytorium prowadzi się konwersję oleju bazowego amfetaminy na siarczan amfetaminy.

Ważnym ośrodkiem produkcji metamfetaminy w Europie jest Republika Czeska i kraje sąsiednie. Produkcja odbywa się jednak także w Holandii i na Litwie, podczas gdy w Bułgarii odnotowano wzrost liczby likwidowanych laboratoriów.

Według przedstawianych danych produkcja metamfetaminy przy użyciu BMK (benzylometyloketonu) ma miejsce na

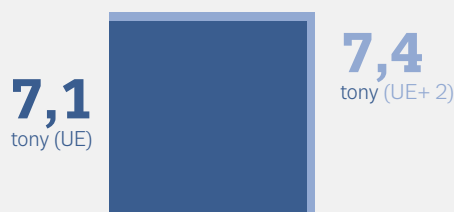
AMFETAMINY

Amfetamina

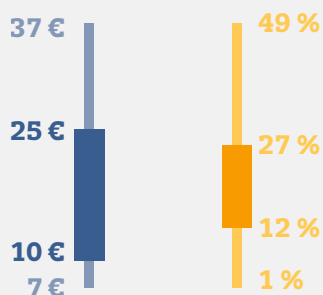
Liczba konfiskat



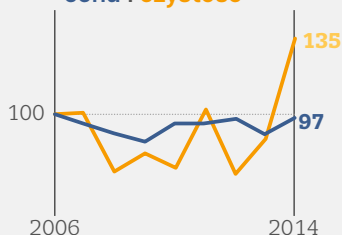
Skonfiskowana ilość



Cena (EUR/g) Czystość (%)



Zindeksowane tendencje: cena i czystość



Metamfetamina

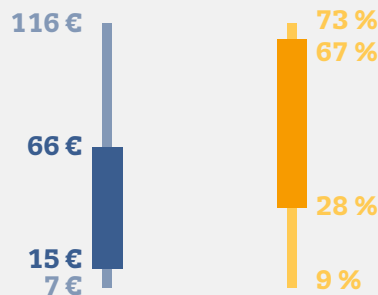
Liczba konfiskat



Skonfiskowana ilość



Cena (EUR/g) Czystość (%)

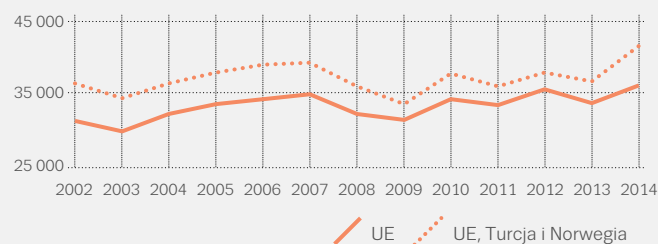


Uwaga: UE+2 odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość amfetamin: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartylowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika. W przypadku metamfetaminy zindeksowane tendencje nie są dostępne.

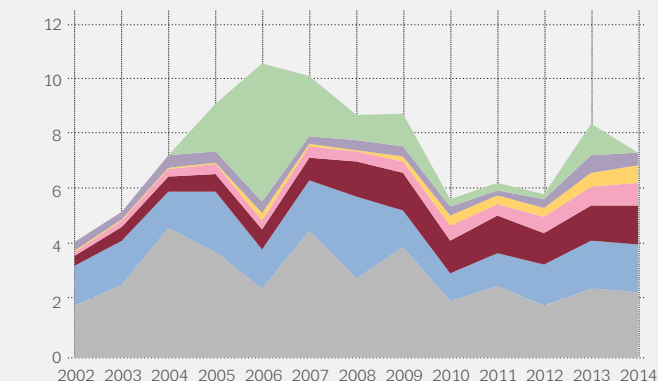
WYKRES 1.7

Liczba konfiskat amfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2014 r. lub ostatnim dostępnym roku

Liczba konfiskat



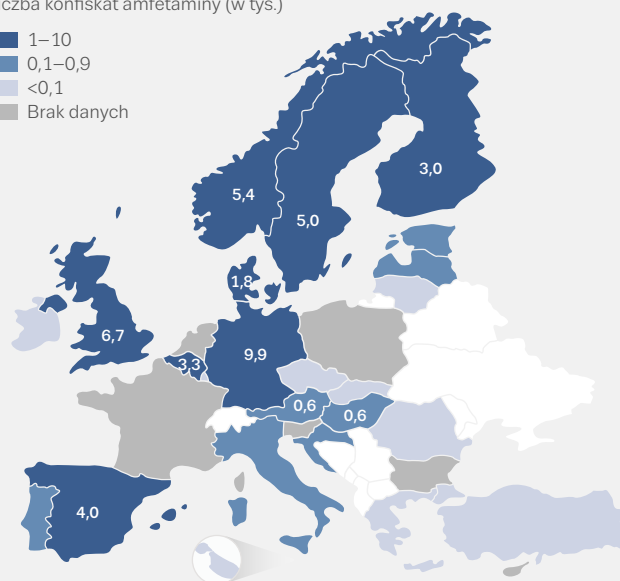
Tony



Turcja Szwecja Hiszpania Polska
Niemcy Wielka Brytania Inne kraje

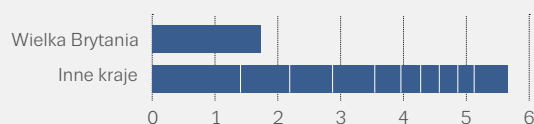
Liczba konfiskat amfetaminy (w tys.)

1–10
0,1–0,9
<0,1
Brak danych



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

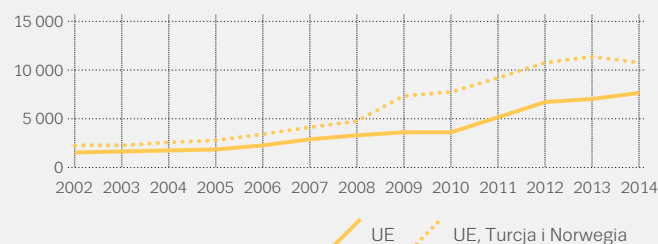
Ilości skonfiskowanej amfetaminy (w tonach)



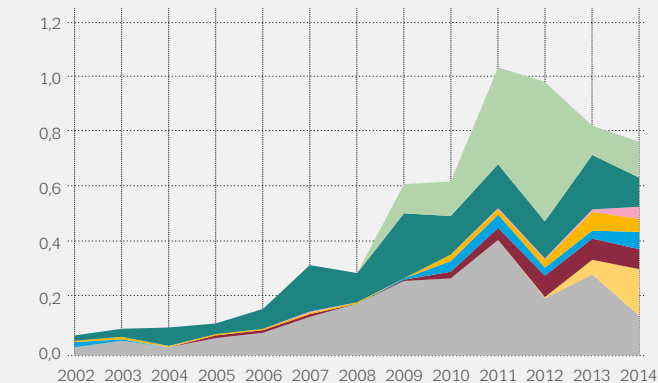
WYKRES 1.8

Liczba konfiskat metamfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2014 r. lub ostatnim dostępnym roku

Liczba konfiskat



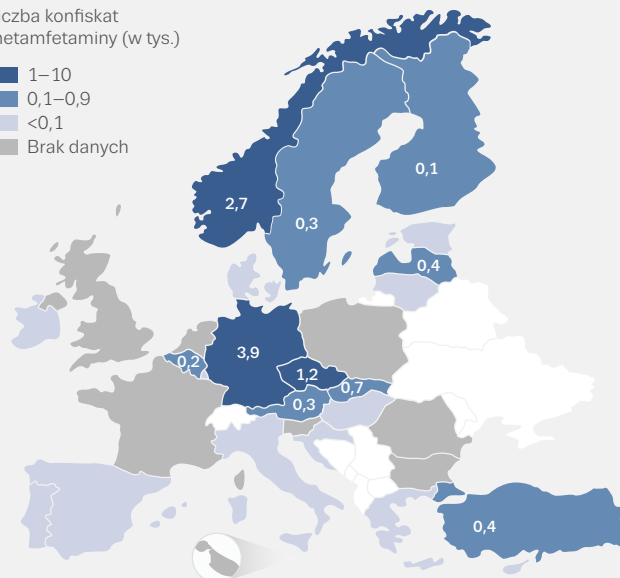
Tony



Turcja Norwegia Polska Republika Czeska
Francja Niemcy Hiszpania Inne kraje

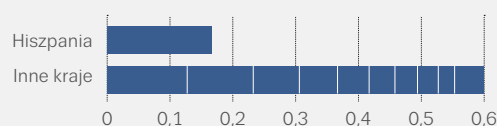
Liczba konfiskat metamfetaminy (w tys.)

1–10
0,1–0,9
<0,1
Brak danych



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

Ilości skonfiskowanej metamfetaminy (w tonach)



Litwie i w Bułgarii, a w Czechach i regionie używa się raczej efedryny i pseudoefedryny. Dawniej w Republice Czeskiej metamfetamina była głównie produkowana w niewielkich laboratoriach na użytek własny lub lokalny. Znajduje to odzwierciedlenie w znacznej liczbie miejsc produkcji wykrytych w tym kraju (zlikwidowano ich tam w 2013 r. 261 z łącznej liczby 294 w Europie). Ostatnio pojawiły się jednak oznaki produkcji na większą skalę oraz stosowania nowych preprekursorów, z doniesieniami o zorganizowanych grupach przestępczych wytwarzających narkotyk zarówno na rynek krajowy, jak i w celu wywozu za granicę.

W 2014 r. państwa członkowskie UE zgłosiły 36 000 konfiskat amfetaminy, w ramach których przejęto 7,1 tony tego narkotyku. Ogółem, ilość skonfiskowanej w Unii Europejskiej amfetaminy rośnie od 2002 r. (Wykres 1.7). Liczba konfiskat metamfetaminy jest znacznie mniejsza i stanowi około jednej piątej ogółu konfiskat amfetamin; w 2014 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 7 600 konfiskat metamfetaminy, w ramach których przejęto 0,5 tony tego narkotyku (Wykres 1.8). Zarówno liczba konfiskat, jak i ilość skonfiskowanej metamfetaminy rośnie od 2002 r.

Średnia zgłaszana czystość próbek metamfetaminy jest zwykle wyższa niż w przypadku amfetaminy. Choć zindeksowane tendencje w najnowszych danych wskazują, że czystość amfetaminy wzrosła, średnia czystość tego narkotyku pozostaje stosunkowo niska.

| MDMA: wzrost ilości produktów o wysokiej dawce

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

Produkcja MDMA w Europie wydaje się mieć miejsce głównie w Holandii, czyli w kraju, w którym w przeszłości zgłaszano największą liczbę miejsc produkcji tego narkotyku. Po dostrzegalnym spadku wielkości produkcji MDMA pod koniec ostatniej dekady obecnie odnotowuje się oznaki powrotu tego narkotyku na rynek, o czym świadczą doniesienia o dużych zakładach produkcyjnych zlikwidowanych w ostatnim czasie w Holandii i w Belgii.

Ocena najnowszych tendencji dotyczących konfiskat MDMA jest trudna ze względu na brak danych z niektórych krajów, które mogą wносить znaczny wkład w ogólną liczbę. Za 2014 r. nie są dostępne żadne dane z Holandii, a Finlandia, Francja, Polska ani Słowenia nie podały liczby konfiskat. W Holandii zgłoszono konfiskatę 2,4 mln tabletek MDMA w 2012 r.; jeżeli przyjąć podobną wartość dla 2014 r., można szacować, że w Unii Europejskiej skonfiskowano w tym roku ok. 6,1 mln tabletek MDMA. Oznacza to liczbę ponad dwukrotnie większą niż w 2009 r. W 2014 r. skonfiskowano także 0,2 tony MDMA w proszku. Znaczne ilości MDMA konfiskowane są także w Turcji - w 2014 r. było to łącznie 3,6 mln tabletek (Wykres 1.9).

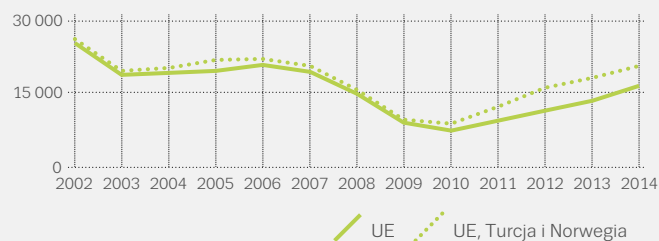
Wśród krajów regularnie przysyłających dane zindeksowane tendencje wskazują również na wzrost zawartości MDMA od 2010 r., a dostępność produktów o wysokiej zawartości MDMA poskutkowała wspólnymi ostrzeżeniami Europolu i EMCDDA w 2014 r.

**Dostępność produktów
o wysokiej zawartości MDMA
poskutkowała wspólnymi
ostrzeżeniami Europolu
i EMCDDA**

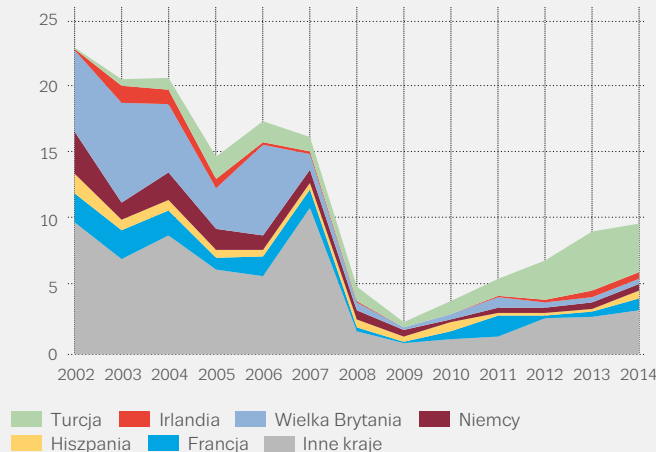
WYKRES 1.9

Liczba konfiskat MDMA i skonfiskowane ilości: tendencje i w 2014 r. lub ostatnim dostępnym roku

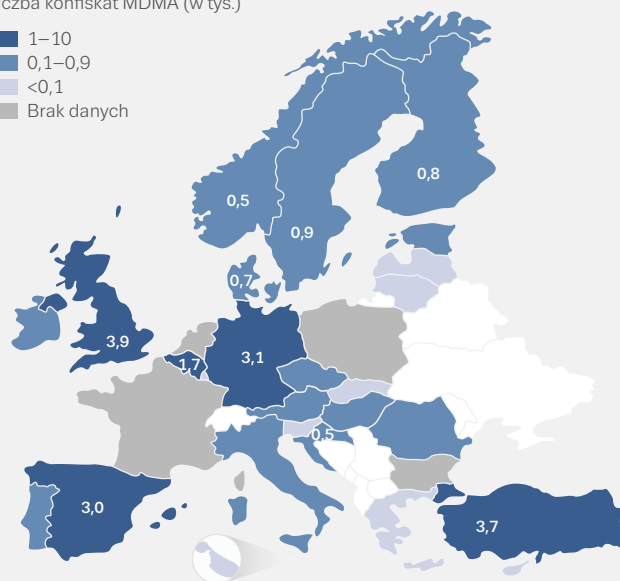
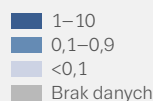
Liczba konfiskat



Tabletki (mln)

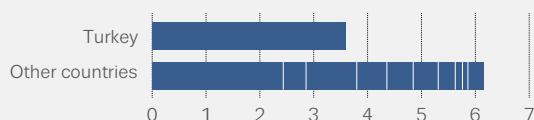


Liczba konfiskat MDMA (w tys.)



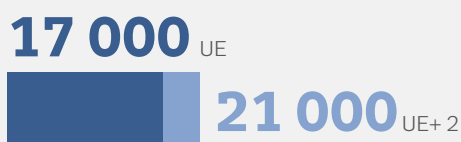
Uwaga: Liczba konfiskat (w tysiącach) w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

Skonfiskowane tabletki MDMA (w mln)

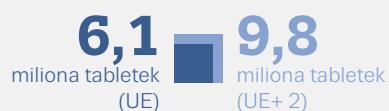


MDMA

Liczba konfiskat



Skonfiskowana ilość



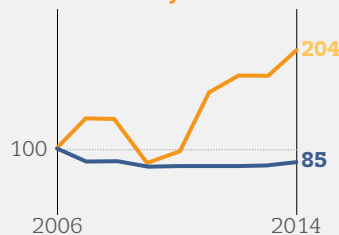
Cena

(mg MDMA/tabletka)



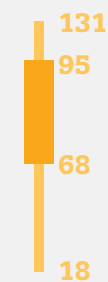
Zindeksowane tendencje:

cena i czystość



Czystość

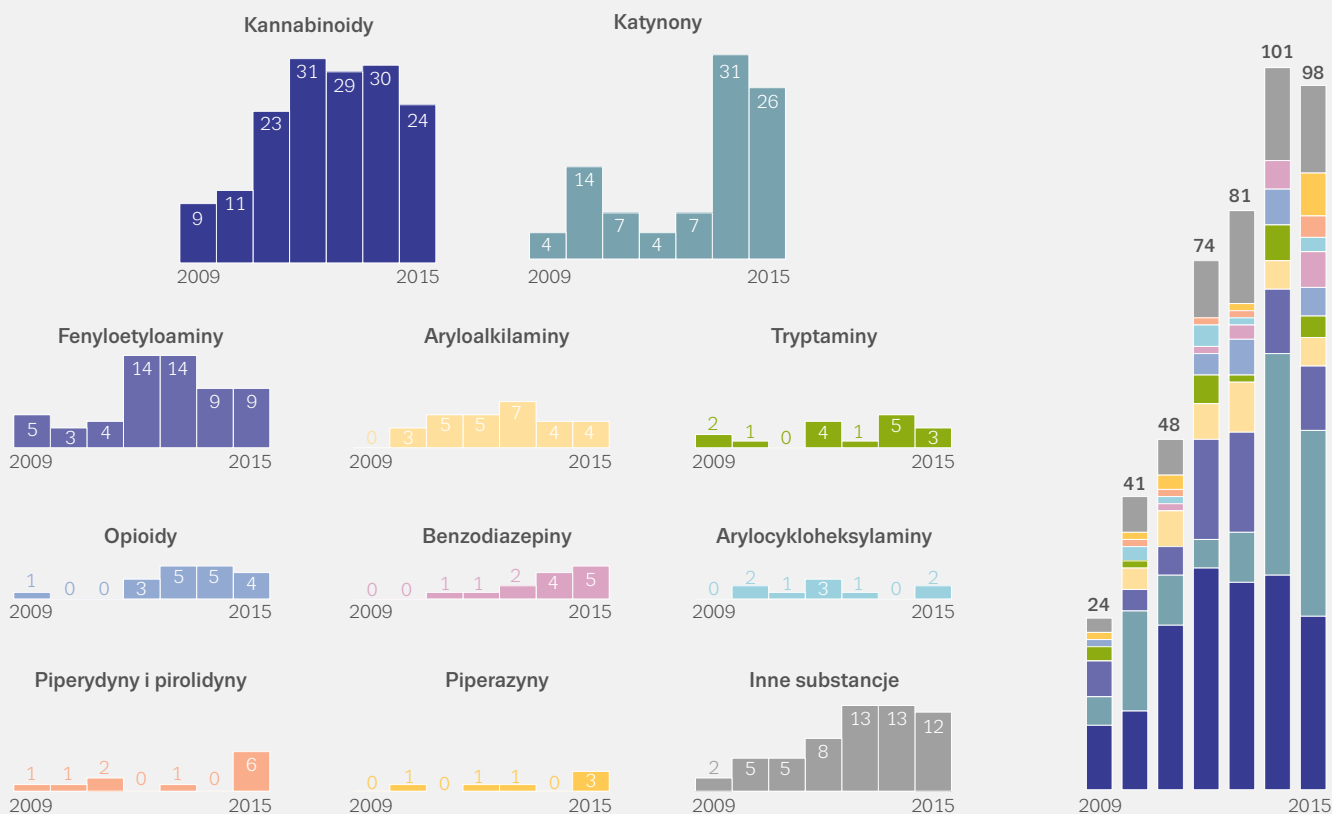
(mg MDMA/tabletka)



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

WYKRES 1.10

Liczba i kategorie nowych substancji psychoaktywnych zgłaszanych po raz pierwszy do systemu wczesnego ostrzegania UE w latach 2009-2015



Konfiskaty LSD, GHB, ketaminy i mefedronu

Na terenie Unii Europejskiej konfiskuje się także inne nielegalne substancje. W 2014 r. dokonano m.in. 1 700 konfiskat LSD, co odpowiada 156 000 dawek. W Belgii przechwycono ponadto 3 kg tej substancji - była to największa ilość skonfiskowana dotąd w tym kraju. Niekompletne dane dotyczące innych narkotyków uniemożliwiają porównanie sytuacji w poszczególnych krajach oraz analizę trendów. Osiemnaście krajów zgłosiło konfiskaty GHB lub GBL w 2014 r. Były to ogółem 1 243 konfiskaty 176 kg oraz 544 litrów substancji. Za ponad jedną trzecią tej wielkości odpowiadają osobno Belgia (40%) oraz Norwegia (34%). Jedenaście państw zgłosiło 793 konfiskaty ketaminy w łącznej ilości 246 kg. Prawie połowa tych konfiskat nastąpiła w Wielkiej Brytanii. Dziesięć państw doniosło o 1 645 konfiskatach mefedronu w łącznej ilości 203 kg. Praktycznie cały mefedron przechwycono w Wielkiej Brytanii (101 kg) oraz na Cyprze (99 kg).

Nowe substancje psychoaktywne: różnorodny rynek

EMCDDA monitoruje szereg nowych substancji psychoaktywnych. Są to m.in. syntetyczne kannabinoidy, syntetyczne katyny, fenetylaminy, opioidy, tryptaminy,

benzodiazepiny, aryloalkilaminy oraz liczne inne substancje.

W 2015 r. po raz pierwszy wykryto 98 nowych substancji, a co za tym idzie liczba monitorowanych substancji wzrosła do ponad 560, z czego 380 (70%) odkryto w ciągu ostatnich 5 lat (Wykres 1.10).

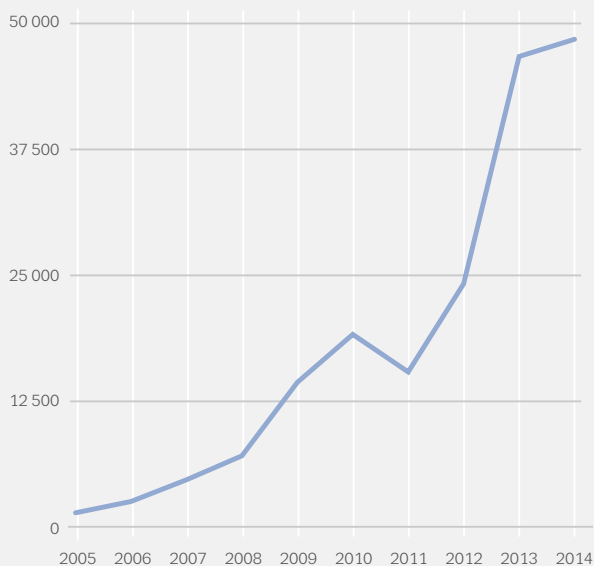
Od 2008 r. w innych produktach wykryto ponad 160 syntetycznych kannabinoidów, w tym 24 nowych zgłoszono w 2015 r. Syntetyczne kannabinoidy sprzedaje się jako „legalne” zamienniki konopi indyjskich. W celu obejścia przepisów w zakresie ochrony konsumentów i produktów leczniczych są one reklamowane jako „egzotyczne mieszanki do kadełek” oraz opisywane jako substancje „nieprzeznaczone do spożycia przez ludzi”. Jest to największa grupa nowych narkotyków monitorowanych przez EMCDDA, co odzwierciedla zarówno duże zapotrzebowanie na konopie indyjskie, jak i zdolność producentów do wprowadzania na rynek nowych kannabinoidów w miarę jak istniejące zostają objęte kontrolą.

Syntetyczne katyny to druga najliczniejsza grupa substancji monitorowanych przez EMCDDA. Po raz pierwszy wykryto je w Europie w 2004 r. Od tamtego czasu zidentyfikowano 103 nowe substancje z tej grupy, z czego 26 w 2015 r. Syntetyczne katyny sprzedaje się zwykle jako „legalne” zamienniki środków pobudzających, takich jak amfetamina, MDMA oraz kokaina.

