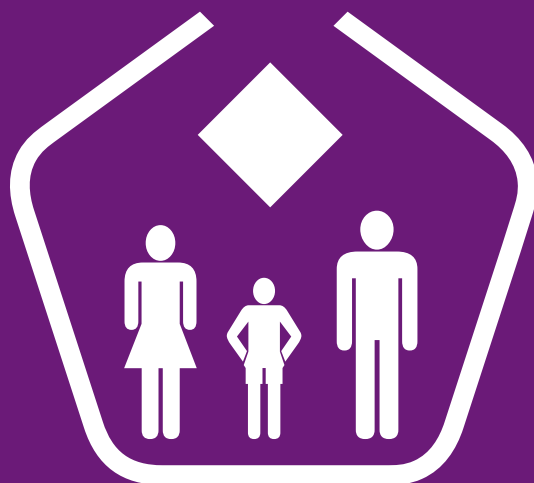


Artur Malczewski,
Michał Kidawa

NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W EUROPIE

Skala zjawiska i przeciwdziałanie



Nowe substancje psychoaktywne w Europie.
Skala zjawiska i przeciwdziałanie

Warszawa 2018

Autorzy: **Artur Malczewski, Michał Kidawa**

Recenzent: **dr hab Tomasz Michalski, prof. UG**

Wydanie sfinansowane przez
Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej

Wydawca:
Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej



Adres:
**ul. Nowogrodzka 62a
02-002 Warszawa
tel. 22 622 42 32
www.mcps.com.pl**

Publikacja przeznaczona jest do bezpłatnej dystrybucji

Skład, druk i oprawa
SINDRUK Opole

ISBN: 978-83-63332-68-6

Artur Malczewski, Michał Kidawa

Nowe substancje psychoaktywne
w Europie.

Skala zjawiska i przeciwdziałanie

Spis treści:

Słowo wstępne	11
Przedmowa	13
Rozdział 1	
Nowe substancje psychoaktywne – monitorowanie oraz przeciwdziałanie ...	15
1.1 Nowe substancje psychoaktywne w Polsce w latach 2008–2017	
– zagadnienia wstępne	15
1.1.1 Powstanie rynku nowych substancji psychoaktywnych w 2008	15
1.1.2 Rozwój rynku nowych substancji psychoaktywnych: 2009	17
1.1.3 Największy rynek w Europie: 2010	18
1.1.4 Rok stabilizacji: 2011	20
1.1.5 Powrót nowych substancji psychoaktywnych: 2012	21
1.1.6 Ponowny rozwój rynku NSP: 2013–2014	22
1.1.7 Fala zatruć: 2015	23
1.1.8 Nowe substancje psychoaktywne w latach 2016–2017	25
1.2 Rozwiązania prawne dotyczące nowych substancji psychoaktywnych.....	27
1.2.1 Rozwiązania prawne krajów UE w walce z nowymi substancjami psychoaktywnymi	27
1.2.2 Rozwiązania prawne na Łotwie	29
1.2.3 Rozwiązania prawne w Irlandii	30
1.2.4 Nowe rozwiązania w Wielkiej Brytanii	31
1.2.5 Regulacja rynku w Nowej Zelandii	32
1.2.6 Analiza rozwiązań prawnych w Polsce	34
1.2.6.1 Cel zmiany	34
1.2.6.2 Analiza sytuacji prawnej w Polsce sprzed sierpnia 2018	35
1.2.6.3 Proponowane kierunki zmiany tzw. <i>blanket ban</i> (totalna kontrola) z zastosowaniem przepisów karnych	37

1.2.6.4 Proponowane kierunki zmiany – prawo generyczne z zastosowaniem sankcji karnych	38
1.2.6.5 Model nowozelandzki	39
1.2.6.6 Utrzymanie status quo ze zmianami w istniejących przepisach	40
1.2.6.7 Wnioski i rekomendacje dotyczące przedstawionej analizy ...	41
1.2.7 Nowe rozwiązania dotyczące substancji psychoaktywnych w Polsce	42
1.2.8 Narkotyki w rozporządzeniu Ministra Zdrowia	43
1.2.9 Prawo generyczne w Polsce	44
1.2.10 Nowy system rejestracji zatruć	45
1.3 Opis dopalaczy – najczęściej występujące grupy	45
1.3.1 Psychostymulanty	46
1.3.2 Kannabinoidy	47
1.3.3 Syntetyczne opioidy	48
1.3.4 Psychodeliki	49
1.4 System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Substancjach Psychoaktywnych	49
1.4.1 Co to jest System Wczesnego Ostrzegania	50
1.4.1.1 Wymiana informacji/Wczesne ostrzeżenie	50
1.4.1.2 Ocena ryzyka	51
1.4.1.3 Decyzja o kontroli substancji	52
1.4.1.4 SWO na poziomie krajowym	52
1.4.2 Opis danych, metodologia oraz ograniczenia w interpretacji	53
1.4.3 Analiza substancji zgłoszonych do SWO w latach 2012–2017	54
1.4.3.1 Syntetyczne katynony	56
1.4.3.2 Syntetyczne kannabinoidy	57
1.4.3.3 Wnioski i dyskusja	59
Rozdział 2	
Badania dotyczące nowych substancji psychoaktywnych	61
2.1 Wyniki badań populacyjnych na temat nowych substancji psychoaktywnych	61
2.1.1 Badania wśród młodzieży: 2008–2016	61

2.1.2	Badania w populacji generalnej: 2010–2015	63
2.1.3	Sytuacja dotycząca NSP w placówkach leczniczych: 2014	65
2.1.4	Zgony z powodu narkotyków i NSP w aglomeracji warszawskiej	66
2.1.5	Narkotyki oraz nowe substancje psychoaktywne w ruchu drogowym: 2018 r.	66
2.2	Użytkownicy „dopalaczy” – wyniki międzynarodowych badań I-TREND	68
2.2.1	Używanie substancji psychoaktywnych	69
2.2.2	Przyjmowanie „dopalaczy”	72
2.2.3	Zatrucia z powodu nowych substancji psychoaktywnych	74
2.2.4	Źródło zaopatrzenia	74
2.2.5	Źródła informacji	75
2.2.6	Kryteria wyboru sklepu	76
2.2.7	Regulacja rynku	76
2.2.8	Najbardziej popularne NSP w Polsce	77
2.2.9	Analizy forów internetowych w ramach projektu I-TREND – typologia użytkowników nowych substancji psychoaktywnych	79
2.2.9.1	Metodologia	79
2.2.9.2	Typologia użytkowników	79
2.2.10	Podsumowanie	82
2.3	Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek – nowe substancje psychoaktywne oraz narkotyki	92
2.3.1	Charakterystyka socjo-demograficzna badanych	93
2.3.2	Miejsce zamieszkania	93
2.3.3	Źródło dochodu	94
2.3.4	Używane substancje	94
Rozdział 3		
Problem nowych substancji psychoaktywnych na świecie		99
3.1	Sytuacja w krajach Europy Środkowo-Wschodniej	99
3.1.1	Łotwa	99
3.1.1.1	Używania substancji psychoaktywnych na Łotwie	99
3.1.1.2	Problemy związane z używaniem narkotyków na Łotwie	100
3.1.1.3	Rynek narkotykowy na Łotwie	101
3.1.1.4	NSP („Dopalacze”) a Łotwa	101

3.1.2	Estonia	103
3.1.2.1	Używanie narkotyków w Estonii	103
3.1.2.2	Problemy związane z używaniem narkotyków w Estonii ...	104
3.1.2.3	Estoński rynek narkotykowy	104
3.1.2.4	Nowe substancje psychoaktywne („dopalacze”) w Estonii	105
3.1.3	Litwa	105
3.1.3.1	Używanie narkotyków i związane z tym problemy na Litwie	105
3.1.3.2	Leczenie z powodu narkotyków	106
3.1.3.3	Rynek narkotykowy na Litwie	107
3.1.3.4	Rozwiązania prawne oraz sytuacja dotyczące NSP („dopalaczy”) na Litwie	108
3.1.4	Węgry	110
3.1.4.1	Skala używania narkotyków oraz NSP	110
3.1.4.2	Problemowe używanie narkotyków	111
3.1.4.3	Zgłaszalność do leczenia z powodu narkotyków	113
3.1.4.4	Choroby zakaźne wśród użytkowników narkotyków	113
3.1.4.5	Zgony z powodu substancji psychoaktywnych	114
3.1.4.6	Rozwiązania prawne dotyczące nowych substancji psychoaktywnych	114
3.1.4.7	Rynek substancji psychoaktywnych na Węgrzech	115
3.1.5	Rumunia	116
3.1.5.1	Używanie substancji psychoaktywnych w Rumunii	116
3.1.5.2	Używanie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej	116
3.1.5.3	Problemowe używania narkotyków	117
3.1.5.4	Zakażenia HIV i HCV w Rumunii	117
3.1.5.5	Interwencje medyczne	118
3.1.5.6	Zgony z powodu narkotyków	118
3.1.5.7	Przestępstwa narkotykowe	118
3.1.5.8	Zgłaszalność do leczenia z powodu używania nowych substancji psychoaktywnych	119
3.1.6	Interwencje medyczne w wyniku używania NSP	120

3.2	Nowe Substancje Psychoaktywne na świecie	121
3.2.1	Syntetyczne kannabinoidy w Europie	122
3.2.2	Różna skala używania NSP w Europie	123
3.2.3	NSP w krajach Ameryki Południowej i Łacińskiej	124
3.2.4	Współpraca międzynarodowa w obszarze NSP	126
3.2.5	Rozwiązania prawne w krajach amerykańskich	127
3.2.6	Wnioski z konferencji w Brazylii	127
Rozdział 4		
	Zagrożenia i sposoby przeciwdziałania	129
4.1	Analiza zatruć nowymi substancjami psychoaktywnymi w latach 2013–2018	129
4.2	Fala zatruć „Mocarzem” – studium przypadku	132
4.2.1	Kontekst	132
4.2.2	Produkt „Mocarz” – skład i sytuacja rynkowa	132
4.2.3	Zatrucia i zgony	134
4.2.4	Wnioski i wyciągnięte lekcje	136
4.3	Procedura rejestracji zatruć i zgonów	137
4.3.1	Propozycja systemu rejestracji zatruć	137
4.3.2	Propozycja ogólnej organizacji systemu – międzyinstytucjonalna współpraca	139
4.3.3	Działania konieczne do realizacji w ramach resortu zdrowia ...	140
4.3.4	Sposób działania systemu	142
4.3.5	Podsumowanie	145
4.4	Programy testowania substancji pozyskanych bezpośrednio od użytkowników narkotyków	145
4.4.1	Cele oraz organizacja programów	145
4.4.2	Krytyka i ograniczenia programów pill testing/drug chacking ...	148
4.4.3	Podsumowanie	149
Rozdział 5		
	„Dopalacze” – informacje dla młodzieży	151
	Bibliografia	161
	Akty prawne	168

Słowo wstępne od Wydawcy

Szanowni Państwo,

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej wydaje kolejną publikację dotyczącą aktualnych problemów uzależnień pt. „Nowe substancje psychoaktywne w Europie – skala zjawiska i przeciwdziałanie”, która kompleksowo przedstawia obraz sytuacji narkotykowej w Polsce i Europie. Niniejsza lektura stworzona została przez ekspertów od wielu lat zajmujących się problematyką narkotyków i narkomanii na poziomie regionalnym, krajowym i europejskim. Znajdą tu Państwo aktualne trendy, wyniki badań i raporty, opis najczęściej występujących nielegalnych nowych substancji psychoaktywnych – tzw. „dopalaczy”, najnowsze rozwiązania prawne ich dotyczące oraz wskazówki jak i gdzie szukać pomocy. Dodatkowo, na załączonej płycie CD przygotowane jest kompendium rzetelnej wiedzy dla młodzieży dotyczące tzw. „dopalaczy”.

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej jest jednostką Samorządu Województwa Mazowieckiego, która między innymi odpowiada za kreowanie i realizację działań związanych z profilaktyką uzależnień. Opracowując i realizując na Mazowszu m.in. Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii i Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w profesjonalny sposób wspieramy działania na rzecz ograniczania uzależnień od narkotyków i alkoholu. Od wielu lat organizujemy specjalistyczne szkolenia, seminaria i konferencje – również międzynarodowe, których uczestnikami bardzo często są osoby zawodowo związane z systemem pomocy społecznej, oświaty, wymiaru sprawiedliwości, służb mundurowych czy ochrony zdrowia. Realizujemy także badania naukowe, które m.in. służą nam do monitorowania bieżącej sytuacji problemu uzależnień na Mazowszu. Następną, bardzo ważną aktywnością MCPS jest działalność wydawnicza. Corocznie publikujemy specjalistyczne wydawnictwa z zakresu profilaktyki uzależnień, skierowane do interdyscyplinarnych grup zawodowych.

Mam nadzieję, że przedmiotowa publikacja znajdzie u Państwa uznanie i pomoże w trudach codziennej pracy zawodowej i społecznej.

Z wyrazami szacunku

Artur Pozorek

p.o. Dyrektora

Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej

Przedmowa

Nowe substancje psychoaktywne (tzw. dopalacze) stanowią wyzwanie zarówno dla systemu pomocy, czyli m.in. działań z zakresu profilaktyka, edukacji, leczenia czy redukcji szkód, jak również dla służb zajmujących się redukcją podaży zarówno w Polsce, jak i w Europie. Mija 10 lat od kiedy nowe substancje psychoaktywne (NSP) pojawiły się w Polsce, jak również w Europie na szerszą skalę. Według Europejskiego Raportu Narkotykowego Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w 2014 roku odnotowano rekordową liczbę 101 nowych substancji psychoaktywnych (NSP) wykrytych w Europie (EMCDDA 2015: 16). Kilka lat później, czyli w 2017 roku liczba nowych substancji psychoaktywnych zmniejszyła się do 51 (EMCDDA 2018: 32), ale nadal zatrucia utrzymywały się w Polsce na wysokim poziomie około 4300 przypadków w roku 2017, jak i rok wcześniej, to jest w 2016 (Burda 2018: 1). Jednym z powodów zmniejszenia się liczby nowych substancji wykrywanych w Europie może być wprowadzanie przez wiele krajów UE coraz skuteczniejszych rozwiązań prawnych w walce z nowymi substancjami psychoaktywnymi opartymi na delegalizacji całej grupy substancji (prawo generycznych) oraz oparte na kontroli wszystkich substancji psychoaktywnych nie podlegających innym przepisom (tzw. blanket ban). W rozdziale 1.2 znajdują się przykłady różnych rozwiązań prawnych wprowadzonych w różnych krajach, które spotkały się z dużym rynkiem NSP.

Do takich krajów zalicza się również Polska. Dane z 2016 przekazywane w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania (SWO), z Polski pokazują, iż zgłoszono do EMCDDA informacje na temat ponad 17 000 zabezpieczonych nowych substancji psychoaktywnych, co jest jednym z najwyższych wyników w Europie. Jest to ponad trzykrotny wzrost w porównaniu do roku 2014, gdzie przypadków zabezpieczonych substancji było około 5300. Dla porównania w ramach SWO z Czech zgłoszono w 2017 roku 104 zabezpieczane substancje.

Z przeprowadzonej w 2014 przez Centrum Informacji KBPN ankiety wśród placówek leczniczych w Polsce wynika, że 47% placówek leczniczych, które wypełniły ankietę było przygotowana do leczenia osób zgłaszających się z powodu używania nowych substancji psychoaktywnych (Malczewski 2016: 118). Niniejsza książka ma na celu przedstawienie rozmiarów zjawiska nowych substancji psychoaktywnych, jak również działań podejmowanych w celu ograniczenia problemu NSP. W dużej mierze publikacja dotyczy Polski, ale opisuje także sytuację w krajach Europy wschodniej, jak również niekiedy odnosi się do sytuacji

również poza Europą np. w Ameryce Południowej. W publikacji znajdują Państwo opis różnych rozwiązań prawnych, w tym również tych najnowszych z sierpnia 2018 wprowadzonych w Polsce (rozdział 1.2.6.7). Warto zwrócić na nie uwagę, ponieważ nowe rozwiązania legislacyjne wprowadzają wcześniej nie stosowane w Polsce mechanizmy kontroli nowych substancji psychoaktywnych, jak np. prawo generyczne. Cały drugi rozdział został poświęcony opisowi problemu NSP z prezentacją różnych badań, które zostały przeprowadzone od 2008 roku, pozwalając one na próbę oceny wprowadzanych działań z zakresu redukcji popytu i podaży NSP. Warto w tym momencie przypomnieć sytuację z lipca 2015, kiedy doszło do rekordowej fali zatruć z powodu NSP w Polsce, kiedy odnotowano prawie 2000 interwencji medycznych w ciągu jednego miesiąca. Jest jeszcze za wcześnie na ocenę nowych rozwiązań prawnych z sierpnia 2018, jednakże już widać wpływ nowej legislacji na rynek „dopalaczowy”. Jeden z głównych sprzedawców, który wprowadził na rynek „dopalacz” o nazwie „Mocarz”¹, ogłosił na swojej stronie internetowej we wrześniu 2018, że po 10 latach zamyka działalność, a następnie uruchomił ponownie swoją stronę w języku angielskim². Następstwem nowych zmian prawnych może być przeniesienie rynku „dopalaczy” do tzw. darknetu, gdzie działają ukryte giełdy oferujące do sprzedaży nielegalne substancje na podobnej zasadzie jak działa np. Allegro portal. Według analizy EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction 2017: 16) w Internecie jest lub było około 100 takich nielegalnych kryptorynków. Jednakże w ostatnim czasie policja odnotowała sukcesy w zwalczaniu kryptorynków (*darknet market*), bowiem w 2017 roku jedno z dwóch największych kryptorynków – Hansa oraz AlphaBay zostały przez nią zamknięte. Dynamiczny rozwój rynku NSP oraz wykorzystywanie nowych technologii pokazuje jak ważne są działania z zakresu redukcji popytu, dlatego w publikacji znajdują Państwo odniesienia do różnych materiałów profilaktycznych i informacyjnych, jak również materiał dla młodzieży dotyczący nowych substancji psychoaktywnych na końcu publikacji oraz na płycie CD.

¹ „Mocarz” to był produkt zawierający syntetyczne kannabinoidy, z powodu którego doszło do fali zatruć w lipcu 2015 roku.

² Dostęp w dniu 17.11.2018.

1. Nowe Substancje Psychoaktywne – monitorowanie oraz przeciwdziałanie

1.1 Nowe substancje psychoaktywne w Polsce w latach 2008–2017 – zagadnienia wstępne

Rynek tzw. dopalaczy pojawił się w Polsce w 2008 roku i mimo podejmowanych wielu prób jego zlikwidowania po dziesięciu latach nowe substancje psychoaktywne (NSP) sprzedawane są w Internecie, czy przez dilerów. Zlikwidowanie podaży nowych substancji psychoaktywnych oferowanych za pomocą sklepów stacjonarnych udało się w Polsce wyeliminować dopiero w 2018 roku (Komenda Główna Policji 2018). Ponadto brak jest jednoznacznych dowodów na skuteczność prowadzonych działań z zakresu redukcji popytu, mimo że można zaryzykować hipotezę, że mogły one mieć wpływ na zmniejszenie się skali używania NSP wśród młodzieży. Dane z badań Fundacji CBOS, dotyczące spadku używania nowych substancji psychoaktywnych zostały przedstawione w następnym rozdziale numer. 2. Wydarzenia z lipca 2015, kiedy odnotowano prawie 2000 prawdopodobnych interwencji medycznych z powodu zatrucia NSP (Burda 2015: 2) pokazały, że cały czas nowe substancje psychoaktywne są niebezpieczne i mogą powodować w krótkim czasie poważne szkody zdrowotne. Warto zatem przyrzeć się, jak ewoluował rynek nowych substancji psychoaktywnych w Polsce oraz czy podejmowane działania miały na niego wpływ. Należy podkreślić, że w Polsce działała jedna z największych, jak nie największa, sieć sklepów stacjonarnych w Europie prawie 1400 sklepów (Główny Inspektor Sanitarny 2013: 4), co pokazuje z jaką skalą wyzwani mieliśmy do czynienia w przypadku przeciwdziałania NSP.

1.1.1 Powstanie rynku nowych substancji psychoaktywnych w 2008

W 2008 roku pojawiły się w Polsce pierwsze sklepy z nowymi substancjami psychoaktywnymi w Polsce, co było nowym kanałem dystrybucji tego typu środków obok istniejącej wcześniej sprzedaży w Internecie (Jabłoński 2014: 4). Nowe substancje psychoaktywne zaczęto sprzedawać w latach 2008–2010

w ramach sieci sklepów stacjonarnych otwieranych na zasadzie tzw. franczyzy. Pierwszą firmą, która wypromowała nowy produkt na rynku była firma Rancard Trading operująca pod nazwą „Dopalacze.com” (Malczewski 2015 a). Od nazwy tej firmy najprawdopodobniej zaczęto nazywać całą grupę różnie działających substancji psychoaktywnych jako „dopalacze”. Na stronie internetowej „Dopalacze.com” w 2008 roku można było znaleźć raport z badań przeprowadzonych na kilkunastu produktach tej firmy (Nero Blast, Silver Bullet, Doves, Spice, Spice Gold, Mind Candy, Diablo, Sence, Ex-ses, Smoke, Neorganics) przez jedno z towarzystw zajmujących się badaniami laboratoryjnymi, które zostało przeprowadzone na zlecenie „Dopalacze.com”. Raport z badań nowych substancji psychoaktywnych miał na celu pokazanie, że w sprzedawanych przez „Dopalacze.com” produktach nie ma substancji zakazanych, czyli narkotyków. Ponadto firma „Dopalacze.com” reklamowała się w Internecie hasłem, że „życie jest za krótkie, aby jeść niezdrowe pigułki” (Zakrzewski 2009: 22). Strategię marketingową budowano m.in. na informacji, że legalne substancje nie są „niezdrowe”, czyli można je zażywać, ponieważ nie będzie to ryzykowne jak w przypadku narkotyków. Wkrótce firma „Dopalacze.com” znalazła naśladowców w postaci kolejnych firm oferujących nowe substancje psychoaktywne jak „SmartShop” czy „Smileshop”. W początkowym okresie sprzedawcy umieszczali niekiedy na opakowaniach informacje na temat składu sprzedawanych nowych substancji psychoaktywnych. Nowe substancje psychoaktywne były oferowane w tamtym czasie m.in. jako przedmioty kolekcjonerskie oraz nie do spożycia przez ludzi. W 2008 roku Fundacja CBOS oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii po raz pierwszy uwzględniły w ogólnopolskich badaniach na młodzieży pytanie o używanie nowych substancji psychoaktywnych, które były wtedy znane pod nazwą „dopalaczy”³. Badanie zostało przeprowadzone pod koniec 2008 roku na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (w wieku 18–19 lat). Do używania kiedykolwiek w życiu „dopalaczy” przyznało się 3,5% badanych (Kolbowska 2009: 7). Byli to głównie chłopcy (5,4%) w mniejszym stopniu dziewczęta (1,9%). Największy odsetek użytkowników odnotowano w miastach o wielkości 101–500 tysięcy osób (4,2%), a najmniejszy na wsi (1,3%) (Kolbowska 2009: 8). Według wyników raportu czynnikami chroniącymi było osobiste zaangażowanie w praktyki religijne oraz codzienną obecność rodziców w domu nie przerywana wyjazdami zarobkowymi (Kolbowska 2009: 9). Badanie Fundacji CBOS oraz KBPN było jednym z pierwszych, jak nie pierwszym krajowym pomiarem nowego zjawiska.

³ Nazwa nowe substancje psychoaktywne NSP zaczęły być stosowane w 2011 roku przez specjalistów zajmujących się problemem „Dopalaczy” m.in. dzięki wysiłkom polskiej prezydencji w UE, która podjęła starania na rzecz zastąpienia terminu „legal highs” (legalne odurzenie). Termin „legal highs” oraz „Spice” był w 2008–2010 stosowany w Europie na określenie nowych substancji, a w Polsce zaczęto używać, zresztą do dzisiaj, najczęściej termin „dopalacze”. Wyniki badań I-TREND pokazały, że termin NSP nie jest za często stosowany przez użytkowników, dlatego też w badaniach ankietowych np. na młodzieży czy wśród dorosłych użytkowników stosowany jest nadal termin „dopalacze”.