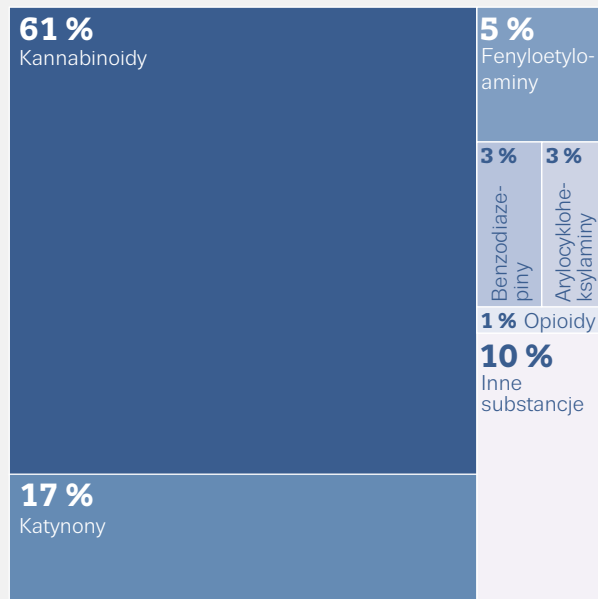
WYKRES 1.11

Liczba konfiskat nowych substancji psychoaktywnych zgłaszanych do systemu wczesnego ostrzegania UE: podział według kategorii w 2014 r. oraz tendencje

Liczba przypadków konfiskat



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



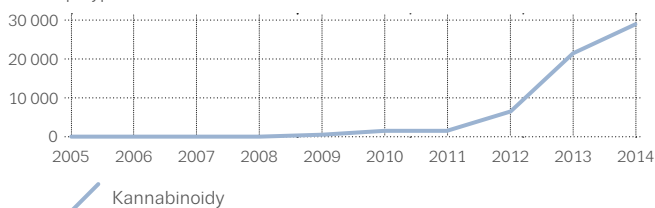
EMCDDA monitoruje obecnie 14 nowych, nieobjętych kontrolą benzodiazepin. Są one często stosowane przez grupy fałszerzy produkujących podrabiane leki na sprzedaż w Europie. Za przykład mogą tu posłużyć podrabiane tabletki alprazolamu

przechwycone w 2015 r., w których wykryto flubromazolam, oraz fałszowane tabletki diazepamem zawierające fenazepam. W niektórych państwach w Europie takie podrabiane leki mają znaczny udział w rynku substancji nielegalnych.

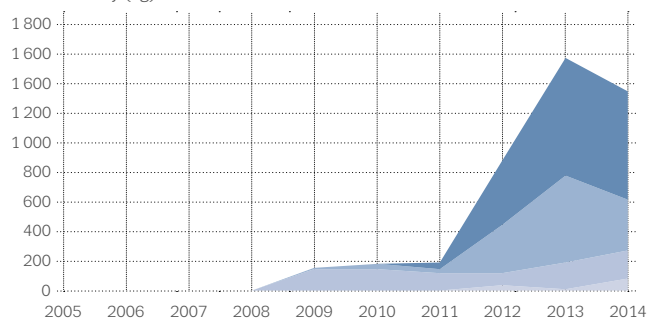
WYKRES 1.12

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

Liczba przypadków konfiskat



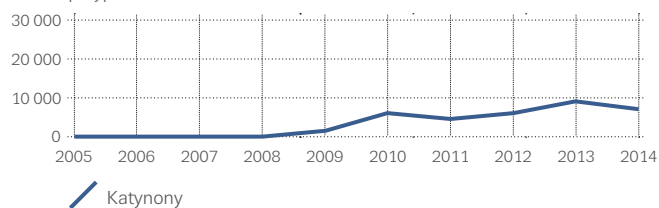
Kannabinoidy (kg)



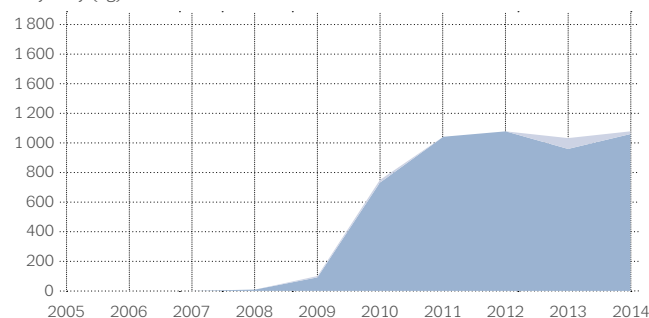
Wszystkie inne formy Materiał roślinny Proszek Nieokreślona forma

Uwaga: Dane dotyczące UE, Turcji i Norwegii.

Liczba przypadków konfiskat



Katynony (kg)



Proszek Wszystkie inne formy

Większe konfiskaty nowych substancji psychoaktywnych

Dane dotyczące poszczególnych przypadków konfiskat substancji psychoaktywnych przekazywane do systemu wczesnego ostrzegania UE wskazują na stały rozwój rynku nowych narkotyków. W 2014 r. w całej Europie dokonano blisko 50 000 konfiskat nowych substancji o łącznej wadze prawie 4 ton (Wykres 1.11). Większość stanowiły syntetyczne kannabinoidy – zostały one przejęte w prawie 30 000 przypadków, a ich łączna waga przekraczała 1,3 tony (Wykres 1.12). Syntetyczne katynony stanowiły drugą co do wielkości grupę. Przejęto je 8 000 razy, a ich łączna waga przekraczała 1 tonę. Łącznie syntetyczne kannabinoidy oraz katynony odpowiadały za prawie 80% całkowitej liczby konfiskat oraz 60% ilości przechwyconej w 2014 r. Inne grupy to m.in. nieobjęte kontrolą benzodiazepiny oraz narkotyczne leki przeciwbólowe o dużej sile działania, takie jak fentanyl, które mogą być sprzedawane jako heroina.

Najczęściej konfiskowanymi nowymi substancjami psychoaktywnymi w 2014 r. były syntetyczne kannabinoidy, które odpowiadały za ponad 60% ogólnej liczby konfiskat oraz prawie 35% całkowitej przechwyconej ilości (Wykres 1.11). Najczęściej przechwytywano substancje w formie proszku, często w dużych ilościach; pozostałe skonfiskowane narkotyki miały formę materiału roślinnego z rozpyloną na nich substancją. Proszki wykorzystuje się do wyrobu produktów sprzedawanych jako tzw. dopalacze, a konfiskuje się miliony dawek. Pięć najczęściej konfiskowanych w 2014 r. kannabinoidów w proszku to AM-2201 (70 kg), MDMB-CHMICA (40 kg), AB-FUBINACA (35 kg), MAM-2201 (27 kg) oraz XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

W 2014 r. syntetyczne katynony stanowiły ponad 15% wszystkich konfiskat nowych substancji psychoaktywnych oraz prawie 30% ich całkowitej przechwyconej ilości (Wykres 1.11). Pięć najczęściej konfiskowanych w 2014 r. katynonów to mefedron (222 kg) i jego izomery 3-MMC (388 kg) i 2-MMC (55 kg), a także pentedron (136 kg) i alfa-PVP (135 kg).

Rynek narkotyków: reakcje decydentów

Globalny charakter podaży nielegalnych narkotyków oraz ich przemytu wiąże się z trudnościami w podejmowaniu działań zaradczych. Decydenci dysponują różnymi możliwościami ograniczenia podaży, w tym strategiami antynarkotykowymi oraz środkami prawnymi, a także rozwiązaniami regulacyjnymi i egzekucyjnymi. Za koordynację europejskich inicjatyw w zakresie ograniczenia podaży narkotyków odpowiadają liczne instytucje UE. W procesie tym

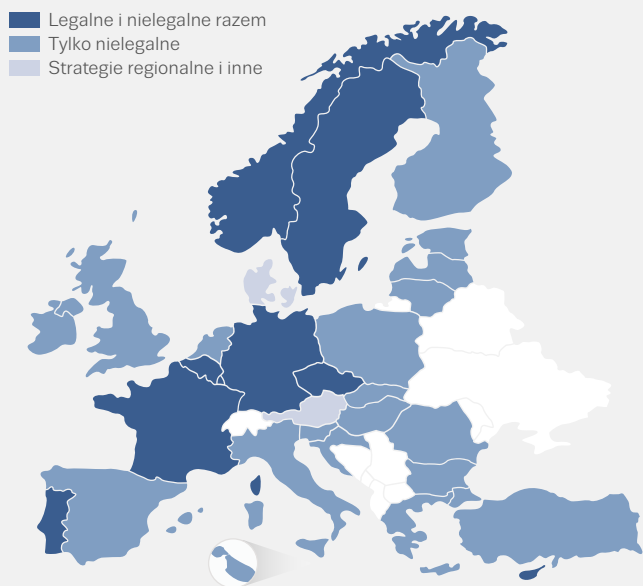
wykorzystuje się kilka narzędzi planowania strategicznego, w tym Europejską strategię antynarkotykową na lata 2013-2020 oraz towarzyszący jej obecnie plan działań na okres 2013-2016, cykl polityki unijnej dotyczącej poważnej i zorganizowanej przestępczości międzynarodowej oraz europejskie strategie bezpieczeństwa. Różnorodność obszarów objętych tymi politykami odzwierciedla skalę wyzwań stających przed organami ścigania oraz coraz większe wyrafinowanie zorganizowanych grup przestępczych zajmujących się handlem narkotykami. Obszary te obejmują m.in. politykę bezpieczeństwa, morską, migracyjną i rozwojową. W ich zakres wchodzi interwencje mające na celu usprawnienie działań policji opartych na informacjach wywiadowczych, a także nadzoru morskiego oraz transportu, wykrywanie i śledzenie nielegalnych przepływów pieniężnych, kontrola granic, śledzenie przepływu przemysłowych środków chemicznych oraz alternatywne środki rozwoju. Przy wdrażaniu strategii ograniczenia podaży Unia Europejska współpracuje także z partnerami międzynarodowymi.

Na poziomie krajowym od państw członkowskich wymaga się reagowania na równie złożoną dynamikę rynku narkotyków, a w większości z nich przyjęto krajowe strategie dotyczące bezpieczeństwa i działań policji, które obejmują także zmniejszanie podaży. Wszystkie państwa członkowskie oprócz dwóch wdrożyły takie krajowe strategie będące wyrazem ich polityki antynarkotykowej obejmującej często redukcję zarówno podaży, jak i popytu. Wyjątek stanowią Austria, która realizuje regionalne strategie antynarkotykowe, oraz Dania, w której na krajową strategię antynarkotykową składa się szereg dokumentów strategicznych, ustaw i konkretnych działań. Strategie antynarkotykowe to dokumenty obowiązujące zwykle przez czas ograniczony, w których wskazuje się zwykle cele i priorytety, a także konkretne działania i strony odpowiedzialne za ich realizację. W ostatnim czasie obszar polityki antynarkotykowej stał się szczególnie złożony. W prawie jednej trzeciej państw członkowskich UE zakres strategii krajowych rozszerzono poza same nielegalne substancje i objęto nimi także substancje legalne oraz w niektórych przypadkach także uzależniające zachowania (patrz Wykres 1.13).

Większość przestępstw narkotykowych dotyczy używania lub posiadania narkotyków na własny użytek

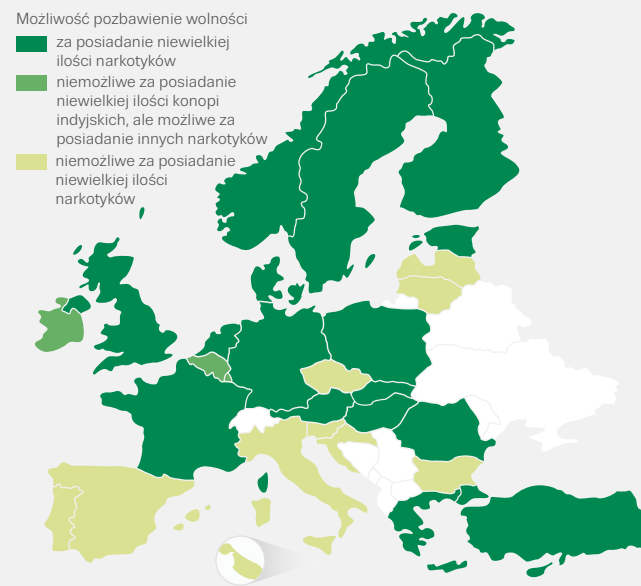
WYKRES 1.13

Krajowe strategie antynarkotykowe i plany działania: dostępność i zakres



WYKRES 1.14

Kary przewidziane prawem: możliwość pozbawienia wolności za posiadanie narkotyków na własny użytek (wykroczenia)



Środki prawne stosowane w odpowiedzi na sprzedaż i posiadanie narkotyków

Państwa członkowskie podejmują działania mające zapobiegać wprowadzaniu narkotyków do obrotu na mocy trzech konwencji ONZ określających międzynarodowe ramy kontroli wytwarzania i posiadania oraz obrotu w odniesieniu do ponad 240 substancji psychoaktywnych. Każdy kraj ma obowiązek uznawać przemyt narkotyków za przestępstwo, ale przewidziane w związku z tym sankcje są różne w poszczególnych państwach. W niektórych krajach przestępstwa związane z wprowadzaniem narkotyków do obrotu mogą podlegać jednemu wymiarowi kary, podczas gdy w innych krajach wprowadza się rozróżnienie na przestępstwa i wykroczenia w tym zakresie i od takiej klasyfikacji czynu uzależnia się wymiar kary.

Taki sam wymóg odnosi się także do posiadania narkotyków na własny użytek, jednak z zastrzeżeniem „postanowień konstytucji danego kraju i podstawowych zasad jego systemu prawnego”. Klauzula ta nie jest interpretowana w jednolity sposób, co znajduje odzwierciedlenie w różnych podejściach prawnych stosowanych przez kraje europejskie i inne. Od około 2000 r. w Europie obserwuje się ogólną tendencję zniżkową, jeżeli chodzi o prawdopodobieństwo wymierzenia kary pozbawienia wolności za drobne przestępstwa związane z posiadaniem narkotyków na własny użytek. Niektóre państwa poszły o krok dalej. Posiadanie narkotyków na własny użytek jest w nich karane jedynie poprzez zastosowanie sankcji innych niż karne, a więc np. grzywną (Wykres 1.14).

Przestępstwa narkotykowe: wzrost w dłuższej perspektywie

Wdrażanie przepisów mających ograniczyć wprowadzanie do obrotu i używanie narkotyków jest monitorowane za pośrednictwem danych o zgłoszonych przestępstwach narkotykowych. W Unii Europejskiej w 2014 r. zgłoszono około 1,6 miliona przestępstw (związanych głównie z konopiami indyjskimi - 57%) z udziałem ok. 1 miliona sprawców. Od 2006 do 2014 r. liczba zgłaszanych przestępstw wzrosła o prawie jedną trzecią (34%).

W większości państw europejskich większość przestępstw narkotykowych dotyczy używania lub posiadania narkotyków na własny użytek. Szacuje się, że w całej Europie w 2014 r. zgłoszono ponad milion takich przestępstw, co stanowi wzrost o 24% w porównaniu z 2006 r. Wśród zgłoszonych przestępstw narkotykowych związanych z posiadaniem nielegalnych substancji ponad trzy czwarte dotyczyły konopi indyjskich. W 2014 r. utrzymywała się tendencja zwykła w zakresie przestępstw związanych z posiadaniem konopi indyjskich, amfetamin oraz MDMA (Wykres 1.15)

Od 2006 r. o 24% zwiększyła się liczba zgłoszeń dotyczących przestępstw związanych z wprowadzaniem narkotyków do obrotu, przekraczając w 2014 r. zgodnie z szacunkami poziom 214 000 przypadków. Podobnie jak w przypadku posiadania, także w tej grupie większość stanowiły konopie indyjskie. Kokaina, heroina i amfetaminy odpowiadały jednak za większą liczbę przestępstw związanych w wprowadzaniem do obrotu niż z posiadaniem na własny

użytek. Dotychczasowa zniżkowa tendencja dotycząca przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu heroiny i kokainy nie utrzymała się w 2014 r., który charakteryzował się także znacznym wzrostem liczby doniesień w sprawie przestępstw związanych z wprowadzeniem do obrotu MDMA (Wykres 1.15).

Zapobieganie wykorzystywaniu leków substytucyjnych niezgodnie z ich przeznaczeniem

Powodem do niepokoju są informacje dotyczące wykorzystywania niezgodnie z przeznaczeniem leków stosowanych do substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów. Trafiają one do użytku pozamedycznego oraz do sprzedaży na nielegalnym rynku narkotyków. Zjawisko to polega na udostępnianiu, sprzedaży, obrocie lub przekazywaniu innym produktów leczniczych wydawanych na receptę. Proceder może być realizowany z premedytacją (celowe dostarczanie środków innej osobie) lub mieć charakter postępowania nieumyślnego (nieumyślne wprowadzanie do obrotu w wyniku utraty lub kradzieży dawki leku).

Na poziomie krajowym wdraża się różne strategie mające zapobiegać wykorzystywaniu leków substytucyjnych niezgodnie z przeznaczeniem. Działania takie obejmują

szkolenia dla personelu służby zdrowia oraz pacjentów, strategie zapewniające stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich poprzez odpowiednie ordynowanie leków oraz nadzór nad dawkowaniem, udostępnianie preparatów leczniczych mających wywołać skutek zniechęcający do nieprawidłowego używania, użycie elektronicznych urządzeń dozujących oraz wdrażanie środków kontrolnych, takich jak badania toksykologiczne pacjentów, liczenie tabletek oraz monitorowanie bez uprzedzenia. Działania regulacyjne na poziomie systemowym mogą być prowadzone poprzez rejestrowanie transakcji dokonywanych w aptekach oraz stosowanie środków dyscyplinarnych w przypadku niewłaściwego przepisywania produktów leczniczych.

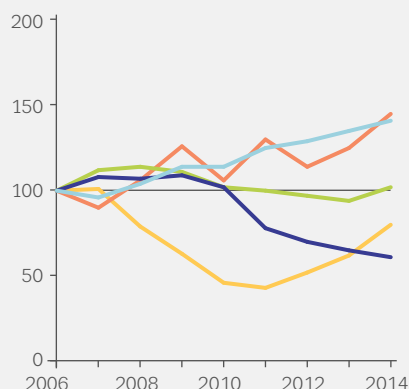
Przeprowadzony w ostatnim czasie przegląd sytuacji w Europie wykazał, że wiele takich interwencji może potencjalnie ograniczyć zjawisko niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystywania leków, choć rzadko zgłaszane są informacje na temat możliwych niezamierzonych konsekwencji ich wdrożenia. Obecnie wyzwaniem stanowi zapewnienie pacjentom dobrego dostępu do leków substytucyjnych, przy jednoczesnym podejmowaniu odpowiednich działań zapobiegawczych i regulacyjnych, uniemożliwiających ich wprowadzanie na rynek substancji nielegalnych.

WYKRES 1.15

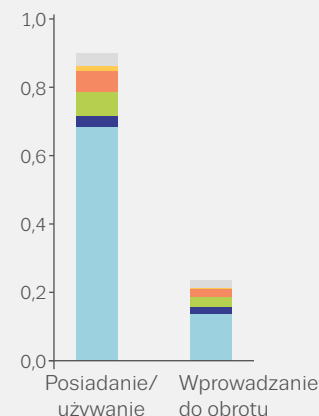
Przestępstwa związane z używaniem, posiadaniem lub wprowadzaniem narkotyków do obrotu w Europie w 2014 r.

Posiadanie/używanie

Zindeksowane tendencje

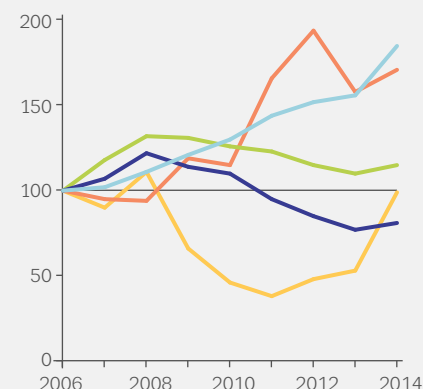


Liczba przestępstw (w milionach)



Wprowadzanie do obrotu

Zindeksowane tendencje



Heroina MDMA Kokaina Konopie indyjskie Amfetaminy Inne substancje

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Opioid trafficking routes, Perspectives on Drugs.

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

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

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

Drug policy profiles – Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles – Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

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

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Drug policy profiles: Portugal

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

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

Wspólne publikacje EMCDDA i Europolu

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α -PVP), Joint Reports.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

**Narkotyki używane w Europie stanowią
obecnie bardziej zróżnicowaną grupę
substancji niż w przeszłości**

Używanie narkotyków i tendencje

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

Monitorowanie używania narkotyków

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

Dane pochodzące z ankiet przeprowadzanych w populacji generalnej mogą dostarczyć informacji na temat skali problemu rekreacyjnego używania substancji psychoaktywnych. Badania sondażowe można uzupełnić analizą na poziomie lokalnych społeczności, badającą pozostałości narkotyków w ściekach w poszczególnych miastach europejskich.

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

Co czwarty Europejczyk spróbował w życiu narkotyków

Szacuje się, że niewiele ponad jedna czwarta mieszkańców Unii Europejskiej w wieku od 15 do 64 lat, a więc ponad 88 mln osób dorosłych, przynajmniej raz w życiu spróbowała narkotyków. Używanie substancji psychoaktywnych częściej deklarują mężczyźni (54,3 mln) niż kobiety (34,8 mln). Najczęściej używanymi narkotykami są przetwory konopi indyjskich (51,5 mln mężczyzn i 32,4 mln kobiet), zaś odsetki eksperymentalnego zażywania kokainy (11,9 mln mężczyzn i

5,3 mln kobiet), MDMA (9,1 mln mężczyzn i 3,9 mln kobiet) oraz amfetamin (8,3 mln mężczyzn i 3,8 mln kobiet) są niższe. Wskaźniki dotyczące eksperymentowania z przetworami konopi są zróżnicowane w poszczególnych państwach i wahają się od około czterech na 10 dorosłych we Francji i jednej trzeciej dorosłej populacji w Danii i we Włoszech do mniej niż jednej na dziesięć osób w Bułgarii, na Węgrzech, na Malcie, w Rumunii i w Turcji.

Dane dotyczące używania narkotyków za zeszły rok stanowią dobre odzwierciedlenie skali zjawiska w ostatnim czasie, szczególnie wśród ludzi młodych (w wieku od 15 do 34 lat). Szacuje się, że w zeszłym roku po narkotyki sięgnęło 17,8 mln młodych osób dorosłych, przy czym było wśród nich dwukrotnie więcej mężczyzn niż kobiet.