1.1.2 Rozwój rynku nowych substancji psychoaktywnych: 2009

Na przełomie 2008/2009 roku jednymi z najbardziej popularnych substancji sprzedawanych w „dopalaczach” były BZP (Benzylpiperazine) oraz JWH-018 (składnik mieszanek ziołowych – syntetyczny kannabinoid), które zniknęły z rynku po delegalizacji w 2009 roku (Błażewicz 2014: 4). Oprócz substancji chemicznych jak BZP, „dopalacze” były także oferowane w postaci mieszanek ziołowych. Sprzedawcy deklarowali, że zawierają one naturalny materiał roślinny taki jak kawa kava czy blue lotus. Jednakże pierwsze analizy materiału roślinnego przeprowadzone w Centralnym Laboratorium Kryminalistycznym w Warszawie wykazały obecność pierwszego zidentyfikowanego w Polsce syntetycznego kannabinoidu JHW-018 (Jabłoński 2014: 4). Mieszkanki roślinne nadal były sprzedawane w sklepach z „dopalaczami” po delegalizacji 16 roślin w marcu 2009 na mocy Ustawy narkotykowej z 2005 roku (ARGYREIA NERVOSA, BANISTERIOPSIS CAAPI, CALEA ZACATECHICHI, CATHA EDULIS, ECHINOPSIS PACHANOI, KAVA KAVA, LEONOTIS LEONURUS, MIMOSA TENUIFLORA, MITRAGYNA SPECIOSA, NYMPHEA CAERULEA, PEGANUM HARMALA, PSYCHOTRIA VIRIDIS, RIVEA CORYMBOSA, SALVIA DIVINORUM, TABERNANTHE IBOGA, TRICHOCEREUS PERUVIANUS). Można więc przyjąć założenie, że najprawdopodobniej działały w sprzedawanych „dopalaczach” przede wszystkim syntetyczne kannabinoidy dodawane do podkładu roślinnego. Pierwsza nowelizacja, wymierzona w NSP, ustawy z dnia 20 marca 2009 roku [Dz.U. z 2009 Nr 63 poz. 520] weszła w życie 8 maja 2009 roku. Po delegalizacji 18 nowych substancji psychoaktywnych oraz roślin w sprzedaży pojawiły się kolejne produkty wprowadzone przez sprzedawców nowych substancji psychoaktywnych. Najbardziej popularnym stymulantem po delegalizacji BZP (Benzylpiperazyna) na polskim rynku stał się mefedron. Warto zwrócić uwagę na aktywne działania firmy „Dopalacze.com,” mające na celu promowanie nowych rynków. Rzecznik prasowy firmy „Dopalacze.com” Piotr Domański prowadził aktywne działania promocyjne do czerwca 2010 roku. Biorąc udział w konferencjach na temat „dopalaczy”, zaskarżając kontrolne działania Policji np. z początku stycznia 2009, kiedy policja skontrolowała około 40 sklepów partnerskich firmy „dopalacze.com” (Współczesna 2019). W okresie stycznia–września 2009 roku w prasie i Internecie pojawiło się blisko 2400 artykułów i doniesień na temat „dopalaczy”. Najwięcej informacji na temat dopalaczy było publikowanych w pismach i serwisach o zasięgu regionalnym i miejskim (Zakrzewski 2009: 23). Lokalne media informowały o zagrożeniach związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi i otwieraniu kolejnych sklepów. Można powiedzieć, że nieświadomie media również reklamowały nowe miejsca sprzedaży, mając oczywiście na celu ostrzeżenie o niebezpieczeństwie, jakie pojawiło się w społeczności lokalnej w postaci nowego punktu sprzedaży NSP. Informowanie przez dystrybutorów o nowych sub-

stancjach psychoaktywnych mediów o np. otwieraniu sklepów miała na celu promowanie sklepów z „dopalaczami” zgodnie z zasadą „nie ważne co mówią, ważne, aby mówili”. Wraz z rozwojem rynku w 2009 roku firma „Dopalacze.com” wprowadziła nowy rodzaj sklepów „Dopalacze Express”, które miały być otwierane w mniejszych miastach i mogły mieć mniejszą powierzchnię handlową od głównej sieci sprzedaży detalicznej, która działała pod szyldem „Dopalacze.com”. Zasady franczyzy w ramach sieci sklepów „Dopalacze.com” i „Dopalacze ekspres” były dokładnie określone od powierzchni handlowej, poprzez wystrój sklepów, po zakup odpowiedniego oprogramowania do komputera w sklepie. W okresie wakacyjnym prowadzono sprzedaż sezonową za pomocą namiotów w nadmorskich kurortach, gdzie oferowane były „dopalacze”. W ramach działań z zakresu profilaktyki KBPN rozpoczęło kampanię informacyjno-edukacyjną, mającą na celu dostarczenie informacji na temat zagrożeń związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. W styczniu 2009 roku została uruchomiona strona www.dopalaczeinfo.pl. Strona była prezentowana na specjalnych plakatach, które trafiły do klubów, dyskotek czy na festiwal Woodstock 2009. W sumie rozdyskrebowano 48 tysięcy plakatów. W akcji uczestniczyło 26 dużych i średnich miast oraz 15 województw (Zakrzewski 2010: 24). Obecnie strona ma nową wersję, która nie dotyczy tylko nowych substancji psychoaktywnych, ale również narkotyków.

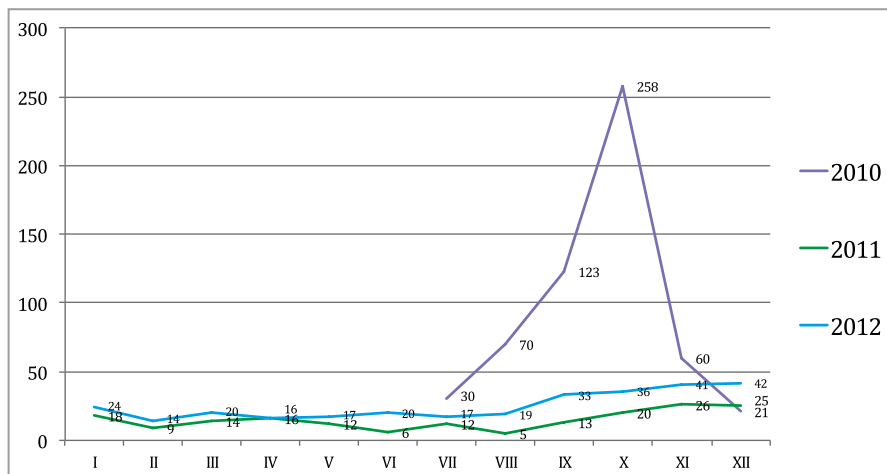
1.1.3 Największy rynek w Europie: 2010

W roku 2010 zdelegalizowana została kolejna grupa substancji psychoaktywnych m.in. mefedron oraz syntetyczne kannabinoidy na mocy nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 10 czerwca 2010 roku [Dz.U. z 2010 Nr 143 poz. 962], która wprowadziła powyższe zmiany, zaczęła obowiązywać od 25 sierpnia 2010 roku. Po delegalizacji mefedronu na krajowym rynku najbardziej popularnym stymulantem był MDPV (syntetyczny katynon), który został wykryty w co piątej analizowanej próbce przez Narodowy Instytut Leków w 2010 roku (Błażewicz 2013: 4). W miejsce zdelegalizowanych syntetycznych kannabinoidów pojawiły się kolejne nowe jak np. UR 144 czy AM 2201 (Błażewicz 2014: 5). Zmiany prawne polegające na delegalizacji kolejnych nowych substancji psychoaktywnych nie miały wpływu na gwałtownie rozwijający się rynek nowych substancji psychoaktywnych w Polsce. Główni dystrybutorzy jak „Dopalacze.com” czy „smartszop” oferowali NSP nie tylko w sklepach stacjonarnych, ale również w Internecie. NSP zaczęto używać w iniekcjach. Miał na to wpływ spadek dostępności heroiny w niektórych miastach w Polsce np. w Warszawie w 2010 roku. Ponadto po nowe substancje psychoaktywne sięgnęli również klienci programów leczenia substytucyjnego, którzy nie mogą zażywać narkotyków podczas leczenia.

Było to spowodowane brakiem testów na wykrycie mefedronu i innych katynonów w moczu czy krwi osób badanych. Klientom programów leczenia substytucyjnego używających nowych substancji psychoaktywnych nie groziło usunięcie za złamanie regulaminu, ponieważ bardzo trudno było wykryć NSP. Według wyników badania klientów programów wymiany igieł i strzykawek zrealizowanego w 2010 roku przez Centrum Informacji KBPN 10% badanych używało mefedronu w ciągu ostatniego miesiąca (Malczewski 2013a: 15)⁴. Media w drugiej połowie 2010 roku co raz częściej informowały o zatruciach z powodu „dopalaczy”. Rząd podjął decyzję o wykorzystaniu zapisów w ustawie o inspekcji sanitarnej, aby zamknąć sklepy z „dopalaczami”. Na podstawie art. 27 ust 1 i 2 oraz art. 31 a ustawy z dnia 14 marca o Państwowej Inspekcji Sanitarnej podjęta została decyzja o wycofaniu z obrotu wyrobu o nazwie „Tajfun” (zawierającego syntetyczne kanabinoidy) oraz podobnych produktów mogących mieć wpływ na bezpośrednie zagrożenia życia lub zdrowia ludzi. Nakazano zaprzestanie działalności sklepom i hurtowniom, które sprzedawały „dopalacze”. Decyzja była podyktowana wystąpieniem bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia ludzi po użyciu tych wyrobów. Na początku października przeprowadzono ponad 3500 kontroli i uruchomiono ponad 1300 obiektów (Jabłoński: 18). W operacji wzięło udział kilka tysięcy Policjantów oraz inspektorów sanitarnych. Warto zauważyć, że w październiku odnotowano największą liczbę interwencji medycznych, które były skutkiem prawdopodobnie użyciem „dopalaczy” (Burda 2013: 2). Ponadto pod koniec 2010 roku wprowadzono nowe rozwiązania prawne zmieniając zarówno ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii, jak i o inspekcji sanitarnej. Na tej podstawie inspekcja sanitarna mogła wycofywać z rynku produkty, jeżeli było podejrzenie, że są one „dopalaczami”. Według ustawy nazywane one zostały „środkami zastępczymi”. Jeżeli sprzedawca sprzedawał środki zastępcze to na mocy decyzji administracyjnej nakładana była na niego kara w wysokości od 20 000 do 1 miliona PLN. Paradoksem nowej legislacji była o wiele wyższa kara za reklamowanie „dopalaczy” do roku więzienia niż za ich sprzedaż tylko kara pieniężna. Wyniki badania na młodzieży przeprowadzone pod koniec 2010 roku pokazały na trzykrotny wzrost używania NSP wśród młodzieży (11,4% w 2010)⁵. Warto odnotować, że w listopadzie 2010 spadła liczba prawdopodobnych interwencji medycznych z powodu użycia „dopalaczy” (wykres 1.1.3.1). W wyniku wprowadzonych bezpośrednich działań zamknięte zostały sklepy stacjonarne, jak również przestały działać sklepy internetowe.

⁴ Skala używania NSP wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek, którymi są najczęściej najbardziej zmarginalizowani użytkownicy narkotyków została opisana w rozdziale 2.3.4 publikacji.

Wykres 1.1.3.1 Prawdopodobne interwencje medyczne z powodu zatrucia nową substancją psychoaktywną w latach 2010–2012



Źródło: Ośrodek Kontroli Zatruc Warszawa

1.1.4 Rok stabilizacji: 2011

Początek 2011 roku to kolejna delegalizacja grupy nowych substancji psychoaktywnych. Zdelegalizowano m.in. sprzedawaną w 2010 roku grupę syntetycznych kannabinoidów oraz najbardziej popularny katynon: MDPV. W 2011 na zlecenie KBPN został opracowany program profilaktyczny do realizacji w szkołach pt. *Smak życia, czyli debata o „dopalaczach”* przez dr. Krzysztofa Wojcieszka. W 2011 miesięczna liczba interwencji medycznych z powodu podejrzenia zatrucia nie była wysoka i osiągnęła maksymalnie 26 przypadków (Burda 2012: 2). W 2011 roku na zlecenie Komisji Europejskiej zostały przeprowadzone po raz pierwszy badania w krajach Unii Europejskiej dotyczące używania m.in. nowych substancji psychoaktywnych. Według tego badania (Eurobarometr) przeprowadzonego w pierwszej połowie 2011 roku wśród grupy 15–24-latków najwyższy poziom rozpowszechnienia nowych substancji psychoaktywnych odnotowano w Irlandii (16%), Polsce (9%), na Łotwie (9%) oraz w Wielkiej Brytanii (8%). Średnia europejska wyniosła w tym badaniu 5% (TNS Political & Social 2014). Ponadto w 2011 roku po raz pierwszy uwzględniono w badaniach ESPAD pytanie o używanie NSP. Używanie „dopalaczy” zadeklarowało 15,8% starszych uczniów (drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych) oraz 10,5% młodszych (trzecie klasy szkół gimnazjalnych). Do używania w ciągu ostatniego roku przyznało się odpowiednio 9% i 7,1% badanych w ciągu ostatniego miesiąca 2,2% i 2,5% (Sierosławski 2011). Inspekcja Sanitarna rozpoczęła kontrolowanie sklepów na mocy zmian w Ustawie o przeciwdziałaniu narkoma-

nii oraz Ustawy o Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 października 2010, która weszła w życie 27 listopada tego samego roku. W 2011 roku inspekcja sanitarna przeprowadziła 335 kontroli w wyniku, których ujawniono 11 podmiotów wprowadzających środki zastępcze (GIS 2013: 10). Nie nałożono w tym roku żadnych kar na sprzedawców środków zastępczych.

1.1.5 Powrót nowych substancji psychoaktywnych: 2012

Koniec roku 2012 to lekki wzrost interwencji medycznych z powodu NSP. Według Ośrodka Kontroli Zatruc w listopadzie i grudniu 2012 roku odnotowywano ponad 40 przypadków miesięcznie. Dane dotyczące interwencji medycznych z lat 2010–2012 są przedstawione na wykresie 1.1.3.1. Sprzedawcy ponownie zaczęli otwierać sklepy z NSP, jednakże jako ukryte punkty sprzedaży. Ponad dziesięciokrotnie wzrosła liczba podmiotów wprowadzających środki zastępcze z 11 w 2010 do 103 w 2012. Wzrosła również liczba kontroli do 548 jak również nałożono prawie pół miliona złotych kar. Raport GIS nie podaje, ile z nałożonych kar sprzedawcy faktycznie zapłacili. Warto odnotować, że w strukturze GIS powstał Departament Nadzoru nad środkami zastępczymi, który miał zająć się redukcją podaży NSP w GIS. Nowym pomysłem na sprzedaż „dopalaczy” przez osoby wprowadzające je do obrotu było oferowanie ich jako imitacje produktów. Według danych Narodowego Instytutu Leków (NIL) na rynku pojawiły się serie nowych substancji psychoaktywnych sprzedawane jako substancje zmieniające kolor ognia, które zawierały syntetyczny kannabinoid UR 144 (Błażewicz 2013: 21). Były to produkty sprzedawane pod nazwami niebieski, zielony, purpurowy, mały, duży ogień (np. Blue fire). Na etykiecie była zawarta informacja, że są to „magiczne imitacje ziół” i dodanie ich do ognia daje „barwy jakich nigdy nie widzieliście”. Produkty zawierające 3,4-DMMC sprzedawane były pod nazwami „Bród”, „Smród”, „Fetor” (Błażewicz 2013: 21). Według etykiety można je było wykorzystać do pobrudzenia rzeczy innych osób. W opisie produktu można było znaleźć informacje, że „Smrodzik” jest „imitacją proszku śmierdzącego o zapachu skunksa zwyczajnego. Smród utrzymuje się przez 30 minut”. (Błażewicz 2013: 22). W produktach o nazwach „Rock Crystal”, „Mountain Crystal”, „Pink Crystal”, „Emerald Cristal” sprzedawany był syntetyczny katynon Brephedrone (4 BMC). W produktach, które były imitacją kleju, sprzedawano Ethcathinone (4 MEC). Były to produkty o nazwie: Brodoklej, Rzęsoklej, Mask Glue, Wąsikowyklej, Papierowy klej. Z dodatkową informacją: „Trzymać w miejscu niedostępnym dla dzieci! Nie do spożycia!”. Inna substancja MPA wykryta została przez Narodowy Instytut Leków w produktach o nazwach: NeoLight, Disco Light, Świetlik, Żarówka (Błażewicz 2014). Na rynku pojawił się Butyr-F syntetyczny opioid z grupy Fentanyli, które są o wiele silniejsze od morfiny. Był on w sierpniu dodawany jako bezpłatna próbka do NSP przez jeden z polskich sklepów internetowych (Błażewicz 2014: 13). Według danych Narodowego Instytutu Leków w co trzeciej zbadanej próbce z 2012 roku wykryto UR 144, a w prawie co piątej pentedron (Malczewski 2013: 51).

1.1.6 Ponowny rozwój rynku NSP: 2013–2014

Sprzedaż stacjonarna „dopalaczy” zaczęła rozwijać się ponownie w 2013 roku. W tym czasie działało około 40 sklepów (Główny Inspektor Sanitarny 2013: 9). Nowe sklepy nie reklamowały swojej działalności oficjalnymi szyldami na wejściu do sklepu, jak to było w roku 2010 roku np. Dopalcze.com. Sprzedawcy starali się często ukryć, iż sprzedają NSP. „Dopalcze” były oferowane jako towar spod lady np. w lombardach, sex shopach, w miejscach z grami hazardowymi czy oferującymi różne inne produkty. Było to wynikiem kontroli inspekcji sanitarnej i policji, które starały się zamknąć nowo powstałe punkty sprzedaży NSP. Jednakże badania przeprowadzone pod koniec roku 2013 przez Fundację CBOS i KBPN odnotowały spadek używania „dopalaczy” wśród młodzieży szkolnej z 11,4% w 2010 do 5,2% w 2013 roku. Wskaźniki dotyczące używania „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku były prawie trzykrotnie niższe niż w 2010 roku, a w przypadku osób deklarujących używanie kiedykolwiek w życiu ponad dwukrotnie niższe (Malczewski 2014: 13). Na rynku pojawiły się kolejne niebezpieczne NSP jak np. 3-MeO-PCP sprzedawana w formie białej gwiazdki (Błazewicz 2014: 13). Od początku roku 2013 do końca sierpnia przeprowadzono 427 kontroli, skonfiskowano ponad 15000 produktów, z których przeanalizowano 540, oraz nałożono 7 milionów zł kary (Hołownia, 2013). Nowe sklepy nie były otwierane w ramach sieci punktów sprzedaży tak jak to było w latach 2008–2010, kiedy mieliśmy wiele różnych firm jak: „Dopalcze.com”, „Smileshop” czy „Smartszop”. Właściciele nie umieszczali na sklepach żadnych dodatkowych szyldów, które mogłyby wskazywać, iż w środku jest prowadzona sprzedaż „dopalaczy”. Najczęściej występującą substancją w sprzedawanych produktach w 2013 roku był UR-144 syntetyczny kannabinoide. Substancja ta występowała również w innych krajach jak np. Francji, Norwegii czy na Łotwie, gdzie UR-144 wykryto w co piątym produkcie (Zile-Veisberga, 2013). Na Łotwie otwartych było w 2013 około 50 sklepów z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Według danych Narodowego Instytutu Leków co trzeci przetestowany produkt w Polsce (spośród 433) zawierał UR-144, w co piątym był pentedron (19%) a następnie izo-pentedron (15%) oraz 3,4-DMMC (10%). Są to substancje z grupy katynonów, do której należy również zdelegalizowany w 2010 roku mefedron, mające działanie stymulujące. Wzrost dostępności „dopalaczy” mógł spowodować zwiększenie liczby interwencji medycznych, które były podejmowane po prawdopodobnym zatruciu nimi. Według danych Ośrodka Kontroli Zatruc z Warszawy w 2013 roku odnotowano 1079 zgłoszeń interwencji medycznych a w 2012 ponad trzykrotnie mniej: 299 (Burda 2013).

W 2013 roku Centrum Informacji KBPN wraz z Węgierskim Focal Pointem zorganizowały międzynarodową konferencję w Warszawie dotyczącą problemu nowych substancji psychoaktywnych. W trakcie wrześniowej konferencji w Warszawie dokonano przeglądu sytuacji epidemiologicznej w krajach europejskich. Prezentowane były dane z kilku krajów europejskich. W Norwegii wskaźniki uży-

wania NSP są na dość niskim poziomie używania. Do używania NSP przyznało się 3% osób, które sięgnęły po marihuanę – badani byli w wieku 16–30 lat (Hordvin 2013). W całej populacji badanej (n=706) odsetek wyniósł 0,3%. Ponadto w pilotażowych badaniach kierowców z 2011 roku osób (n=320), w stosunku do których policja miała podejrzenie, że są pod wpływem narkotyków wykryto, że 3% używało syntetycznych kannabinoidów. W tych badaniach wykryto sześć różnych syntetycznych kannabinoidów z tego najbardziej popularny był JWH-018. Ponadto w Norwegii odnotowano 29 zgonów związanych z PMMA, która jest składnikiem tabletek ekstazy oraz jeden zgon spowodowany przez AH-7921 (syntetyczny opioid). W Portugalii odsetek badanych był, również jak w Norwegii, na niskim poziomie. Do kontaktu kiedykolwiek w życiu z NSP przyznało się 0,4% badanych w 2012 roku. Wśród badanych odsetek był najwyższy wśród najmłodszej grupy badanej tj. 15–24 lata: 1% (Duarte 2013). Jednakże wyniki badania wśród uczniów w Lizbonie pokazały, że mogą one być popularne wśród młodzieży. Prawie co trzeci respondent zadeklarował używanie NSP (29%, n=500). Z kolei według badań na Łotwie z 2011 roku 2,5% osób używało syntetycznych kannabinoidów (populacja: 15–64 lata) a wśród uczniów 11% (15–16 lat, ESPAD). W badaniach realizowanych we Frankfurcie, w ramach corocznego monitorowania problemu narkotykowego, 7% 15–18 latków przyznawało się do zażycia syntetycznych kannabinoidów w 2012 roku. Najwyższy poziom odnotowano w 2010, kiedy prawie co dziesiąty badany miał kontakt z syntetycznymi kannabinoidami (9%). Badania były realizowane w ramach powtarzanych co roku badań szkolnych na próbie około 1500 uczniów (Werse 2013). W Republice Czeskiej do używania NSP przyznało się 1,1% badanych w wieku 15–64 lat (n=2134). Wśród 15–24 latków odsetek był najwyższy i wyniósł 2,5%. W Czechach przeprowadzono również badania wśród odbiorców programów niskoprogowych. W maju 2013 roku przebadano ponad 1700 osób. Do używania NSP przyznało się 11% badanych (Grohmannova, 2013). W polskich badaniach z 2013 roku odnotowano odsetek na poziomie 2% (15–75 lat, n=1000). Największy odsetek w tych badaniach odnotowano w grupie osób w wieku 20–29 lat – 8%. Najczęściej byli to mieszkańcy miast do 100 tysięcy osób (3%).

1.1.7 Fala zatruc: 2015

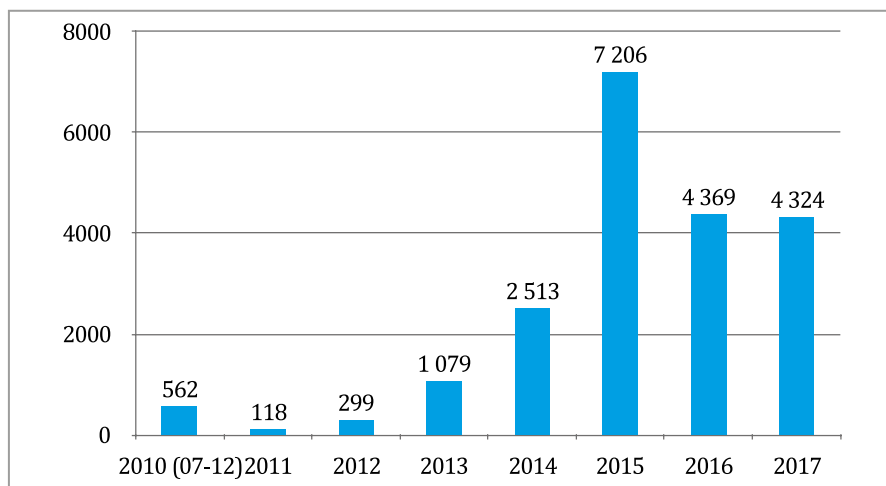
W marcu 2015 liczba zatruc z powodu nowych substancji psychoaktywnej przekroczyła 500 przypadków odnotowanych w ciągu jednego miesiąca. Od 1 lipca 2015 kontrolą objęto 114 nowych substancji psychoaktywnych będącymi składnikami sprzedawanych stacjonarnie i w Internecie od kilku lat „dopalaczy”. Podobnie jak w latach poprzednich sprzedawcy „dopalaczy” starali się do zmian mających na celu delegalizację dostosować. W latach poprzednich na miejsce delegalizowanych „dopalaczy” pojawiały się kolejne. W przypadku NSP stymulujących objęcie kontrolą BZP w 2009 roku spowodowało pojawienie się mefedronu,

po jego delegalizacji w sklepach z „dopalaczami” sprzedawano najczęściej MDPV a potem różnego rodzaju kolejne syntetyczne katynony jak pentedron czy alfa PVP. Po wprowadzeniu lipcowych zmian doszło do fali zatruć z powodu „Mocarza”, który był produktem zawierającym syntetyczne kannabinoidy działające podobnie do marihuany. Według analiz Narodowego Instytutu Leków z Warszawy w zależności od roku w produkcie o nazwie „Mocarz” wykryto: WH-203, JWH-081, JWH-019 (w 2010), UR-144 i 5F-AKB48 (w 2014) and UR-144 i 5-FUR-144 (XLR-11) (w 2015). Sytuacja związana z „Mocarem” została szczegółowo opisana w rozdziale 4.2 niniejszej książki.

Do 2015 roku przygotowany został cały pakiet materiałów edukacyjno-informacyjnych przez KBPN lub na zlecenie KBPN dotyczący NSP. Materiały można wykorzystać w działaniach profilaktycznych lub edukacyjnych. Poniżej przedstawione zostało zestawienie najważniejszych materiałów wraz z adresem strony internetowej (Malczewski 2015: 17–18):

1. Program profilaktyki uniwersalnej z 2011 roku „Smak życia, czyli debata o dopalaczach” bazujący na metodach aktywizujących, adresowany do młodzieży szkolnej w wieku 15–18 lat: http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1244472
2. Poradnik dla rodziców w formie broszury „Blżej siebie, dalej od narkotyków” na temat problematyki substancji psychoaktywnych: http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=3648729
4. Scenariusz spotkania z rodzicami w szkole na temat „dopalaczy”, przewidziany do realizacji na około dwie godziny lekcyjne; do wykorzystania przez pedagoga, psychologa lub wychowawcę klasy: http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=879950
5. Poradnik dla rodziców „O lekach, marihuanie, dopalaczach bez hysterii”; publikacja w sposób przystępny prezentuje zagadnienia dotyczące używania przez młodzież marihuany, „dopalaczy” oraz leków w celach odurzenia się, a także zawiera praktyczne porady dla rodziców: http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=3208713
6. Edukacyjna broszura dla rodziców i nauczycieli z 2014 roku zawierająca informacje na temat nowych substancji psychoaktywnych zwanych dopalaczami pt. „Nowe narkotyki – dopalacze. Informator dla rodziców, nauczycieli i pedagogów”: http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=4603249
7. Ulotka z 2015 roku pt. „Nowe narkotyki. Czy znasz prawdę o dopalaczach?”: http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=4578752 skierowana do młodzieży. Zawiera najważniejsze informacje o nowych narkotykach oraz o zasadach postępowania w sytuacji zagrożenia życia.

Wykres 1.1.7.1 Prawdopodobne interwencje medyczne z powodu zatrucia nową substancją psychoaktywną w latach 2010–2017

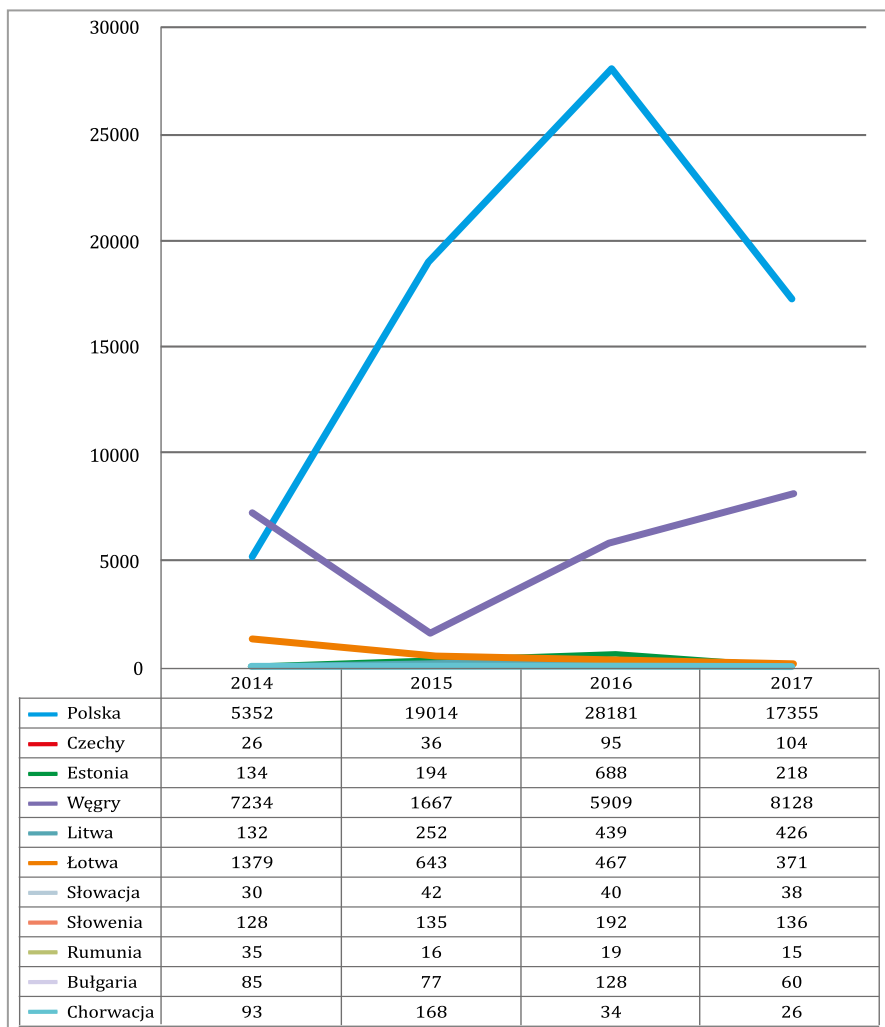


Źródło: Ośrodek Kontroli Zatruc Warszawa

1.1.8 Nowe substancje psychoaktywne w latach 2016–2017

Po rekordowym pod względem liczby zatruc z powodu NSP roku 2015 (7206) w 2016 roku odnotowano spadek do 4369 przypadków z podobny wynikiem w 2017 (4324). Dane z badania Fundacji CBOS, które zostały przedstawione w rozdziale 2.1.1, pokazały na zmniejszenie się rozpowszechnienia używania NSP wśród młodzieży szkolnej (ostatnie klasy szkół ponadgimnazjalnych) w 2016 roku i powrót wartości wskaźników do sytuacji z 2008 roku (Malczewski 2016). Dane z systemu wczesnego ostrzegania o NSP mogą wskazywać, że Polska jest największym rynkiem NSP w Europie Środkowo-Wschodniej. Na wykresie 1.1.8.1 przedstawiono liczby zabezpieczonych NSP w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Warto odnotować trzykrotny wzrost liczby zabezpieczonych NSP w latach 2014–2017 oraz ich rekordową liczbę w 2016 ponad 28181. Nasi południowi sąsiedzi odnotowali o wiele mniejsze liczby: 104 w Republice Czeskiej oraz 38 na Słowacji. System Wczesnego Ostrzegania został opisany dalszej części tego rozdziału.

Wykres 1.1.8.1 Liczba zabezpieczony NSP w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania w krajach Europy Środkowo-Wschodniej.



Źródło: System Wczesnego Ostrzegania EMCDDA

Działająca od końca 2008 roku strona KBPN: <https://www.dopalaczeinfo.pl/> uzyskała nową odsłonę i została uzupełniona o nowe treści, również dotyczące narkotyków. Materiały zamieszczone na stronie wydano jako broszurkę. http://www.kbpn.gov.pl/porta1?id=15&res_id=7437882 w formie 26 tekstów skierowanych do młodzieży. Wraz z informacją o rosnącym zagrożeniu nowymi fentanydami zostały opracowane na zlecenie KBPN dwie ulotki dotyczące fentanyli oraz nowych fentanyli: http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707

1.2 Rozwiązania prawne dotyczące nowych substancji psychoaktywnych

W Polsce istniała jedna z największych sieci sprzedaży w Europie oparta na kilku kanałach dystrybucji. W 2016 roku działało w Polsce około 100 sklepów stacjonarnych, które były albo samodzielnymi punktami sprzedaży lub sklepami powiązanymi z konkretnym dystrybutorem jak np. sklepy w Pabianicach z firmą mającą stronę pod adresem *kolejcioner.nl*. Sprzedaż w Internecie prowadzona była w oparciu o sklepy internetowe, jednakże można zaopatrzyć się w „dopalacze” na ukrytych rynkach tzw. crypto marketach jak np. Silk Road 3.0. Nowe substancje psychoaktywne są również dostępne w sprzedaży tak jak narkotyki, czyli oferowane przez „dilerów”. W Krakowie nowe substancje kupowane są z dowozem TAXI. W ramach walki z rynkiem nowych substancji psychoaktywnych stosowane były przede wszystkim przepisy prawa administracyjnego w Polsce. Karą dla sprzedawców były do sierpnia 2018 grzywny, które mogły osiągać wartość nawet miliona złotych. Tak wysoka kara miała pełnić funkcję odstrasżającą. Biorąc pod uwagę liczbę działających sklepów nie pełniła ona chyba zakładanej roli, co najprawdopodobniej było efektem niskiej ścigalności nakładanych kar. W niniejszym rozdziale przyjrzymy się rozwiązaniom prawnym kilku krajów w tym przede wszystkim najnowszym zmianom z sierpnia 2018 wprowadzonych w Polsce.

1.2.1 Rozwiązania prawne krajów UE w walce z nowymi substancjami psychoaktywnymi

Kraje członkowskie Unii Europejskiej wprowadzały różne rozwiązania, aby zwalczać handel nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP – „dopalaczami”) oraz redukować popyt na nowe substancje psychoaktywne wśród młodzieży jak również całego społeczeństwa. Dwa najczęściej stosowane nowe podejścia prawne, które pojawiły się w odpowiedzi na sprzedaż nowych substancji psychoaktywnych to: prawo generyczne lub analogowe. Tradycyjne rozwiązanie oparte na prawie indywidulowanym, gdzie delegalizujemy poszczególne substancje okazało się nieskuteczne, bo było zbyt wolne. Delegalizacja każdej substancji wymaga czasu i przejścia całej procedury prawnej. W Polskim systemie prawnym do 26 sierpnia 2018 roku⁵ objęcie kontrolą nowej substancji psychoaktywnej wymagało nowelizacji Ustawy. Tylko na początku problemu nowych substancji psychoaktywnych delegalizacje prowadzane były co roku. Objęcie kontrolą 114 nowych substancji psychoaktywnych w lipcu 2015 trwało kilka lat (wcześniejsza delegalizacja to rok 2011) (Jabłoński, Malczewski 2013). W ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania wykrywanych w Europie było corocznie około 100 nowych substancji w latach 2014–2015, a dane za 2016 pokazały spadek do 66 nowych substancji psychoaktywnych wykrytych w Europie (EMCDDA 2017). Jak

⁵ Jest to data wejścia w życie nowych rozwiązań prawnych, które są opisane w dalszej części rozdziału.

widać mieliśmy i nadal mamy do czynienia z dużą liczbą kolejnych nowych narkotyków pojawiających się na rynku. Przepisy wprowadzone w 2015 roku dodały do Ustawy możliwość wpisywania nowych „dopalaczy”, a raczej substancji na listę Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia jako „nowych substancji psychoaktywnych”. Jednakże nowa procedura trwała kilka miesięcy, więc nie był to szybki mechanizm w porównaniu do dynamicznie zmieniającej się sceny „dopalaczowej”. Po drugie nowe substancje z listy Ministra Zdrowia podlegały prawu administracyjnemu tak samo jak „środki zastępcze”, zatem wobec nich stosowane były kary administracyjne a nie prawo karne. De facto zmiany z 2015 roku opierały się na wykorzystaniu takich samych narzędzi jak w roku 2010, które jak już zostało wspomniane wydają się mało skuteczne z powodu niskiej ściągalności nakładanych kar administracyjnych. W celu przyspieszenia mechanizmu delegalizacji oraz wprowadzenia działań proaktywnych w walce z nowymi substancjami psychoaktywnymi stosowane jest prawo generyczne. Zostało one wprowadzone na mocy sierpniowych zmian z 2018 roku w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. W przypadku rozwiązania generycznego ustawodawstwo zawiera precyzyjną definicję rodzin substancji (takich jak opisując wzory podstawienia w cząsteczce macierzystej, tzn. grupy substancji o podobnym wzorze chemicznym.). Tego typu legislacja została wprowadzana np. na Węgrzech, Litwie, Łotwie, Irlandia czy Wielkiej Brytanii. We Francji prawo generyczne obejmuje syntetyczne kannabinoidy. Pojawienie się nowej grupy substancji psychoaktywnych wymaga również umieszczenia jej na liście jako związku substancji o takiej samej strukturze chemicznej. System jest o tyle szybszy, że delegalizujemy całą grupę a nie pojedyncze substancje jak to jest przy prawie indywidualnym. Innym rozwiązaniem zastosowanym w ramach walki z rynkiem nowych substancji jest prawo analogowe, które przewiduje bardziej ogólną definicję podobnego działania farmakologicznego oraz struktury chemicznej substancji psychoaktywnych, takie rozwiązanie zastosowano np. w USA. Delegalizujemy zatem przy tym rozwiązaniu grupy substancji o podobnym działaniu. Trzecim podejściem w walce z nowymi substancjami psychoaktywnymi jest całkowita kontrola oparta na zasadzie delegalizacji wszystkich substancji psychoaktywnych, które nie są regulowane odrębnymi przepisami tzw. „blanket ban” (bezpośrednie tłumaczenie oznacza: kocowy zakaz). Rozwiązania tego typu działają w Irlandii, Wielkiej Brytanii oraz Rumunii. W Polsce „blanket ban” został oparty o prawo administracyjne na podstawie nowo wprowadzonych przepisów do Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Ustawy o inspekcji sanitarnej pod koniec 2010 roku. Jednym z wyzwań w implementacji prawa generycznego, które wydaje się skutecznym narzędziem w walce z „dopalaczami”, jest pojawianie się kolejnych nowych grup chemicznych np. w przypadku syntetycznych kannabinoidów, które nie były dotychczas kontrolowane. Wielka Brytania wprowadziła nowe rozwiązania prawne tzw. „blanket ban”⁶ w 2016 roku w związku z problemami z zastosowaniem prawa generycznego wobec syntetycznych kannabinoidów. Wcze-

⁶ W bezpośrednim tłumaczeniu zwrot „blanket ban” oznacza: zakaz koca.

śniej, bo w 2010 roku Irlandia zastosowała „blanket ban”, gdy rozwiązania prawa generycznego okazały się nieskuteczne w walce ze sklepami stacjonarnymi. Poniżej zostały opisane przykłady krajów, które zostały dotknięte w dużym stopniu problemem NSP, zarówno od strony popytu (wysokie wskaźniki używania i problemów zdrowotnych), jak również podaży (duża i różnorodna forma sprzedaży oparta w dużej części o sklepy stacjonarne). Warto podkreślić, że rozwiązania dotyczące „blanket ban” wymierzone są w rynek nowych substancji psychoaktywnych, a nie w użytkowników substancji psychoaktywnych. Łotwa z kolei wprowadziła rozwiązania podobne do Polski i spotkała się z podobnymi problemami jak np. nie płacenie kar przez sprzedawców nowych substancji psychoaktywnych. Następnie wprowadziła bardzo szybki mechanizm delegalizacji nowych substancji psychoaktywnych oparty o prawo generyczne z karami więzienia. Warto podkreślić, że „blanket ban” był rozwiązaniem krytykowanym przez ekspertów jako m.in. zbyt daleko idącym, ponieważ delegalizuje wszystko co psychoaktywne. Omawianie przykładów kilku krajów, w których nowe substancje psychoaktywne były ważną kwestią społeczną i zdrowotną rozpocznie przykład Łotwy.

1.2.2 Rozwiązania prawne na Łotwie

Łotwa rozpoczęła walkę z nowymi substancjami psychoaktywnymi od wprowadzenia rozwiązań z zakresu prawa generycznego w 2013 roku, jak również poprzez wprowadzenie czasowej kontroli nowych substancji pojawiających się na rynku. Na mocy zmian w prawie wprowadzone zostało pod kontrolę 17 grup substancji psychoaktywnych. Podobnie jak w Polsce zastosowano prawo administracyjne w walce z nowymi substancjami. Na podstawie decyzji Łotewskiego Focal Pointa nowe substancje psychoaktywne obejmowane były czasową kontrolą nawet w ciągu kilku dni. Za złamanie zakazu groziły kary finansowe. Sprzedawcy ignorowali czasowy zakaz sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych i podobnie jak w Polsce często nie płacili nakładanych na nich kar. Handlarze nowych substancji psychoaktywnych szybko zamykali swoje firmy, na które zostały nałożone kary i otwierali sklepy ponownie pod nowymi nazwami. W związku z rozwojem rynku nowych substancji psychoaktywnych i wzrostem zgonów z ich powodu w kwietniu 2014 roku wprowadzono nowe przepisy nakładając odpowiedzialność karną za naruszenie tymczasowego zakazu sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych. W efekcie zamknięto sklepy stacjonarne (otwartych było w tym czasie ponad 40 sklepów, głównie w Rydze). Warto podkreślić, że podobnie jak w Polsce działanie sklepów stacjonarnych spotkało się z reakcją społeczną w postaci akcji protestacyjnych a nawet doszło do podpalenia jednego ze sklepów. Obecnie Łotewskie przepisy oparte są na następujących aktach prawnych: Ustawa o legalnym obrocie środkami odurzającymi i psychotropowymi oraz produktami leczniczymi (znowelizowana w 2013 r.), Kodeks Karny (znowelizowany w 2014 r.) oraz Kodeks Administracyjny Wykroczeń (znowelizowany w 2014) (Malczewski 2017).

Rozwiązania prawne na Łotwie:

1. Definicja NSP: Substancje nieobjęte wykazem substancji kontrolowanych oraz w odniesieniu do których powzięto informacje za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania bądź z raportów jednej z pięciu wymienionych organów (ścigania) (Kodeks Postępowania (znowelizowany w 2013 r.), Artykuł 4, część 2).
2. Przestępstwa i sankcje karne: Nielegalny wyrób, zakup, posiadanie, przewóz oraz udzielanie z zamiarem dystrybucji nowych substancji psychoaktywnych lub produktów zagrożone karą do 2 lat pozbawienia wolności lub 5 lat w przypadku przestępstw generujących poważne konsekwencje (Kodeks Karny, Dział 2481). Nielegalny zakup, magazynowanie, przewóz lub udzielanie nowych substancji psychoaktywnych bez zamiaru ich sprzedaży skutkować może ostrzeżeniem lub grzywną do 280 EUR. Kwalifikacja zmieniona na przestępstwo w przypadku powtórnego popełnienia czynu w ciągu 1 roku.

W efekcie wprowadzonych rozwiązań przeciw NSP na Łotwie ponad 40 sklepów (wszystkie działające do kwietnia 2014) przestało działać. Ponadto zmniejszyła się liczba zgonów z powodu narkotyków w tym NSP, a używanie NSP zmniejszyło się o połowę wśród młodzieży (badania ESPAD).

1.2.3 Rozwiązania prawne w Irlandii

Irlandia w maju 2010 wprowadziła zapisy oparte o prawo generyczne. Kontrolą objęto 200 substancji psychoaktywnych. Ponad 100 sklepów stacjonarnych nadal działało mimo wprowadzenia nowych przepisów. Kolejna ustawa z lipca 2010 r. o odpowiedzialności karnej w obszarze substancji psychoaktywnych, która wykorzystwała rozwiązania z zakresu „blanket ban”, została wprowadzona w reakcji na rozprzestrzenianie się w Irlandii sklepów z NSP, ponieważ istniały poważne przesłanki co do zagrożeń dla zdrowia ze strony NSP. Odnotowywano gwałtowny wzrost zgłaszalności do systemu leczenia narkotykowego, jak również medycznych oddziałów ratunkowych w związku z używaniem NSP. Ustawa weszła w życie w sierpniu 2010 r. W wyniku jej wprowadzenia sankcjami karnymi objęto w Irlandii reklamowanie, sprzedaż, dystrybucję, import i eksport substancji psychoaktywnych (nie objętych zakazami na podstawie innych przepisów prawa), bez względu na fakt czy osoby podejmujące tego typu działania są świadome przeznaczenia przedmiotowych substancji do spożycia przez ludzi. Ustawa nie przewiduje przestępstw za posiadanie substancji psychoaktywnych na własny użytek, jako że ukierunkowana jest na handel NSP aniżeli konsumpcję (Malczewski 2017).

W irlandzkiej legislacji wprowadzona została następująca definicja oraz rozwiązania karne dotyczące NSP:

1. Definicja: Substancja psychoaktywna została zdefiniowana jako substancja działająca stymulująco bądź depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy w wyniku czego mogą pojawić się halucynacje, uzależnienie lub istotne zmiany funkcji motorycznych, poznawczych lub zachowania. Ustawa z 2010 roku nie dotyczy substancji znajdujących się w legalnym obrocie natomiast skupia się na substancjach, które są używane niezgodnie z przeznaczeniem. Ustawa nie obejmuje wyrobów tytoniowych, alkoholu, żywności, leków oraz umożliwia również wyłączenie innych produktów w razie zaistnienia takiej konieczności.
2. Przestępstwa i sankcje karne: Sprzedaż, import lub eksport substancji psychoaktywnej świadomie lub nieświadomie co do przeznaczenia substancji na spożycie przez ludzi (Dział 3). Publikowanie lub uwidacznianie reklam dotyczących sprzedaży substancji bądź promowanie konsumpcji substancji dla celów psychoaktywnych wraz z informacją w jaki sposób i gdzie można je zdobyć (Dział 5). W przypadku postępowań przyspieszonych, kara grzywny nieprzekraczająca 5 000 EUR lub kara pozbawienia wolności na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, lub jedno i drugie; skazanie na podstawie aktu oskarżenia, grzywna lub kara pozbawienia wolności do 5 lat lub jedno i drugie (Dział 20).

Efektom wprowadzenia „blanket ban” w Irlandii było zamknięcie prawie wszystkich sklepów (90%), te które nadal działały były monitorowane czy nie sprzedają NSP. Wyniki badań używania NSP w populacji generalnej odnotowały spadek używania NSP. Wyniki badań w placówce leczniczej zajmującej uzależnionymi pokazały, że rozpowszechnienie używania NSP wśród młodzieży podejmującej leczenie odwykowe zostało znacząco zredukowane w okresie 6–12 miesięcy po wprowadzeniu ustawy zakazującej sprzedaży NSP oraz spowodowanym przez to zamknięciu sklepów dystrybuujących NSP (Malczewski 2017).