Używanie konopi indyjskich: zróżnicowana sytuacja w poszczególnych państwach

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

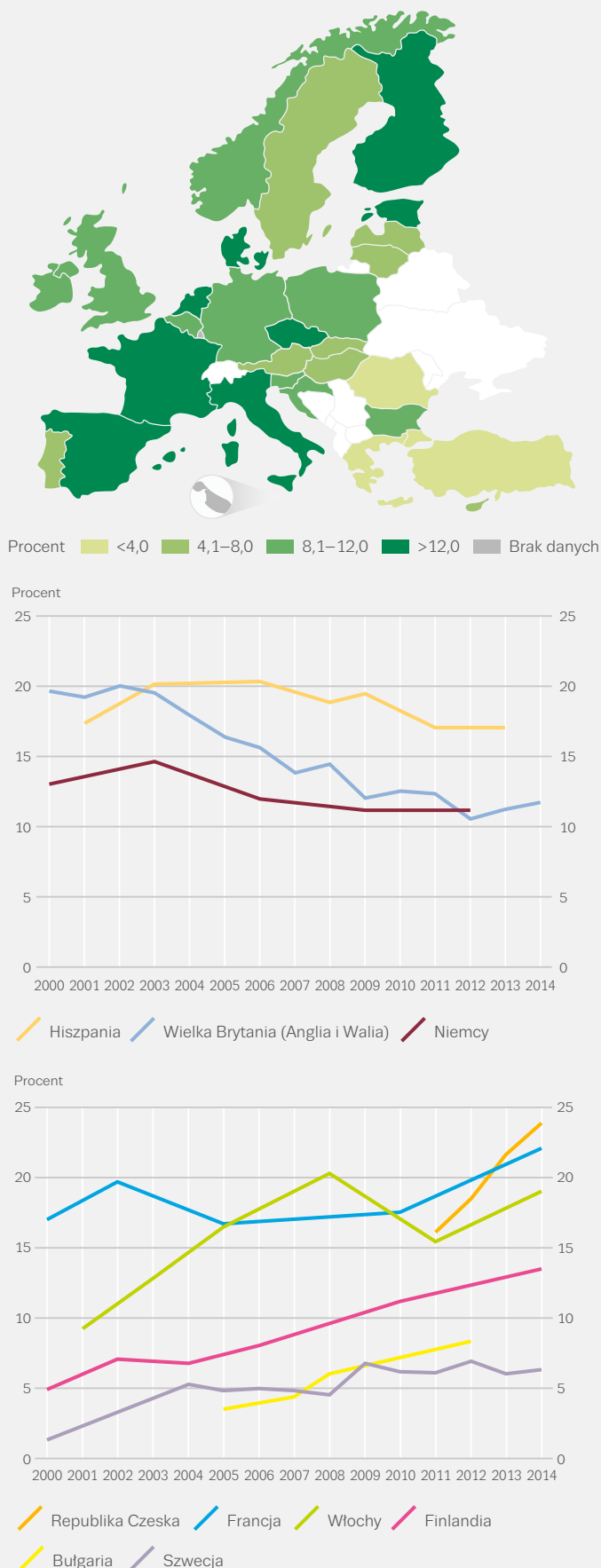
Szacuje się, że w ubiegłym roku 16,6 mln młodych Europejczyków (między 15. a 34. rokiem życia), czyli 13,3% osób z tej grupy wiekowej, używało konopi indyjskich, z czego 9,6 mln to osoby między 15. a 24. rokiem życia (16,4%). W grupie osób młodych, które używały konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku stosunek mężczyzn do kobiet wynosi dwa do jednego.

Wyniki ostatnich badań sondażowych wskazują, że w poszczególnych krajach używanie konopi indyjskich jest w znacznym stopniu zróżnicowane (Wykres 2.1). Spośród państw, które prowadzą badania od 2013 r., osiem zgłosiło wzrost wskaźników używania, jedno spadek wskaźników, cztery zaś – zaraportowało stabilny trend w zakresie stosowania tychże substancji.

Tylko nieliczna grupa krajów dysponuje wystarczającymi danymi sondażowymi, umożliwiającymi statystyczną analizę długoterminowych tendencji dotyczących używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe (między 15. a 34. rokiem życia). W sondażach przeprowadzonych w krajach o względnie wysokich wskaźnikach konsumpcji przetworów konopi indyjskich (takich jak Niemcy, Hiszpania czy Wielka Brytania) wskazuje się, że na utrzymywanie się w ciągu ostatniej dekady stabilnych lub spadkowych trendów używania we Francji zaś po 2010 r. odnotowano trend rosnący. Z kolei w państwach z niższymi wskaźnikami rozpowszechnienia konopi w Finlandii

WYKRES 2.1

Rozpowszechnienie użycia konopi wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat): najnowsze dane (u góry) oraz istotne statystyczne tendencje (w środku i u dołu)



obserwuje się długoterminowy wzrost konsumpcji, począwszy od niskich wskaźników używania konopi do wskaźników na poziomie średniej europejskiej. Poziom konsumpcji narkotyku pozostaje z kolei niski w Szwecji, choć dane wskazują na umiarkowany wzrost odsetków w ciągu ostatnich dziesięciu lat.

Biorąc pod uwagę państwa, które dysponują mniejszą liczbą porównywalnych danych wzrost wskaźników obserwuje się w Bułgarii (tendencja ta utrzymywała się do 2012 r.) oraz w Republice Czeskiej, w której coroczne badanie sondażowe wskazują na wzrost poziomu konsumpcji konopi w latach 2011 do 2014.

Jak wynika z ostatniej edycji Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Narkotyków (ESPAD; opublikowanej w 2011 r.) konopie indyjskie są najczęściej stosowanymi substancjami psychoaktywnymi przez uczniów w wieku 15 i 16 lat. Bardziej aktualnych informacji dotyczących młodzieży w wieku szkolnym (w tym przypadku piętnastolatków) dostarczają badania „Zachowania zdrowotne dzieci w wieku szkolnym” (HSBC). Dane z badania z lat 2013-2014 wskazują, że 5% dziewcząt i 7% chłopców w Szwecji i aż 26% dziewcząt i 30% chłopców we Francji sięgnęło przynajmniej raz w życiu po konopie indyjskie.

Leczenie osób przyjmujących konopi indyjskich: zwiększenie zapotrzebowania

Na podstawie badań sondażowych ogółu populacji szacuje się, że ok. 1% dorosłych w Europie codziennie lub prawie codziennie używa konopi indyjskich, co oznacza, że w zeszłym miesiącu przyjmowali tych substancji przez 20 dni lub więcej. Około 60% z nich to osoby między 15. a 34. rokiem życia, a ponad trzy czwarte osób z tej grupy wiekowej to mężczyźni.

Dane dotyczące osób rozpoczynających leczenie związane z przyjmowaniem konopi indyjskich – w połączeniu z innymi wskaźnikami – pozwala zrozumieć charakter oraz skalę zjawiska wysoce ryzykownej konsumpcji konopi indyjskich w Europie. Ogólna liczba osób zgłaszających się na leczenie po raz pierwszy wzrosła w latach 2006-2014 z 45 000 do 69 000. Liczba osób z tej grupy, które zgłaszały codzienne przyjmowanie tej substancji wzrosła z 46% w 2006 r. do 54% w 2014 r. Przyczyny zwiększania się liczby osób podejmujących leczenie nie są jasne. Wzrost może być związany ze zmianami w zwykłym i intensywnym używaniu konopi, a także z innymi czynnikami, takimi jak dostępność bardziej szkodliwych produktów o większej sile działania, większa dostępność leczenia problemów wywoływanych konsumpcją konopi indyjskich oraz zmieniające się praktyki w zakresie kierowania pacjentów na leczenie.

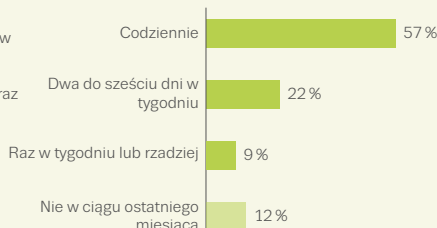
UŻYTKOWNICY KONOPÍ INDYJSKICH ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka

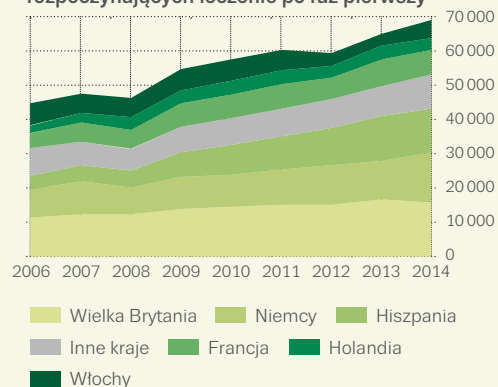


Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

Średnia użycia: **5,4** dni w tygodniu



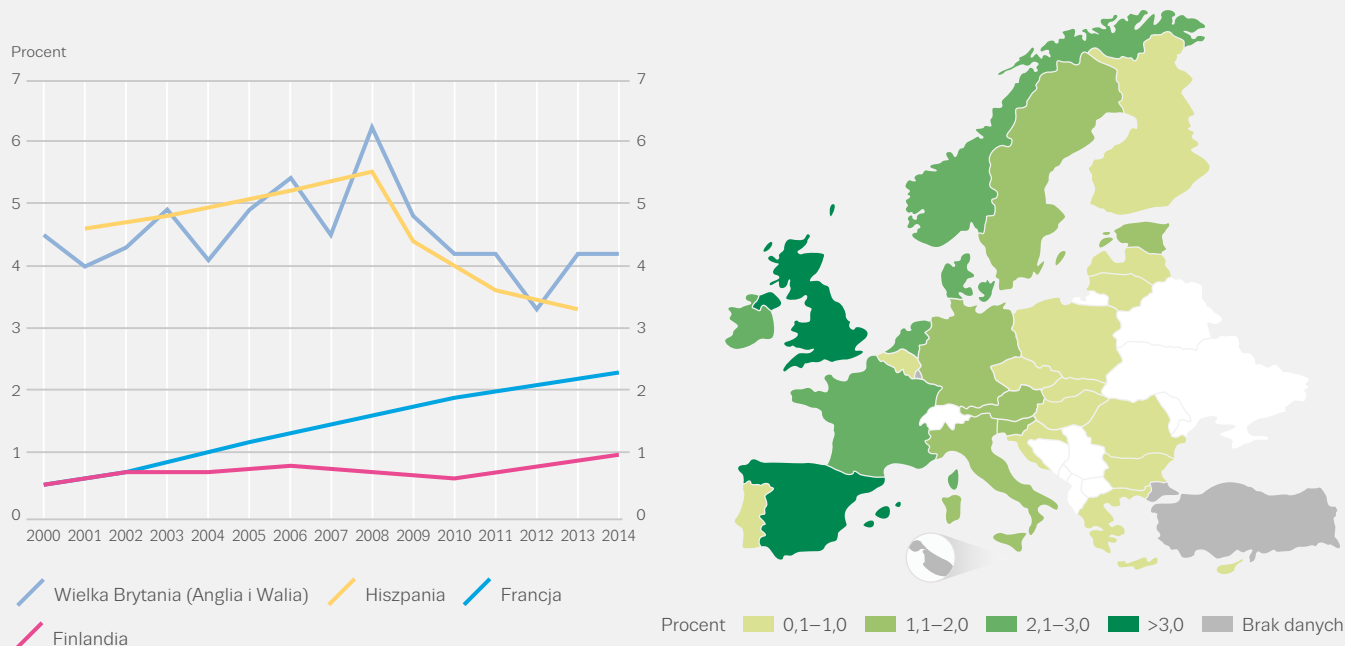
Tendencje w przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy



Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są konopie indyjskie. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane za 2014 r. dotyczące Włoch nie są bezpośrednio porównywalne z latami ubiegłymi.

WYKRES 2.2

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

**Kokaina: zmiany w rozpowszechnieniu narkotyku**

Kokaina jest najczęściej stosowaną nielegalną substancją pobudzającą w Europie, choć częściej przyjmują ją mieszkańcy Europy Południowej i Zachodniej. Kokaina w proszku (chlorowodorek kokainy) jest przede wszystkim wciągana przez nos, choć może być również wstrzykiwana, podczas gdy kokaina w postaci cracku (kokaina w postaci wolnej zasady) jest z reguły palona.

Szacuje się, że w ubiegłym roku kokainy użyło około 2,4 mln młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 34 lat (1,9% tej grupy wiekowej). Kokaina stosowana jest przez wielu użytkowników rekreacyjnie – jest ona najczęściej przyjmowana w weekendy i w okresie wakacyjnym. Regularnych użytkowników kokainy można podzielić na dwie grupy. Pierwszą stanowią osoby często rekreacyjnie wciągające sproszkowaną kokainę przez nos, które są lepiej zintegrowane ze społeczeństwem, druga natomiast to zmarginalizowani społecznie użytkownicy wstrzykujący kokainę lub palący crack, często w połączeniu z opioidami.

Tylko w Hiszpanii, Holandii i Wielkiej Brytanii zgłoszone rozpowszechnienie kokainy wśród młodych osób dorosłych w ciągu ostatniego roku przekracza 3%. Spadek przyjmowania kokainy zgłaszany w poprzednich latach nie został odnotowany w najnowszych nadaniach sondażowych. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2013 r., sześć zgłosiło wyższe oszacowania, dwa – stabilne, a cztery niższe oszacowanie niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

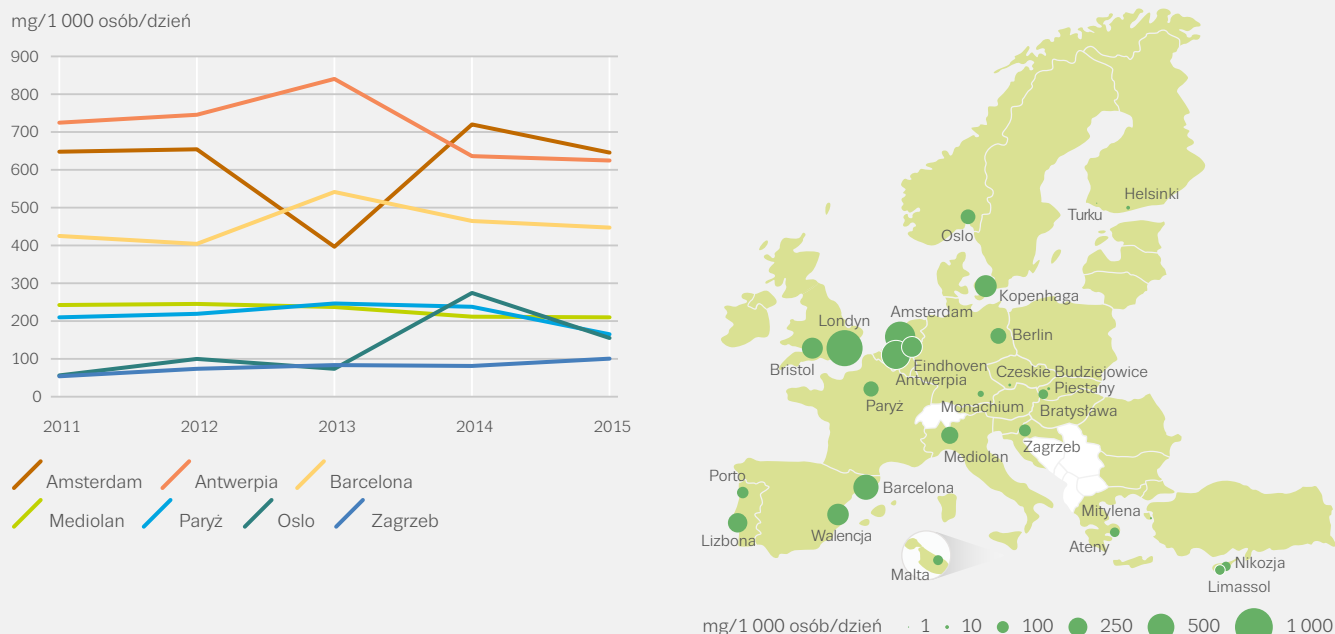
Analiza statystyczna długoterminowych tendencji dotyczących używania kokainy w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe możliwa jest jedynie dla nielicznych państw. W Hiszpanii i Wielkiej Brytanii obserwowano do 2008 r. tendencję wzrostową, po czym stała się ona stabilna lub spadkowa. Dane z Wielkiej Brytanii wskazują, że spadek ten zaobserwowano w grupach młodszych dorosłych (od 16. do 24. roku życia), podczas gdy w starszych grupach wiekowych tendencja pozostaje stabilna lub wzrostowa. We Francji odnotowano tendencję wzrostową, a w 2014 r. poziom konsumpcji kokainy przekroczył 2%. W Finlandii rozpowszechnienie narkotyku wzrosło, ale ogólny poziom konsumpcji pozostaje niski – w 2014 r. po raz pierwszy osiągnął on 1%.

Wyniki uzyskane z badań sondażowych uzupełniane są analizami występowania pozostałości kokainy w ściekach komunalnych w wielu europejskich miastach. Wyniki badania przedstawiane są w formie standaryzowanych wartości (stężenia) pozostałości narkotyków na 1000 mieszkańców

**Kokaina jest najczęściej
stosowaną nielegalną
substancją pobudzającą
w Europie**

WYKRES 2.3

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

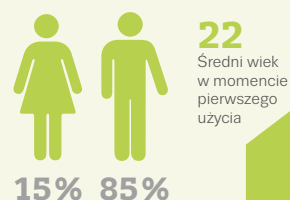


na dzień. Analiza przeprowadzona w 2015 r. wykazała najwyższe stężenia benzoilecgoniny – głównego metabolitu kokainy – w próbkach pobranych w miastach belgijskich, hiszpańskich, holenderskich i brytyjskich (patrz Wykres 2.3).

Ogólne prawidłowości zidentyfikowane w 2015 r. są podobne do tych z lat ubiegłych - w większości miast od 2011 do 2015 r. odnotowano tendencje wzrostowe lub stabilne.

UŻYTKOWNICY KOKAINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka



Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

46%

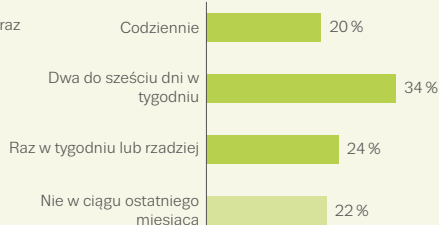


Pacjenci leczeni uprzednio

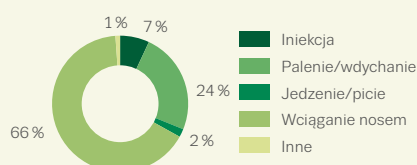
54%

Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

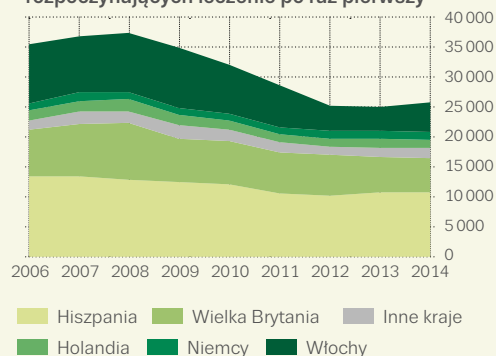
Średnia użycia: **3,6** dni w tygodniu



Droga podania



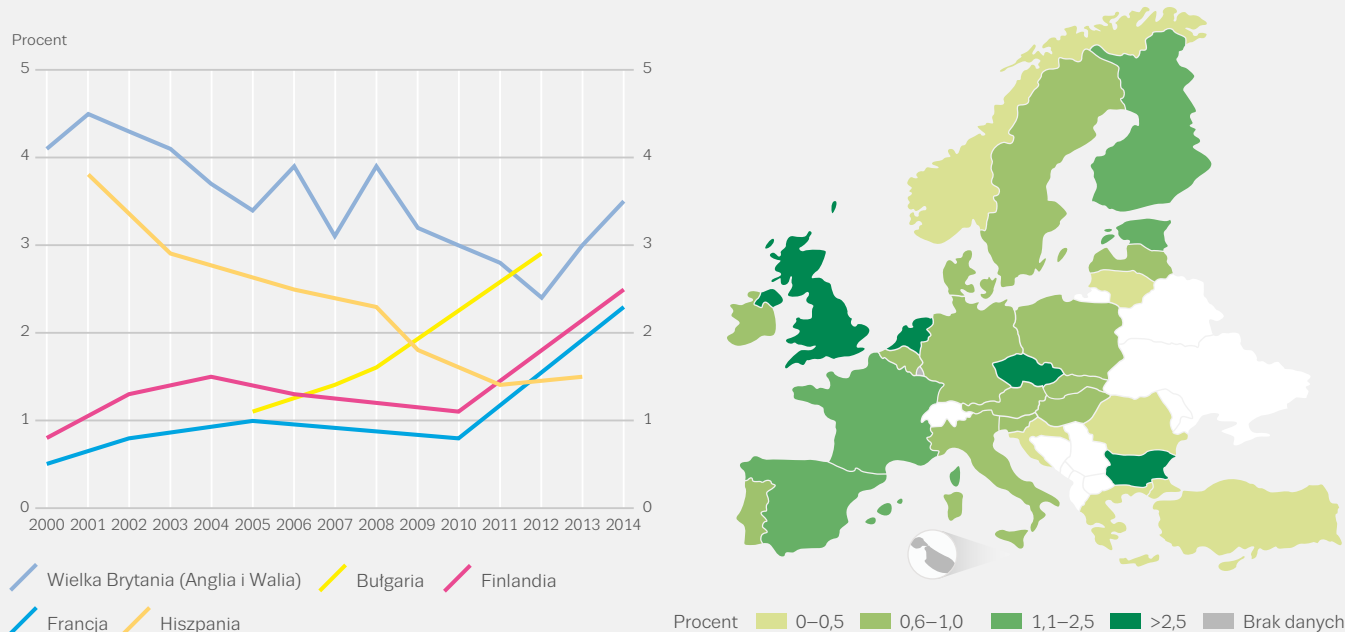
Tendencje w przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy



Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest kokaina/crack. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane za 2014 r. dotyczące Włoch nie są bezpośrednio porównywalne z latami ubiegłymi.

WYKRES 2.4

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



Leczenie uzależnienia od kokainy: stabilne zapotrzebowanie

Rozpowszechnienie problemowego zażywania kokainy w Europie jest trudne szczególnie do określenia, gdyż tylko pięć państw dysponuje aktualnymi szacunkami, przy czym możliwość porównania ich ze sobą jest ograniczona ze względu na różnice w zastosowanych definicjach i metodologii. W 2012 r. Niemcy szacowali wskaźnik uzależnienia od kokainy wśród dorosłej populacji na 0,20%. Dane szacunkowe z 2014 r. dotyczące osób wymagających leczenia ze względu na używanie kokainy we Włoszech wskazują na 0,64%; natomiast Hiszpania oszacowała problemowe używanie kokainy w 2013 r. na 0,29%. W latach 2011-2012 w Wielkiej Brytanii określono poziom używania cracku przez osoby dorosłe na 0,48%, przy czym większość osób w tej grupie używała także opioidów. Problemowe używanie kokainy w Portugalii szacuje się na 0,62% według danych dotyczących przyjmowania substancji w ciągu ostatniego roku.

Aż 74% wszystkich pacjentów objętych leczeniem z powodu uzależnienia od kokainy w Europie to osoby zareportowane przez Hiszpanię, Włochy i Wielką Brytanię. Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie uzależnienia w 2014 r., 60 000 podało kokainę jako narkotyk podstawowy, a wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy było ich 27 000. Po okresie spadków ogólna liczba osób po raz pierwszy podejmujących leczenie pozostaje stabilna od 2012 r.

W 2014 r. prawie 5 500 osób rozpoczynających leczenie w Europie podało crack jako narkotyk podstawowy, z czego ponad połowa (3 000) to osoby z Wielkiej Brytanii, a reszta przede wszystkim z Hiszpanii, Francji i Holandii (2 000).

MDMA: zmieniające się tendencje i wzrost konsumpcji

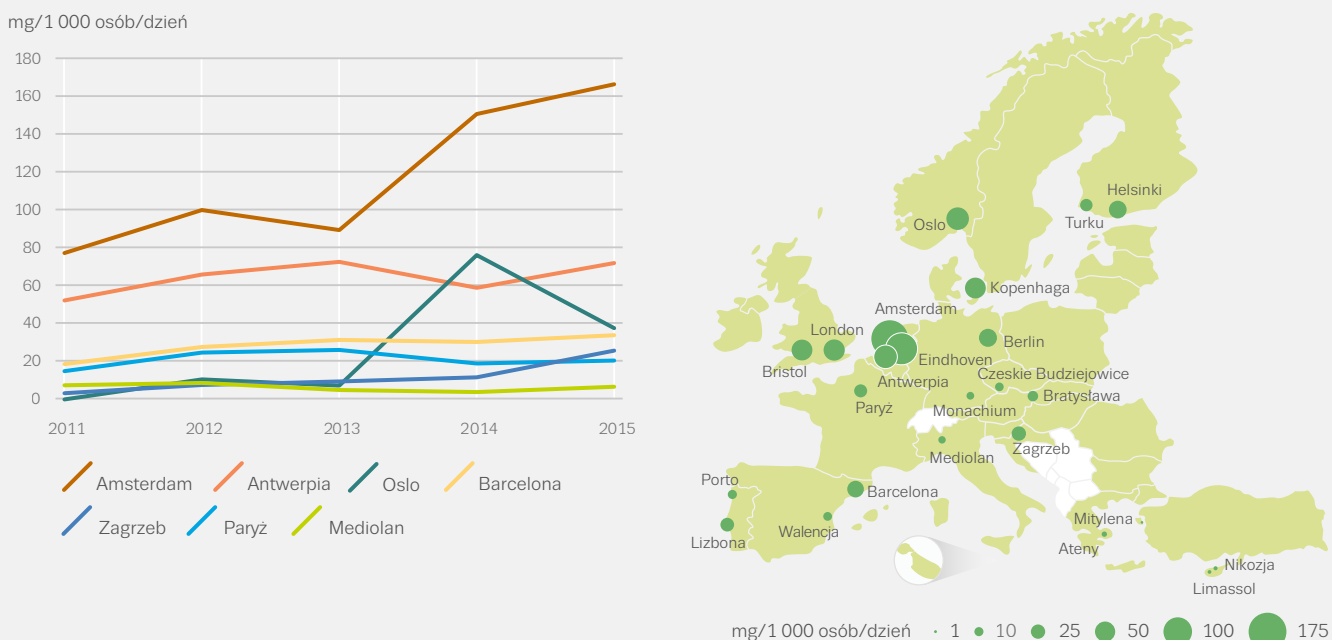
MDMA (3,4-metylenodioksymetamfetamina) jest zazwyczaj zażywana w postaci tabletek ekstazy, lecz obecnie coraz częściej bywa dostępna w postaci krystalicznej lub sproszkowanej. Tabletki są zazwyczaj zażywane doustnie, ale w postaci sproszkowanej narkotyk jest także wciągany (wdmuchiwany) do nosa.