1.2.4 Nowe rozwiązania w Wielkiej Brytanii

Wielka Brytania rozpoczęła walkę z nowymi substancjami psychoaktywnymi za pomocą Ustawy z 2011 r. o Reformie Policji i Odpowiedzialności Społecznej, nowelizująca Ustawę z 1971 r. o nadużywaniu narkotyków. W ramach walki z nowymi substancjami psychoaktywnymi wprowadzono prawo generyczne oraz czasową kontrolę na okres jednego roku. Przepisy okazały się nieskuteczne, dlatego też rozpoczęto w Wielkiej Brytanii prace nad nowym sposobem rozwiązania problemu nowych substancji psychoaktywnych. W 2016 roku w maju wdrożono przepisy podobne do Irlandzkich tzw. blanket ban, które zakazują produkcji, sprzedaży, importu substancji mających działanie psychoaktywne. Warto podkreślić, że posiadanie nowych substancji psychoaktywnych nie jest zabronione, ponieważ przepisy są wymierzone w handlarzy i producentów nowymi substancjami psychoaktywnymi, a nie użytkowników wobec których zaplanowane działania profilaktyczne i lecznicze (Malczewski 2017).

Rozwiązania prawne w Wielkiej Brytanii:

1. Definicja NSP: „Substancja psychoaktywna” oznacza każdą substancję, która: (a) jest w stanie wywołać skutek psychoaktywny u osoby zażywającej i (b) nie jest substancją wyłączonej na podstawie innych przepisów. Na użytek Ustawy substancja wywołuje skutek psychoaktywny u danej osoby, jeśli w wyniku działania stymulującego lub depresyjnego na ośrodkowy układ nerwowy, wpływa również na funkcjonowanie psychiczne i stan emocjonalny osoby zażywającej; oraz w osobny sposób należy zapoznać się ze skutkami psychoaktywnymi danej substancji.
2. Przestępstwa i sankcje karne: Wyrób, dystrybucja lub posiadanie z zamiarem dystrybucji, import lub eksport substancji psychoaktywnej z zamiarem, świadomością lub brakiem wiedzy o tym, że substancja będzie używana w celach odurzania się. Przestępstwa podażowe otrzymują surowszą kwalifikację w przypadku bliskości szkoły, wykorzystywania osoby małoletniej jako dostawcy bądź popełnienia w ośrodku opiekuńczym. W przypadku aktu oskarżenia czyn zagrożony karą 7 lat pozbawienia wolności natomiast w przypadku postępowania przyspieszonego 1 rokiem pozbawienia wolności. Posiadanie substancji psychoaktywnej (nie w celu dystrybucji) w ośrodku opiekuńczym zagrożone jest karą do 2 lat pozbawienia wolności w przypadku aktu oskarżenia lub 1 roku w przypadku postępowania przyspieszonego (Działy 4–10).

Efektem wprowadzenia „blanket ban” w 2016 roku w Wielkiej Brytanii były zmiany na rynku sprzedaży NSP. Ponad 350 sklepów sprzedających NSP przestało działać (wszystkie na Wielkiej Brytanii). Ponadto strony internetowe oferujące NPS zostały usunięte z Brytyjskich serwerów (Malczewski 2017).

1.2.5 Regulacja rynku w Nowej Zelandii

Nowa Zelandia była jedynym krajem na świecie, który spróbował uregulować rynek nowych substancji psychoaktywnych (POD EMCDDA 2015). Model Nowo Zelandzki⁷, miał na celu kontrolę rynku nowych substancji psychoaktywnych i dopuszczenie do sprzedaży najmniej groźnych nowych substancji psychoaktywnych. Jest to jedyny wyjątek na świecie, kiedy podjęto próbę dopuszczenia nowych substancji psychoaktywnych do sprzedaży. W efekcie przeprowadzonych prac legislacyjnych dotyczących nowych substancji psychoaktywnych powstały nowe przepisy regulujące produkcję i sprzedaż substancji psychoaktywnych „niskiego ryzyka” (EMCDDA 2016). Ustawa o substancjach psychoaktywnych została przyjęta w lipcu 2013 roku. Na jej podstawie wytwórcy nowych substancji psychoaktywnych mają sfinansować wstępne i właściwe badania kliniczne gotowych produktów przed ich oficjalnym zatwierdzeniem i wprowadzeniem na rynek celem udowodnienia ich niskiego ryzyka. Zgodnie z ustaleniami raportu końcowego z 2011 roku no-

⁷ Osoby zainteresowane rozwiązaniami w Nowej Zelandii mogą zapoznać się z rozdziałem dotyczącym tego kraju opracowanym przez Martę Rychter w publikacji MCPS dotyczącej monitorowania, która jest dostępna pod linkiem: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1146668

w nowozelandzkiej Komisji Legislacyjnej oraz w wyniku konsultacji przeprowadzone z przemysłem, nowe podejście ma na celu ograniczyć popyt na substancje stanowiące potencjalne ryzyko tak dla indywidualnych osób jak i całego społeczeństwa (EMCDDA 2016). Ministerstwo Zdrowia Nowej Zelandii oszacowało, że badania kliniczne pojedynczego produktu mogą kosztować nawet 2 miliony dolarów nowozelandzkich (1,25 mln euro) i trwać od roku do 2 lat. Producent zobowiązany jest również do uiszczenia opłaty w wysokości 175 tys. dolarów nowozelandzkich na rzecz regulatora celem uzyskania zgody na przeprowadzenie badania danego produktu (EMCDDA 2016). Wprowadzono również szereg dodatkowych ograniczeń. Sprzedaż zatwierdzonych produktów można prowadzić tylko wśród osób powyżej 18. roku życia i nie może ona odbywać się w sklepach spożywczych, monopolowych ani na stacjach benzynowych. Reklama ma ograniczać się jedynie do terenu punktu handlowego natomiast inne formy promocji są zakazane. Opakowania produktów winny jasno wymieniać zawarte w nich składniki oraz wskazywać na zagrożenia dla zdrowia (EMCDDA 2016). Dystrybucja jakichkolwiek substancji psychoaktywnych niedopuszczonych do oficjalnego obrotu zagrożona jest karą do 2 lat więzienia natomiast posiadanie tego typu substancji na własny użytek zagrożone jest cywilną karą grzywny w wysokości 300 dolarów nowozelandzkich (tzn. nie następuje skazanie z mocy prawa karnego). W myśl tego typu rozwiązania, substancję psychoaktywną można zdefiniować jako produkt, którego głównym celem jest wywołanie działania psychoaktywnego i który nie jest przedmiotem innych przepisów prawa (np. alkohol, tytoń, leki ziołowe) (EMCDDA 2016). Od lipca 2013 roku do czasu opracowania omawianych przepisów obowiązywały przepisy przejściowe, które zniesiono odpowiednią poprawką w maju 2014 roku po fali doniesień o negatywnych skutkach zażywania produktów i zakłóceniach porządku publicznego wokół dystrybuujących je sklepów. Przedmiotowa poprawka wprowadziła moratorium na przyjmowanie wniosków do czasu wprowadzenia nowych przepisów, a także zakaz uwzględniania we wnioskach wyników badań na zwierzętach. Nowe przepisy definiujące produkt oraz wnioski o udzielenie licencji weszły w życie w listopadzie 2014 roku (EMCDDA 2016). Jednakże, zakaz uwzględniania wyników badań na zwierzętach stanowi główną przeszkodę w udowodnieniu niskiego zagrożenia produktu dla zdrowia ludzi i spowodował wycofanie się Nowej Zelandii z pomysłu reglamentowanej sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych. Drugim powodem zaniechania rozwiązań dopuszczających sprzedaż nowych substancji psychoaktywnych w licencjonowanych sklepach był brak politycznego wsparcia we wdrażaniu nowych rozwiązań. Jak do tej pory Nowa Zelandia była jedynym krajem, który zalegalizował sprzedaż na pewien czas nowych substancji psychoaktywnych (EMCDDA 2016).

Podsumowując przykłady powyższych krajów widać, że można spróbować wdrożyć skuteczne działania ograniczające dostępność do nowych substancji psychoaktywnych. Wymienione kraje dotknął przede wszystkim, ale oczywiście nie tylko, problem działania dużej liczby sklepów stacjonarnych, co w efekcie mogło przełożyć się na wysoki popyt na te substancje oraz szkody zdrowotne. Prawo oparte o „blanket ban” w Irlandii oraz Wielkiej Brytanii, mimo zastrzeżeń niektó-

rych ekspertów, wydaje się, że przyniosło oczekiwane rezultaty. Sklepy stacjonarne zniknęły z tych krajów. Nie oznacza to, iż zniknął popyt na nowe substancje psychoaktywne, bo sprzedaż przeniosła się na czarny rynek oraz na strony internetowe. Co warto podkreślić nowe rozwiązania nie delegalizowały posiadania nowych substancji psychoaktywnych. „Blanket ban” ma działanie proaktywne, czyli wyprzedzające pojawienie się nowych substancji. Inne podejście zastosowano na Łotwie wprowadzając szybką delegalizację opartą na prawie karnym każdej nowej substancji jako uzupełnienie nie działającego prawa generycznego.

1.2.6 Analiza rozwiązań prawnych w Polsce

W niniejszej części publikacji pokusiliśmy się o próbę krytycznej analizy wspomnianych modeli kontroli NSP w kontekście możliwości ich zastosowania w polskim systemie prawnym. W opracowaniu zastosowano technikę SWOT, która polega na posegregowaniu posiadanych informacji na cztery kategorie czynników strategicznych: mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia. Należy jednak zauważyć, że przedstawiona analiza nie jest opisem szczegółowym konkretnego rozwiązania prawnego, ale jedynie wskazaniem ogólnych kierunków możliwych zmian prawnych. Warto podkreślić, że analiza powstała w 2016 roku (Kidawa, Malczewski 2016), czyli pomiędzy zmianami prawnymi z lipca 2015 a ostatnimi zmianami z sierpnia 2018 i była ona prezentowana na konferencji KBPN i Res Humanea w 2017 roku. Jak wynika z opisu powyżej nie ma obecnie jednego modelu zorientowanego na ograniczenie podaży nowych substancji psychoaktywnych w Europie, który można by było określić jako wzorcowy. Rozwiązania prawne wobec nowych substancji psychoaktywnych opierają się na różnych rodzajach kontroli od całkowitej delegalizacji, np. w Wielkiej Brytanii czy na Łotwie, do próby kontroli rynku i dopuszczenia do sprzedaży na pewien czas nowych substancji w Nowej Zelandii.

1.2.6.1 Cel zmiany

Kluczowe dla wyboru określonego modelu prawnego lub kombinacji rozwiązań prawnych zaprezentowanych poniżej jest określenie celu, jaki przyświeca ustawodawcy, czyli zmiany, jaką chciałby osiągnąć. Polityka Polski w obszarze problemu narkotyków i narkomanii oparta jest na następujących istotnych obszarach: redukcja podaży, redukcja popytu oraz redukcja szkód. Określenia wymaga kwestia priorytetu podejmowanych działań. Biorąc pod uwagę stabilny trend używania NSP, wydaje się, że jednym z głównych celów jest ograniczenie szkód zdrowotnych związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych lub/i ograniczenie podaży NPS. Roboczo cele można zdefiniować w następujący sposób:

1. Ograniczenie liczby zatruć i zgonów z powodu NSP – perspektywa zdrowia publicznego.

2. Zmniejszenie rynku NSP, w tym przede wszystkim sprzedaży stacjonarnej i internetowej – perspektywa ograniczenia podaży.
3. Zmniejszenie rynku NSP: sklepów stacjonarnych – perspektywa ograniczenia podaży.

Powtarzając jeszcze raz istniejące m.in. rozwiązania prawne stosowane na świecie można podzielić na:

- prawo generyczne – przewiduje obejmowanie kontrolą prawną nie tylko konkretną substancję i jej sole, estry czy izomery, ale szerszą grupę substancji. Do grupy takiej włączane są związki strukturalnie podobne do interesującej nas substancji, ale w których pierścieniach podmieniony został jakiś podstawnik,
- prawo analogowe – kontrolą prawną obejmuje się substancje mające podobne (do pierwotnej substancji już objętej kontrolą) właściwości chemiczne. Bierze się pod uwagę także rodzaj efektów, jakie dana substancja wywołuje lub może wywołać. A jeżeli efekty są zbliżone lub mogą być zbliżone do skutków wywołanych przez wyjściową substancję psychoaktywną – związek taki jest obejmowany kontrolą prawną,
- prawo indywidualne – kontrolą prawną obejmuje się konkretną substancję chemiczną (a także jej sole, estry i izomery) (Kidawa, 2011).

Innym elementem różnicującym może być rodzaj sankcji. Można je podzielić na sankcje administracyjne (kary finansowe) i karne. Z kombinacji tych dwóch cech stworzyliśmy kilka modeli i przeprowadziliśmy analizę SWOT pod kątem możliwości ich wykorzystania w polskim systemie prawnym. Analizie poddałismy stosowane w Polsce przepisy wprowadzone na mocy nowelizacji z lipca 2015.

1.2.6.2 Analiza sytuacji prawnej w Polsce sprzed sierpnia 2018

Przepisy z lipca 2015 roku zakładały adekwatność działań ze strony organów państwowych wobec powodowanych przez konkretne substancje zagrożeń dla zdrowia publicznego. W prawie funkcjonowała bardzo ogólna definicja środka zastępczego, według której jest to „produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów”. Wprowadzanie do obrotu oraz produkcja środków zastępczych są obwarowane sankcją administracyjną. Odpowiedzialność za stosowanie przepisów spadła na Inspekcję Sanitarną. Dodatkowo od 1 lipca 2015 roku funkcjonuje Zespół ds. Oceny Ryzyka. W założeniu ma on oceniać substancje pod względem ryzyka, jakie powoduje ich używanie oraz rekomendować ministrowi zdrowia dalsze kroki w zakresie ich kontroli. W przypadku substancji o umiarkowanym ryzyku Zespół może rekomendować umiesz-

czenie ich w wykazie nowych substancji psychoaktywnych. Oprócz pojedynczych substancji Zespół może rekomendować umieszczenie w tym wykazie grupy chemicznej obejmującej więcej niż jedną substancję (rozwiązanie prawa generycznego). Wykaz ten w założeniu ma stanowić dodefiniowanie/operacjonalizację szerokiej definicji środka zastępczego, co stanowi ułatwienie w procesie orzekania (po identyfikacji substancji), czy dana substancja mieści się w ww. definicji. W założeniu miało to uprościć pracę inspektorom sanitarnym, którzy nie zawsze posiadają wystarczającą wiedzę chemiczną. Zespół może także, w przypadku substancji najbardziej niebezpiecznych, zarekomendować Ministrowi Zdrowia zdelegalizowanie substancji. Wtedy zostają one dodane do załączników ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i są kontrolowane tak samo jak narkotyki. Poniższa tabela zawiera analizę prawną rozwiązań legislacyjnych po zmianach z 2015, ale przed wejściem w życie najnowszych rozwiązań z sierpnia 2018. Analizy przedstawione w niniejszej części zostały zaprezentowane w numerze 3 Serwisu Informacyjnego Narkomania z 2016 roku (Kidawa, Malczewski 2016).

Tabela 1.2.6.2.1 Analiza SWOT rozwiązań prawnych do sierpnia 2018

Mocne strony:	Słabe strony:
• Takie uregulowania prawne zakładają adekwatność reakcji państwa do zagrożenia powodowanego przez konkretną substancję. • Jest zbliżone filozofią do przepisów funkcjonujących na poziomie UE. • Brak kar dla użytkowników NSP – posiadanie nie jest karalne – przepisy nie są zatem wymierzone w użytkowników, ale w producentów i handlarzy. • Rekomendacje kontroli przez Zespół ds. Oceny Ryzyka oparte na konsensusie przedstawicieli różnych instytucji. • Angażuje różne służby w zwalczanie NSP: Służbę Celną czy Inspekcję Sanitarną.	• Proces delegalizacji substancji jest skomplikowany i wolny – potrzebny jest złożony proces decyzyjny, co ma być wpisane do list w rozporządzeniu ministra zdrowia, a co powinno być wpisane do załączników ustawy. • Mało reaktywne, ponieważ oparte jest przede wszystkim na pojedynczym wpisywaniu substancji do rozporządzenia ministra zdrowia czy ustawy. • Mało odporne na bezwładność systemów administracji publicznej – szybkość delegalizacji/umieszczenia na liście MZ zależy od szybkości działania instytucji publicznych. • Pomija policję, która jest główną instytucją w Polsce zajmującą się redukcją podaży narkotyków i posiada narzędzia do walki z przestępczością narkotykową: działania operacyjne, przeszukania, aresztowanie itd. • Niejasne i niezrozumiałe zapisy prawne, np. niejasny związek między definicją nowej substancji psychoaktywnej a środka zastępczego (obie są zagrożone tą samą sankcją). • Brak szkodliwości jako jednoznacznego kryterium klasyfikacji substancji.

Szanse: ● Pozwala na wdrażanie polityki opartej na przesłankach naukowych poprzez podejmowanie decyzji o kontroli prawnej substancji na podstawie procedury oceny ryzyka dokonywanej przez ekspertów z wielu dziedzin nauki. ● Pozwala na różnicowanie kontroli wobec NSP – rekomendacje Zespołu ds. Oceny Ryzyka (ZOR): kontrola administracyjna rozporządzenie MZ, kontrola karna – załącznik do ustawy.	Zagrożenia: ● Trudność w egzekwowaniu kar (w przypadku sankcji administracyjnych). ● Wymaga ścisłej współpracy i koordynacji pomiędzy różnymi służbami (dodatkowe obciążenie dla administracji publicznej), np. wsparcie policji przy kontroli sklepów przez Inspekcję Sanitarną. ● Może być nieskuteczne, np. rosnąca liczba zatruc w latach 2013–2015, działające sklepy z NSP.
---	---

Źródło: Kidawa, Malczewski 2016

1.2.6.3 Proponowane kierunki zmiany tzw. blanket ban (totalna kontrola) z zastosowaniem przepisów karnych

Rozwiązania oparte na „blanket ban” mogłyby iść w kierunku wprowadzenia ogólnych zapisów (zbliżonych do obecnej definicji środka zastępczego) dotyczących zakazu wprowadzania do obrotu i produkcji NSP. Za złamanie przepisów obowiązywałaby sankcja karna identyczna bądź zbliżona do kar przewidzianych za produkcję i wprowadzanie do obrotu narkotyków. Posiadanie pozostałoby poza zakresem penalizacji. W praktyce oznaczałoby to utrzymanie rozwiązań prawnych z lipca 2015, ale zastąpienie sankcji administracyjnych sankcjami karnymi i przeniesienie kompetencji w zakresie zwalczania NSP na organy ścigania (policję, prokuraturę). Analiza była prowadzona przed wejściem sierpniowych zmian, dlatego też odniesiono się do stanu prawnego z lipca 2015.

Tabela 1.2.6.3.1 Analiza SWOT tzw. blanket ban (totalna kontrola) z zastosowaniem przepisów karnych

Mocne strony: ● Kontrola wszystkich NPS – w tym nowo pojawiających się związków – duża reaktywność. ● Brak konieczności ciągłych nowelizacji u.o.p.n o nowe substancje pojawiające się na rynku. ● Zwalczanie rynku nowych substancji w kompetencjach przygotowanej do redukcji podaży policji.	Słabe strony: ● Nadregulacja – nieadekwatny poziom kontroli w stosunku do zagrożenia powodowanego przez substancje. ● Trudność w stworzeniu ogólnej definicji ustawowej nowej substancji psychoaktywnej i określeniu jej podstawowych kryteriów (psychoaktywność?, szkodliwość? – jakie kryteria). ● Dodatkowe obciążenie dla policji.
---	--

Szanse: ● Możliwość znacznego ułatwienia ścigania wprowadzania do obrotu oraz produkcji NSP, także w przypadku małej skali. ● Likwidacja legalnej lub quasi-legalnej sprzedaży NPS. ● Ograniczenie dostępu do NSP. ● Pozytywny efekt PR wprowadzenia takiego prawa. ● Ociążenie Inspekcji Sanitarnej, której zadania przejęłaby w dużym stopniu policja. ● Jasne zdefiniowanie roli policji w stosunku do NSP, która posługiwała się art. 165 Kodeksu karnego. ● Likwidacja punktów sprzedaży stacjonarnej NSP, co miało miejsce w Irlandii.	Zagrożenia: ● Rozwiązanie może zostać uznane za niekonstytucyjne – niespełniające reguły do określoności prawa. ● Mogą się pojawić trudności w interpretacji, które substancje wchodzą w zakres definicji prawa analogowego. ● Trudności w postępowaniu procesowym – konieczność udowodnienia przez organy policji i prokuratury, że dana substancja mieści się w zakresie definicji. Możliwe ograniczenie wolności gospodarczej, ponieważ kontrolą mogą być objęte substancje wykorzystywane w gospodarce. ● Ukrycie zjawiska – zepchnięcie NSP do czarnego rynku – rozdrobnienie rynku – <i>dark net</i>, trudności w dotarciu do użytkowników NSP. ● Może spowodować powrót do stosowania przez użytkowników „starych” tradycyjnych narkotyków. ● Możliwy wzrost zatruć i zgonów tuż przed oraz zaraz po wprowadzeniu nowelizacji.
--	--

Źródło: Kidawa, Malczewski 2016

1.2.6.4 Proponowane kierunki zmiany – prawo generyczne z zastosowaniem sankcji karnych

Wprowadzenie definicji generycznych grup związków do załączników ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Za złamanie przepisów groziłoby sankcje karne. Posiadanie pozostałoby poza zakresem penalizacji. Prawo generyczne zostało wprowadzone przez szereg krajów europejskich, zarówno takich, które miały lub mają duży problem z NSP (np. Węgry czy Łotwa), jak również takich, gdzie NSP nie były zbyt popularne (np. Francja, Bułgaria czy Litwa).

Tabela 1.2.6.4.1 Analiza SWOT prawo generyczne z zastosowaniem sankcji karnych

Mocne strony: ● Pozwala na ograniczenie konieczności ciągłych nowelizacji u.o.p.n. – szybki instrument. ● Uproszczenie systemu, ponieważ obejmuje on większość NSP.	Słabe strony: ● Nie obejmuje wszystkich substancji, w szczególności z grupy syntetycznych kannabinoidów. ● Konieczność wypracowania bardzo precyzyjnych definicji, których zrozumienie wymaga eksperckich opinii. ● W dalszym ciągu konieczność modyfikacji prawa.
Szanse: ● Ograniczenie legalnej lub quasi-legalnej sprzedaży NPS. ● Ograniczenie dostępu do NSP dla użytkowników. ● Likwidacja punktów sprzedaży stacjonarnej NSP.	Zagrożenia: ● Najprawdopodobniej spowoduje konieczność modyfikacji NSP przez producentów i handlarzy (poszukiwania nowych grup chemicznych), co w konsekwencji może wpłynąć na pojawienie się bardziej niebezpiecznych związków. ● Rozwiązanie może zostać uznane za niekonstytucyjne – niespełniające reguły do określoności prawa.

Źródło: Kidawa, Malczewski 2016

1.2.6.5 Model nowozelandzki

Model nowozelandzki został opisany we wcześniejszej części rozdziału. Co do zasady zakłada on reglamentowaną i kontrolowaną sprzedaż NSP w wyznaczonych sklepach.

Tabela 1.2.6.5.1 Analiza SWOT kontrola rynku

Mocne strony: ● Uproszczenie systemu. ● Możliwość regulowania przez państwo rynku NSP. ● Ograniczenie ryzyka zdrowotnego dla użytkowników poprzez dopuszczenie do sprzedaży mniej ryzykownych NSP pod względem rodzaju substancji, stężenia, zanieczyszczeń (standardy produkcji tak jak dla leków). ● Dochody dla państwa ze sprzedaży NSP. ● Możliwość monitorowania rynku NSP: sprzedawców, produktów, dochodów itd.	Słabe strony: ● Przyzwolenie na używanie NSP. ● Brak akceptacji części społeczeństwa dla takiego rozwiązania. ● Wysokie koszty administrowania całego systemu.
---	--

Szanse: ● Kontrola rynku NSP. ● Ograniczenie występowania bardziej szkodliwych NSP. ● Ograniczenia liczby zatruć pojawiających się w wyniku delegalizacji NSP. ● Używanie mniej ryzykowanych nowych substancji może ograniczyć używanie narkotyków i alkoholu.	Zagrożenia: ● Wzrost poziomu używania substancji legalnych i nielegalnych. ● Mogące wystąpić uzależnienia oraz szkody zdrowotne. ● Częściowa odpowiedzialność państwa za wprowadzane produkty. ● Trudne do oszacowania długoterminowe szkody z powodu używania NSP o niskim ryzyku.
---	--

Źródło: Kidawa, Malczewski 2016

1.2.6.6 Utrzymanie status quo ze zmianami w istniejących przepisach

Model ten zakłada utrzymanie filozofii funkcjonujących przepisów z lipca 2015 roku, ale wprowadzenie rozwiązań poprawiających ich funkcjonowanie w praktyce. Ma na celu podniesienie ich przejrzystości i efektywności głównie w obszarze zdrowia publicznego. Model ten zakłada:

- Usprawnienie mechanizmów oceny ryzyka poprzez określenie jasnych kryteriów wyboru substancji do oceny, kryteriów samej oceny, większe zaangażowanie środowisk stricte naukowych oraz przyspieszenie i usprawnienie procedury.
- Wprowadzenie definicji generycznych do wykazów publikowanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia definiujących jakie substancje to nowe substancje psychoaktywne.
- Stworzenie centralnego systemu rejestracji zatruć dostępnego dla organów ścigania.
- Wymiana informacji z organami ścigania o zatruciach (organy policji i prokuratury) w celu zapewnienia podstaw do stosowania art. 165 Kodeksu karnego (wsparcie szkoleniami prokuratorów i sędziów).
- Szybka ścieżka legislacyjna – szybkie wprowadzanie niewielkiej liczby substancji do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przy jednoczesnym unikaniu wprowadzania dużej liczby substancji jednocześnie.

Tabela 1.2.6.6.1 Analiza SWOT utrzymanie status quo z lipca 2015 ze zmianami w istniejących przepisach

Mocne strony: ● Adekwatność działania do zagrożenia. ● Wdrażanie polityki opartej na dowodach naukowych. ● Modyfikacja obecnego systemu prawnego bez konieczności jego fundamentalnych zmian, które mogą okazać się niezgodne z konstytucją, jak np. w przypadku oparcia legislacji na prawie generycznym czy analogowym. ● Poprawa działania EWS i raportowania do EMCDDA.	Słabe strony: ● Koszty. ● Brak natychmiastowego spektakularnego efektu. ● Konieczność wystąpienia kilku czynników: szybkiego działania systemu, racjonalności sprzedawców (wycofywanie substancji bardziej niebezpiecznych). ● System może być dość skomplikowany i wymagać dobrej współpracy różnych służb i instytucji.
Szanse: ● Sterowanie rynkiem w kierunku substancji bezpieczniejszych (<i>harm reduction</i> w polityce narkotykowej) ● Redukcja liczby zatruć i zgonów z powodu NSP.	Zagrożenia: ● Brak środków finansowych. ● Brak współpracy między instytucjami.

Źródło: Kidawa, Malczewski 2016

1.2.6.7 Wnioski i rekomendacje dotyczące przedstawionej analizy

Wybór określonego modelu prawnego wymaga przede wszystkim określenia celu, jaki chcemy osiągnąć. W naszej opinii jednym z kluczowych obszarów z perspektywy zdrowia publicznego wymagającym pilnej interwencji jest ograniczenie liczby zatruć oraz innych konsekwencji zdrowotnych związanych z używaniem NPS (głównie psychozy, problemy psychiczne, rzadziej uzależnienie). Analiza dotyczy rozwiązań prawnych, które mają na celu redukcję podaży. Warto równocześnie wprowadzić rozwiązania z zakresu redukcji popytu w szczególności z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej oraz redukcji szkód.

Niezależnie od określenia celów czy modelu, można wyznaczyć kilka wydaje się priorytetowych obszarów, które powinny być uwzględnione podczas projektowania nowych rozwiązań prawnych, np.:

- podniesienie reaktywności systemu na pojawiające się zagrożenia dla zdrowia i życia jednostki,
- stworzenie systemu wymiany informacji o zagrożeniach pomiędzy sektorem zdrowia publicznego a organami ścigania.

Ponadto w celu uniknięcia wzrostu zagrożenia dla zdrowia publicznego należy także brać pod uwagę doświadczenia z lipcowej nowelizacji w 2015, które zaowo-

cowały wystąpieniem serii zatruczeń związanych z tzw. mocarzem. Wskazane wydaje się pozostawienie okresu adaptacyjnego – nie natychmiastowa zmiana, ale powolne dochodzenie do zmiany – oraz w miarę możliwości przeprowadzenie pilotażu wprowadzanych rozwiązań. Należałoby także dokładnie przeanalizować rozwiązania z innych krajów europejskich pod kątem ich skuteczności i możliwości adaptacji na gruncie polskiego prawa. Ponadto obecnie przynajmniej kilka krajów, w szczególności Wielka Brytania, wprowadziły nowe rozwiązania prawne. Warto prześledzić efekty ich wdrożenia. Przy wyborze rozwiązania proponujemy zwrócenie uwagi na krótkofalowe i długofalowe konsekwencje określonych rozwiązań oraz przeprowadzenie szerokiej interdyscyplinarnej dyskusji przed wprowadzeniem jakichkolwiek zmian. Wydaje się, że na obecny moment wysiłki ustawodawcy powinny skupić się na usprawnieniu istniejących mechanizmów oraz zbieraniu informacji o długofalowych efektach zmian wprowadzonych w innych krajach europejskich. Warto pracować nad możliwością przygotowania nowych rozwiązań prawnych. Zjawisko nowych substancji psychoaktywnych jest bardzo dynamiczne i radykalne zmiany mogą doprowadzać do czasowego lub stałego wzrostu zagrożenia dla zdrowia publicznego (Kidawa, Malczewski 2016).

1.2.7 Nowe rozwiązania dotyczące substancji psychoaktywnych w Polsce

Najnowsze regulacje prawne z lipca 2018 roku, które weszły w życie 26 sierpnia 2018 roku, wprowadziły dość zasadnicze zmiany w sposobie obejmowania kontrolą nowych substancji psychoaktywnych, jak również środków odurzających oraz substancji psychotropowych, czyli w przypadku dwóch ostatnich terminów substancji nazywanych w narkotykami. Według nowych zapisów w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca tzw. dopalacze zostały de facto potraktowane w taki sam sposób jak narkotyki. Posiadacze „dopalaczy” zostaną pociągnięci do odpowiedzialności karnej, co jest nową sytuacją w porównaniu do wcześniejszych polskich rozwiązań. Za posiadanie „dopalaczy” będzie groziła im grzywna albo kara ograniczenia lub pozbawienia wolności do 3 lat. W przypadku posiadania znacznych ilości „dopalaczy” będzie groziła kara nawet do 3 lat więzienia, a za handel nimi nawet do 12 lat. Jest to zasadnicza zmiana w porównaniu z poprzednimi rozwiązaniami funkcjonującymi od 2010 roku, gdzie posiadanie środków zastępczych (czyli właśnie „dopalaczy”) nie było karane. W 2015 roku w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, obok funkcjonującej dotychczas nazwy określających nowych substancji, został dodany termin „nowe substancje psychoaktywne”. Było to kolejne prawne określenie charakteryzujące „dopalacze”, wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia. W ustawie z 2015 roku mieliśmy zatem dwa terminy, które dotyczyły „dopalaczy”: środek zastępczy oraz nowa substancja psychoaktywna. O tym, co jest środkiem zastępczym decydował Główny

ny Inspektorat Sanitarny, a o tym, co jest nową substancją psychoaktywną – rozporządzenie Ministra Zdrowia (Malczewski 2018).

W przeciwieństwie do środków odurzających i substancji psychotropowych posiadanie środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych nie było karane, a za ich sprzedaż groziły tylko kary administracyjne na mocy zmian prawnych z 2010 roku. Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) dotyczący walki z dopalaczami wskazał, że w latach 2010–2016 inspekcja sanitarna wymierzyła blisko 65 mln zł kar, jednak do budżetu państwa wpłynęło zaledwie 1,8 mln zł (3 proc.) z kar nałożonych na sprzedawców nowych substancji psychoaktywnych. W rekomendacjach NIK zaproponował wprowadzenie rozwiązań opartych na prawie karnym, które mogą być o wiele skuteczniejsze niż działania wykorzystujące rozwiązania administracyjne w walce z „dopalaczami”. Raport NIK dotyczący kontroli zwalczania „dopalaczy” dostępny jest pod linkiem: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przeciwdzialaniu-sprzedazy-dopalaczy.html> (Malczewski 2018).

Podsumowując stan sprzed sierpnia 2018 roku, w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii znajdowały się listy narkotyków (środki odurzające i substancje psychotropowe), ale nie było wykazu „dopalaczy”, który był publikowany w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia jako lista nowych substancji psychoaktywnych. Dodatkowo posiadanie i rozprowadzanie środków zastępczych podlegało, podobnie jak nowych substancji psychoaktywnych, karom administracyjnym. Taki był stan prawny przed sierpniem 2018. Dzięki zmianie zapisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w sierpniu 2018 „dopalacze” zostały potraktowane w taki sam sposób jak narkotyki i umieszczone w jednym wykazie razem z substancjami psychotropowymi oraz środkami odurzającymi.

1.2.8 Narkotyki w rozporządzeniu ministra zdrowia

Oprócz zrównania „dopalaczy” z narkotykami, nowe rozwiązania prawne umożliwiają delegalizację substancji psychoaktywnych za pomocą rozporządzenia Ministra Zdrowia, co znacznie przyspieszy objęcie kontrolą kolejnych nowych substancji psychoaktywnych. W momencie pojawienia się „dopalaczy” obejmowanie ich kontrolą było wykonywane za pomocą nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, przez co ten proces się wydłużał. Pierwsza delegalizacja nowych substancji psychoaktywnych, przede wszystkim roślin, została wprowadzona w 2009 roku, kolejne grupy substancji obejmowano kontrolą w 2010 i 2011 roku. Następnie mieliśmy kilkuletnią przerwę i w 2015 roku objęto kontrolą bardzo dużą liczbę, bo aż 114 nowych substancji psychoaktywnych. Ostatnia delegalizacja to zmiany sierpniowe 2018, gdzie na mocy rozporządzenia wprowadzono pod kontrolę ponad 30 nowych substancji psychoaktywnych, które podlegają prawu karnemu. Ustawodawca wprowadził jednakże łagodniejsze kary w przypadku nowych substancji psychoaktywnych. W myśl nowych przepisów ich posiadanie, jeżeli dotyczy

niewielkiej ilości, może być zagrożone tylko karą grzywny. Przed wejściem opisywanych zmian wpisanie substancji psychoaktywnych na listę substancji kontrolowanych wymagało nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Obecnie, czyli po sierpniu 2018 kontrolowanie substancji psychoaktywnych będzie odbywać się na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia, w którym znalazły się wszystkie dotychczas objęte kontrolą substancje psychotropowe i środki odurzające, jak również cztery grupy generyczne oraz nowe substancje psychoaktywne z wcześniejszych rozporządzeń Ministra Zdrowia (Malczewski 2018).

1.2.9 Prawo generyczne w Polsce

Ważnym elementem zmian z sierpnia 2018 jest wprowadzenie do polskiej legislacji grup generycznych. W przypadku rozwiązania generycznego, ustawodawca ustala precyzyjną definicję rodzin substancji, tzn. powyższe rozwiązanie prawne przewiduje objęcie kontrolą nie tylko konkretnej substancji i jej soli, estrów czy izomerów, ale także szerszej grupy substancji. Do takiej grupy są włączane związki strukturalne podobne do interesującej nas substancji, w których pierścieniach został podmieniony jakiś podstawnik. W Unii Europejskiej taka legislacja oparta na prawie generycznym działa w wielu krajach t.j. Węgry, Finlandia, Litwa, Łotwa, Estonia, Irlandia, Francja, Wielka Brytania niektóre z nich zostały opisane w niniejszej publikacji, a w ostatnim czasie została wprowadzona w Niemczech. W niemieckiej legislacji ujęto dwie grupy generyczne substancji: syntetyczne kannabinoidy oraz syntetyczne katynony. W przypadku Irlandii oraz Wielkiej Brytanii prawo generyczne okazało się niewystarczające w walce z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Dynamicznie powstawały przede wszystkim nowe substancje psychoaktywne z grupy syntetycznych kannabinoidów. Dlatego też Irlandia w 2010 roku oraz Wielka Brytania w 2016 roku uzupełniły swoje rozwiązania prawne o prawo „blanket ban”, czyli opisywane wcześniej rozwiązania prawne polegające na delegalizacji wszystkich substancji psychoaktywnych, które nie są objęte innym prawem, jak np. alkohol czy papierosy. Definicje generyczne zaproponowane przez ustawodawcę w Polsce wydają się obejmować wyczerpującą listę modyfikacji nowych substancji w ramach czterech grup: pochodne 2-fenyletoaminy – grupa I-NPS; pochodne katynonu (2-amino-1-fenylpropan-1-olu) – grupa II-NPS; syntetyczne kannabinoidy (kannabinomimetyki) – grupa III-NPS; pochodne fentanylu grupy IV-NPS. Listę nielegalnych substancji psychoaktywnych zawiera nowy akt prawny Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 sierpnia 2018 roku w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, które weszło w życie 21 sierpnia. W rozporządzeniu, oprócz wyżej wymienionych grup, znalazło się również 31 nowych substancji psychoaktywnych. Warto zwrócić uwagę, że żadna z grup generycznych w nowej polskiej legislacji nie obejmuje benzodiazepin, które według ostatniego raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkoma-

nii (EMCDDA) z 2018 roku są coraz częściej wykrywane wśród oferowanych przez sprzedawców „dopalaczy” (EMCDDA 2018). Ponadto w rozporządzeniu została umieszczona nowa definicja NSP. Nowa substancja psychoaktywna oznacza każdą substancję lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działającą na ośrodkowy układ nerwowy, inną niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzającą (zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3) zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 4f pkt 3.

1.2.10 Nowy system rejestracji zatruć

Nadal nie mamy dokładnej wiedzy o wielu przypadkach zatruć i zgonów z powodu nowych substancji psychoaktywnych. Ośrodek Kontroli Zatruć w Warszawie gromadzi informacje o interwencjach medycznych z powodu prawdopodobnego zatrucia „dopalaczami”. Jednakże w przypadku większości z nich nie mamy informacji o substancji, która spowodowała taką reakcję organizmu. Ponadto nie ma w Polsce systemu rejestrowania zgonów z powodu „dopalaczy” i jak wynika z ostatniego raportu GIS – dotychczas odnotowano niewielką liczbę takich zgonów. Dla systemu kontroli i przeciwdziałania nowym substancjom psychoaktywnym bardzo ważna jest identyfikacja tych substancji w celu przeprowadzenia oceny ryzyka i ewentualnej ich delegalizacji.

Nowe rozwiązania prawne zawierają przepis, który ma na celu stworzenie krajowego systemu zbierania informacji o zatruciach i zgonach z powodu nowych substancji psychoaktywnych. Według ostatnich zapisów powstanie rejestr zatruć środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi, który będzie prowadzić Główny Inspektor Sanitarny.

1.3 Opis dopalaczy – najczęściej występujące grupy

Poniżej zostaną omówione najczęściej występujące grupy nowych substancji psychoaktywnych na polskiej scenie „dopalaczowej”. W większości analiz dotyczących tego typu substancji stosuje się podziały na grupy substancji ze względu na strukturę chemiczną. Robi tak chociażby Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA 2017a). Analiza w podziale na grupy chemiczne jest jak najbardziej uzasadniona przy obserwacji zmian zachodzących na rynku. Grupy chemiczne mówią dużo o kierunkach poszukiwania chemików i tzw. vendorów (sprzedawców dopalaczy). Jednak równie istotne dla zrozumienia problemu

nowych substancji psychoaktywnych jest wyjaśnienie jak substancje oddziałują na organizm. Pozwala to naszym zdaniem zrozumieć czym są nowe substancje psychoaktywne. Poniżej zostaną omówione najczęściej występujące na rynku grupy substancji. Zdecydowaliśmy się skupić na sposobie działania substancji, jako podstawowej osi podziału uwzględniając przy opisie także grupy chemiczne.

1.3.1 Psychostymulanty

Substancje o działaniu stymulujących na ośrodkowy układ nerwowy. Należą do trzech grup chemicznych: piperazyn, fenetylamin oraz syntetycznych katynonów. Zdecydowanie najczęściej występującą grupą są syntetyczne katynony. Jest to także najczęściej występująca w Polsce grupa nowych substancji psychoaktywnych. Do najpopularniejszych i najbardziej znanych substancji „starej daty” można zaliczyć mefedron (pierwsza substancja z całej grupy jaka pojawiła się na rynku) oraz później MDPV. Następnie na rynku pojawił się pentedron, bufedron, brefedron oraz chwilę później 3-MMC oraz alfa-PVP (znana także jako Flakka, nazwa przez media w USA mianem „narkotykiem zombi”). W ostatnim czasie do substancji z tej grupy dominujących na rynku zaliczyć należy HEX-EN i 4-CEC. Substancje najczęściej występują w postaci kryształu oraz białego proszku. Istnieją sporadyczne doniesienia o tym, że niektóre substancje występowały także tzw. mieszkach roślinnych. Dominującym sposobem przejęcia substancji z tej grupy jest przyjęcie donosowe, czyli tzw. wciąganie. Substancje są także stosowane w iniekcjach oraz doustnie. Niektóre substancje mogą być także inhalowane (np. używane za pomocą waporyzera).

Substancje z tej grupy są bardzo zróżnicowane. Mogą działać stymulująco (jak amfetamina) lub empatogennie, euforycznie (jak ecstasy). Użycie substancji powoduje ogólne pobudzenie psychoruchowe, wzrost ciśnienia, wzrost temperatury ciała, często rozszerzone źrenice, szczękocisk, bóle w klatce piersiowej, napięcie mięśni. W zależności od substancji działanie może mieć bardzo krótkie działanie (pożądane efekty psychoaktywne utrzymują się np. 30–120 min. co często u użytkowników powoduje chęć przyjmowania kolejnych dawek) lub długie. W przypadku części substancji bardzo szybko rośnie tolerancja. Nieprzyjemne efekty używania substancji z tej grupy (czyli tzw. zejście) mogą być odczuwane nawet przez kilkanaście godzin po zażyciu. Konsekwencją używania tych substancji może być długotrwała bezsenność, utrzymująca się przez okres nawet 2–3 dni po zażyciu. Dotyczy to w szczególności silnych stymulantów, takich jak MDPV, czy alfa-PVP.

Przyjmowanie tych substancji może być bardzo obciążające dla układu krwionośnego i oddechowego. W zdecydowanej większości przypadków nie ma badań na temat szkodliwości syntetycznych katynonów, a doniesienia takie mają charakter kazuistyczny lub anegdotyczny. Niemniej jednak pojawia się coraz więcej informacji o występowaniu krótko- i długotrwałych psychozy związanych z używaniem psychostymulantów (głównie katynonów). Ponadto rośnie liczba publi-

kacji i doniesień o zgonach, w przypadku których analizy pośmiertne wykazały obecność substancji z tej grupy lub wprost określono ich użycie jako bezpośrednią przyczyną zgonu.

1.3.2 Kannabinoidy

Kannabinoidy stanowią drugą co do wielkości grupę substancji obecnych na rynku. Są to syntetyczni agoniści receptorów kannabinoidowych. Jest to grupa substancji o podobnym działaniu jak tetrahydrokannabinolu (THC – główną substancję odpowiedzialną za działanie psychoaktywne marihuany). Substancje te oddziałują na receptor kannabinoidowy CB1, które to są częścią układu endokannabinoidowego odpowiedzialnego między innymi za regulację zachowania, humoru, apetytu, spania oraz systemu odporności. Początkowo substancje te były tworzone przez naukowców na potrzeby badań (EMCDDA 2018e). Jest to grupa substancji o różnicowanej strukturze chemicznej.

Najczęściej występującymi substancjami z tej grupy w latach wcześniejszych były między innymi AM-2201, UR-144. Później zaczęły się pojawiać nowsze syntetyczne kannabinoidy takie jak: AB-FUBINACA, AB-CHMINACA, MDMB-CHMICA. Występują one najczęściej w formie mieszanek ziołowych (tzw. maczanki – nasączonego substancją obojętnego materiału roślinnego) lub w formie fake hash (skompresowanego i nasączonego substancją materiału roślinnego, który ma imitować haszysz).

Choć mechanizm działania jest podobny do THC, syntetyczne kannabinoidy często oddziałują na receptory wielokrotnie silniej. Dodatkowo w przeciwieństwie do marihuany nie zawierają substancji działających antypsychotycznie (jak kannabidol).

Do efektów działania kannabinoidów należą: poczucie zrelaksowania, euforia, poczucie depersonalizacji, zaburzona percepcja czasu, upośledzona motoryka, halucynacje, paranoja, poczucie zagubienia, lęk, poczucie suchości w ustach, wysokie tętno, nudności i wymioty. W przypadku syntetycznych kannabinoidów bardzo często te objawy mają zdecydowanie bardziej nasilony charakter. Opiswane powyżej silne powinowactwo do receptorów kannabinoidowych powoduje, że substancje te są aktywne już w bardzo małych ilościach. Fakt ten w połączeniu z brakiem jakości i standaryzacji w produkcji (np. nierówno rozłożone substancje na materiale roślinnym) powoduje, że w przypadku syntetycznych kannabinoidów występują ostre zatrucia oraz zgony (EMCDDA 2018e). W Europie (w tym najprawdopodobniej w Polsce), w USA oraz Rosji zdarzały się przypadki masowych zatruc syntetycznymi kannabinoidami (te zagadnienia zostaną szerzej opisane rozdziale 4).

Do działań nieporządných raportowanych przy okazji zatruc lub wywołujących zgony zaliczane są: silna toksyczność sercowo-naczyniowa, natychmiastowa utrata przytomności/śpiączka, niewydolność oddechowa, drgawki, delirium, psychozy, silne pobudzenie, agresywne zachowanie.

1.3.3 Syntetyczne opioidy

Działają w sposób bardzo podobny do heroiny. Oddziałują na receptory opioidowe, powodując euforię, senność, poczucie odprężenia, poczucie błogości oraz zniesienie bólu oraz zwężenie źrenic. W wyniku przedawkowania może dojść do spowolnienia pracy serca, zaburzeń oddychania oraz utraty przytomności w konsekwencji zgonu spowodowanego depresją ośrodka oddechowego.