W ciągu ostatnich kilku lat obserwuje się zmiany na rynku MDMA, ponadto pojawiają się doniesienia na temat coraz powszechniejszego użycia tej substancji.

W większości badań europejskich gromadzono dane o użyciu ekstazy, a nie MDMA, choć to podejście się obecnie zmienia. Szacowana liczba młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat), które używały ekstazy w ciągu ostatniego roku, wynosi 2,1 mln (1,7% tej grupy wiekowej), natomiast szacunki w poszczególnych państwach wahają się od 0,3% do 5,5%. W grupie osób młodych, które używały w zeszłym roku MDMA stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 2,4 do 1.

WYKRES 2.5

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



Uwaga: Średnie dzienne ilości MDMA w miligramach na 1000 osób. Mapa: Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia w 2015 r.

Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Jeszcze do niedawna rozpowszechnienie MDMA w wielu krajach spadało po osiągnięciu wartości szczytowych w połowie pierwszej dekady XXI w. Tendencja ta wydaje się obecnie zmieniać. W krajach, które prowadzą badania od 2013 r. wyniki wskazują na ogólną tendencję wzrostową w Europie. Dziewięć państw zgłosiło wyższe oszacowania, a trzy – niższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu. W niektórych krajach, w których przeprowadzono bardziej szczegółową analizę trendów dotyczących używania MDMA w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe, wzrost można było zaobserwować już od 2010 r. Długoterminowy wzrost utrzymywał się w tym okresie w Bułgarii, w Finlandii i we Francji, podczas gdy w Wielkiej Brytanii po spadku wskaźników w latach 2011-2012 nastąpił ich znaczny wzrost (Wykres 2.4). Choć dane z Holandii nie są bezpośrednio porównywalne z informacjami z wcześniejszych sondaży, w 2014 r. odnotowano w tym kraju rozpowszechnienie użycia MDMA na poziomie 5,5%.

W przeprowadzonej w 2015 r. w wielu europejskich miastach analizie ścieków największe stężenie MDMA wykryto w ściekach z Belgii i z Holandii (Wykres 2.5). W większości miast stężenie MDMA w ściekach było wyższe w 2015 r. niż w 2011 r., przy czym w niektórych miastach odnotowano znaczny wzrost, co może wiązać się z większą czystością MDMA lub większą dostępnością i konsumpcją narkotyku.

MDMA przyjmowane jest często razem z innymi substancjami, w tym z alkoholem. Badania sondażowe

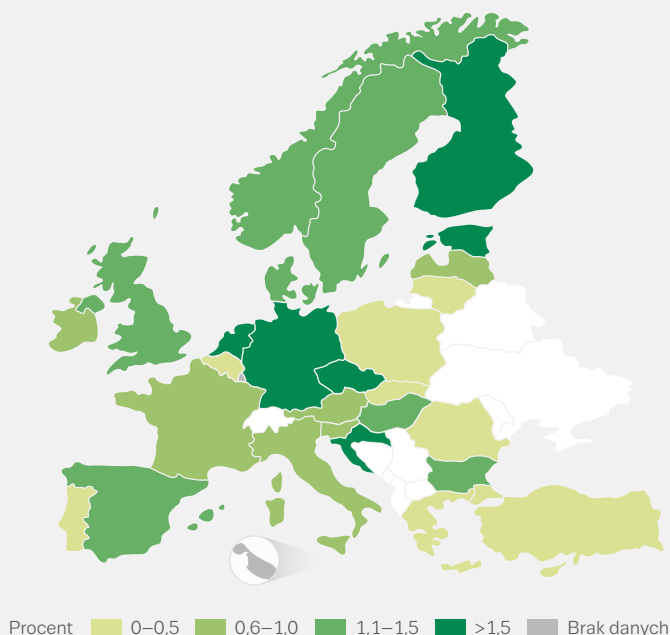
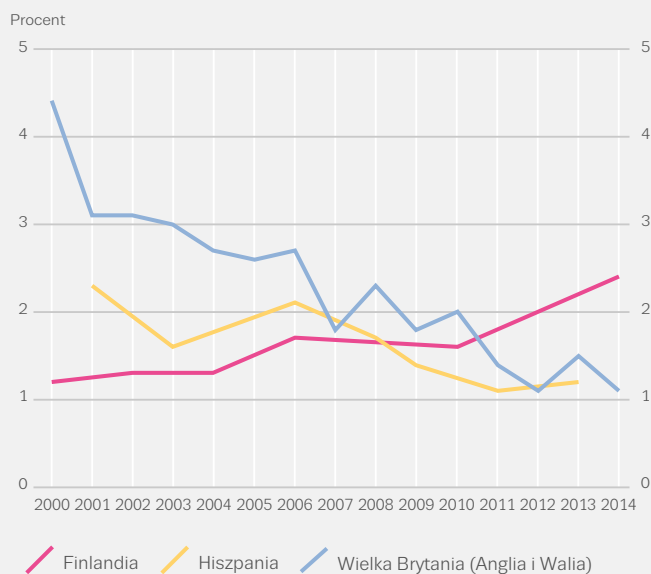
wśród młodych ludzi, którzy regularnie uczęszczają do nocnych klubów, wskazują na wyższy poziom użycia narkotyków w porównaniu z ogółem populacji. Jest tak szczególnie w przypadku MDMA, które dawniej ściśle kojarzono z życiem nocnym, a szczególnie z muzyką elektroniczną. Najnowsze dane wskazują, że w krajach, w których MDMA jest bardziej rozpowszechnione, substancja ta nie jest już narkotykiem niszowym czy związanym z konkretną subkulturą, a jej występowanie nie ogranicza się już do klubów tanecznych czy imprez. Po substancję sięga coraz szersze grono młodych ludzi w popularnych miejscach rozrywki, takich jak bary czy spotkania towarzyskie w domach prywatnych.

Zażywanie MDMA rzadko stanowi powód zgłoszenia się na leczenie odwykowe. W 2014 r. mniej niż 1% (800 przypadków) wszystkich pacjentów trafiających po raz pierwszy na leczenie specjalistyczne podawało jako przyczynę używanie MDMA.

MDMA przyjmowane jest często razem z innymi substancjami

WYKRES 2.6

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



Używanie amfetamin: różnice w trendach krajowych

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

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

Szacuje się, że w zeszłym roku 1,3 mln (1,0%) młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) sięgnęło po amfetaminę. Najnowsze szacunkowe dane o rozpowszechnieniu tego narkotyku w poszczególnych krajach wahają się od 0,1% do 2,9%. Dostępne dane wskazują, że od około 2000 r. tendencja w zakresie używania amfetamin jest względnie stabilna w większości krajów europejskich. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2013 r., siedem zgłosiło wyższe oszacowania, jedno – stabilne, a cztery niższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu. Choć dane z Holandii nie są bezpośrednio porównywalne z informacjami z

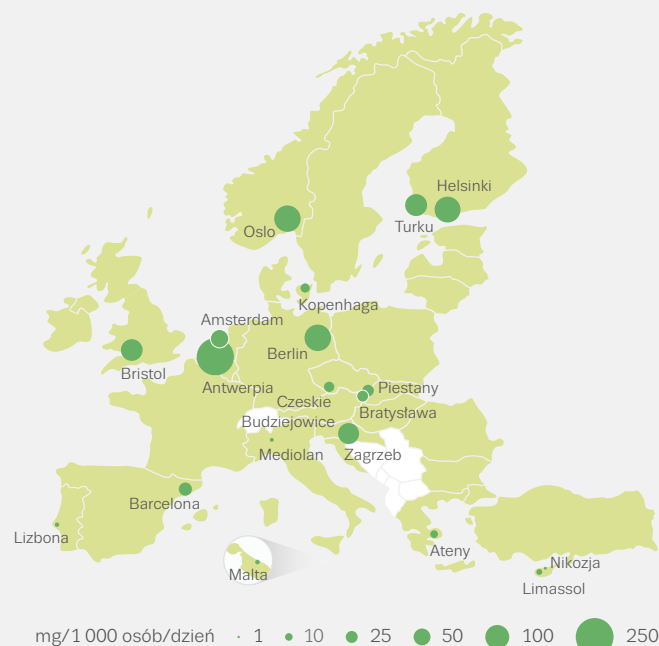
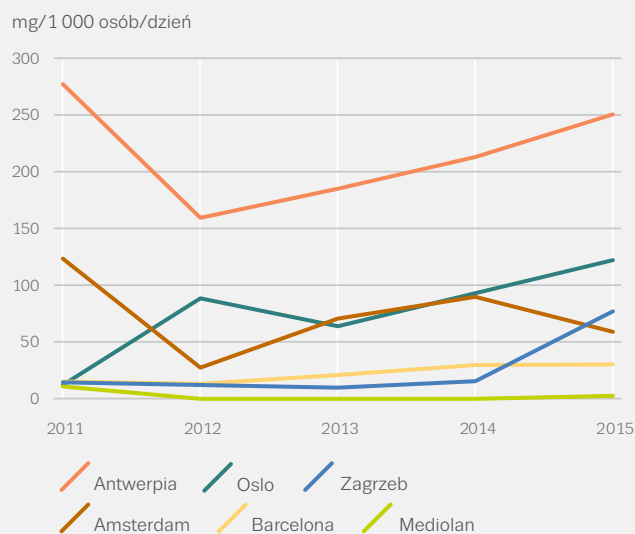
wcześniejszych sondaży, w ostatnim czasie odnotowano w tym kraju rozpowszechnienie użycia substancji z tej grupy wśród młodych osób dorosłych na poziomie 2,9%.

W nielicznych krajach, dla których można przeanalizować długoterminowe, istotne statystycznie tendencje, tj. w Hiszpanii i w Wielkiej Brytanii, odnotowano zmniejszenie rozpowszechnienia tych narkotyków od 2000 r. (Wykres 2.6). W Finlandii z kolei w tym samym okresie zaobserwować można było stopniowy wzrost używania amfetamin, które osiągnęło obecnie jeden z najwyższych poziomów w Europie.

W badaniach ścieków komunalnych, przeprowadzonych w 2015 r., wykryto istotny poziom amfetamin w różnych europejskich miastach. Ich stężenia przyjmowały bardzo różne wartości, przy czym najwyższe odnotowano w miastach położonych na północy Europy (patrz Wykres 2.7). W miastach na południu Europy ich poziom był znacznie niższy. Najwyższe stężenie metamfetaminy wykryto w miastach czeskich, słowackich i norweskich. Ogólne dane za okres 2011–2015 wskazują na względnie stałe tendencje w używaniu obu narkotyków.

WYKRES 2.7

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



Uwaga: Średnie dzienne ilości amfetaminy w miligramach na 1000 osób. Mapa: Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia w 2015 r.

Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Leczenie osób uzależnionych od amfetaminy: coraz większe zapotrzebowanie

Problemy związane z długoterminowym i przewlekłym przyjmowaniem amfetaminy oraz z ich podawaniem drogą iniekcji są najczęściej zgłaszane w krajach położonych na północy Europy. Z kolei długoterminowe problemy z metamfetaminą są najczęściej występują w Republice Czeskiej i na Słowacji. Najnowsze szacunki dotyczące wysoce ryzykownego użycia metamfetaminy dostępne są dla Republiki Czeskiej i Cypru. W Republice Czeskiej wysoce ryzykowne używanie metamfetaminy przez osoby dorosłe (w wieku od 15 do 64 lat) oszacowano na ok. 0,51% w 2014 r., przy czym od 2007 do 2014 r. obserwowano znaczny wzrost przyjmowania tego narkotyku, głównie drogą iniekcji (z ok. 20 000 do ponad 36 000 osób). Dane szacunkowe dla Cypru to 0,02%, tj. 127 osób w 2014 r. W 2013 r. w Norwegii wysoce ryzykowne używanie amfetaminy i metamfetaminy oszacowano na 0,33%, tj. 11 200 osób dorosłych. Osoby używające amfetaminy stanowią prawdopodobnie większość szacunkowej liczby 2 177 (0,17%) osób problemowo używających substancji pobudzających na Litwie, co oznacza spadek z poziomu 6 540 osób (0,46%) w 2010 r.

W wielu krajach wciąż odnotowuje się przyjmowanie metamfetaminy drogą iniekcji łącznie ze stosowaniem innych środków pobudzających i GHB (kwas gamma-hydroksymasłowy) w niewielkich grupach mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Ten tak zwany

„slamming” budzi niepokój ze względu na połączenie ryzykownych praktyk zarówno w odniesieniu do używania narkotyków, jak i zachowań seksualnych.

Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie uzależnienia w Europie w 2014 r., 32 000 podało amfetaminy jako narkotyk podstawowy, a wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy wskaźnik ten wyniósł 13 000. Osoby używające amfetaminy jako narkotyku podstawowego stanowią znaczny odsetek wszystkich osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w Bułgarii, w Niemczech, na Łotwie, na Węgrzech, w Polsce i w Finlandii. Pacjenci rozpoczynający leczenie, którzy podają metamfetaminę jako narkotyk podstawowy, raportowani byli w Republice Czeskiej i na Słowacji, gdzie łącznie żyje 95% spośród 8 700 europejskich pacjentów używających metamfetaminy. W Europie od 2006 r. odnotowano ogółem 50% wzrost liczby osób podejmujących leczenie po raz pierwszy i deklarujących użycie amfetaminy jako głównego narkotyku. Za duży odsetek tej wartości odpowiadają Niemcy oraz w mniejszym zakresie Republika Czeska.

Używanie ketaminy, GHB i halucynogenów

W Europie używane są także inne substancje psychoaktywne o działaniu halucynogennym, znieczulającym, uspokajającym i depresyjnym: należy wśród nich wymienić LSD (dietyloamid

kwasu lizergowego), grzyby halucynogenne, ketaminę i GHB (kwas gamma-hydroksymasłowy).

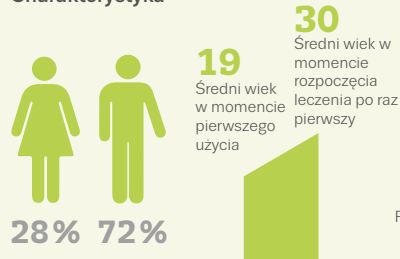
Od około dwudziestu lat zgłaszane jest rekreacyjne używanie ketaminy i GHB (w tym także jego prekursora GBL, czyli gamma-butyrolaktonu) wśród pewnych grup użytkowników narkotyków w Europie. W przypadkach, gdy dostępne są krajowe szacunki dotyczące używania przez osoby dorosłe oraz młodzież w wieku szkolnym GHB i ketaminy, wskaźniki używania tych substancji utrzymują się na niskim poziomie. Z najnowszych badań sondażowych wynika, że w Holandii użycie GHB w zeszłym roku osiągnęło poziom 0,4% wśród osób dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat), a w Norwegii 0,1% (w grupie wiekowej 16-64). Rumunia odnotowała użycie GHB na poziomie 0,5% wśród młodych osób dorosłych (od 15. do 34. roku życia). Wyższy odsetek osób używających GHB oraz powiązanych z takim użyciem problemów odnotowuje się w konkretnych grupach społecznych, zarówno w poszczególnych miastach, jak i na poziomie lokalnym w niektórych krajach, takich jak Holandia, Norwegia oraz Wielka Brytania. Wskaźnik użycia ketaminy wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) oszacowano w zeszłym roku na 0,3% w Danii i Hiszpanii,

podczas gdy w Wielkiej Brytanii użycie tego narkotyku utrzymuje się na poziomie 1,6% wśród osób w wieku od 16 do 24 lat, co oznacza utrzymywanie się stabilnego trendu od 2008 r.

Ogólnie poziom używania LSD i grzybów halucynogennych w Europie jest niski i utrzymuje się na stałym poziomie od wielu lat. Według przeprowadzonych w zeszłym roku krajowych badań sondażowych użycie obu substancji wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) szacuje się na mniej niż 1%, z wyjątkiem Finlandii, gdzie rozpowszechnienie LSD wynosi 1,3%, oraz grzybów halucynogennych w Wielkiej Brytanii (1%), Holandii (1,3%), Finlandii (1,9%) oraz Republice Czeskiej (2,3%).

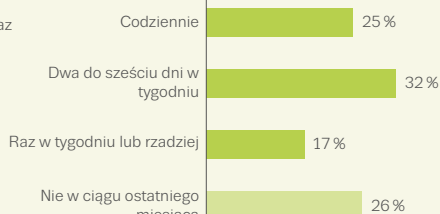
UŻYTKOWNICY AMFETAMIN ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka

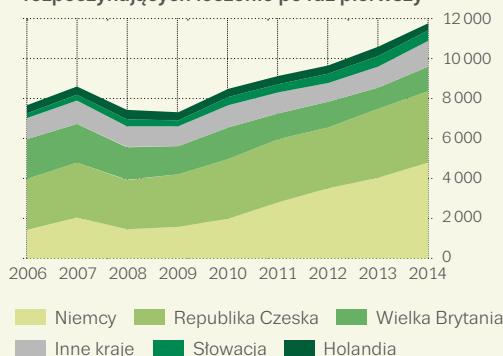


Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

Średnia użycia: 3,9 dni w tygodniu



Tendencje w przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy



Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

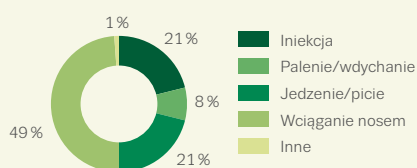
43%



Pacjenci leczeni uprzednio

57%

Droga podania



Uwaga: Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika. Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są amfetaminy.

Używanie nowych narkotyków

Informacje na temat użycia nowych narkotyków przynosi szybki sondaż Eurobarometru z 2014 r. na temat młodych ludzi i narkotyków, czyli sondaż telefoniczny przeprowadzony wśród 13 128 młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 24 lat w 28 państwach członkowskich UE. Chociaż badano w nim głównie postawy, w sondażu Eurobarometru znalazło się też pytanie o korzystanie z „substancji imitujących efekty narkotyków”. Obecnie dane te stanowią jedyne źródło informacji na ten temat dotyczące całej UE, choć ze względów metodologicznych niezbędna jest ostrożność w interpretacji wyników. Ogólnie rzecz biorąc, 8% respondentów stwierdziło, że użyło takich substancji co najmniej raz, a 3% zgłosiło użycie w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Oznacza to wzrost w stosunku do 5% zgłaszających co najmniej jednokrotne użycie w podobnym badaniu w 2011 r. Spośród osób zgłaszających użycie w ciągu ostatnich 12 miesięcy 68% uzyskało substancję od znajomego.

Coraz więcej państw decyduje się na ujęcie nowych substancji psychoaktywnych w badaniach sondażowych przeprowadzanych w populacji generalnej, choć porównywalność wyników z poszczególnych krajów ograniczają różnice dotyczące metodologii i stawianych respondentom pytań. Od 2011 r. jedenaście państw europejskich dostarcza szacunkowych danych dotyczących używania nowych substancji psychoaktywnych (nie uwzględniając ketaminy oraz GHB). W grupie wiekowej objętej szybkim badaniem Eurobarometru, a więc wśród młodszych osób dorosłych (w wieku od 15 do 24 lat) użycie omawianych substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy waha się od 0,0% w Polsce do 9,7% w Irlandii. W Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) dostępne są dane sondażowe dotyczące używania mefedronu. W najnowszym badaniu (2014/2015) użycie tego narkotyku wśród młodych ludzi w wieku od 16 do 24 lat szacowano na 1,9%; liczba ta była stabilna w porównaniu z rokiem poprzednim, ale niższa od 4,4% w sezonie 2010/2011, zanim wprowadzono środki kontroli. Sondaż przeprowadzony w 2014 r. w Finlandii wykazał, że szacunkowe użycie syntetycznych katynonów wśród młodych ludzi w wieku od 15 do 24 lat wynosi tam 0,2%, podczas gdy we Francji około 4% osób z grupy wiekowej 18-34 deklaroowało, że przynajmniej raz w życiu paliło syntetyczne kannabinoidy.

Osoby używające heroiny: stabilne zapotrzebowanie na leczenie

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

Szacuje się, że średnie rozpowszechnienie ryzykownego używania opioidów przez osoby dorosłe (w wieku 15-64 lat) wynosi około 0,4%, co odpowiada 1,3 mln osób używających problemowo opioidów w Europie w 2014 r. Dane szacunkowe dotyczące wskaźników ryzykownego 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 2.8). Około 75% osób, które szacunkowo przyjmują opioidy w sposób problemowy w Unii Europejskiej mieszka w Wielkiej Brytanii, we Francji, we Włoszech, w Niemczech i w Hiszpanii. Spośród jedenastu krajów, które dostarczyły więcej niż jedno oszacowanie ryzykownego używania opioidów w latach 2008-2014 Hiszpania i Turcja odnotowały istotny statystycznie spadek, a pozostałe państwa charakteryzowały się względnie stabilnymi trendami (Wykres 2.8).

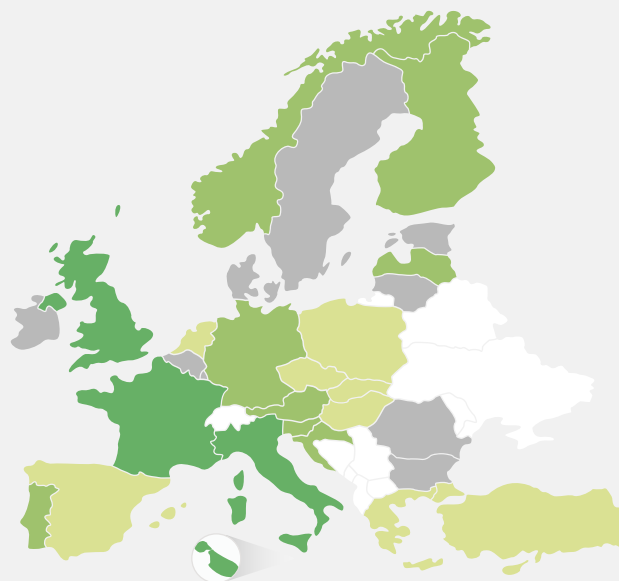
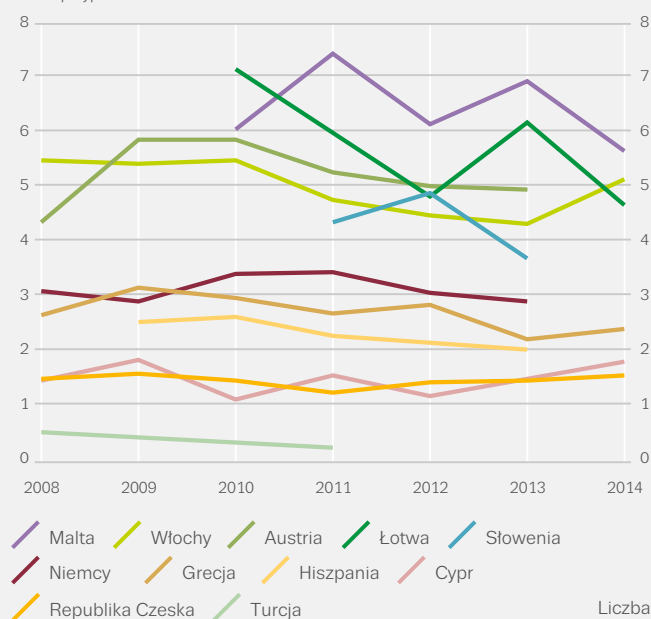
Przez Europę przetoczyło się kilka fal uzależnienia od heroiny. Pierwsza z nich dotknęła wielu krajów Europy Zachodniej w połowie lat 70. XX w., druga zaś państw położonych w Europie Środkowowschodniej od połowy lat 90. XX w. do końca tej dekady. W niektórych krajach zjawisko to z wielkich miast zaczęło się następnie przenosić na tereny wiejskie i do mniejszych miejscowości. W latach 2010-2011 wskaźniki w wielu państwach europejskich odzwierciedlały zmniejszającą się liczbę osób po raz pierwszy sięgających po ten narkotyk oraz istnienie starzejącej się grupy osób używających opioidów w sposób wiążący się z wysokim ryzykiem, przy czym wiele z nich poddawanych było leczeniu substytucyjnemu. Najnowsze dane sugerują, że tendencja spadkowa, jeżeli chodzi o nowych pacjentów poddawanych leczeniu, ulega zahamowaniu.