Substancje z tej grupy nie pojawiają się na rynku w znacznych ilościach, jednak jako grupa stwarzają duże zagrożenie dla zdrowia publicznego. W większości przypadków syntetyczne opioidy pochodzą z grupy fentanyli. Najczęściej występujące w Polsce substancje z tej grupy to furanylfentanyl oraz cyklopropylfentanyl. Opioidy produkowane Chinach i sprzedawane jako „dopalacze” stanowią według ostatniego raportu EMCDDA coraz większe zagrożenie [EMCDDA 2018e]. Na rynku narkotykowym w Europie od 2009 roku do maja 2018 roku wykryto 38 nowych opioidów syntetycznych (tylko w 2017 roku wykryto ich 13). Coraz częściej są wykrywane nowe opioidy o bardzo dużej sile działania (w szczególności pochodne fentanylu), które naśladują działanie opiatów pochodzenia naturalnego. Czasami występują w postaci sprayu do nosa. Sprzedawane są jako niedozwolone środki odurzające, takie jak heroina czy kokaina albo są z nimi mieszane. W Polsce były sprzedawane także w postaci mieszanek ziołowych do palenia. Według najnowszych danych pochodne fentanylu stanowiły przedmiot ponad 70% z szacowanych 1600 konfiskat nowych opioidów syntetycznych zgłoszonych w 2016 roku. O zagrożeniach związanych z nowymi opioidami świadczy fakt, że spośród dziesięciu nowych pochodnych fentanyli zgłoszonych za pośrednictwem Systemu Wczesnego Ostrzegania w Unii Europejskiej w 2017 roku pięć zostało poddanych ocenie ryzyka (akryloilofentanyl, furanylfentanyl, 4-fluoroizobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranfentanyl i carfentanyl). Ocenie ryzyka poddawane są najbardziej niebezpieczne substancje w Europie i na podstawie wyników oceny ryzyka Komisja Europejska podejmuje decyzję czy zdelegalizować daną substancję w UE. Ponadto bardzo niewielka ilość nowych fentanyli wystarczy do odurzenia się. Według raportu EMCDDA z 2014 roku [EMCDDA 2014a] 0,1 grama czystego karfentanilu stanowi około 10000 ulicznych dawek tej substancji. Tak duża moc tej substancji powoduje, że o wiele łatwiej jest ją przemycić, ponieważ do sprzedaży na dużą skalę wystarczą bardzo niewielkie ilości trudne do wykrycia.

Syntetyczne pochodne fentanylu były odpowiedzialne za fale zatruc i zgonów w Stanach Zjednoczonych. (EMCDDA 2018e)

Warto wspomnieć, że w Polsce również odnotowano zgony z powodu używania nowych opioidów. Według analiz zgonów z powodu narkotyków wykonanych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny dotyczących obszaru aglomeracji warszawskiej na pięć zgonów z powodu nowych substancji psychoaktywnych w 2016 roku, w trzech przypadkach wykryto nowy opioid: U47700, który jest 7,5-krotnie silniejszy od morfiny.

1.3.4 Psychodeliki

Substancje z tej grupy mogą przypominać działanie LSD (kwasu), meskaliny, psylocybiny lub anestetyków dysocjacyjnych takich jak ketamina. Nie jest to grupa substancji często wysypująca na rynku. Także zróżnicowanie w tej grupie nie jest tak duże jak w poprzednio omawianych. Najczęściej występującymi substancjami z tej grupy w ostatnich latach były metoksetamina oraz fenetylaminę psychodeliczne głównie należące do grupy tzw. NBOMe-ów (np. 25I-NBOMe). Metoksetamina jest substancją, zarówno pod względem chemicznym jak i sposobu działania zbliżoną do ketaminy. Ketamina jest anestetykiem dysocjacyjnym stosowanym od lat przy operacjach w medycynie oraz weterynarii. Do efektów używania tej substancji zalicza się: euforię, działanie empatogenne, przyjemne doświadczenia sensoryczne, depersonalizacja, średnie lub mocne poczucie oddzielenia się od ciała, halucynacje. (EMCDDA 2014b). Substancja najczęściej występuje w postaci tabletek lub proszku. EMCDDA odnotowało 120 zatruć oraz 20 zgonów, w przypadku których wykryto tę substancję.

NBOM-y z kolei należą do grupy chemicznej fenetylamin, podobnie jak amfetamina czy MDMA. Jednak ich działanie przypomina raczej znane psychodeliki takie jak LSD. Przykładem tej grupy substancji może być 25I-NBOMe, która często jest sprzedawana jako LSD. Użytkownicy raportowali efekty działania tej substancji podobne do LSD. W sumie EMCDDA odnotowało 32 zatrucia oraz 3 zgony związane z tą substancją [EMCDDA 2014c]. Substancje z tej grupy najczęściej występują w postaci blotterów (kartoników nasączanych substancją).

W przypadku psychodelików, podobnie jak w przypadku syntetycznych kannabinoidów, czy katynonów istnieje duże ryzyko wywoływania zatruć w tym zgonów związane z ich używaniem. Podobnie jak w przypadku innych grup, część substancji charakteryzuje się dużą aktywnością już w bardzo niskich dawkach i bardzo łatwo je przedawkować. Na potencjalne zagrożenie w związku z używaniem tych substancji ma wpływ także niska jakość oraz brak standaryzacji procesu produkcyjnego.

1.4 System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Substancjach Psychoaktywnych

Podstawowym źródłem informacji o nowych substancjach psychoaktywnych, zarówno na poziomie krajowym jak i europejskim jest system wczesnego ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych. Stanowi on także nieocenione źródło danych do monitorowania zmian zachodzących na krajowym i europejskim rynku nowych substancji psychoaktywnych. Zanim omówione zostaną analizy występowania substancji na polskim rynku w oparciu o te dane na początek należałoby opisać, czym jest System Wczesnego Ostrzegania.

1.4.1 Co to jest System Wczesnego Ostrzegania

System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach jest systemem zbierania danych oraz wymiany informacji o identyfikacji nowych substancji psychoaktywnych w Unii Europejskiej. Jest jednym z kluczowych elementów procedury, która została powołana do życia w 1997 r. jako odpowiedź na rosnącą liczbą pojawiających się substancji psychoaktywnych o działaniu zbliżonym do narkotyków, które pozostawały poza kontrolą na mocy międzynarodowego prawa narkotykowego oraz prawa krajów członkowskich. Od 1997r. trzykrotnie zmieniały się podstawy prawne. Obecnie podstawą opisywanego mechanizmu jest niedawno ogłoszone rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2101, zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 1920/2006 w zakresie wymiany informacji, systemu wczesnego ostrzegania oraz procedury oceny zagrożeń w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz. UE L 305 z 21.11.2017). Ostatnia zmiana miała na celu przyspieszenie procedury. Mimo zachodzących przez lata zmian, mających na celu dostosowanie procedury do wymogów zmieniającej się rzeczywistości podstawowe zasady funkcjonowania nie zmieniły się. Procedura składa się z trzech zasadniczych kroków: 1) wymiana informacji/wczesne ostrzeganie, 2) ocena ryzyka, 3) decyzja o kontroli substancji.

1.4.1.1 Wymiana informacji / Wczesne ostrzeganie

Wymiana informacji/wczesne ostrzeganie to etap, w którym prowadzony jest aktywny monitoring występowania nowych substancji psychoaktywnych. Tu właśnie umiejscowiony jest System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Substancjach Psychoaktywnych. Instytucją wyznaczoną do realizacji działań z zakresu wymiany informacji jest Europejskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii z siedzibą w Lizbonie (EMCDDA).

Zbieraniem i wymianą informacji objęte są wszystkie substancje psychoaktywne pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, nie będące prekursorami i nie wymienione w żadnym z załączników:

- Konwencji Narodów Zjednoczonych o Środkach Odurzających z 1961 r.
- Konwencji Narodów Zjednoczonych o Substancjach Psychoaktywnych z 1971 r.

które powodują podobne zagrożenie dla zdrowia publicznego co substancje wymienione w tych załącznikach (dokładnie mówiąc w załącznikach I, II lub IV Konwencji z 1961 r. i I, II, III, IV Konwencji z 1971 r.).

Celem Systemu jest monitorowanie nowych substancji na rynku europejskim, budowanie oraz wzmacnianie świadomości i przygotowanie odpowiedzi na zagrożenia wynikające z nowych substancji psychoaktywnych na poziomie europejskim i krajowym (EMCDDA 2018b). Informacje zbierane są za pośrednictwem sieci krajowych punktów kontaktowych (tzw. National Focal Points) w 28 krajach UE oraz

Turcji i Norwegii. Do sieci współpracy i wymiany informacji należą także Europol oraz Europejska Agencja Leków (EMA). Informacje pochodzą z krajowych sieci laboratoriów kryminalistycznych i toksykologicznych. Materiał do analiz pochodzi zarówno z konfiskat czy programów testowania substancji (co zostanie szerzej omówione w rozdziale 4) jak i z analiz dotyczących przypadków zatruc, analiz płynów biologicznych kierowców podejrzanych o prowadzenie pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych lub analiz pośmiertnych. Informacje o substancji, co do której zachodzi podejrzenie, że jest nową substancją psychoaktywną oraz o okolicznościach zdarzenia przekazywane są bez zwłoki do EMCDDA. Następnie, po analizie nadesłanej dokumentacji analitycznej i uzupełnieniu o dostępne w literaturze przedmiotu dane, EMCDDA rozsyła stosowną informację do wszystkich krajowych punktów kontaktowych. Wymiana informacji o powyższych substancjach jest obligatoryjna. W zawężonym rozumieniu systemu współpracy polega ona na wymianie informacji o fakcie wystąpienia na nielegalnym rynku substancji i jej składzie chemicznym. W szerokim rozumieniu SWO jest platformą wymiany informacji zarówno o nowych narkotykach, nowych mieszkankach jak i o nowych zjawiskach, nowych trendach oraz zagrożeniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (takich jak wysokie stężenie substancji aktywnej, zanieczyszczenia substancji, zgonach i zatruciach powodowanych przez substancje).

W efekcie zarówno krajowe punkty kontaktowe jak i EMCDDA szybko otrzymują informacje o nowych substancjach występujących w Europie oraz o wszelkich zidentyfikowanych zagrożeniach związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Dodatkowo od momentu identyfikacji substancji EMCDDA prowadzi jej aktywny monitoring w poszukiwaniu ewentualnych informacji o szkodach związanych z jej używaniem.

1.4.1.2 Ocena ryzyka

W momencie, gdy EMCDDA na podstawie dostępnych danych stwierdzi, że substancja wymaga pogłębionej analizy, we współpracy z Europolem i Europejską Agencją Leków tworzy Raport wstępny o substancji. Raport zawiera wstępną analizę dostępnych danych na temat substancji między innymi informacje o charakterystyce chemicznej substancji, o wykorzystaniu w przemyśle, weterynarii i lecznictwie, informacje o zdarzeniach świadczących o występowaniu problemów zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji, ewentualnych restrykcjach w obrocie substancją stosowanych w krajach członkowskich oraz zaangażowaniu zorganizowanych grup przestępczych w handel substancją. Raport taki jest przekazywany do Komisji Europejskiej. Komisja na podstawie raportu może zwrócić się do EMCDDA o przeprowadzenie pełnej oceny ryzyka substancji oraz przygotowanie raportu. Komisja czyni to w przypadkach, kiedy na podstawie wstępnego raportu uzna, że substancja może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego i poważne społeczne zagrożenie. Oceny ryzyka dokonuje Komitet Naukowy EMCDDA, w którego skład wchodzi wyselekcjonowani wiodący naukowcy europejscy. Zespół ma charakter interdyscyplinarny

i w jego skład wchodzi przedstawiciele nauk społecznych oraz nauk ścisłych. Ocena obejmuje takie kategorie jak: Uzależnienie i potencjał nadużywania substancji, rozpowszechnienie używania, ryzyko zdrowotne związane z używaniem substancji, ryzyko społeczne związane z używaniem substancji, zaangażowanie zorganizowanej przestępczości w handel substancją.

1.4.1.3 Decyzja o kontroli substancji

Na podstawie przygotowanego raportu z oceny ryzyka Komisja Europejska może zarekomendować Radzie Unii Europejskiej objęcie substancji kontrolą. Jeżeli Rada przychyli się do rekomendacji Komisji (w drodze głosowania), to Państwa Członkowskie mają 1 rok na zdelegalizowanie substancji.

1.4.1.4 SWO na poziomie krajowym

W polskim prawie nie ma bezpośredniego odniesienia do Systemu Wczesnego Ostrzegania (SWO). Jednak zapisy art. 6 pkt. 3 ust. 12 oraz art. 44c pkt. 11 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii wskazują, że CINN KBPN jest zobowiązane do wymiany informacji z EMCDDA oraz że krajowe jednostki analityczne mają obowiązek raportowania względem Biura w zakresie nowych substancji psychoaktywnych.

Rolę polskiego punktu kontaktowego pełni Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (tzw. National Focal Point). Krajowe Biuro koordynuje krajową sieć wymiany informacji o nowych substancjach psychoaktywnych. W skład systemu wchodzi wiodące laboratoria chemiczne i toksykologiczne posiadające doświadczenie w prowadzeniu analiz nowych substancji psychoaktywnych oraz odpowiednie wyposażenie do prowadzenia analiz takich związków. Są to między innymi Centralne Laboratorium Celne, Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie, Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji, które jednocześnie koordynuje zbieranie informacji z sieci Wojewódzkich Laboratoriów policyjnych, Narodowy Instytut Leków, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralne Laboratorium Straży Granicznej a także Główny Inspektorat Sanitarny (oraz jednostki analityczne Państwowej Inspekcji Sanitarnej z Radomia oraz Bydgoszczy) oraz ekspertów reprezentujących szereg innych jednostek analitycznych. Wymiana informacji prowadzona jest w dwóch trybach:

- Ad hoc – zgłoszenie identyfikacji pojedynczej substancji zidentyfikowanej po raz pierwszy Polsce lub w Europie
- Tzw. Progress/Final report (raporty roczne i półroczne) – Raporty półroczne oraz roczne z wykazem wszystkich zidentyfikowanych we wskazanym okresie nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu prawa europejskiego.

Dane pochodzące z tych ostatnich raportów będą przedmiotem poniższej analizy.

1.4.2 Opis danych, metodologia oraz ograniczenia w interpretacji

Dane zbierane z raportów rocznych i półrocznych mają swoją specyfikę i ograniczenia. Przedstawione poniżej analizy należy interpretować z ostrożnością przynajmniej z kilku powodów. Można je traktować jedynie jako przybliżony wskaźnik popularności poszczególnych substancji na rynku. Przede wszystkim należy pamiętać, że są to dane z wybranych jednostek analitycznych, czyli laboratoriów analizujących substancje, a nie z organów ścigania. Wobec tego są one reprezentatywne dla przeprowadzonych analiz i nie odzwierciedlają całości zabezpieczonych w Polsce nowych substancji psychoaktywnych.

Ponadto po części są to dane jednostkowe a po części zagregowane na poziomie konkretnego raportującego źródła. W praktyce oznacza to, że część laboratoriów otrzymuje tylko próbę większej całości do analizy, i nie jest w stanie zdobyć przypadków dotyczących całości zabezpieczonej substancji. Z drugiej strony inne laboratoria mają dostęp do kompletu informacji i sprawozdają całość zabezpieczonego materiału, a nie jedynie analizowane próbki. Ponadto problematyczna jest sama definicja przypadku. Czasami jedno zabezpieczenie np. 30 tabletek jest traktowane jako jedna sprawa, a czasami jako 30 spraw. Jest to uzależnione od liczby przeprowadzonych analiz.

Poza wyżej wymienionymi ograniczeniami są także inne czynniki zakłócające, które trzeba brać pod uwagę przy interpretacji tych danych. Zdecydowana większość danych jest związana z postępowaniami policyjnymi lub postępowaniami Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wobec tego aktywność i skuteczność działania służb może mieć wpływ na zniekształcenia w danych i zafałszowany obraz zjawiska. Dodatkowo czynnikiem zakłócającym jest także czas oczekiwania na analizy. Wiele laboratoriów, ze względu na ograniczone zasoby i złożoność analiz koniecznych do potwierdzenia identyfikacji nowych substancji psychoaktywnych, nie jest w stanie przeprowadzać analiz na bieżąco. W efekcie niektóre próbki zostają przeanalizowane nawet rok od ich otrzymania. Bez wpływu na te dane nie pozostaje także kwestia zmian legislacyjnych, co zostanie szerzej omówione w dalszej części rozdziału.

Kolejną kwestią, którą należy wziąć pod uwagę w przypadku tych danych jest opóźnienie z jakim próbki nowych substancji trafiają do analizy względem pierwszego pojawienia się na rynku. Przyjmuje się, że od momentu trafenienia substancji na rynek do pierwszej identyfikacji substancji w laboratoriach mija mniej więcej rok. Kolejne kilka miesięcy mija zanim konkretną substancję można identyfikować rutynowo w większości laboratoriów. Stąd należy założyć, że dane te przedstawiają rynkowe tendencje z opóźnieniem. Istnieją sposoby skrócenia tego okresu poprzez dyskusyjne testowanie substancji pozyskanych bezpośrednio od użytkowników, które zostaną omówione w rozdziale 4.

Wobec tych wszystkich ograniczeń, dlaczego więc zadawać sobie trud i poddawać te dane analizie? Powód jest prosty. Na chwilę obecną są to jedyne dane, które dają nam chociażby przybliżony obraz substancji dominujących na rynku, co jest bardzo istotne zarówno dla zdrowia publicznego, jak i dla analizy mechanizmów wpływających na dynamikę tego rynku.

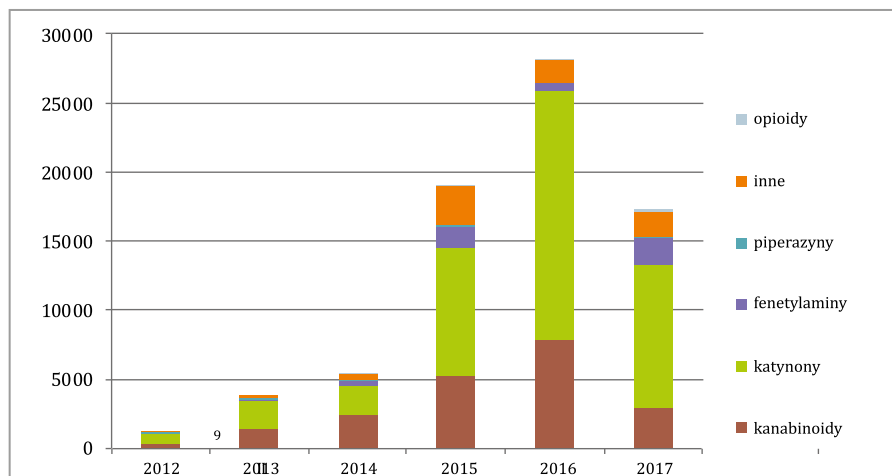
Wracając do kwestii analitycznych, dane pochodzą z raportów rocznych sporządzanych przez KBPN na potrzeby Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Analizie poddaliśmy raporty roczne od 2012 do 2017r. Raporty zawierają między innymi informacje o nazwie substancji, liczbie przypadków oraz wadze analizowanego materiału. W poniższych analizach skupiliśmy się na analizie liczby przypadków, ponieważ naszym zdaniem lepiej odzwierciedla ona stan faktyczny. Przy analizie wag substancji natrafiliśmy na problem związany z jednostkowymi przypadkami konfiskat dużych ładunków (po kilka lub kilkadziesiąt kilogramów), co utrudniało interpretację i porównywanie danych z roku na rok. Wobec powyższego poniżej prezentujemy analizy dotyczące liczb identyfikacji w laboratoriach konkretnych nowych substancji psychoaktywnych. Wagi zostały użyte przy wyborze 5 najpopularniejszych substancji z poszczególnych grup jako swojego rodzaju walidator selekcji dokonanej na podstawie liczby analiz. W odróżnieniu od metodologii zastosowanej w badaniu I-trend opisaną szerzej w następnych rozdziałach zdecydowaliśmy się na wybór pięciu substancji. Wynika to z faktu, że wstępne analizy wykazały, że na rynku w sposób wyraźny dominuje 4–5 substancji, a selekcja pozostałych następuje dużych trudności ze względu na bardzo zbliżone wartości wskaźników.

1.4.3 Analiza substancji zgłoszonych do SWO w latach 2012–2017

Na przestrzeni ostatnich lat mieliśmy do czynienia z dynamicznym wzrostem liczby identyfikowanych nowych substancji psychoaktywnych. W 2012 roku w ramach sprawozdawczości rocznej otrzymaliśmy informacje o ok. 1300 takich przypadków. Rok później liczba ta sięgnęła już prawie 3900. W następnych latach wzrost przybrał jeszcze na dynamice. W 2014 r. zgłoszono ponad 5400 przypadków identyfikacji substancji, a w 2015 ta liczba wyniosła ponad 19000. Najwyższy wskaźnik osiągnięto w 2016 r., kiedy do systemu zgłoszono identyfikację NPS w ponad 28000 przypadków. Liczba ta spadła w 2017 r. do ponad 17000. Wiele innych źródeł potwierdza, że pomiędzy 2012 a 2015 r. rynek tzw. dopalaczy systematycznie i dynamicznie się rozrastał. Nie bez wpływu na dane z pewnością pozostał fakt zwiększenia się liczby laboratoriów raportujących NSP w ramach systemu oraz fakt wprowadzenia w lipcu 2015 roku nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzającej 114 nowych substancji psychoaktywnych pod

kontrolę prawną, a także seria zatruć „mocarzem” szerzej opisana w rozdziale 4. Sytuacja ta niejako wymusiła wzmożoną aktywność organów ścigania (w szczególności Policji) zaraz po wydarzeniach z lipca oraz w drugiej połowie 2015 r. Ponadto sam rynek musiał zareagować zmianą asortymentu wobec zmian ustawowych co było związane ze wzmożonymi działaniami promocyjnymi (wyprzedaże) oraz wprowadzaniem nowych produktów (aktywna promocja). Zatem z jednej strony było więcej kontroli i zatrzymań, a z drugiej więcej substancji na rynku (stare i nowe). Zebrany materiał z uwagi na swoją objętość stanowił wyzwanie dla laboratoriów, stąd występowały opóźnienia w dentyfikacji substancji. Wszystkie te czynniki wpłynęły na dalszy wzrost liczby analiz nowych substancji psychoaktywnych w 2016 r. oraz spadek w 2017 roku.

Wykres 1.4.3.1. Liczba identyfikacji NSP w Polsce w latach 2012–2017



Źródło: CINN KBPN, obliczenia własne

Podjęliśmy także próbę analizy występujących substancji pod kątem grupy chemicznej do której należą. (patrz wykres 1.4.3.1). Prezentuje ona kilka ciekawych tendencji. Już na pierwszy rzut oka widać, że pewną niezmienną przez lata cechą jest dominacja na scenie nowych substancji psychoaktywnych w Polsce dwóch grupy substancji: syntetycznych kannabinoidów i syntetycznych katynonów. Od 2014 r. wyraźnie widać dominację na rynku syntetycznych katynonów. Ponadto od 2015 r. wzrasta zróżnicowanie pojawiających się substancji. Proporcjonalnie zwiększa się udział substancji należących do innych grup w tym fenetylamin. Rzadziej na rynku występują piperazyny za to na szerszą skalę pojawiają się opioidy. Nie jest to w dalszym czasie grupa liczna, ale w 2016 opioidy zidentyfikowano w prawie 170 przypadkach, podczas gdy w poprzednim roku były to 24 przypadki. Wcześniej substancje z tej grupy praktycznie nie występowały.

Jest to tendencja niepokojąca, w szczególności w kontekście potencjalnego ryzyka zagorzenia dla życia, jakie te substancje mogą powodować, o czym pisaliśmy wcześniej. Ciekawych wniosków może dostarczyć także analiza w podziale na poszczególne grupy związków chemicznych. Poniżej przedstawiliśmy analizę w podziale na dwie największe grupy, czyli syntetyczne katynony oraz syntetyczne kannabinoidy.

1.4.3.1 Syntetyczne katynony

Analiza danych na temat występowania katynonów pokazuje jak dynamicznie zachodzą zmiany na rynku nowych substancji psychoaktywnych (patrz tabela 1.4.3.1.1.).

Tabela 1.4.3.1.1. Syntetyczne katynony (top 5) 2012–2017

2012	2013	2014	2015	2016	2017
Butylon 158	Pentedron 575	3-MMC 619	3-MMC 2307	a-PVP 4383	HEX-EN 2103
Pentedron 143	a-PVP 280	Pentedron 578	a-PVP 2169	4-CMC 3216	4-CMC 1622
MDPV 105	MDPV 168	a-PVP 268	Pentedron 865	3-CMC 2896	4-CEC 1303
4-MEC 47	3-MMC 165	Etkatynon 155	3,4-DMMC 505	4-Methyl-N,N-dimethylcathinone 1683	3-CMC 1044
Brefedron 38	3,4-DMMC 131	MDPBP 134	Brefedron 449	3-MMC 1017	3-CEC 904

Źródło: CINN KBPN, obliczenia własne

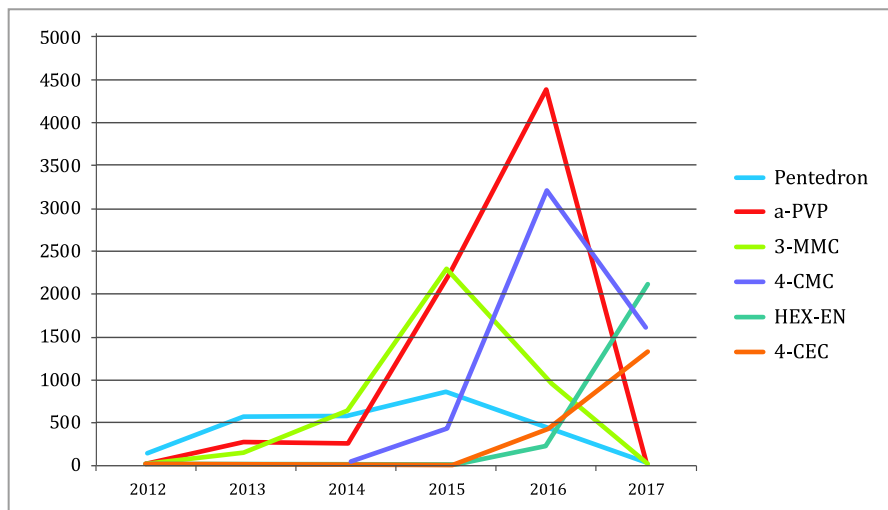
W 2012 najpopularniejszymi substancjami były Butylon, Pentedron oraz MDPV. Pentedron pozostał jedną z najpopularniejszych substancji przez 3 następne lata, podczas kiedy butylon oraz MDPV systematycznie znikwały z rynku zastępowane przez takie nowości jak 3-MMC oraz alfa-PVP, które w 2015 były zdecydowanie najpopularniejszymi katynonami na rynku. Z czasem także pentedron zaczął zanikać z rynku. W ostatnich latach pojawiły się na szerszą skalę nowe katynony takie jak 4-CMC, 4-CEC, 3-CMC oraz HEX-EN.

Dynamikę zmian rynkowych jeszcze lepiej widać analizując występowanie najpopularniejszych substancji w poszczególnych latach. (patrz wykres 1.4.3.1.1.). W 2013 roku rynek był wyraźnie zdominowany przez pentedron. Dwa lata później zdecydowanie dominowały 3-MMC oraz alfa-PVP. Jak wskazuje wykres kluczowym momentem dla zmian na scenie „dopalaczy” w analizowanym okresie był rok 2015. W połowie 2015 roku weszła w życie nowelizacja ustawy

o przeciwdziałaniu narkomanii⁸, która zdelegalizowała 114 substancji, między innymi pentedron, 3-CMC oraz alfa-PVP.

Pentedron oraz 3-CMC zaczęły stopniowo znikać z rynku, natomiast alfa-PVP stała się najczęściej występującą substancją. W tym samym czasie zdecydowanie wzrosła popularność 4-CMC.

Wykres 1.4.3.1.1 Dynamika syntetycznych katynonów na rynku w latach 2012–2017



Źródło: CINN KBPN, obliczenia własne

Między 2016 a 2017 rokiem zyskały na popularności dwie kolejne substancje, czyli 4-CEC oraz HEX-EN. Istotne jest, że obie substancje pojawiły się w Polsce po raz pierwszy dopiero w 2016 roku, czyli w ciągu roku stały się jednymi z najpopularniejszych na rynku.

2.4.3.2 Syntetyczne kannabinoidy

Analizując dane dotyczące występowania kannabinoidów widać także zmiany jakie zachodziły w poszczególnych latach (patrz tabela 1.4.3.2.1.).

⁸ USTAWA z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw [Dz.U. z 2015 poz. 875].

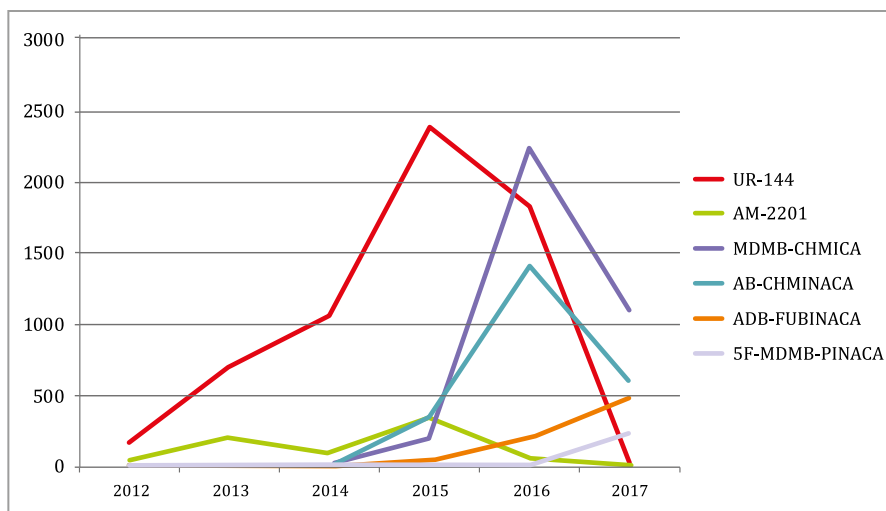
Tabela 1.4.3.2.1. Syntetyczne kanabinoidy (top 5) 2012–2017

2012	2013	2014	2015	2016	2017
UR-144 174	UR-144 709	UR-144 1065	UR-144 2403	MDMB-CHMICA 2227	MDMB-CHMICA 1094
JWH-210 51	RCS-4 250	JWH-081 317	AB-CHMINACA 359	UR-144 1837	AB-CHMINACA 613
AM-2201 49	AM-2201 213	RCS-4 245	AM-2201 342	AB-CHMINACA 1413	ADB-FUBINACA 469
5F-UR-144 46	5F-UR-144 59	JWH-122 176	MDMB-CHMICA 204	NM-2201 331	5F-MDMB-PINACA 233
JWH122-5F 30	AM-1248 35	5F-UR-144 135	5F-AKB48 161	ADB-FUBINACA 205	5F-PB-22 34

Źródło: CINN KBPN, obliczenia własne

W 2012 roku najpopularniejszą substancją z tej grupy na rynku było UR-144, JWH-210 oraz AM-2201. UR-144 było także najpopularniejszą substancją w latach 2013–2015, a w 2016 roku było drugą co do popularności substancją. Poza wyżej wymienionymi, w latach 2013 oraz 2014 na czele listy najpopularniejszych substancji pojawiało się przynajmniej kilka substancji takich jak RCS-4, JWH-081, 5F-UR-144 (czyli fluorowa pochodna UR-144), JWH-122 oraz inne. AM-2201 pozostawało wysoko na liście topowych syntetycznych kannabinoidów w tym okresie. Kluczowym momentem dla zmian okazał się po raz kolejny rok 2015, gdzie byliśmy świadkami pojawienia się nowych substancji w gronie najpopularniejszych, takich jak AB-CHMINACA, MDMB-CHMICA, ADB-FUBINACA. W dalszych latach w analizowanym okresie te właśnie substancje zaczęły dominować, podczas gdy UR-144 oraz AM-2201 powoli zniknął z rynku. Wyraźniej to widać na wykresie przedstawiającym dynamikę występowania wybranych substancji na rynku (patrz wykres 1.4.3.2.1.).

Wykres 1.4.3.2.1. Dynamika syntetycznych kannabinoidów na rynku w latach 2012–2017



Źródło: CINN KBPN, obliczenia własne

Należy zwrócić uwagę, jak dużą dominację przez lata miało UR-144 i jak szybko zniknęło z rynku. Los UR-144 podzielił także kolejny dominujący niegdyś na rynku syntetyczny kannabinoid, czyli AM-2201.

Podobnie jak w przypadku katynonów, kluczowy dla kształtu rynku syntetycznych kannabinoidów był rok 2015, kiedy to wprowadzono pod kontrolę ponad 30 najpopularniejszych kannabinoidów. Co istotne MDMB-CHMICA, AB-CHINACA, ADB-FUBINACA i 5-F-MDMB-PINACA praktycznie nie występowały na rynku przed 2015 r.

2.4.3.3 Wnioski i dyskusja

Podsumowując przedstawione powyżej analizy wyraźnie widać, że wprowadzone zmiany dotyczące kontroli substancji są jednym z czynników mających największy wpływ na kształt rynku substancji. Zmiany prawne powodują praktycznie eliminację z rynku substancji wprowadzanych pod kontrolę. Jednak rynek reaguje wprowadzeniem nowych substancji, które zastępują stare. Te kwestie były wielokrotnie poruszane w debacie publicznej na temat „dopalaczy”. Często porównywano takie zabiegi do strzelania do ruchomego celu (EMCDDA 2009) lub „zabawy w kotka i myszkę”. Po części takie ujmowanie sprawy jest uzasadnione. Jednak należy zauważyć, że rynek ma także swoją wewnętrzną dynamikę. Pokazuje to nie tylko analiza zmian jakie zachodziły na rynku w czasie braku interwencji prawnej (w latach 2012–2015), ale chociażby obserwacja forów internetowych, gdzie, co chwilę pojawiają się relacje dotyczące nowych substancji.

Rynek nowych substancji psychoaktywnych, podobnie jak każdy inny rynek jest kształtowany zarówno przez regulatora (w postaci Państwa Polskiego) jak i przez podstawowych graczy (w postaci vendorów i klientów). Kształt tego rynku jest wypadkową ich działań.

Można się spodziewać, że nowe prawo, które weszło w życie w połowie 2018 roku spowoduje małą rewolucję na scenie nowych substancji psychoaktywnych. Generyczny sposób definiowania substancji za jednym zamachem może wykluczyć z rynku setki związków chemicznych. Rynek jednak nie znosi próżni, wobec tego najprawdopodobniej dostosuje się do tych zmian w ten czy inny sposób. Być może będzie to zmiana modelu sprzedaży i „wejście do podziemia” lub zmiana ofert idąca w stronę substancji i grup substancji nie mieszczących się w definicjach generycznych. Dane z 2018 i 2019 roku będą kluczowym źródłem do zrozumienia zachodzących zmian.

2. Badania dotyczące nowych substancji psychoaktywnych

2.1 Wyniki badań populacyjnych na temat nowych substancji psychoaktywnych

W niniejszym rozdziale zostaną przedstawione przede wszystkim wyniki ostatnich badań, które zostały zrealizowane lub zostały zlecone przez CINN KBPN we współpracy z firmami badawczymi lub ośrodkami uniwersyteckimi, w których uwzględniona została tematyka nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Są to ogólnopolskie badanie dotyczące zarówno rozpowszechnienia używania NSP wśród młodzieży, jak również wśród dorosłej populacji. Dwie części rozdziału dotyczą problemów związanych z NSP i narkotykami: zgony z powodu przedawkowania oraz substancje psychoaktywne w ruchu drogowym.

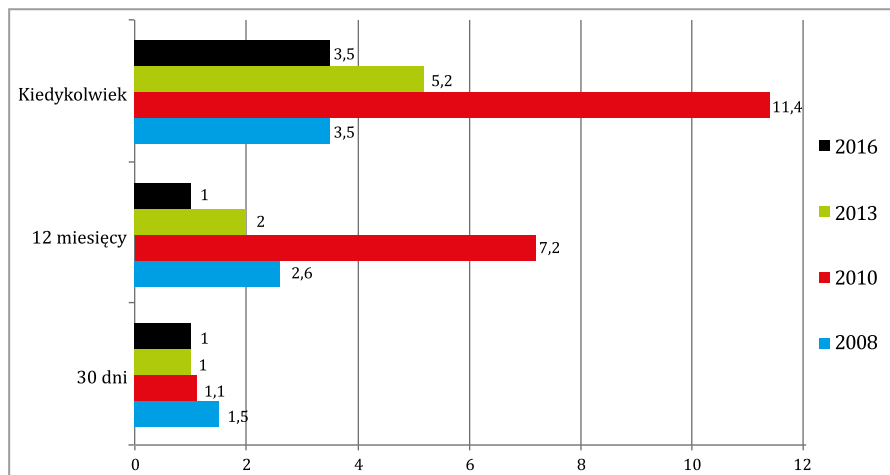
2.1.1 Badania wśród młodzieży: 2008–2016

Fundacja CBOS od ponad 10 lat realizuje we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii badanie pt. „Młodzież”. Cykliczność pomiaru pozwala śledzić dynamikę zjawisk zachodzących w ciągu ponad dwóch dekad. Raporty z tych badań dostępne są na stronie Centrum Informacji KBPN: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>. Warto podkreślić, że w 2008 roku po raz pierwszy w Polsce w ramach prezentowanych badań podjęto próbę określenia skali zażywania przez młodzież „dopalaczy”, nazywanych nowymi substancjami psychoaktywnymi. Dzięki ponownym pomiarom możemy spróbować znaleźć odpowiedź na pytanie, na ile skuteczne były podjęte działania, mające na celu ograniczenie popytu i podaży nowych substancji psychoaktywnych. Omawiane badanie realizowane jest w ostatnich klasach szkół ponadgimnazjalnych (przede wszystkim są to uczniowie w wieku 18–19 lat) na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie. Ostatnie badanie przeprowadzono na przełomie listopada i grudnia 2016 roku wśród uczniów z 82 szkół (N=1724). Ich wyniki wyraźnie pokazują, że odnotowujemy spadek używania NSP. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi substancjami jest na takim samym poziomie jak w 2008 roku: 3,5%. W ciągu ostatniego roku NSP używało 1% badanych, podobnie jak w ciągu ostat-

niego miesiąca – również 1%. Są to najniższe wskaźniki od początku prowadzonego badania, tj. od 2008 roku. Według deklaracji z 2008 roku, po NSP sięgnęło „kiedykolwiek w życiu” 3,5% uczniów, w 2010 roku odsetek deklaracji wzrósł do 11%. Do kontaktu z NSP w ciągu roku poprzedzającego badanie z 2010 roku przyznało się 7% uczniów (wobec 3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (2% w 2008 roku). W 2010 roku funkcjonowało ponad 1300 sklepów z nowymi substancjami psychoaktywnymi, natomiast wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania NSP. Do kontaktu z tymi substancjami „kiedykolwiek w życiu” przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010 roku (5%), a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich „w ciągu ostatniego roku” (spadek z 7% do 2%), odsetek osób sięgających po NSP „w ciągu ostatnich 30 dni” wyniósł natomiast 1% (Malczewski, 2014).

Analizując dane socjodemograficzne z badania w 2016 roku można wyróżnić grupy, w których poziom używania NSP jest wyższy od średniego. Częściej po te substancje sięgają chłopcy (5%) niż dziewczęta (3%). Najwyższy odsetek odnotowaliśmy w zasadniczej szkole zawodowej (6%) oraz w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (6%). Badani oceniający swoje warunki jako złe (9%) z większym prawdopodobieństwem sięgną po NSP niż osoby mające „dobre” warunki (3%). Podobnie jak osoby głęboko wierzące rzadziej używają NSP (3%) niż niewierzące (7%). Jako łatwe zdobycie NSP określiło 15% respondentów. Mniejszy odsetek mieszkańców wsi (13%) niż miast zadeklarował zdobycie NSP jako łatwe (w zależności od wielkości miasta: od 15% do 19%). W badaniu z 2010 roku uczniom zadano dodatkowe pytania o NSP – miały one na celu oszacowanie skali nowego zjawiska na rynku narkotykowym. Pierwszą kwestią poruszoną w badaniu była sama znajomość terminu. O „dopalaczach” słyszało 80% badanych w 2013 roku (90% w roku 2010), a co ósmy (12%) był w sklepie z NSP (27% w 2010 roku) (Malczewski 2014). W ostatnim pomiarze odnotowano spadek tych wartości. W 2016 roku o „dopalaczach” słyszało 68% ankietowanych (Malczewski 2017a). Kolejną kwestią, która była przedmiotem badania było kupowanie NSP. W 2016 roku 1,7% wszystkich objętych badaniem kupowało w sklepach stacjonarnych (n=1724). Z polskiego sklepu internetowego korzystało 1,1% badanych, a z zagranicznego – 1,1%. Taki sam odsetek badanych korzystał z ukrytych giełd internetowych, tzw. kryptomarketów (1,1%). W inny sposób kupowało 2,3%. Były to osoby, które kupowały m.in. NSP od dilerów czy znajomych. 0,5% badanych kupowało nie rzadziej niż 2-3 razy w miesiącu (Malczewski 2017a).

Wykres 2.1.1.1 Używanie NSP wśród młodzieży szkolnej – ostatnie klasy szkół ponadgimnazjalnych (%).



Źródło: Malczewski, 2017a.

2.1.2 Badania w populacji generalnej: 2010–2015

Analizując rynek nowych substancji psychoaktywnych, warto się przyjrzeć, jaka może być skala popytu, czyli jaki jest poziom rozpowszechnienia nowych substancji psychoaktywnych w Polsce. W niniejszym podrozdziale przedstawione zostaną wyniki badań zleconych lub zrealizowanych przez KBPN w latach 2010–2015, których wyniki zostały opublikowane na stronie Centrum Informacji: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166643>. W ogólnopolskim badaniu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii dotyczącego postaw i zachowań w 2010 roku uwzględniono pytanie o używanie nowych substancji psychoaktywnych (n=3900). W ramach wywiadów kwestionariuszowych osoby, które były chociaż raz w sklepie z „dopalaczami” zapytane zostały o używanie NSP. Wyniki badania pokazały, że 3% osób zadeklarowało używanie NSP kiedykolwiek w życiu. Następne ogólnopolskie badanie zostało przeprowadzone w 2012 ramach badań dotyczących uzależnień behawioralnych zrealizowanych z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowy (n= 3428). Według tego pomiaru zrealizowanego przez Fundację CBOS do używania NSP kiedykolwiek w życiu przyznało się 1,4% badanych wieku 15–64 lat. (Malczewski, Misiurek 2013). W badaniu z 2012 roku jak i w późniejszych pomiarach pytano się o używania NSP wszystkich badanych, a nie jak to było w pomiarze z 2010 roku tylko tych, którzy byli w sklepach z „dopalaczami”. Kolejne badanie zostało przeprowadzone w czerwcu 2013 i objęło reprezentatywną próbę mieszkańców Polski w wieku powyżej 15. roku życia (N=1000). Część terenowa zo-

stała zrealizowana przez TNS Polska w ramach badania o nazwie Omnibus. Wyniki badania potwierdziły, że używanie NSP wśród całej populacji kształtuje się na niewielkim poziomie. Do używania NSP przyznało się 2% respondentów (3% mężczyzn, 2% kobiet). W badaniu z 2012 roku zarejestrowano podobny odsetek – 1,4% (15–64 lata), natomiast największy odsetek osób używających NSP w 2013 roku odnotowano w grupie osób w wieku 20–24 lata – co dwunasty badany w tym przedziale wiekowym (8%). O połowę mniejszy odsetek odnotowano wśród osób w wieku 15–19 lat (4%). W ciągu ostatniego roku przed badaniem NSP używał 1% badanych. Taki sam wynik można zaobserwować w przypadku wskaźników dotyczących ostatniego miesiąca. Największy odsetek odpowiedzi odnotowano w miastach do 100 tysięcy mieszkańców (3%), a najmniejszy w miastach powyżej 500 tysięcy (1%). Jeśli przyjrzymy się wykształceniu osób sięgających po nowe substancje psychoaktywne, to najwyższy odsetek zarejestrowano wśród osób z wyższym wykształceniem (3%), najmniejszy zaś u badanych z wykształceniem podstawowym (1%). Najczęściej wybieranym narkotykiem była marihuana. Do używania przetworów konopi przyznało się 7% badanych (Malczewski, Misiurek, 2014). Innym badaniem, które pozwala przyjrzeć się skali używania NSP w Europie, jest badanie z 2014 roku pt. *Young People and Drugs* (Flash Eurobarometer, 401), zlecone po raz drugi (pierwszy pomiar w 2011 roku) przez Komisję Europejską, a zrealizowane przez TNS Political and Social. Wywiady przeprowadzono wśród osób pomiędzy 15. a 24. rokiem życia. Wyniki dotyczące używania NSP nieznacznie różniły się od wyników uzyskanych w badaniu omnibusowym z 2013 roku. Kontakt z NSP zadeklarowało 8% respondentów w badaniu CINN KBPN w wieku 15–24 lata, podczas gdy w badaniu europejskim wskaźnik ten wyniósł niewiele ponad 6%. Ze względu na różnice w metodologii nie można rzetelnie porównać wyników tych pomiarów. Jednak wyraźnie widać, że po NSP sięgają przede wszystkim osoby młode. Warto zwrócić uwagę, że według Eurobarometru odsetek osób, które miały kontakt kiedykolwiek w życiu z NSP w Polsce pozostał na tym samym poziomie w 2014 roku (9%) co w roku 2011 (9%). Odsetek europejski wzrósł o trzy punkty procentowe w 2014 roku do 8%. Kilka krajów odnotowało duży wzrost: Irlandia o 6 punktów procentowych (22% w 2014 roku), tak samo Słowenia (6%), Francja o 7 punktów procentowych (12%) i podobnie Słowacja (10%), Hiszpania natomiast o 8 punktów procentowych (13%). W latach 2011–2014 średnia europejska wzrosła, a poziom używania NSP w Polsce pozostał na tym samym poziomie (TNS Political & Social, 2014). Ostatnie badanie dotyczące używania nowych substancji psychoaktywnych przeprowadzono metodą wywiadów kwestionariuszowych, realizowanych przez ankieterów w ramach indywidualnych, osobistych kontaktów (face-to-face interview). Wywiady realizowano od końca listopada 2014 roku do początku lutego 2015 roku w ramach badania Fundacji CBOS. Próbę badawczą stanowiły osoby w wieku 15–64 lata (n=1135). W tym badaniu poświęcono nowym substancjom oddzielny blok pytań. Do ich używania kiedykolwiek w życiu przyznał się niewielki odsetek badanych (2,2%). W ciągu ostatniego roku nowe

substancje psychoaktywne używało 0,5% badanych, a miesiąca – 0,2%. Połowa badanych (46%), którzy używali nowe substancje psychoaktywne w ciągu ostatniego roku, nabyła je lub dostała w formie proszku lub tabletek. W znacznie mniejszym zakresie zażywane były: mieszanki ziołowe (17%), płyny (17%). Co trzecia osoba kupiła nowe substancje psychoaktywne w Internecie (32%), część badanych zaopatrywała się w nowe substancje psychoaktywne w specjalnym sklepie (17%). Ponad połowa ankietowanych zadeklarowała, iż kupiła lub dostała je od znajomego (60%). Ze względu na małą grupę użytkowników tych substancji w ciągu ostatniego roku wyniki dotyczące rodzaju NSP (mieszanka ziołowa, proszek, płyn itd.) oraz miejsca zakupu należy traktować z ostrożnością. Respondenci proszeni o nazwy nowych substancji psychoaktywnych podawali: Kryształ 3MMC oraz JHW. Pierwsza to substancja z grupy syntetycznych katynonów, druga należy do grupy syntetycznych kannabinoidów (Malczewski, Misiurek, 2015).