**Najpowszechniejszym
opoidem używanym
w Europie jest heroina**

WYKRES 2.8

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

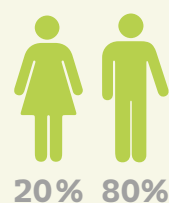
Liczba przypadków na 1 000 osób w wieku 15-64 lat



Liczba przypadków na 1 000 0,0-2,5 2,51-5,0 >5,0 Brak danych

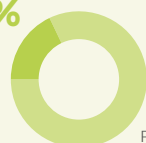
UŻYTKOWNICY HEROINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka



Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

18%

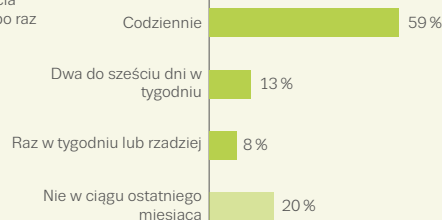


Pacjenci lečení uprzednio

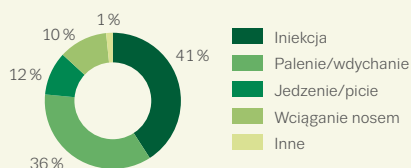
82%

Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

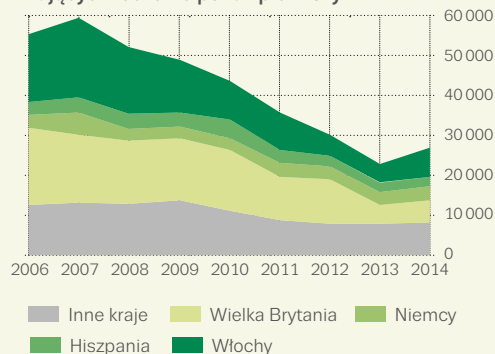
Średnia użycia: 5,8 dni w tygodniu



Droga podania



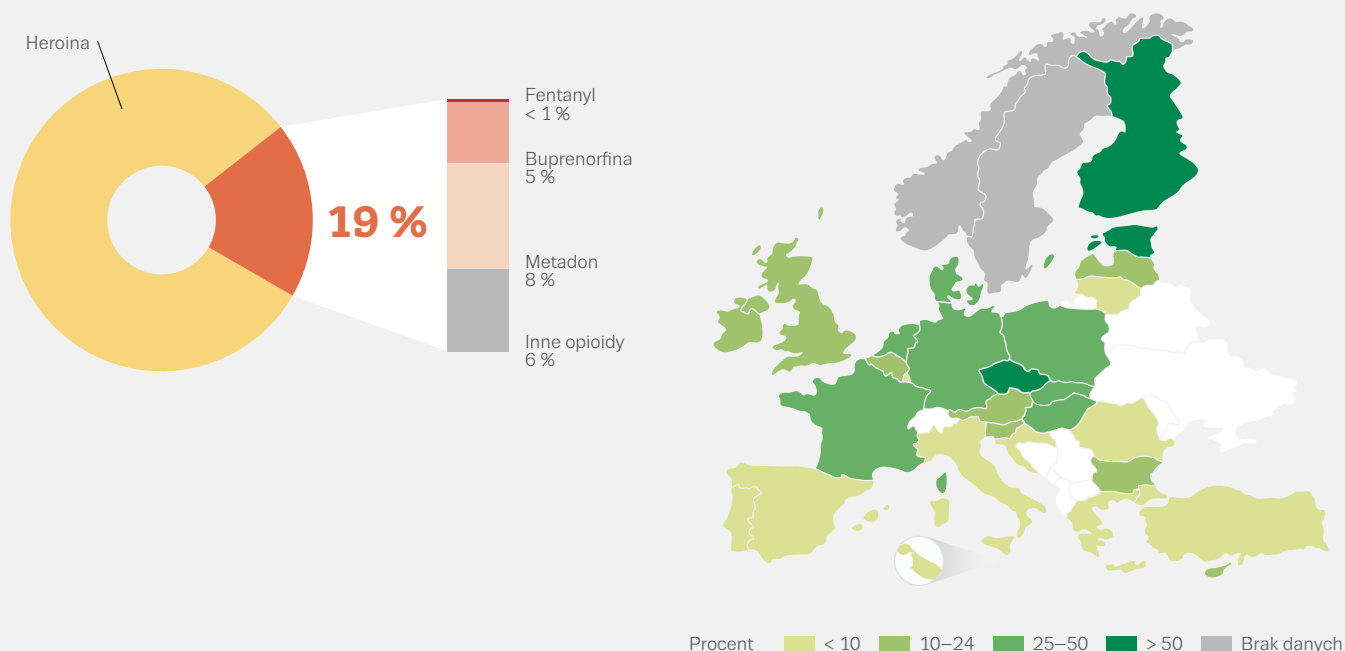
Tendencje w przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy



Uwaga: Charakterystyki dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest heroina. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane za 2014 r. dotyczące Włoch nie są bezpośrednio porównywalne z latami ubiegłymi.

WYKRES 2.9

Osoby rozpoczynające leczenie wskazujące opioidy jako podstawowy narkotyk: według rodzaju opioidu oraz odsetka osób wskazujących opioidy inne niż heroina



Spośród 185 000 pacjentów podejmujących w Europie leczenie specjalistyczne i wskazujących opioidy jako główny narkotyk 34 000 osób nie przechodziło wcześniej leczenia. Liczba osób podejmujących leczenie z powodu uzależnienia od heroiny spadła o połowę w porównaniu do wartości szczytowych z 2007 r., a więc odnotowano spadek z 59 000 osób, co stanowiło 36% wszystkich pacjentów po raz pierwszy podejmujących leczenie, do 23 000 w 2013 r. (16% osób po raz pierwszy podejmujących leczenie). Wydaje się, że trend ten uległ zahamowaniu. Z najnowszych danych wynika, że 17 państw odnotowuje stałą lub zmniejszającą się liczbę osób podejmujących po raz pierwszy leczenie z powodu uzależnienia od heroiny, podczas gdy dziewięć innych zaobserwowało wzrost w tym zakresie.

Opioidy syntetyczne: coraz większe obawy

Choć najpowszechniej przyjmowanym opioidem pozostaje heroina, coraz częściej obserwuje się także nadużywanie opioidów syntetycznych. Osiemnaście państw europejskich zgłosiło w 2014 r., że ponad 10% osób podejmujących leczenie specjalistyczne z powodu uzależnienia od opioidów deklarowało problemy związane głównie z opioidami innymi

niż heroina – zmiana ta stanowi wzrost w porównaniu z 2013 r., gdy państw takich było jedenaście (Wykres 2.9). Opioidy przyjmowane przez osoby podejmujące leczenie to m.in. metadon, buprenorfina, fentanyl, kodeina, morfina, tramadol oraz oksykodon. W niektórych krajach opioidy inne niż heroina stanowią obecnie najczęściej przyjmowane substancje przez osoby podejmujące leczenie. W Estonii, na przykład, większość osób podejmujących leczenie i podających jako główny narkotyk któryś z opioidów przyjmowało fentanyl, podczas gdy w Finlandii i Republice Czeskiej najczęściej nadużywanym opioidem innym niż heroina jest buprenorfina.

Coraz częściej obserwuje się nadużywanie opioidów syntetycznych

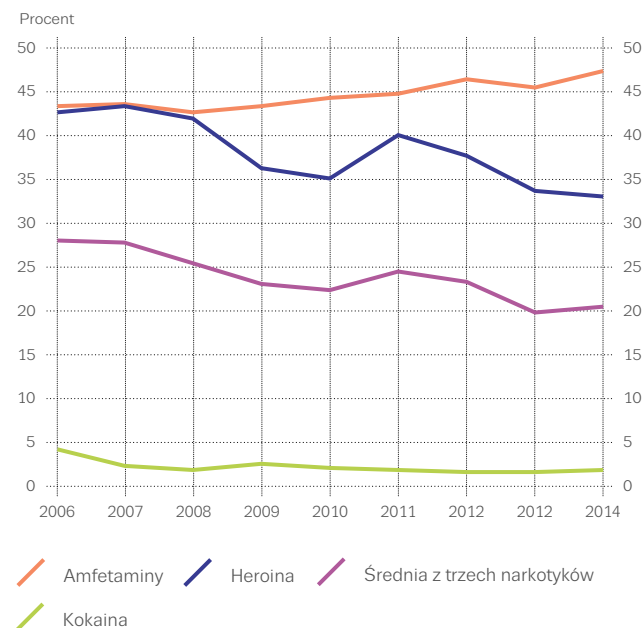
WYKRES 2.10

Iniecyjne przyjmowanie narkotyków: trend spadkowy w używaniu heroiny

Iniecyjne przyjmowanie narkotyków kojarzy się głównie z opioidami, choć w niektórych państwach poważnym problemem jest przyjmowanie drogą iniekcji środków stymulujących, takich jak amfetaminy czy kokaina. W pewnych populacjach (choć nie jest to zjawisko powszechne) nadal zgłaszane jest wstrzykiwanie syntetycznych katynonów – są to osoby wstrzykujące opioidy, pacjenci placówek leczenia uzależnienia od narkotyków w niektórych krajach i niewielkie populacje mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Według dostępnych w 16 krajach najnowszych oszacowań dotyczących przyjmowania narkotyków drogą iniekcji liczba takich użytkowników narkotyków waha się od mniej niż jednego do ponad dziewięciu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 lat.

Wśród osób zgłaszających się w 2014 r. po raz pierwszy na specjalistyczne leczenie, wśród osób, które zgłaszały heroinę jako podstawowy narkotyk, 33% wskazało, że główną drogą jej przyjmowania jest wstrzykiwanie, co stanowi spadek z 43% w 2006 r. (Wykres 2.10). W omawianej grupie odsetek osób przyjmujących narkotyk drogą iniekcji różni się w zależności od kraju i wynosi od 11% w Hiszpanii do 90% na Łotwie i w Rumunii. Wśród osób zgłaszających się po raz pierwszy na specjalistyczne leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem były amfetaminy, 47% wskazało, że główną drogą podania jest wstrzykiwanie, co stanowi niewielki wzrost w porównaniu do 2006 r. Ponad 70% tej grupy stanowią osoby z Republiki Czeskiej oraz osoby przyjmujące metamfetaminę. Traktując trzy główne wstrzykiwane narkotyki łącznie, wśród pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie w Europie udział iniekcji jako głównej drogi podania spadł z 28% w 2006 r. do 20% w 2014 r.

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



Iniecyjne przyjmowanie narkotyków kojarzy się głównie z opioidami

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2016

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

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

2015

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

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

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

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

2012

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.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

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

Wspólne publikacje EMCDDA i ESPAD

2012

Summary of the 2011 ESPAD report.

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

3

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

Problemy związane z używaniem narkotyków oraz reakcje na nie

Używanie narkotyków uznawane jest powszechnie za jedną z przyczyn ogólnoswiatowego obciążenia chorobami. Z przyjmowaniem narkotyków wiążą się przewlekłe i ostre problemy zdrowotne, na które dodatkowy wpływ mają liczne czynniki, takie jak droga podania substancji, wytrzymałość organizmu oraz kontekst społeczny, w którym odbywa się konsumpcja narkotyku. Przewlekłe problemy zdrowotne obejmują uzależnienie oraz choroby zakaźne związane z przyjmowaniem narkotyków. Możliwe jest także wystąpienie stanów ostrych, z których niektóre zależą od rodzaju przyjętego narkotyku - najlepiej udokumentowanym z nich jest przedawkowanie. Choć używanie opioidów jest względnie rzadkie, substancje z tej grupy wciąż odpowiadają za znaczny odsetek przypadków zachorowań i zgonów związanych z używaniem narkotyków. Szczególnie wysokie ryzyko wiąże się z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji. Problemy zdrowotne związane z przyjmowaniem konopi indyjskich nie są

tak poważne, ale rozpowszechnienie tej substancji może nie pozostawać bez wpływu na zdrowie publiczne. Problemy związane z użyciem nowych substancji psychoaktywnych trudno jest omówić zarówno ze względu na ich liczbę, jak i na brak informacji na ich temat.

Monitorowanie problemów związanych z używaniem narkotyków oraz reakcji na nie

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

Informacji na temat zdrowia oraz reakcji społecznych na używanie narkotyków i związanych z tym problemów dostarcza EMCDDA sieć krajowych punktów kontaktowych Reitox oraz eksperckie grupy robocze. W przypadku, gdy bardziej sformalizowane dane są niedostępne, uzupełniające informacje na temat dostępności interwencji pochodzą z ocen eksperckich. Niniejszy rozdział wykorzystuje także przeglądy dowodów naukowych dotyczących

skuteczności interwencji w zakresie zdrowia publicznego. Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie internetowej EMCDDA w zakładce Health and social responses profiles (Profile reakcji w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym) oraz w Best practice portal (portalu najlepszych praktyk).

Działania w zakresie profilaktyki narkotykowej oraz wczesnej interwencji mają na celu zapobieganie przyjmowaniu narkotyków oraz powstawaniu związanych z tym problemów, podczas gdy w przypadku uzależnień podstawową formą reakcji jest leczenie oparte zarówno na podejściu psychospołecznym, jak i farmakologicznym. Zasadnicze sposoby interwencji, takie jak leczenie substytucyjne oraz rozdawanie igieł i strzykawek, opracowano częściowo w odpowiedzi na zjawisko przyjmowania opioidów drogą iniekcji i powiązane z tym problemy, takie jak rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych czy śmierć w następstwie przedawkowania.

Problemy związane z konopiami indyjskimi: nowe wyniki badań

Choć w badaniach często podkreśla się związki pomiędzy przyjmowaniem narkotyków a różnymi problemami, trudniej jest udowodnić bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy. Jako że najpowszechniejszym w Europie narkotykiem są konopie indyjskie, problemy związane z używaniem tej substancji mogą mieć wpływ na ogół populacji. W ramach przeprowadzonego niedawno przez WHO międzynarodowego przeglądu przeanalizowano dowody dotyczące szkód powodowanych przez użycie konopi indyjskich. Wnioski płynące z analizy wskazują na trudności w określeniu bezpośredniego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy konsumpcją konopi indyjskich a zdrowiem i sytuacją społeczną, choć w badaniach obserwacyjnych można dostrzec pewne powiązania. Jeżeli chodzi o negatywne skutki przewlekłego używania konopi indyjskich, wśród regularnych użytkowników oraz osób sięgających po ten narkotyk przez długi okres wykryto dwa razy większe ryzyko wystąpienia objawów oraz zaburzeń psychotycznych, większe ryzyko powstawania problemów oddechowych oraz potencjalną możliwość wystąpienia zespołu uzależnienia. Regularne przyjmowanie konopi indyjskich w wieku dojrzewania wiąże się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia schizofrenii. Jeżeli narkotyk przyjmowany jest przez cały okres wczesnej dorosłości, wydaje się mieć wpływ na spadek sprawności intelektualnej. Pewną rolę mogą tu odgrywać jednak także wcześniej występujące zaburzenia somatyczne i psychiczne, a także inne czynniki mylące. Jest to niewątpliwie temat wymagający dalszych badań.

Profilaktyka: programy skierowane do rodzin

Strategie w zakresie profilaktyki narkotykowej w Europie koncentrują się m.in. na przyjmowaniu konopi przez młodych ludzi, często równocześnie z alkoholem i nikotyną. Zapobieganie używaniu narkotyków i problemom związanym z narkotykami wśród młodych ludzi obejmuje szerokie spektrum działań. Strategie środowiskowe i uniwersalne ukierunkowane są na całą populację; profilaktyka selektywna dotyczy grup szczególnie wrażliwych, które mogą być bardziej narażone na problemowe używanie narkotyków, natomiast profilaktyka wskazująca koncentruje się na osobach zagrożonych.

Wiele działań z zakresu profilaktyki narkotykowej prowadzi się w szkołach. Jest to środowisko, w którym pewne podejścia można oprzeć na względnie solidnej bazie dowodowej. Pozytywnie jest także oceniana rola interwencji skierowanych do rodzin w zakresie zapobiegania szeregowi problematycznych zachowań, takich jak używanie narkotyków.

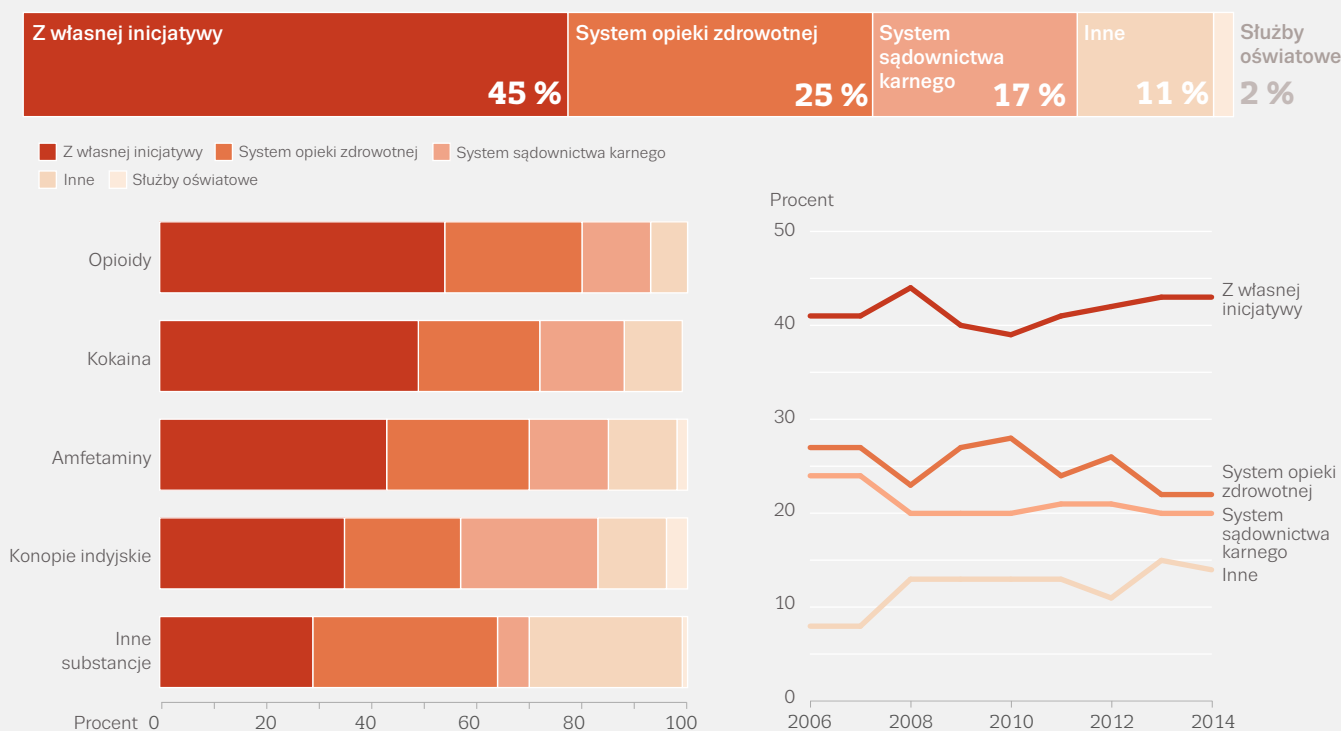
Programy profilaktyczne skierowane do rodzin polegają zazwyczaj na szkoleniu rodziców we wspieraniu swoich dzieci w osiągnięciu celów rozwojowych wyznaczonych dla danej grupy wiekowej (w tym kontroli impulsów, kompetencji społecznych oraz odroczonej gratyfikacji), które mogą przekładać się na mniejsze ryzyko zażywania narkotyków i wystąpienia innych problemów behawioralnych. Uniwersalna profilaktyka rodzinna obejmuje działania skierowane do rodzin, a interwencje koncentrują się na różnych etapach rozwoju dziecka. Sелеktywne programy przeznaczone są dla rodzin marginalizowanych i znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, w tym tych, w których sami rodzice mają problemy związane z używkami. W większości krajów realizowane są interwencje profilaktyczne dla rodzin w szczególnie trudnej sytuacji, ale oceny eksperckie z 2013 r. wskazują na ich często ograniczony zasięg.

Stosunkowo niewiele wiadomo na temat charakteru wielu interwencji rodzinnych. Jednym z wyjątków jest inicjatywa „Strengthening Families Programme” (Program wzmacniania rodzin), realizowana obecnie w 13 państwach europejskich, w ramach której prowadzone są szkolenia z umiejętności wychowania dzieci. Ten rekomendowany na szczeblu międzynarodowym program ma na celu także eliminowanie utrudnień, które mogą uniemożliwić udział w szkoleniach rodzicom w trudnej sytuacji, na przykład poprzez zapewnienie transportu czy opieki nad dziećmi.

Opracowano także nowe podejścia, które są ograniczone w czasie, a ich wdrożenie wymaga mniejszych nakładów. Przykładem może być program EFEKT, który składa się z kilku krótkich spotkań i został z powodzeniem wdrożony w

WYKRES 3.1

Tryb kierowania pacjentów na specjalistyczne leczenie uzależnienia w Europie w 2014 r.



Uwaga: „System sądownictwa karnego” obejmuje sądy, policję i nadzór kuratorski; „system opieki zdrowotnej” obejmuje lekarzy rodzinnych, inne ośrodki leczenia uzależnień oraz służby ochrony zdrowia, medyczne i społeczne; „z własnej inicjatywy” oznacza inicjatywę pacjenta, rodziny i przyjaciół. Na wykresie tendencji skierowania z systemu oświaty ujęte zostały w kategorii „inne”.

Holandii i Szwecji. Jest on dowodem na to, że lepszy nadzór ze strony rodziców oraz ustanawianie jaśniejszych zasad może skutecznie przyczynić się do ograniczenia spożycia alkoholu oraz do lepszej kontroli impulsów u młodych ludzi.

Leczenie specjalistyczne: kierowanie na leczenie

Leczenie odwykowe jest zasadniczą formą interwencji mającą pomóc stosunkowo niewielkiej – choć znaczącej – liczbie osób borykających się z problemami związanymi z przyjmowaniem narkotyków, w tym z uzależnieniem. Kluczowym celem tworzonych w tym zakresie polityk jest zapewnienie dobrego dostępu do odpowiedniego leczenia.

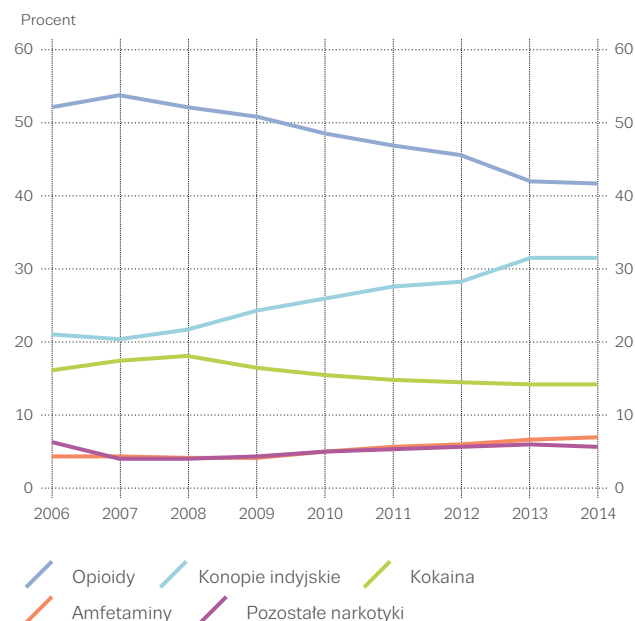
Dane dotyczące podmiotów kierujących pacjentów na leczenie odzwierciedlają sposób, w jaki potrzebujący trafiają pod opiekę specjalistycznych placówek. W 2014 r. 45% osób podejmujących leczenie specjalistyczne w Europie robiło to z własnej inicjatywy lub z inicjatywy członka rodziny, choć dokładne dane różnią się z zależności od rozpatrywanej substancji (patrz Wykres 3.1) oraz kraju. Ogółem jedna czwarta osób trafiających na leczenie była na nie kierowana przez placówki służby zdrowia, a 17% przez system

sądownictwa. Spośród wszystkich osób poddanych leczeniu, największą grupę pacjentów kierowanych do specjalistycznych placówek przez system sądownictwa stanowiły osoby borykające się z problemami związanymi z przyjmowaniem konopi. Na Węgrzech około trzech czwartych (74%) osób skierowanych na leczenie w związku z przyjmowaniem konopi indyjskich zostało skierowanych do placówek przez system sądownictwa. Ogólne tendencje dotyczące sposobu kierowania pacjentów na leczenie pozostawały w latach 2006-2014 zasadniczo niezmiennie.

W niektórych państwach istnieją programy, których celem jest kierowanie osób popełniających przestępstwa związane z narkotykami do programów leczenia uzależnień, a nie do systemu sądownictwa karnego. Mogą one polegać na wydaniu przez sąd nakazu poddania się leczeniu lub zawieszenie wykonania kary pod takim warunkiem. W niektórych krajach jest to możliwe na jeszcze wcześniejszym etapie.

WYKRES 3.2

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



Leczenie uzależnień w większości przypadków odbywa się w systemie ambulatoryjnym

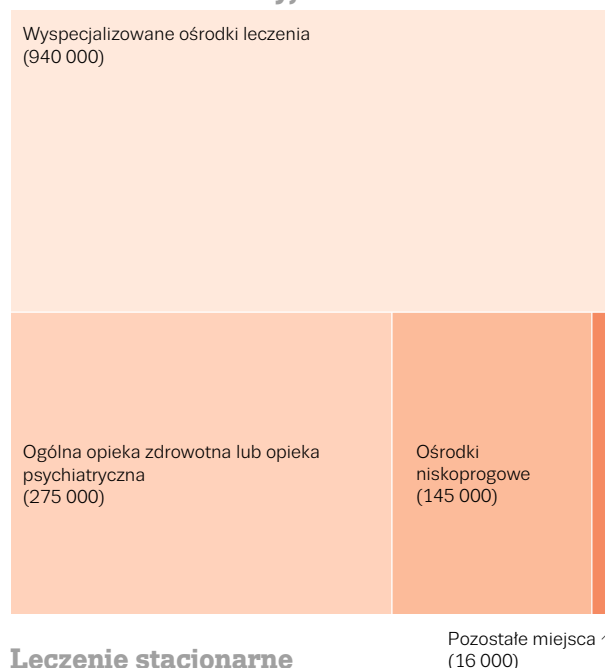
Szacuje się, że w Unii Europejskiej w 2014 r. leczeniu uzależnienia od narkotyków poddano 1,2 mln osób (1,5 mln osób, uwzględniając także Norwegię i Turcję). Najliczniejszą grupę podejmującą specjalistyczne leczenie odwykowe stanowią osoby używające opioidów. Wykorzystują one przy tym największą część dostępnych zasobów, głównie w formie leczenia substytucyjnego. Użytkownicy konopi indyjskich i kokainy stanowią odpowiednio drugą i trzecią pod względem liczebności grupę podejmującą specjalistyczne leczenie odwykowe (Wykres 3.2), przy czym głównym sposobem leczenia stosowanym wobec tych pacjentów są interwencje psychospołeczne. Sytuacja jest jednak diametralnie różna w różnych krajach, w których użytkownicy opioidów mogą stanowić od 88% do mniej niż 10% ogólnej liczby osób podejmujących leczenie.

Leczenie odwykowe w Europie odbywa się zazwyczaj w warunkach ambulatoryjnych – wyspecjalizowane ośrodki ambulatoryjne są największym dostawcą usług pod względem liczby obsługiwanych użytkowników narkotyków (Wykres 3.3). Drugim co do wielkości dostawcą usług w tym zakresie są placówki stacjonarne. Ośrodki te obejmują gabinety lekarzy rodzinnych, którzy odgrywają ważną rolę jako osoby odpowiedzialne za leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów w niektórych dużych krajach, takich jak Niemcy i Francja. W innych krajach, takich jak Słowenia czy Finlandia, ważną rolę w leczeniu ambulatoryjnym odgrywają poradnie zdrowia psychicznego.

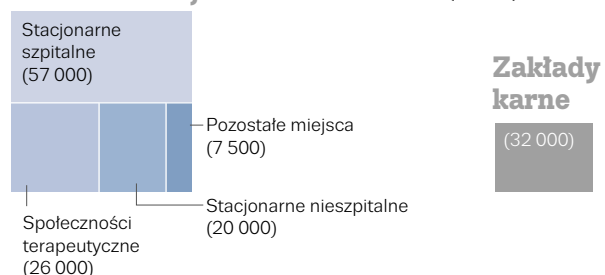
WYKRES 3.3

Liczba osób leczonych z uzależnienia od narkotyków w Europie w 2014 r. według miejsca leczenia

Leczenie ambulatoryjne



Leczenie stacjonarne

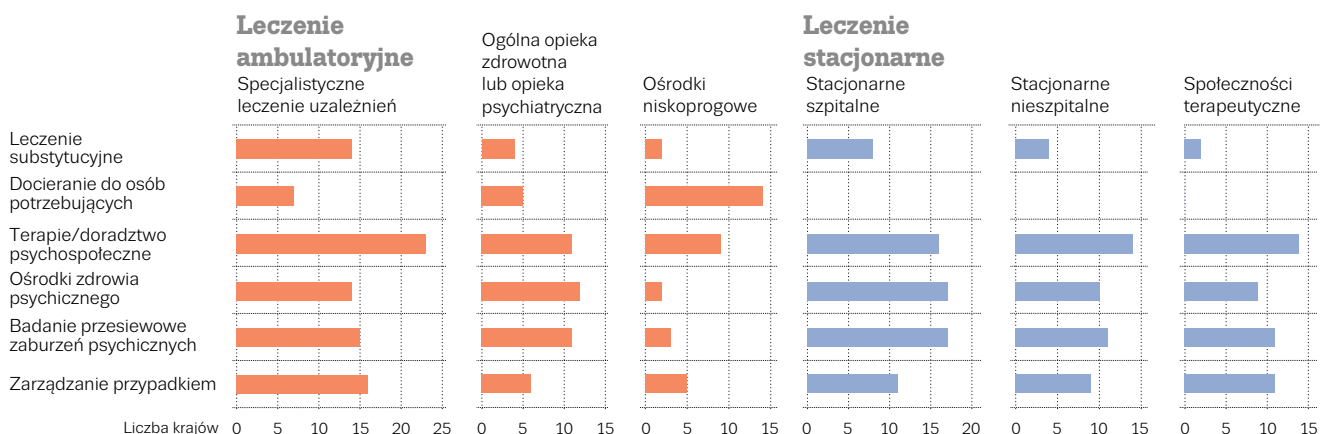


Mniejsza część leczenia uzależnień w Europie odbywa się też w placówkach stacjonarnych, takich jak placówki szpitalne (np. szpitale psychiatryczne), społeczności terapeutyczne i specjalistyczne stacjonarne ośrodki leczenia uzależnień. Względne znaczenie świadczonych usług ambulatoryjnych i stacjonarnych w ramach krajowych systemów leczenia uzależnień jest bardzo zróżnicowane w poszczególnych krajach. W opiniach ekspertów znaleźć można informacje na temat dostępności wybranych form interwencji w różnych rodzajach placówek w Europie (patrz Wykres 3.4).

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

WYKRES 3.4

Przegląd dużej dostępności (>75 %) wybranych interwencji według miejsca ich udzielenia (ocena ekspercka)



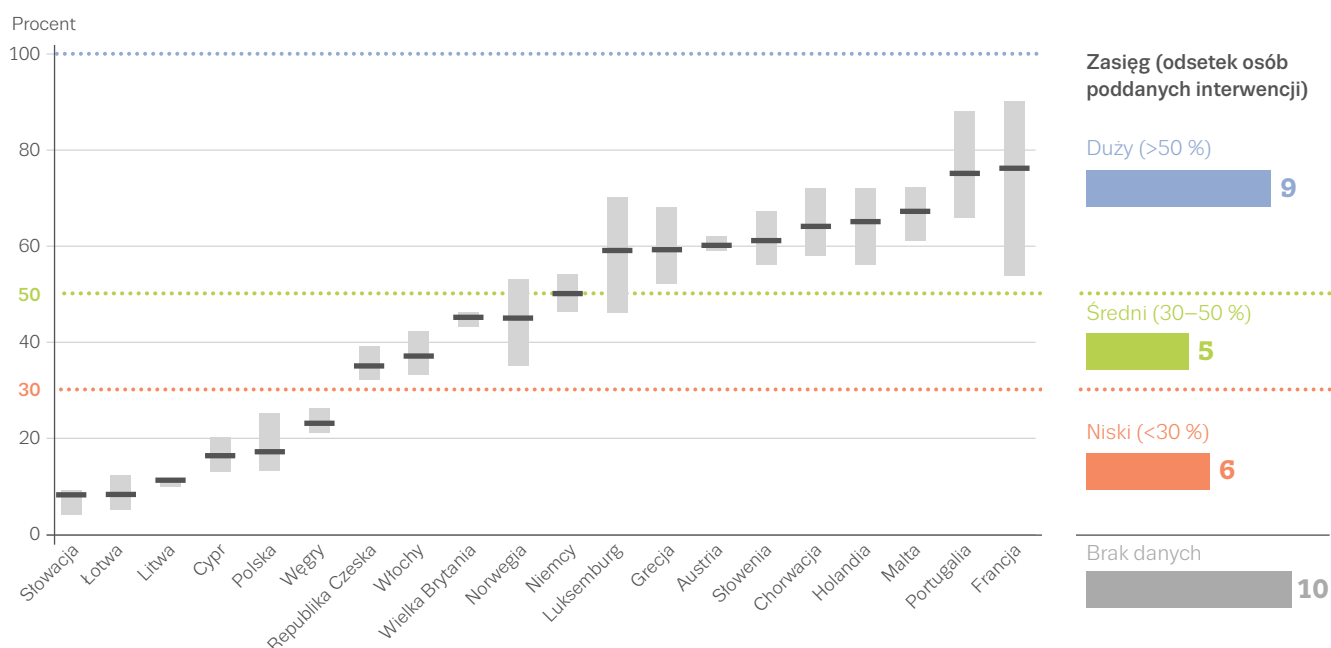
Leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów

Najbardziej powszechnym sposobem leczenia uzależnienia od opioidów jest leczenie substytucyjne, na ogół zintegrowane z interwencjami psychospołecznymi. Na słuszność tego podejścia wskazują dostępne dowody – uzyskano pozytywne wyniki w odniesieniu do kontynuowania leczenia, ograniczenia zażywania nielegalnych opioidów i zgłoszonych ryzykownych zachowań oraz zredukowano szkody i śmiertelność związaną z narkotykami.

Szacuje się, że w 2014 r. w Unii Europejskiej leczenie substytucyjne otrzymywało około 644 000 osób używających opioidów (680 000 jeżeli wziąć pod uwagę także Norwegię oraz Turcję); od 2010 r. liczba ta zmniejszyła się o około 50 000. Szacunki dotyczące użytkowników opioidów wskazują, że co najmniej 50% z nich otrzymuje leczenie substytucyjne. Do danych tych należy jednak podchodzić ostrożnie z przyczyn metodologicznych oraz zważywszy na znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi państwami (Wykres 3.5).

WYKRES 3.5

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



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

WYKRES 3.6

Główny przepisany lek do substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów

- Buprenorfina
- Metadon
- Oba leki są przepisywane w równym stopniu



**Metadon jest najczęściej
przepisywanym
substytutem opioidów**

Metadon jest najczęściej przepisywanym substytutem opioidów, który otrzymuje ok. 61% pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym. Kolejnych 37% pacjentów leczy się buprenorfiną, która jest głównym lekiem substytucyjnym wykorzystywanym w siedmiu krajach (Wykres 3.6). Inne substancje, takie jak morfina o powolnym uwalnianiu lub diacetylmorfina (heroina), są przepisywane jedynie okazjonalnie i otrzymuje je około 2% osób objętych leczeniem substytucyjnym w Europie.

Alternatywne możliwości leczenia dla osób używających opioidów są dostępne we wszystkich krajach europejskich, choć są one mniej powszechne niż leczenie substytucyjne. W dziewięciu krajach, które dysponują wystarczającymi danymi, dostępność innych form leczenia niż leczenie substytucyjne obejmuje zasadniczo od 2% do 30% wszystkich osób używających opioidów (Wykres 3.7)



WYKRES 3.7

Dopasowanie leczenia do potrzeb pacjentów

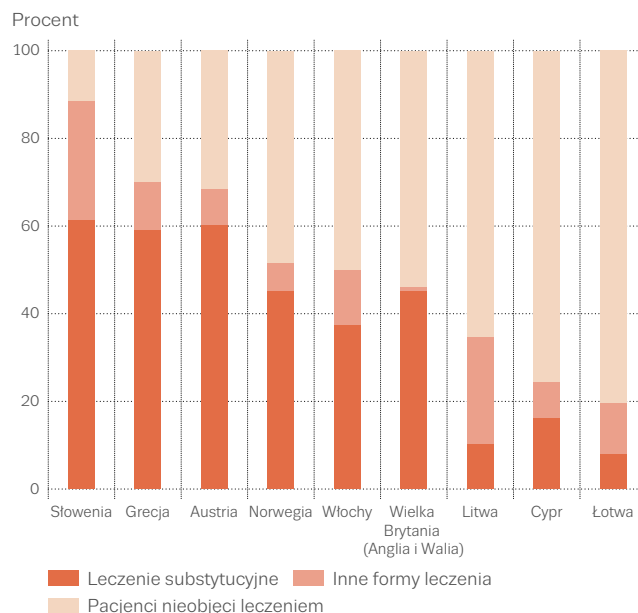
Pacjenci korzystający w Europie ze specjalistycznego leczenia mają różne potrzeby, co wiąże się często z koniecznością podejmowania interwencji w celu rozwiązania szeregu problemów. Istotnym czynnikiem decydującym o możliwości skutecznego reagowania jest więc zapewnienie współpracy pomiędzy placówkami leczenia uzależnień oraz innymi podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne i społeczne.

Większość osób trafiających na specjalistyczne leczenie to użytkownicy więcej niż jednej substancji psychoaktywnej, a niektóre z nich borykają się z problemami wynikającymi z przyjmowania kilku narkotyków. Ważne jest zatem przeprowadzanie przez placówki leczenia uzależnień odpowiedniej oceny oraz opracowanie planu leczenia pacjentów używających kilku substancji równocześnie. Należy przy tym zaznaczyć, że szczególnie ważne jest wykrycie jednoczesnego stosowania pewnych konkretnych substancji ze względu na większe ryzyko przedawkowania, które to ze sobą niesie. Jednym z możliwych przykładów jest tu używanie opioidów w połączeniu z benzodiazepinami. Przeprowadzone analizy wykazały, że trzy czwarte pacjentów trafiających na leczenie w związku z problemowym używaniem narkotyków to osoby, co do których oficjalnie wiadomo, że stosowały kilka substancji jednocześnie. Osoby, dla których głównymi narkotykami były opioidy, kokaina i amfetamina najczęściej wskazywały jako substancje dodatkowe konopie indyjskie i alkohol. Osoby używające głównie opioidów deklarują także dodatkowo przyjmowanie kokainy.

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych z problemowym używaniem narkotyków oznacza jednoczesne pojawienie się tych dwóch problemów u jednej osoby. Istnieją także pewne powiązania pomiędzy niektórymi zaburzeniami psychicznymi a zaburzeniami wiążącymi się z używaniem narkotyków. Współwystępowanie obu schorzeń jest więc wyzwaniem zarówno dla placówek leczenia uzależnień, jak i dla ośrodków zdrowia psychicznego. Według najnowszych badań wśród osób przyjmujących narkotyki najczęściej występuje poważna depresja, zaburzenia lękowe (głównie napady paniki oraz zespół stresu pourazowego) oraz zaburzenia osobowości (głównie zaburzenia antyspołeczne i typu borderline). Pomimo istotnego znaczenia tej kwestii trudno jest określić rzeczywistą skalę problemu, jako że dostępne dane są ograniczone i niejednorodne.

Wart podkreślenia jest fakt, że potrzeby kobiet poddawanych leczeniu uzależnień są bardziej złożone, szczególnie jeżeli chodzi o współwystępowanie innych zaburzeń oraz obowiązki związane z opieką nad dziećmi. Wymagają one w związku z tym bardziej specjalistycznych usług biorących

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

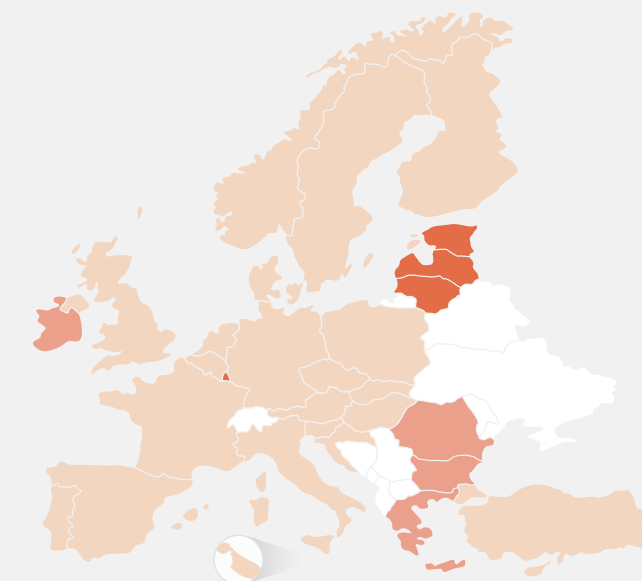
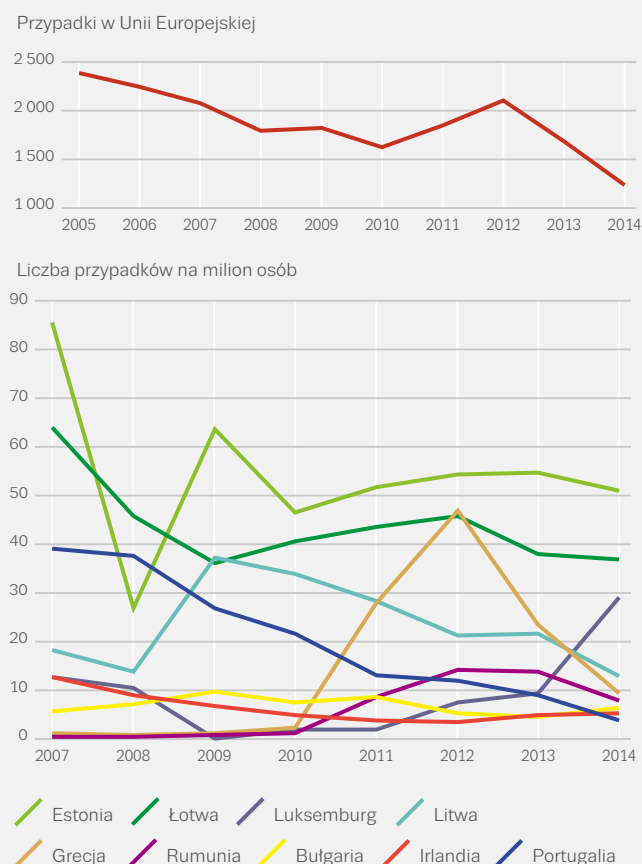


pod uwagę różnice pomiędzy przedstawicielami obu płci. Choć ogółem kobiety stanowią jedynie 20% wszystkich pacjentów poddawanych specjalistycznemu leczeniu (a więc stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 4 do 1), wartość ta zależy w dużej mierze od kraju, wahając się od 5% do 34%. Różnica jest mniej wyraźna wśród osób trafiających na leczenie po raz pierwszy. Jest wiele przyczyn, dla których mniej kobiet poddawana jest leczeniu uzależnień. Mogą one obejmować różnice pod względem powszechności problemowego przyjmowania narkotyków wśród osób każdej z płci, prawdopodobieństwo zgłoszenia takiego przyjmowania substancji psychoaktywnych oraz dostępność i adekwatność oferowanych usług.

Kobiety objęte leczeniem uzależnień mogą mieć bardziej skomplikowane potrzeby

WYKRES 3.8

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



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

Dane dotyczące 2014 r. (źródło: ECDC).

Ogniska epidemiologiczne HIV wśród osób wstrzykujących substancje pobudzające

Osoby używające narkotyków, zwłaszcza przez wstrzykiwanie, są zagrożone chorobami zakaźnymi wskutek dzielenia się sprzętem do przyjmowania narkotyków oraz nawiązywania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia. Wstrzykiwanie narkotyków nadal odgrywa istotną rolę w przenoszeniu zakażeń krwiopochodnych, takich jak zapalenie wątroby typu C i w niektórych krajach ludzki wirus niedoboru odporności (HIV). Spośród wszystkich przypadków HIV zgłoszonych w Europie, w przypadku których droga transmisji była znana, odsetek zakażeń będących skutkiem wstrzykiwania narkotyków utrzymuje się na niskim i stabilnym poziomie (poniżej 8% w ostatnim dziesięcioleciu). Wyższe wartości odnotowano jednak na Litwie (32%), na Łotwie (31%), w Estonii (28%) oraz w Rumunii (25%).

Najnowsze dane wskazują na długoterminową tendencję zniżkową jeżeli chodzi o liczbę rozpoznanych przypadków HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w Unii Europejskiej. W 2014 r. średnia liczba odnotowanych nowych przypadków HIV przypisywanych przyjmowaniu narkotyków drogą iniekcji wyniosła 2,4 na milion osób, a więc o ponad połowę mniej niż w 2005 r. (5,6 przypadków na milion).

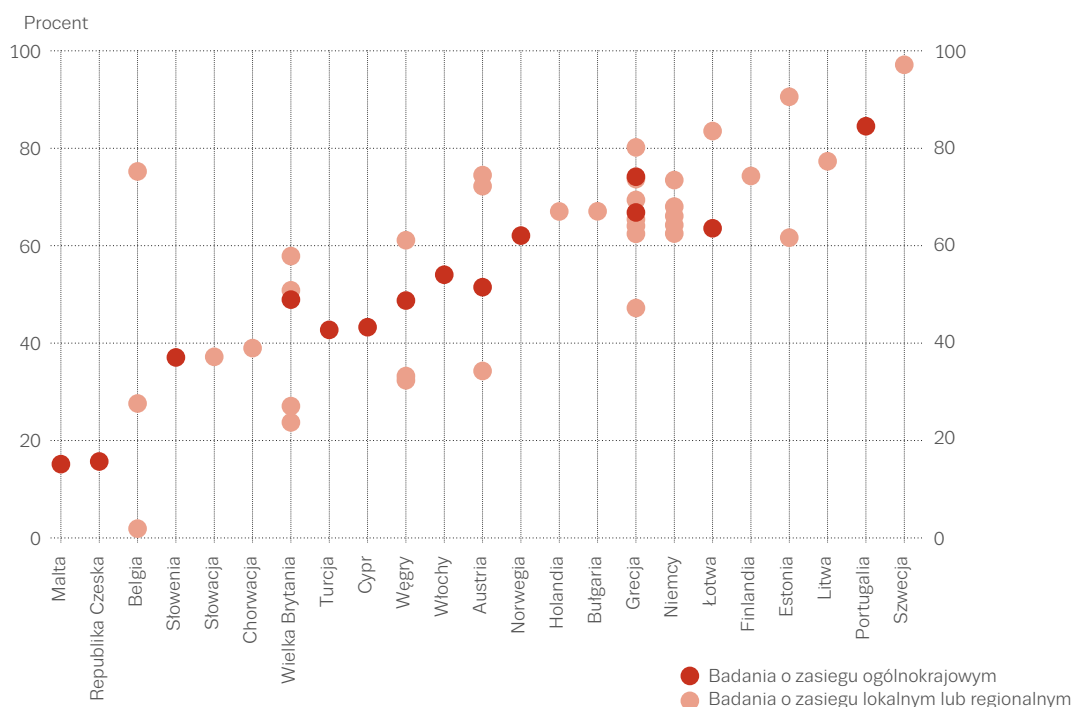
Niektóre kraje zgłosiły jednak wzrost liczby odnotowywanych przypadków - były to szczególnie Estonia i Łotwa. W Grecji i Rumunii, gdzie występowały poprzednio lokalne ogniska epidemiologiczne, liczba nowo rozpoznanych przypadków spada od 2012 r. (Wykres 3.8).

W 2014 r. w Unii Europejskiej odnotowano 1 236 nowych przypadków zakażenia w wyniku przyjmowania narkotyków drogą iniekcji. Jest to najniższa liczba od ponad dekady. Mimo to, lokalne nowe ogniska epidemiologiczne HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki odnotowano w 2015 r. w Irlandii, w Wielkiej Brytanii (Szkocji) oraz w Luksemburgu. Zmiany dotyczące sposobu przyjmowania narkotyków, szczególnie zaś częstsze przyjmowanie substancji pobudzających przez iniekcję, a także daleko posunięta marginalizacja to typowe czynniki decydujące o powstawaniu nowych ognisk epidemiologicznych HIV.

W 2014 r. 15% nowych przypadków AIDS w Europie przypisano dożylnemu przyjmowaniu narkotyków. Te 590 zawiadomień o nowych przypadkach AIDS stanowi zaledwie niewiele ponad jedną czwartą liczby takich przypadków dziesięć lat temu. Wczesna diagnoza jest ważna, aby zapobiec przejściu od zakażenia HIV do AIDS. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do osób przyjmujących

WYKRES 3.9

Rozpowszechnienie występowania przeciwciał HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą wstrzykiwania, 2013/2014 r.



narkotyki drogą iniekcji, spośród których największy odsetek (61%) zgłasza się do placówek służby zdrowia na późnym etapie rozwoju zakażenia. Co więcej, w krajach takich jak Grecja, Łotwa i Rumunia, gdzie liczba nowych przypadków AIDS pozostaje wysoka, badania w kierunku HIV oraz leczenie mogą wymagać usprawnienia.

Problemy zdrowotne związane z dożywlnym przyjmowaniem narkotyków: najczęstsze choroby

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

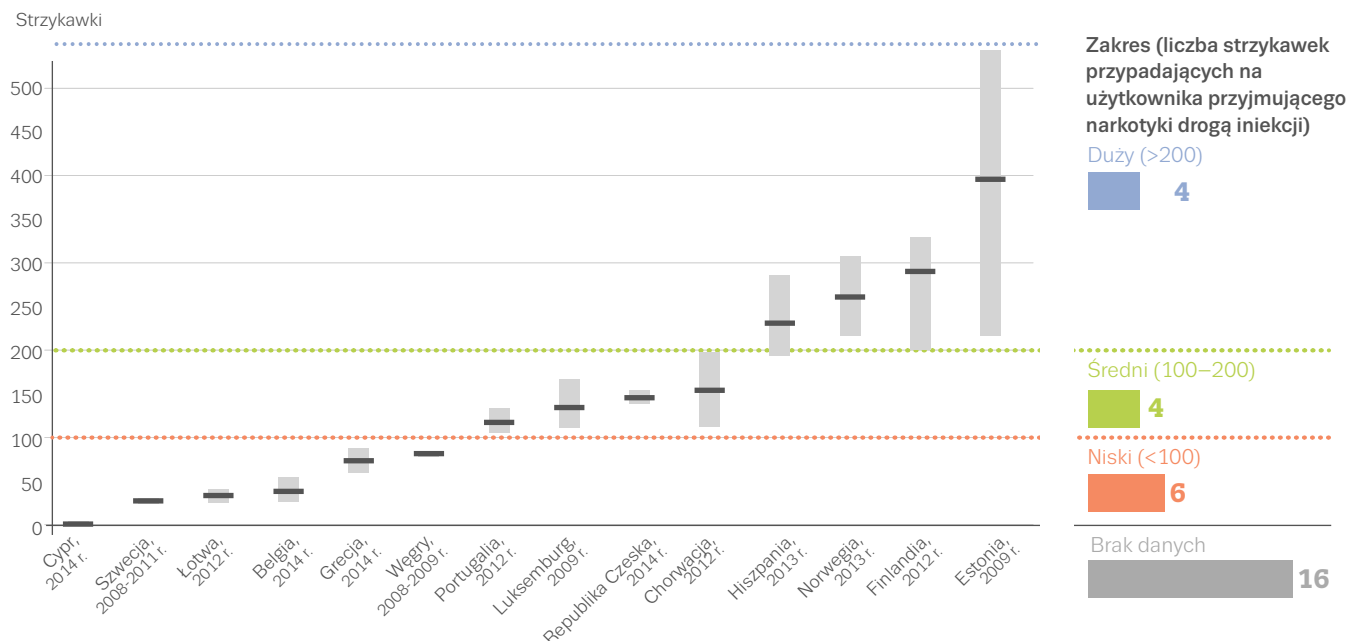
W latach 2013-2014 poziom rozpowszechnienia przeciwciał HCV - wskazujących na obecną lub przeszłą infekcję - w krajowych próbkach pobranych od osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wynosił od 15% do 84%, przy czym 6 z 13 krajów dysponujących danymi zgłaszało rozpowszechnienie HCV przekraczające 50% (Wykres 3.9).

Pięć spośród krajów dysponujących krajowymi danymi dotyczącymi tendencji w latach 2006-2014 zgłosiło większą liczbę przypadków występowania przeciwciał HCV u osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, natomiast na Malcie i w Norwegii odnotowano spadek.

Dożylnie przyjmowanie narkotyków może być czynnikiem ryzyka w przypadku innych chorób zakaźnych, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu B, tężca i botulizmu. W Europie, w tym w Norwegii i w Wielkiej Brytanii, w latach 2013-2015 zgłaszano kłustry oraz sporadyczne przypadki botulizmu przyrannego wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Powszechnie występują też bakteryjne zakażenia miejsca iniekcji - w Szkocji w 2015 r. odnotowano duże ognisko epidemiologiczne zakażeń tkanek miękkich.

WYKRES 3.10

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



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

Choroby zakaźne: środki zapobiegawcze

Najważniejsze środki zapobiegawcze stosowane w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki to m.in. leczenie substytucyjne, udostępnianie strzykawek i igieł, badania, leczenie zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C oraz leczenie antyretrowirusowe w przypadku HIV.

W przypadku iniekcyjnych użytkowników opioidów leczenie substytucyjne znacznie zmniejsza ryzyko zakażenia, a niektóre badania wskazują, że skutek ochronny zwiększa się w połączeniu z programami rozdawania igieł i strzykawek.

Wykazano, że programy polegające na udostępnianiu igieł i strzykawek mogą ograniczyć ryzykowne zachowania związane z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków, a co za tym idzie ograniczyć też rozprzestrzenianie się wirusa HIV wśród osób używających substancji psychoaktywnych w ten sposób. W prawie wszystkich państwach za darmo udostępnia się czyste igły i strzykawki w specjalistycznych placówkach. Na poziomie krajowym widoczne są znaczne rozbieżności co do rozmieszczenia geograficznego ośrodków udostępniających strzykawki oraz szacunkowej liczby strzykawek rozdanych. Dane na temat rozdawania strzykawek w ramach specjalistycznych programów udostępniają 23 państwa, które łącznie zgłosiły rozdanie 36 milionów strzykawek w 2014 r. Liczba ta jest zaniżona, ponieważ kilka dużych państw, takich jak Francja, Niemcy,

Włochy oraz Wielka Brytania nie podają pełnych danych krajowych na temat liczby rozdawanych strzykawek.

Występowanie i rozpowszechnienie zakażeń wśród użytkowników narkotyków mogą ograniczyć badania oraz leczenie chorób zakaźnych. Badania pomagają zwiększyć świadomość osób badanych na temat ich stanu zdrowia, a także sprzyjają wczesnemu rozpoczęciu leczenia. Przeszkodą wciąż pozostaje stygmatyzacja i marginalizacja, a także ograniczona wiedza na temat badań przesiewowych oraz możliwości leczenia. Dane kliniczne umożliwiają rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego niezwłocznie po rozpoznaniu zakażenia wirusem HIV, celem zapobieżenia dalszemu uszkodzeniu układu odpornościowego.

Precyzyjne ograniczanie szkód oraz interwencje w zakresie zdrowia seksualnego są równie ważne w kontekście nowych wzorców iniekcji oraz zachowań seksualnych w niewielkich grupach mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Szczególnie istotne może być nawiązanie współpracy pomiędzy ośrodkami leczenia uzależnień a placówkami medycznymi, w połączeniu z edukacją prozdrowotną, zapewnianiem sterylnych igieł i strzykawek oraz w niektórych przypadkach z wczesną profilaktyką zakażenia przy zastosowaniu leków antyretrowirusowych.

Zapalenie wątroby typu C: nowe sposoby leczenia

Środki profilaktyczne przeciwko rozprzestrzenianiu się wirusowego zapalenia wątroby typu C są podobne do tych dotyczących HIV. Zważywszy na częstość występowania zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki, ważnym elementem całościowych działań profilaktycznych jest ograniczenie liczby osób mogących być źródłem zakażenia poprzez ich odpowiednie leczenie. W nowych europejskich wytycznych zaleca się zapewnienie indywidualnego leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C u osób używających narkotyków oraz jego prowadzenie w podejściu interdyscyplinarnym. Od 2013 r. dostępne są terapie oparte na przyjmowanych doustnie lekach bez interferonu oraz bezpośrednio działających substancjach antywirusowych. Stają się one nieodzownym narzędziem w leczeniu zakażeń wirusem HCV. Leki te są wysoce skuteczne, skracają czas leczenia i mają mniej skutków ubocznych niż leki starszej generacji. Co równie ważne, leczenie z ich zastosowaniem można prowadzić w specjalistycznych placówkach pozaszpitalnych, co może przekładać się na większą liczbę pacjentów i lepszą dostępność.

Nowe leki stosowane w zakażeniach wirusem WZW typu C są droższe w porównaniu do starszych. Na podstawie badania sondażowego przeprowadzonego w 2015 r. w 21 państwach członkowskich Unii Europejskiej EMCDDA stwierdziło, że średni koszt referencyjny trzymiesięcznego leczenia z wykorzystaniem nowego leku wynosił ok. 60 000 euro, w porównaniu do kwoty 17 000-26 000 euro w przypadku zastosowania leków starszej generacji. Biorąc pod uwagę powszechność zakażenia wirusem HCV wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki, zasadniczym wyzwaniem dla decydentów pozostaje zapewnienie optymalnego dostępu do obiecujących, nowych kuracji.

Zdrowie więźniów: potrzeba kompleksowej reakcji

Wśród więźniów odnotowuje się wyższy odsetek osób, które co najmniej raz użyły narkotyków, niż w populacji ogólnej oraz bardziej szkodliwe wzory używania substancji. Fakt ten potwierdzają ostatnie badania, według których od 6% do 48% więźniów przynajmniej raz w życiu przyjmowało narkotyki przez wstrzykiwanie. Jako że wielu więźniów sięgnęło kiedyś przynajmniej raz po narkotyki, stanowią oni grupę o złożonych potrzebach zdrowotnych, a ważnym rodzajem interwencji jest badanie lekarskie po przyjęciu do zakładu karnego. WHO zaleciła niedawno pakiet działań profilaktycznych dla zakładów karnych, obejmujący bezpłatne i dobrowolne badania pod kątem chorób zakaźnych, dystrybucję prezerwatyw i sterylnego sprzętu do

iniekcji, leczenie chorób zakaźnych oraz leczenie uzależnienia od narkotyków.

W wielu krajach funkcjonują obecnie partnerstwa między służbami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną w zakładach karnych a zewnętrznymi placówkami medycznymi. Mają one na celu interwencje ukierunkowane na edukację zdrowotną i leczenie w zakładach karnych oraz kontynuację opieki w trakcie pobytu w zakładzie i po jego opuszczeniu. Dostępność leczenia substytucyjnego opioidów w więzieniach zgłosiło 27 z 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA. Ogólnie rzecz biorąc, wydaje się, że poziom dostępności takiego leczenia dla więźniów wzrasta, co odzwierciedla powszechną dostępność tej interwencji w społeczności. Dostarczanie czystego sprzętu do iniekcji jest rzadsze – tylko trzy kraje zgłaszają obecność programów wymiany igieł i strzykawek w więzieniach.

WYKRES 3.11

Nagłe interwencje szpitalne: wgląd w szkody powodowane przez narkotyki

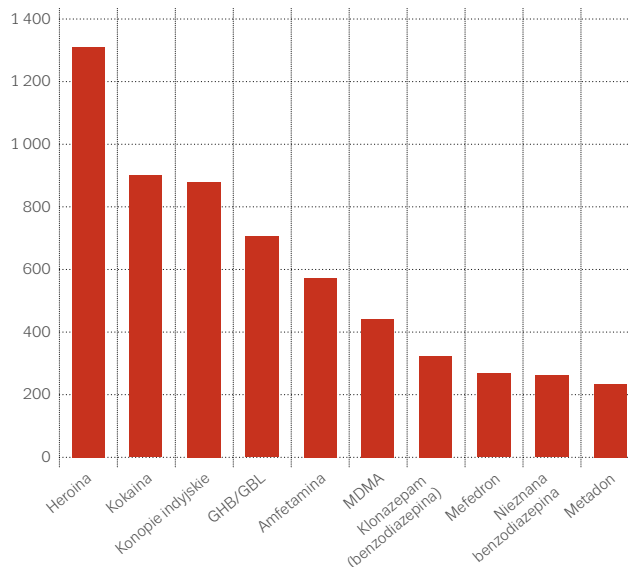
Dane na temat nagłych interwencji szpitalnych dostarczają informacji na temat znaczących szkód zdrowotnych powodowanych przez narkotyki. Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN), która monitoruje zgłoszenia przypadków nagłych związanych z narkotykami w 16 wybranych (wskaźnikowych) szpitalach w 10 krajach Europy, przeprowadziła w 2014 r. analizę, z której wynika, że większość z 5 409 zgłoszeń dotyczyło mężczyzn (76%) oraz młodych osób dorosłych (mediana wieku - 32 lata dla mężczyzn i 28 lat dla kobiet). W 24% przypadków przyczyną interwencji było przyjęcie heroiny, w 17% - kokainy, a w 16% konopi indyjskich.

W wielu przypadkach u pacjentów wykrywano obecność więcej niż jednej substancji – wśród 5 409 zgłoszeń wykryto 8 358 narkotyków (Wykres 3.11). Dwie trzecie zgłoszeń dotyczyło użycia dobrze znanych narkotyków, takich jak heroina, kokaina, konopie indyjskie, amfetamina oraz MDMA; jedną czwartą stanowiły przypadki nadużycia leków wydawanych z przepisu lekarza lub bez recepty (szczególnie opioidów lub benzodiazepin), a w 6% przypadków za konieczność interwencji odpowiedzialne były nowe substancje psychoaktywne. Ogólnie najczęściej zgłaszanym narkotykiem, a także opioidem, była heroina (67% wszystkich zgłaszanych opioidów). Na drugim miejscu był metadon (12%) oraz buprenorfina (5%), choć szczegółowe dane różniły się w poszczególnych krajach. Ponad trzy czwarte zgłoszeń dotyczących nowych substancji psychoaktywnych obejmowało katynony, a dwie trzecie - mefedron.

Odzwierciedleniem lokalnych różnic we wzorcach ryzykownego używania narkotyków jest fakt, że w poszczególnych miastach dokonywano zgłoszeń różnych narkotyków. Nagłe interwencje szpitalne związane z heroiną i amfetaminą były na przykład najczęstsze w Oslo, podczas gdy w Londynie dominowały zgłoszenia związane z użyciem GHB/GBL, kokainy, mefedronu oraz MDMA, co odzwierciedla

Dziesięć narkotyków najczęściej zgłaszanych przy okazji nagłych interwencji w szpitalach wskaźnikowych w 2014 r.

Stwierdzony narkotyk



Uwaga: Wyniki z 5 409 nagłych interwencji w 16 ośrodkach wskaźnikowych w 10 krajach europejskich.
Źródło: Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN)

lokalne prawidłowości w zakresie przyjmowania tych substancji, szczególnie w sposób rekreacyjny w klubach nocnych.

Większość pacjentów (79%) zgłaszających się do szpitala w związku z przyjęciem narkotyków wypisywano w ciągu 12 godzin. Odnotowano łącznie 27 zgonów (0,5% wszystkich zgłoszeń), z których większość wywołana była przyjęciem opioidów.

W niewielu państwach funkcjonują krajowe systemy monitorowania, które umożliwiają analizę tendencji w zakresie ostrych zatruc związanych z narkotykami. Spośród państw prowadzących długoterminowe monitorowanie, Wielka Brytania zgłasza rosnącą liczbę przypadków wystąpienia ostrych problemów zdrowotnych związanych z użyciem heroiny, wymagających nagłych interwencji, podczas gdy w Czechach i Danii jest ich coraz mniej. Te dwa ostatnie kraje zgłaszają za to większą liczbę przypadków nagłych interwencji związanych z użyciem innych opioidów. Stały wzrost liczby nagłych interwencji związanych z użyciem konopi indyjskich obserwuje się w Hiszpanii, podczas gdy Holandia zgłasza większą liczbę przypadków zatrucia MDMA odnotowywanych przez punkty pierwszej pomocy funkcjonujące podczas festiwalu, a także przypadków ostrego zatrucia nową substancją psychoaktywną 4-FA (4-fluouroamfetamina).

Dane na temat nagłych interwencji szpitalnych dostarczają informacji na temat znaczących szkód na zdrowiu powodowanych przez narkotyki

Nowe narkotyki: wyzwania zdrowotne

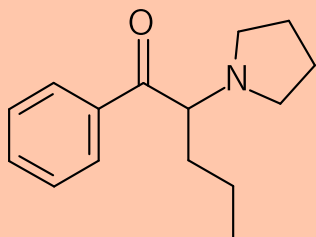
Nowe substancje psychoaktywne kojarzy się w Europie z szeregiem poważnych problemów zdrowotnych, w tym z ostrymi zatruciami, a nawet śmiercią. Problemy takie wiążą się także z przyjmowaniem narkotyków – a szczególnie substancji stymulujących, takich jak mefedron, alfa-PVP, MDPV i pentedron – drogą iniekcji. Zatrucia masowe - choć zdarzają się rzadko - mogą znacznie obciążyć system opieki zdrowotnej. Jeden przypadek tego rodzaju zgłosiła w 2015 r. Polska. Z użyciem syntetycznych kannabinoidów powiązano wtedy ponad 200 interwencji szpitalnych, do których doszło w przeciągu mniej niż tygodnia.

Od początku 2014 r. poważne problemy zdrowotne związane z użyciem nowych substancji doprowadziły do wydania przez EMCDDA 34 ostrzeżeń w zakresie zdrowia publicznego dla uczestników systemu wczesnego ostrzegania UE. Od tamtego czasu dokonano oceny ryzyka siedmiu nowych substancji. W ostatnim czasie pojawiły się obawy dotyczące nowych opioidów, takich jak acetylofentanyl, który był przedmiotem wspólnego raportu EMCDDA i Europolu w 2015 r., po tym jak powiązano go ze śmiercią 32 osób. Wiele fentanylów to środki o dużej sile działania. Mogą być one sprzedawane nieświadomym tego użytkownikom jako heroina, stanowiąc tym samym duże ryzyko przedawkowania i śmierci.

Reakcje na nowe narkotyki: najważniejsze formy interwencji

Ogólnie rzecz biorąc, istniejące formy profilaktyki, leczenia i redukcji szkód związanych z problemami wynikającymi z użycia dobrze znanych narkotyków uznaje się za adekwatne, albo możliwe do łatwego zaadaptowania do potrzeb użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. Jednak problemy związane z użyciem nowych substancji psychoaktywnych oraz innych narkotyków, takich jak GHB, ketamina i mefedron, stanowią duże wyzwanie w szeregu środowisk - na przykład w zakładach karnych, ośrodkach zdrowia seksualnego oraz placówkach niskoprogowych. Według doniesień trudności w prowadzeniu interwencji w zakresie tych substancji dotyczą m.in. dostępu do grup użytkowników (np. mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami), zarządzania chaotycznymi praktykami w zakresie iniekcji wśród grup wrażliwych oraz reagowania na epizody psychotyczne powiązane z używaniem nowych narkotyków przez więźniów. W tych konkretnych przypadkach ważne jest opracowywanie interwencji zorientowanych konkretnie na użycie nowych narkotyków oraz związane z tym problemy zdrowotne, w tym m.in. materiałów i doradztwa dotyczącego precyzyjnej redukcji szkód oraz specjalistycznych wytycznych w zakresie leczenia.

Ocena ryzyka alfa-PVP



W listopadzie 2015 r. przeprowadzono ogólnoeuropejską ocenę ryzyka alfa-PVP (alfa-fenylacetoacetonitrylu). Alfa-PVP to syntetyczny katynon oraz środek psychostymulujący o dużej sile działania, podobny do MDVP. Jest dostępny na rynku narkotyków w Unii Europejskiej co najmniej od lutego 2011 r., a wykryto go na terenie wszystkich 28 państw członkowskich. Alfa-PVP wykryto w przypadku 191 ostrych zatruc i 115 zgonów. W 20% przypadków alfa-PVP wskazano albo jako przyczynę śmierci, albo jako czynnik, który przyczynił się do zgonu. W pięciu z rozpatrywanych przypadków alfa-PVP było jedyną wykrytą u pacjenta substancją.

Liczba zgonów w wyniku przedawkowania: wzrost na przestrzeni ostatnich lat

Użycie narkotyków uznawane jest za jedną z przyczyn możliwych do uniknięcia zgonów młodych osób dorosłych w Europie. Badania grup osób problemowo używających narkotyków wykazują ogólny odsetek zgonów na poziomie 1-2% rocznie. Ogólnie rzecz biorąc, osoby używające opioidów są od 5 do 10 razy bardziej narażone na śmierć niż inne osoby w tym samym wieku i tej samej płci. Zwiększona umieralność wśród użytkowników opioidów jest głównie związana z przedawkowaniem, ale ważną rolę odgrywają także inne przyczyny, tylko pośrednio związane z narkotykami, takie jak zakażenia, wypadki, przemoc oraz samobójstwa.

Przedawkowanie pozostaje w Europie główną przyczyną zgonów wśród osób używających narkotyków, a ponad trzy czwarte (78%) ofiar przedawkowania stanowią mężczyźni. W większości krajów Unii Europejskiej w okresie od 2003 r. do mniej więcej 2008-2009 r. odnotowywano tendencję wzrostową, jeśli chodzi o zgony spowodowane przedawkowaniem, lecz w późniejszym okresie ogólna liczba zgonów zaczęła po raz pierwszy spadać. Przy interpretacji danych dotyczących przedawkowania, a zwłaszcza łącznej liczby dla UE, należy z wielu powodów zachować ostrożność – niektóre kraje podają systematycznie zaniżone dane, a procesy rejestracji skutkują opóźnieniami w zgłoszeniach. Szacunkowe dane roczne stanowią zatem orientacyjne

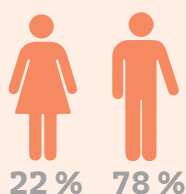
wartości minimalne. Szacuje się, że w 2014 r. na terenie Unii Europejskiej doszło do co najmniej 6 800 przypadków przedawkowania narkotyków ze skutkiem śmiertelnym. Wartość ta odzwierciedla wzrost w porównaniu do 2013 r., a podobnie jak w latach poprzednich duży udział mają w niej łącznie Wielka Brytania (36%) oraz Niemcy (15%). Dane z szeregu krajów dysponujących względnie rzetelnymi systemami sprawozdawczości, w tym z Irlandii, Litwy oraz Wielkiej Brytanii, wskazują na wzrost. Wyraźną tendencję zwykłą można też dostrzec w Szwecji, choć może to być częściowo spowodowane uwzględnieniem pewnej liczby osób w wieku powyżej 50 lat, których przypadki nie są związane z używaniem substancji nielegalnych. Turcja również wykazuje znaczny wzrost, ale może być to częściowo przejawem usprawnienia sprawozdawczości.

W związku ze starzeniem się użytkowników opioidów w Europie, stanowiących grupę najbardziej narażoną są na śmierć w wyniku przedawkowania, zgłoszona liczba takich przypadków w starszych grupach wiekowych w latach 2006-2014 wzrosła. Odwrotną tendencję zaobserwowano wśród ludzi młodszych. W ostatnim czasie odnotowano jednak w niektórych krajach niewielki wzrost liczby przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w grupie osób w wieku poniżej 25 lat.

W większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w Europie wykrywane są heroina lub jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami. W

ZGONY ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI

Charakterystyka



Średni wiek w momencie zgonu

38

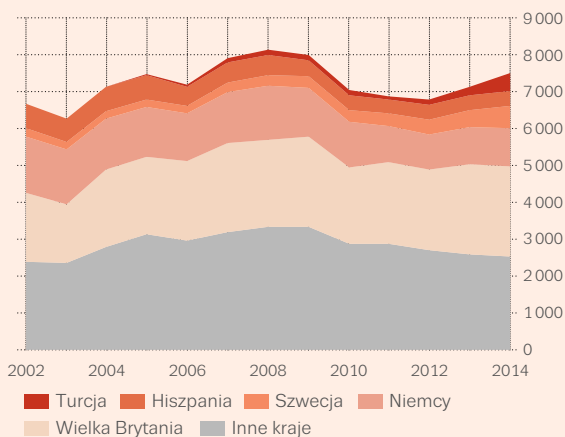
Zgony z obecnością opioidów



Wiek w momencie zgonu



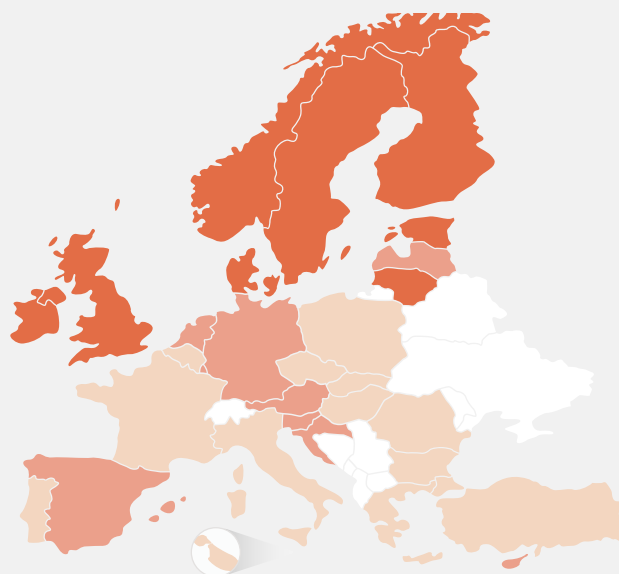
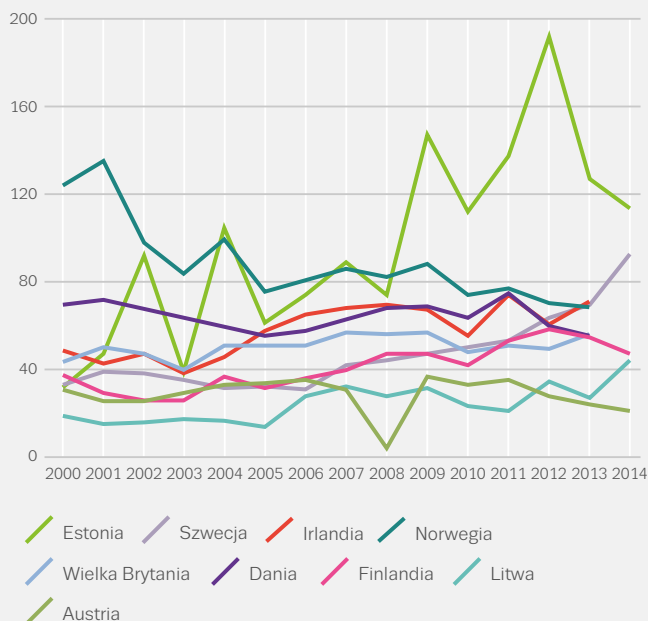
Tendencje dotyczące zgonów spowodowanych przedawkowaniem



WYKRES 3.12

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

Liczba przypadków na milion osób



Liczba przypadków na milion osób <10 10–40 >40

Uwaga: Tendencje w dziewięciu krajach zgłaszających najwyższe wartości w 2014 lub 2013 r.

raportach toksykologicznych regularnie pojawiają się także inne opioidy - m.in. metadon, buprenorfina, fentanyl i tramadol, które obecnie wiąże się ze znaczną częścią zgonów spowodowanych przedawkowaniem w niektórych krajach. W Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) spośród 1 786 przypadków zgonu odnotowanych w 2014 r., w których w grę wchodziły opioidy, metadon wykryty został u 394 pacjentów, a tramadol u 240. Wśród innych krajów zgłaszających wykrycie opioidów innych niż heroina w przypadkach przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym są Francja i Irlandia (głównie metadon) oraz Finlandia, w której w 2014 r. w 75 przypadkach odnotowano przedawkowanie buprenorfiny.

Substancje pobudzające takie jak kokaina, amfetaminy, MDMA oraz katynony wiążą się w Europie z mniejszą liczbą przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym, choć ich udział różni się w zależności od kraju. W Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) liczba zgonów związanych z użyciem kokainy wzrosła ze 169 w 2013 r. do 247 w 2014 r. W Hiszpanii, gdzie liczba zgonów związanych z użyciem kokainy od kilku lat pozostawała na tym samym poziomie, narkotyk ten był w 2013 r. wciąż drugim najczęściej wymienianym w przypadkach przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym (236 przypadków).

Wskaźnik umieralności najwyższy w Europie Północnej

Wskaźnik umieralności wskutek przedawkowania w 2014 r. w Europie szacuje się na 18,3 zgonów na milion mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat. Krajowe wskaźniki umieralności są bardzo różne i mają na nie wpływ takie czynniki, jak powszechność i wzorce używania oraz kwestie metodologiczne dotyczące zgłaszania oraz kodowania. Osiem krajów zgłosiło wskaźniki wynoszące powyżej 40 zgonów na milion mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zgonów odnotowano w Estonii (113 na milion mieszkańców), Szwecji (93 na milion mieszkańców) i Irlandii (71 na milion mieszkańców) (Wykres 3.12). Najnowsze dane wskazują na istnienie różnych tendencji.

Zapobieganie przedawkowaniom i zgonom związanym z narkotykami

Zmniejszenie liczby przypadków przedawkowania narkotyków ze skutkiem śmiertelnym i innych zgonów związanych z narkotykami pozostaje ważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Europie. Ukierunkowane reakcje w tym obszarze skupiają się albo na zapobieganiu przedawkowaniom, albo na zwiększaniu prawdopodobieństwa przeżycia przedawkowania. Leczenie uzależnienia od narkotyków, w szczególności leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów, zapobiega przedawkowaniom i zmniejsza ryzyko zgonu u osób używających narkotyków. Celem ośrodków umożliwiających przyjmowanie narkotyków pod nadzorem jest zapobieganie przedawkowaniu oraz zapewnienie profesjonalnej pomocy, jeżeli do niego dojdzie. Takie pomieszczenia są dostępne obecnie w sześciu krajach – w sumie istnieje około 70 takich obiektów.

Nalokson to antagonistą opioidów, który może uratować życie w sytuacji przedawkowania. Korzystają z niego szpitalne oddziały ratunkowe oraz pogotowie. W ostatnim czasie coraz częściej udostępnia się nalokson użytkownikom opioidów, ich partnerom, kolegom i rodzinom, proponując przy tym szkolenia, które umożliwiają rozpoznanie sytuacji przedawkowania oraz odpowiednią reakcję. Nalokson udostępniono także personelowi ośrodków, które mają regularny kontakt z użytkownikami narkotyków. Przeprowadzony ostatnio ogólnoeuropejski przegląd wykazał, że systemy podawania naloksonu działają w ośmiu krajach. Zestawy do podawania naloksonu są zwykle udostępniane przez ośrodki leczenia uzależnień i placówki służby zdrowia w formie strzykawek wypełnionych lekiem, choć w Norwegii i Danii środek można także podawać donosowo dzięki specjalnej końcówce. Niedawne systematyczne badanie skuteczności naloksonu udostępnianego do użytku domowego wykazało, że działania edukacyjne i szkoleniowe w połączeniu z rozdawaniem naloksonu pozwalają zredukować liczbę zgonów w wyniku przedawkowania. Szczególne korzyści mogą odnieść pewne grupy narażone na najwyższe ryzyko przedawkowania, takie jak więźniowie opuszczający zakłady karne. W wyniku przeprowadzonej w ostatnim czasie w Szkocji oceny funkcjonowania programu udostępniania naloksonu stwierdzono, że wiązał się on z 36% redukcją odsetka zgonów związanych z opioidami, następujących w ciągu miesiąca od opuszczenia zakładu karnego.

Usługi w zakresie ograniczania popytu: standardy jakości

W miarę rozpowszechniania usług w zakresie ograniczania popytu coraz większą wagę zaczęto przywiązywać do jakości usług. Punktem kulminacyjnym było przyjęcie przez Radę Ministrów UE „Minimalnych standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki w Unii Europejskiej” we wrześniu 2015 r. Wspomniane szesnaście standardów dotyczących zapobiegania, leczenia, redukcji szkód oraz reintegracji społecznej wyznacza minimalne progi jakości dla prowadzonych w tym zakresie interwencji. Nowo przyjęte standardy stanowią znaczne osiągnięcie jeżeli chodzi o walkę z narkotykami na poziomie Unii Europejskiej. Powstały one przy zaangażowaniu wiedzy eksperckiej i politycznego procesu decyzyjnego we wszystkich 28 państwach członkowskich. W standardach podkreśla się potrzebę oparcia interwencji na dowodach oraz zapewnienia odpowiednich szkoleń dla zaangażowanego personelu. Przyczyniają się także do usprawnienia wymiany najlepszych praktyk na poziomie europejskim oraz promują wymianę wiedzy.

Świadomość kosztów związanych z działaniami antynarkotykowymi

Ważnym aspektem oceny istniejących w tej dziedzinie polityk jest świadomość kosztów ponoszonych w związku z działaniami antynarkotykowymi. Informacje dostępne na temat związanych z narkotykami wydatków publicznych w Europie pozostają jednak skromne i niejednorodne zarówno na poziomie lokalnym, jak i krajowym. W 18 krajach, które opracowały szacunki w ciągu ostatnich 10 lat, wydatki publiczne związane z narkotykami szacowane są między 0,01% a 0,5% produktu krajowego brutto (PKB), przy czym interwencje zdrowotne stanowią od 15 do 53% całkowitych wydatków publicznych związanych z narkotykami.

Analizy przeprowadzone w ostatnim czasie na podstawie danych dostępnych z 15 państw wykazały, że szacunkowe średnie wydatki na leczenie szpitalne związane z użyciem narkotyków są równe 0,013% PKB. Odsetek ten różnił się jednak w zależności od kraju. Bardziej kompleksowe oszacowanie kosztów leczenia szpitalnego problemów zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków wymagałoby bardziej systematycznej rejestracji nagłych zgłoszeń w tym zakresie.

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspectives on Drugs.

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

2015

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

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

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption room, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

Sprawozdania z oceny ryzyka
MT-45 [Decyzja Rady 2015/1873/EU].
4,4'-DMAR [Decyzja Rady 2015/1873/EU].

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Sprawozdania z oceny ryzyka
MDPV [Decyzja Rady 2015/1875/EU].
Methoxetamine [Decyzja Rady 2015/1875/EU].
25I-NBOMe [Decyzja Rady 2015/1875/EU].
AH-7921 [Decyzja Rady 2015/1875/EU].
4-methylamphetamine [Decyzja Rady 2015/1875/EU].
5-(2-aminopropyl)indole [Decyzja Rady 2015/1876/EU].

2013

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

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

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

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

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

Sprawozdanie z oceny ryzyka Mephedrone [Decyzja Rady 2010/759/EU].

Wspólne publikacje EMCDDA i ECDC

2011

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

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

Załącznik

Krajowe dane dotyczące szacunkowego rozpowszechnienia użycia narkotyków, w tym wysoce ryzykownego użycia opioidów, leczenia substytucyjnego, liczby osób podejmujących leczenie, dożylnego podawania narkotyków, zgonów związanych z użyciem narkotyków, chorób zakaźnych związanych z użyciem narkotyków, rozdawania strzykawek i konfiskat. Przedstawione tu dane krajowe stanowią podzbiór danych zawartych w Statistical Bulletin (Biuletynie Statystycznym) EMCDDA na 2016 r., w którym dostępne są uwagi i metadane. Dane odnoszą się do roku 2014, chyba że wskazano inaczej.

TABELA A1

OPIOIDY

	Dane szacunkowe dotyczące wysoce ryzykownego używania opioidów		Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku						Pacjenci objęci leczeniem substytucyjnym
			% pacjentów uzależnionych od opioidów na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących opioidy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)			
			Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	
Kraj	Rok szacunku	Liczba przypadków na 1000 osób	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	liczba
Belgia	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bułgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
Republika Czeska	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dania	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Niemcy	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Estonia	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irlandia	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Grecja	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Hiszpania	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Francja	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Chorwacja	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Włochy	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Cypr	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Łotwa	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Litwa	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luksemburg	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Węgry	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Holandia	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Austria	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Polska	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugalia	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Rumunia	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Słowenia	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Słowacja	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finlandia	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Szwecja	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Wielka Brytania	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Turcja	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norwegia	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Unia Europejska	–	–	39,2 (175 586)	18,6 (30 396)	52,6 (139 628)	37,8 (60 910)	31,4 (8 248)	40,4 (50 978)	644 324
UE, Turcja i Norwegia	–	–	39,6 (185 036)	20,0 (33 816)	53,2 (143 684)	37,4 (63 153)	30,2 (8 950)	40,3 (52 519)	680 413

Dane na temat pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne dotyczą 2014 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Dania i Finlandia, 2011 r.; Turcja, 2012 r.; Hiszpania i Malta, 2013 r.; dane dotyczące Irlandii pochodzą ze spisu powszechnego przeprowadzonego 31 grudnia 2013 r.3.

TABELA A2

KOKAINA

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku					
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od kokainy na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących kokainę drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	Wszyscy pacjenci	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio
		%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bułgaria	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Republika Czeska	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dania	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Niemcy	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Estonia	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irlandia	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Grecja	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Hiszpania	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Francja	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Chorwacja	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Włochy	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Cypr	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Łotwa	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litwa	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Węgry	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Holandia	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Austria	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Polska	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugalia	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Rumunia	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Słowenia	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Słowacja	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Szwecja	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Wielka Brytania ⁽¹⁾	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Turcja	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Norwegia	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Unia Europejska	–	5,1	1,9	–	13,3 (59 470)	16,4 (26 816)	11,8 (31 430)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,8 (3 709)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	12,8 (59 688)	15,9 (26 882)	11,6 (31 498)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,7 (3 709)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji szkolnej pochodzą z krajowych badań szkolnych lub projektu ESPAD.

⁽¹⁾ Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Anglii i Walii.

TABELA A3

AMFETAMINY

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku					
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od amfetamin na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie			% pacjentów przyjmujących amfetaminy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio	Wszyscy pacjenci	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio
		%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bułgaria	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Republika Czeska	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dania	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Niemcy	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Estonia	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irlandia	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Grecja	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Hiszpania	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
Francja	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Chorwacja	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Włochy	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Cypr	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Łotwa	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Litwa	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Węgry	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Holandia	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Austria	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Polska	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugalia	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Rumunia	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Słowenia	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Słowacja	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finlandia	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Szwecja	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Wielka Brytania ⁽¹⁾	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Turcja	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Norwegia ⁽²⁾	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
Unia Europejska	–	3,6	1	–	7 (31 168)	8,2 (13 305)	6,6 (17 411)	20,8 (7 139)	22,5 (3 059)	19,7 (3 950)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	6,9 (32 342)	7,9 (13 326)	6,5 (17 417)	20,8 (7 139)	22,4 (3 059)	19,7 (3 950)

Pojęcie „amfetaminy” obejmuje amfetaminę oraz metamfetaminę.

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji szkolnej pochodzą z krajowych badań szkolnych lub projektu ESPAD.

⁽¹⁾ Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą jedynie Anglii i Walii.

⁽²⁾ Jako pacjentów rozpoczynających leczenie rozumie się pacjentów, którzy zgłaszają używanie substancji stymulujących innych niż kokaina, nie tylko amfetamin.

TABELA A4

MDMA

Kraj	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku		
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od MDMA na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio
		%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bułgaria	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Republika Czeska	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dania	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Niemcy	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlandia	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Grecja	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Hiszpania	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Francja	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Chorwacja	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Włochy	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Cypr	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Łotwa	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Litwa	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–
Węgry	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Holandia	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Austria	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Polska	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugalia	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Rumunia	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Słowenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Słowacja	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlandia	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Szwecja	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Wielka Brytania ⁽¹⁾	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Turcja	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norwegia	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Unia Europejska	–	3,9	1,7	–	0,3 (1 184)	0,4 (712)	0,2 (424)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	0,3 (1 287)	0,5 (786)	0,2 (453)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji szkolnej pochodzą z krajowych badań szkolnych lub projektu ESPAD.

⁽¹⁾ Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą Anglii i Walii.

TABELA A5

KONOPIE INDYJSKIE

	Szacunkowe wskaźniki używania				Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku		
	Ogólna populacja			Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od konopi indyjskich na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		
	Rok przeprowadzenia sondażu	W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34)	W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Pacjenci leczeni uprzednio
Kraj		%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bułgaria	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Republika Czeska	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dania	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Niemcy	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Estonia	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irlandia	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Grecja	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Hiszpania	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Francja	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Chorwacja	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Włochy	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Cypr	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Łotwa	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Litwa	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luksemburg	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Węgry	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Holandia	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Austria	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Polska	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugalia	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Rumunia	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Słowenia	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Słowacja	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finlandia	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Szwecja	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Wielka Brytania ⁽¹⁾	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Turcja	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norwegia	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Unia Europejska	–	24,8	13,3	–	31 (138 783)	46 (75 133)	20,1 (53 241)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	–	30,4 (141 684)	44,9 (75 767)	19,8 (53 562)

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji szkolnej pochodzą z krajowych badań szkolnych lub projektu ESPAD.

⁽¹⁾ Szacunkowe wskaźniki używania dla ogółu populacji dotyczą Anglii i Walii.

TABELA A6

INNE WSKAŹNIKI

	Zgony związane z narkotykami (osoby w wieku 15-64 lat)	Przypadki zdiagnozowanego zakażenia HIV związane z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji (ECDC)	Dane szacunkowe dotyczące przyjmowania narkotyków drogą iniekcji		Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów
Kraj	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Rok szacunku	Liczba przypadków na 1 000 osób	liczba
Belgia	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bułgaria	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
Republika Czeska	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Dania	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Niemcy	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Estonia	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irlandia	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Grecja	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Hiszpania	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Francja	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Chorwacja	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Włochy	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Cypr	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Łotwa	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Litwa	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luksemburg	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Węgry	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Holandia	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Austria	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Polska	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugalia	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Rumunia	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Słowenia	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Słowacja	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finlandia	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Szwecja	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Wielka Brytania ⁽¹⁾	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Turcja	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norwegia	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Unia Europejska	19,2 (6 400)	2,4 (1 236)	–	–	–
UE, Turcja i Norwegia	18,3 (7 107)	2,1 (1 253)	–	–	–

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

(¹) Dane dotyczące strzykawek odnoszą się do Szkocji i Walii (2014 r.) oraz Irlandii Północnej (2013 r.).

TABELA A7

KONFISKATY

	Heroina		Kokaina		Amfetaminy		MDMA	
	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat
Kraj	kg	liczba	kg	liczba	kg	liczba	tabletki (kg)	liczba
Belgia	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bułgaria	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Republika Czeska	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Dania	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Niemcy	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Estonia	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Irlandia	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Grecja	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Hiszpania	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Francja	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Chorwacja	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Włochy	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Cypr	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Łotwa	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Litwa	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luksemburg	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Węgry	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Holandia	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Austria	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Polska	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugalia	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Rumunia	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Słowenia	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Słowacja	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Finlandia	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Szwecja	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Wielka Brytania	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Turcja	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Norwegia	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Unia Europejska	8 883	31 785	61 578	77 767	7 599	43 949	6 101 249 (209)	16 656
UE, Turcja i Norwegia	21 683	40 087	62 120	79 652	8 162	52 497	9 756 265 (219)	20 864

Pojęcie „amfetaminy” obejmuje amfetaminę oraz metamfetaminę.

Wszystkie dane dotyczą 2014 r. za wyjątkiem danych dla Holandii (2012 r.), Finlandii (liczba konfiskat, 2013 r.) oraz Wielkiej Brytanii (2013 r.).

TABELA A7

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	rośliny (kg)	liczba
Belgia	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (–)	1 227
Bułgaria	2	14	1 674	3 516	21 516 (–)	100
Republika Czeska	15	73	570	2 833	77 685 (–)	484
Dania	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Niemcy	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (–)	2 400
Estonia	273	31	352	507	– (13)	30
Irlandia	677	258	1 102	1 770	6 309 (–)	340
Grecja	36	176	19 568	6 985	14 173 (–)	587
Hiszpania	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (–)	2 252
Francja	36 917	–	10 073	–	158 592 (–)	–
Chorwacja	2	371	1 640	5 591	3 602 (–)	188
Włochy	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (–)	1 773
Cypr	0,1	12	203	901	487 (–)	44
Łotwa	30	38	27	366	– (11)	16
Litwa	841	24	79	341	– (–)	–
Luksemburg	1	78	13	1 015	97 (–)	11
Węgry	8	101	529	2 058	3 288 (–)	146
Malta	42	39	70	176	8 (–)	5
Holandia	2 200	–	12 600	–	1 600 000 (–)	–
Austria	101	1 380	1 326	10 088	– (281)	408
Polska	99	–	270	–	95 214 (–)	–
Portugalia	32 877	3 472	108	555	4 517 (–)	302
Rumunia	15	154	145	1 967	– (422)	93
Słowenia	2	73	535	3 673	11 067 (–)	212
Słowacja	0,1	12	113	1 061	496 (–)	20
Finlandia	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Szwecja	877	6 547	1 041	10 028	– (–)	–
Wielka Brytania	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (–)	15 744
Turcja	30 635	3 972	92 481	41 594	– (–)	3 017
Norwegia	1 919	10 509	505	6 534	– (276)	383
Unia Europejska	573 921	229 037	139 286	452 892	3 396 333 (1 592)	30 053
UE, Turcja i Norwegia	606 475	243 518	232 271	501 020	3 396 333 (1 868)	33 453

Wszystkie dane dotyczą 2014 r. za wyjątkiem danych dla Holandii (2012 r.), Finlandii (liczba konfiskat, 2013 r.) oraz Wielkiej Brytanii (2013 r.).

JAK OTRZYMAĆ PUBLIKACJE UE

Publikacje bezpłatne

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

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

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

Publikacje płatne

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

O niniejszym raporcie

Raport pt. „Tendencje i osiągnięcia” (Trends and Developments) stanowi ogólny przegląd zjawiska narkomanii w Europie, poruszając takie tematy, jak podaż narkotyków, używanie narkotyków, problemy związane ze zdrowiem publicznym oraz polityka antynarkotykowa i odpowiedzi na zjawisko używania narkotyków. Raport ten, wspólnie z internetowym Statistical Bulletin (Biuletynem statystycznym), Country Overviews (Charakterystyką danych krajowych) oraz Perspectives on Drugs (Perspektywami dotyczącymi narkotyków), tworzy pakiet zatytułowany „Europejski raport narkotykowy na rok 2016”.

O EMCDDA

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

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