2.1.3 Sytuacja dotycząca NSP w placówkach leczniczych: 2014

Pod koniec 2014 roku Centrum Informacji KBPN przeprowadziło analizę sytuacji w placówkach leczniczych. Opracowano i rozesłano krótką ankietę do około 300 placówek leczniczych zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków (poradnie, ośrodki terapii, szpitale psychiatryczne, programy substytucyjne i inne). Na ankietę odpowiedziało 140 podmiotów. Ankieta miała na celu określenie na ile placówki są przygotowane do pomocy, jaka jest skala problemu oraz jakiej pomocy oczekują. Pierwsze wyniki zostały zaprezentowane w listopadzie 2014 na spotkaniu grupy ekspertów G7 w Berlinie podczas sesji poświęconej NSP. Według otrzymanych wyników do pomocy osobom uzależnionym przygotowanych jest 47% ankietowanych placówek. Podobny odsetek placówek ocenił swoją wiedzę jako wystarczającą (48%). Wyniki ankiety pokazały, że spośród 41% placówek ponad połowa pacjentów zgłaszała używanie NSP. Ponadto w co czwartej (26%) placówce leczniczej pacjenci, którzy podejmowali leczenie z powodu NSP (główna zgłaszana substancja psychoaktywna) stanowili ponad połowę pacjentów. Najczęściej osoby zgłaszały się do placówek leczniczych z powodu NSP o działaniu stymulującym (64%) w mniejszym stopniu z powodu syntetycznych kannabinoidów (14%). Ankieta miała na celu określić jakiego wsparcia oczekują osoby pracujące w placówkach leczniczych pomagającym osobą używających lub uzależnionych od NSP. Placówki lecznicze oczekiwałyby przede wszystkim szkoleń dotyczących wiedzy na temat NSP (84%), oraz materiałów szkoleniowych (79%). W mniejszym stopniu wyrażono chęć udziału w szkoleniach (65%) oraz otrzymaniu publikacji (62%). Wyniki wskazują, że NSP stały się stałym elementem sceny narkotykowej, a placówki lecznicze nie zawsze czują się przygotowane do pomagania osobom, które są uzależnione do tych substancji (Malczewski 2017b).

2.1.4 Zgony z powodu narkotyków i NSP w aglomeracji warszawskiej

Dane dotyczące zgonów z powodu narkotyków, które raportowane są do Głównego Urzędu Statystycznego w prawie wszystkich przypadkach nie zawierają informacji o narkotyku z powodu, którego doszło do śmiertelnego przedawkowania. W ramach poprawy jakości danych przekazywanych do EMCDDA w 2017 roku podjęto decyzję o zebraniu danych bezpośrednio z instytucji zajmującej badaniami zgonów z powodu narkotyków. Na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadzono analizę zgonów odnotowanych w ramach prowadzonych badań przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego (KZMS UW). W efekcie uzyskano bazę zgonów bezpośrednio spowodowanych narkotykami i NSP, która zawierała substancje wykryte przy badaniu toksykologicznym. KZMS UW przeprowadza badania toksykologiczne metodą Ellis'a dla sześciu grup substancji: opiatów, kokain, amfetamin, THC, benzodiazepin i metadonu. W przypadku podejrzenia NSP prowadzone są dodatkowe analizy. Badania realizowane są na zlecenie prokuratury w przypadku nagłego zgonu. Zebrane i przeanalizowane na zlecenie KBPN dane dotyczą osób w wieku do 60 lat. W niemal wszystkich badaniach dotyczących narkotyków lub NSP z 2016 rok wykryto więcej niż jedną substancję psychoaktywną. Wszystkich zgonów, do których doszło przy udziale nielegalnej substancji psychoaktywnych odnotowano 47. W ponad 60% przypadków jedną z substancji wykrytych w toksykologii były opioidy (30 przypadków). Drugą najczęściej wykrywaną substancją w zgonach, gdzie wykryto narkotyki był alkohol, który wykryto w 51% przypadków. Nowe substancje psychoaktywne zostały wykryte w 15% przypadków. Wśród 7 zgonów gdzie odnotowano nowe substancje psychoaktywne w czterech wykryto UR 47700 (syntetyczny opioid), w trzech syntetycznych katynony (trzy przypadki), jak również w jednym przypadku syntetyczne kannabinoidy. Dla porównania w 2015 roku odnotowano cztery zgony zawierające NSP. W każdym z tych przypadków wykryto co najmniej trzy substancje psychoaktywne a w każdym z nich alfa PVP (syntetyczny katynon). Często jedną z substancji wykrywanych w 2016 roku wśród osób zmarłych z powodu substancji psychoaktywnych były leki psychoaktywne, w tym benzodiazepiny (25% przypadków). Na skutek spożycia substancji psychoaktywnych zmarło w 2016 roku 38 mężczyzn, których średnia wieku wynosiła 35 lat, oraz 9 kobiet, których średnia wieku wyniosła 37 lat. Opisane powyżej dane dotyczą aglomeracji warszawskiej.

2.1.5 Narkotyki oraz nowe substancje psychoaktywne w ruchu drogowym: 2018 r.

W 2018 rok zostało przeprowadzone badanie na temat substancji psychoaktywnych w ruchu drogowym. Część terenową przeprowadził instytut Kantar

Millward Brown S.A. a kwestionariusz został opracowany przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Badanie zostało zrealizowane w okresie 28.09–03.10.2018 r. za pomocą wspomaganych komputerowo wywiadów indywidualnych (face-to-face) w ramach projektu OMNIBUS na próbie N=1006 osób w wieku 18–75 lat. Próba miała charakter kwotowo-losowy i była dobierana z operatu adresowego GUS. 46% Polaków w wieku 18–75 lat deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przynajmniej raz prowadziło samochód lub inny pojazd mechaniczny. W przypadku ostatnich 30 dni odsetek dorosłych Polaków, którzy deklarują że prowadzili przynajmniej raz samochód lub inny pojazd mechaniczny spada do 36%. Badani pytani byli czy znają kogoś kto prowadzi pod wpływem substancji psychoaktywnych. 8% dorosłych Polaków deklaruje, że zna kogoś, kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował samochodem lub innym pojazdem mechanicznym pod wpływem alkoholu. Częściej takie deklaracje składają mężczyźni (11%), rzadziej kobiety (6%). W przypadku innych substancji 2% dorosłych Polaków deklaruje, że zna osoby, które prowadziły pojazdy mechaniczne pod wpływem marihuany/haszyszu, 1% – pod wpływem amfetaminy, 1% – pod wpływem „dopalaczy”. 2% deklaruje, że zna osoby które prowadziły pojazd mechaniczny pod wpływem leków, które mogą zaburzać świadomość. Przedmiotem pomiaru była również kwestia czy osoby decydują się być pasażerem samochodu prowadzonego przez kogoś pod wpływem substancji psychoaktywnych. Badani pytani byli zatem czy jechali samochodem lub innym pojazdem, który był prowadzony przez osobę po użyciu substancji psychoaktywnych. 2,2% dorosłych Polaków deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem alkoholu. Mniejszy odsetek to jest 1,5% dorosłych Polaków deklaruje, że było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem narkotyków (0,7% deklaruje, że był pod wpływem marihuany/haszyszu, 0,6% – pod wpływem amfetaminy, 0,5% – pod wpływem „dopalaczy”). 0,7% deklaruje, że było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem leków, które mogą zaburzać świadomość. Jednym z ważniejszych obszarów pomiaru były osobiste doświadczenia badanych z prowadzeniem pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych. Badani zostali zapytani czy prowadzili samochód pod wpływem substancji psychoaktywnych. 1,7% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowali, że robili to pod wpływem alkoholu. Mniejszy odsetek badanych to jest 1,1% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarował, że robił to pod wpływem narkotyku (1,1% deklaruje, że pod wpływem „dopalaczy”, 1,1% – pod wpływem marihuany/haszyszu, 0,9% – pod wpływem amfetaminy, 1,1% pod wpływem innych narkotyków). 1,1% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowali, że robili to pod wpływem leków zaburzających świadomość.

Podsumowując warto odnotować, że częściej samochód lub inny pojazd mechaniczny prowadzony jest pod wpływem alkoholu niż narkotyków, jednakże różnice w odsetkach nie są tak duże jak w przypadku rozpowszechnienia używania tych substancji w całej populacji. Analizując rodzaje substancji, pod wpływem których prowadzone były pojazdy mechaniczne, widać niewielkie różnice pomiędzy poszczególnymi narkotykami (marihuana, amfetamina, „dopalacze”), czyli inaczej niż według badań w populacji generalnej oraz młodzieży gdzie odnotowujemy duże różnicę między skalą używania marihuany a pozostałymi nielegalnymi substancjami.

2.2 Użytkownicy „dopalaczy” – wyniki międzynarodowych badań I-TREND

W drugiej połowie 2014 roku zostały przeprowadzone, najprawdopodobniej po raz pierwszy w Polsce, badania wśród użytkowników nowych substancji psychoaktywnych w ramach międzynarodowego projektu. Badanie internetowe zostało zrealizowane w ramach projektu I-TREND, którego koordynatorem w Polsce był Uniwersytet SWPS⁹. W realizacji tego projektu udział wzięły również: Francuskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień (OFDT – lider projektu), Wydział Medycyny Uniwersytetu Karola (Czechy), Trimbos Instytut (Holandia), Północno-Zachodnie Centrum Obserwacji Zdrowia (NWPFO – Wielka Brytania). Ponadto w ramach tego projektu analizowane były również fora użytkowników, jak również sklepy internetowe. Po raz pierwszy udało się w Polsce zebrać informację o dość dużej grupie użytkowników „dopalaczy” w Polsce (n=1355), Francji (n=536), Holandii (n=266) oraz w Czechach (n=166). Dotychczasowe badanie ilościowe na reprezentatywnych grupach młodych osób, jak badania ESPAD czy przede wszystkim badania w populacji generalnej, nie obejmowały dużych grup osób badanych będących użytkownikami „dopalaczy”. W celu uchwycenia używania konkretnych substancji stosowane są próby celowe, które mają na celu dotarcie do tej grupy, którą charakteryzuje istotna dla nas cecha, w tym przypadku używanie „dopalaczy”. Wyniki omawianego badania nie są reprezentatywne, ponieważ dobór respondentów był losowy. Jednakże dane otrzymane z badania pozwalają na zbudowanie charakterystyki użytkownika „dopalaczy”. Do analiz uwzględnione zostały ankiety osób, które choć raz w życiu używały „dopalacze”. Jest to podstawa procentowania omawianych wyników. Warto podkreślić, że termin „nowe substancje psychoaktywne” nie jest często używany przez osoby sięgające po „dopalacze”. W Polsce tego typu substancje nazywane są przez użytkowników albo „dopalacze” lub „research chemicals”. Rozdział przedstawia wyniki z Polski na tle rezultatów z innych krajów. Wśród polskich badanych 68,9% stanowili mężczyźni. Najwyższy odsetek mężczyzn odnotowano we Francji (78,9%), a najniższy w Cze-

⁹ Osoby zainteresowane badaniem I-TREND mogą zapoznać się z publikacją KBPN oraz Uniwersytetu SWPS prezentującą wyniki badania: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=1280665>.

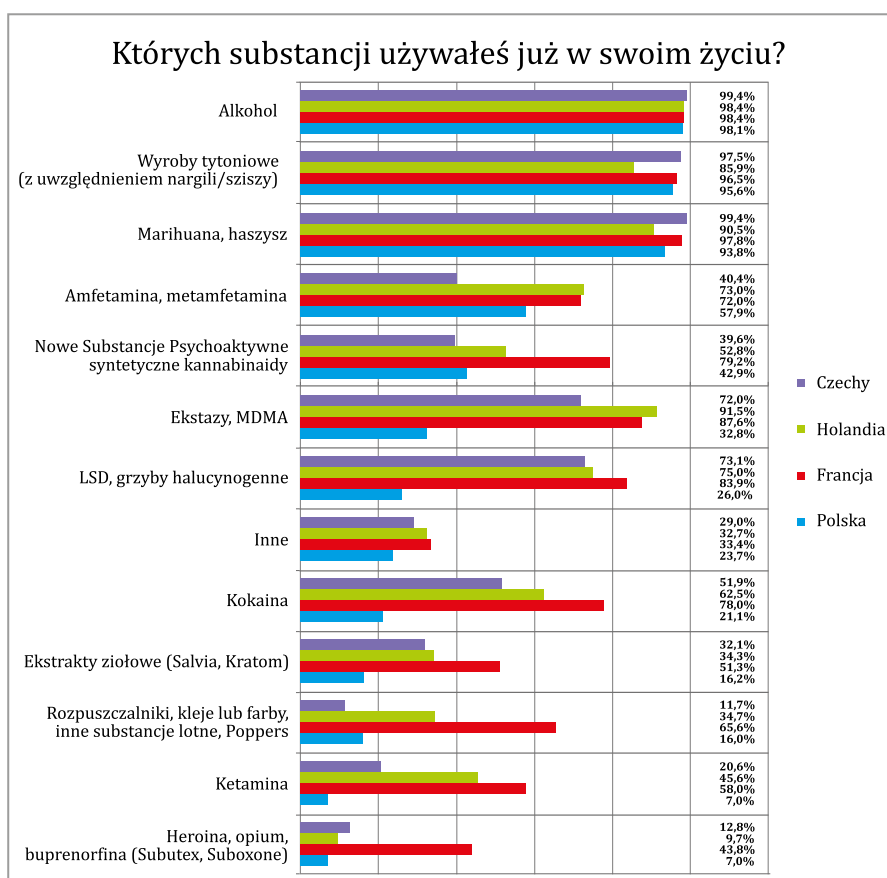
chach (65,7%). Połowa badanych z Polski to były osoby w wieku 16–18 lat. Prawie połowa badanych miało ukończoną szkołę średnią (48%). Wśród badanych dominowali studenci (55,4%). Byli to najczęściej mieszkańcy dużych miast (48,3%) (Malczewski, Sałustowicz 2015).

2.2.1 Używanie substancji psychoaktywnych

Respondenci pytani byli o doświadczenia związane z używaniem narkotyków. Pytania dotyczyły używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni (wskaźnik używania bieżącego), ostatnich 12 miesięcy (wskaźnik używania aktualnego) oraz kiedykolwiek w życiu (wskaźnik eksperymentowania – ang. lifetime experience). Osoby, które zadeklarowały używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy, nazywane są okazjonalnymi użytkownikami, natomiast ci, którzy przyznali się do kontaktu z narkotykiem kiedykolwiek w życiu – eksperymentującymi z substancjami psychoaktywnymi. Jedno z pierwszych pytań w badaniu dotyczyło używania substancji psychoaktywnych. Przyjrzyjmy się odpowiedziom dotyczącym Polski. Niemal wszyscy respondenci (98,1%) używali alkoholu co najmniej raz w życiu. Prawie 95,6% zadeklarowało również palenie tytoniu. Spośród substancji nielegalnych najczęściej używane były marihuana i haszysz. Na ten narkotyk wskazało 93,8% respondentów. Ponad połowa respondentów (57,9%) przyznała się do używania amfetaminy i metaamfetaminy, podczas gdy jedna trzecia (32,8%) zadeklarowała również używanie ecstasy lub MDMA w proszku. Warto nadmienić, że niektóre tabletki ecstasy mogły być amfetaminą lub zawierać inne substancję. Pozostałe substancje psychoaktywne były używane przez mniej niż połowę respondentów jak np.: LSD lub grzyby halucynogenne (26%), kokaina (21%), rozpuszczalniki lub kleje (16%). 42,9% respondentów przyjmowało nowe substancje psychoaktywne (w tym syntetyczne kannabinoidy) przynajmniej raz w życiu, natomiast 16% używało wyciągów ziołowych (szałwia, kratom), które to substancje zalicza się do ziołowych NSP. Niektórzy respondenci nie znali pojęcia nowych substancji psychoaktywnych, wskutek czego w toku badania nie deklarowali używania tego typu substancji. Przyjrzyjmy się różnicom pomiędzy poszczególnymi krajami. Pochodne konopi były najbardziej popularną substancją wśród respondentów w Czechach (99,4%). Inne badania, jak np. w populacji generalnej czy na młodzieży, również wskazują na to, że Republika Czeska znajduje się wśród krajów z wysokimi wskaźnikami rozpowszechnienia używania marihuany. Najniższe poziomy rozpowszechnienia konopi odnotowano w Holandii (90,5%). Amfetamina i metaamfetamina były najbardziej popularne wśród respondentów z Francji (72%), Holandii (73%), natomiast najniższe odsetki odnotowano w Polsce (57,9%). We Francji najbardziej popularnym stymulantem była kokaina – 78% respondentów użyło kokainy co najmniej raz w życiu. Nie jest zaskoczeniem, że w Polsce odsetek ten

kształtował się na poziomie 21%. Interesujące wyniki otrzymano w odniesieniu do heroiny. 43,8% respondentów przyjęło heroinę lub buprenorfinę we Francji. W innych krajach, odsetek ten nie przekroczył poziomu 13%. Nowe substancje psychoaktywne najbardziej popularne okazały się we Francji (79%), natomiast najmniej popularne były w Czechach (39,6%). 51,3% respondentów we Francji miało kontakt z ziołowymi dopalaczami (najwyższy odsetek), podczas gdy najniższy odsetek odnotowano w Polsce (16,2%). Identyczna sytuacja dotyczy używania ketaminy. Substancja ta była najbardziej rozpowszechniona we Francji (58%), natomiast najmniejsze odsetki odnotowano w Polsce (7,0%).

Wykres 2.2.1.1 Używanie substancji psychoaktywnych wśród osób, które choć raz zażyły „dopalacze”.

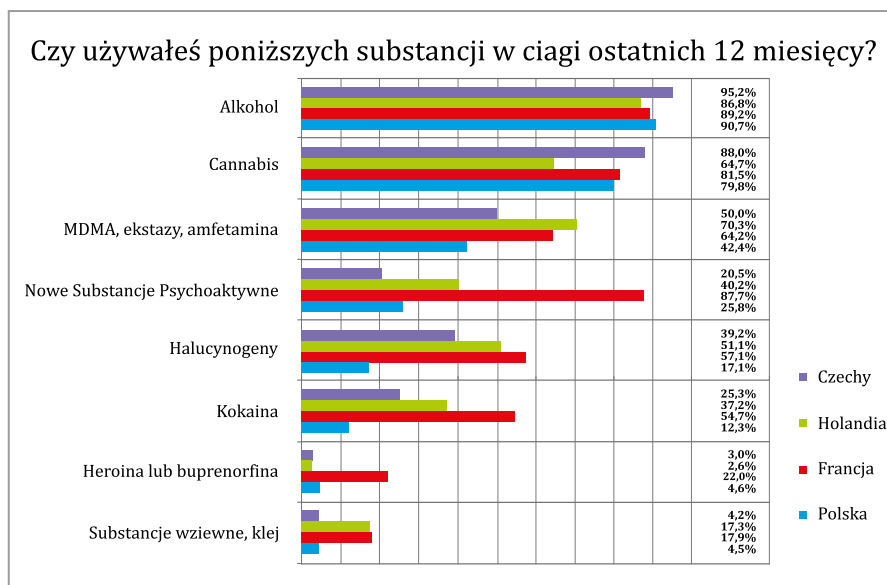


Źródło: I-TREND

Respondenci – użytkownicy dopalaczy – byli pytani o przyjmowanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Niemal wszyscy respondenci z Polski (90,7%) pili alkohol. Konopi indyjskie były najbardziej roz-

powszechnioną wśród respondentów substancją nielegalną (79,8%). Mniej niż połowa (42,4%) respondentów zadeklarowała przyjmowanie amfetaminy/metafetaminy lub ecstazy. 25,8% respondentów przyjmowało nowe substancje psychoaktywne. Alkohol był najbardziej popularną substancją we wszystkich badanych krajach: Holandii (86,6%), Francji (89,2%), Polsce (90,7%) oraz Czechach (95,2%). Natomiast w Czechach były to przetwory konopi (88%). Drugie miejsce zajmowały przetwory konopi w Polsce (79,8%), Francji (81,5%), Czechach (88%) i Holandii (64,7%). Przyjmowanie dopalaczy kształtowało się w poszczególnych krajach na poniższych poziomach: Francja 87,7%, Holandia 40,2%, Polska 25,8% oraz Republika Czeska 20,5% (Jabłońska i inni 2018).

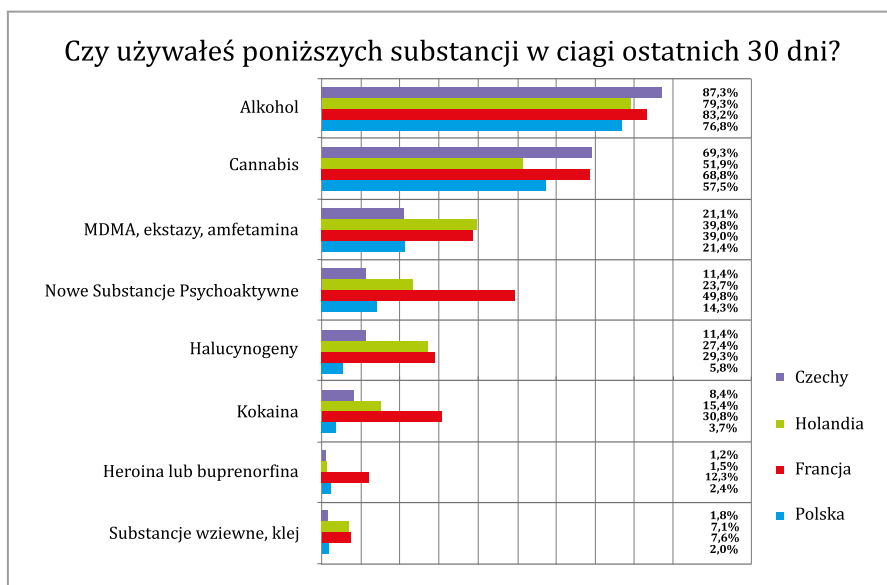
Wykres 2.2.1.2 Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród osób, które choć raz zażyły „dopalacze”.



Źródło: I-TREND

Respondentów pytano o przyjmowanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Przyjrzyjmy się wynikom dla Polski. Większość respondentów piła alkohol (76,8%). Najczęściej zażywaną substancją nielegalną były przetwory konopi (57,5%). Co piąty respondent deklarował używanie amfetaminy/metafetaminy lub ecstazy. „Dopalacze” w Polsce przyjmowało 14,3%. Podobnie jak w przypadku używania w ciągu ostatniego roku. Alkohol był najbardziej rozpowszechniony we wszystkich krajach, na drugim miejscu natomiast znalazły się przetwory (Jabłońska i inni 2018).

Wykres 2.2.1.3 Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego miesiąca wśród osób, które choć raz zażyły „dopalacze”.



Źródło: I-TREND

Wyniki badania ilościowego pokazały, że osoby sięgające po „dopalacze” zażywają również inne substancje psychoaktywne. W przypadku substancji nielegalnych jest to przede wszystkim marihuana. W zależności od kraju poziom rozpowszechnienia narkotyków jest różny. Warto zwrócić uwagę, że w polscy użytkownicy „dopalaczy” w mniejszym stopniu sięgają po inne narkotyki niż ich rówieśnicy z innych krajów. Jednakże taka sytuacja może być wynikiem, iż polska populacja badana była znacznie większa niż w pozostałych krajach, więc być może do próby trafiły osoby, które miały kontakt głównie z „dopalaczami”.

2.2.2 Przyjmowanie „dopalaczy”

Respondenci pytani byli czy zażywali NSP sami czy wraz z innymi osobami, jak również w jaki sposób NSP były zażywane. Najwięcej respondentów z Polski przyjmowało NSP wspólnie ze znajomymi poza domem (35,4%). NSP przyjmowano również ze znajomymi w domu (29,9%). Badani deklarowali również przyjmowanie NSP samotnie (10,7%). Respondenci również deklarowali przyjmowanie NSP w tych miejscach w towarzystwie znajomych (17,1%). Najwięcej respondentów deklarowało przyjmowanie NSP ze znajomymi w domu we Francji (42%). To miejsce było również najczęściej deklarowane przez czeskich respondentów.

W Holandii i w Czechach najbardziej popularnymi miejscami przyjmowania NSP były kluby lub puby (odpowiednio 44% oraz 35,5%). W Polsce dwa sposoby przyjmowania „dopalaczy” były najbardziej popularne. Palenie NSP zadeklarowało 48,5% badanych. W ten sposób zażywane są przede wszystkim syntetyczne kanabinoidy jak np. Mocarz. Drugą równie popularną metodą przyjmowania NSP jest wciąganie. W ten sposób zażywa się syntetyczne katynony jak np. alfa-PVP. We Francji najczęściej deklarowano połykanie NSP (47%) tak samo w Holandii (75,9%). W Czechach deklarowano najczęściej wciąganie (38,3%). Respondenci byli pytani o okoliczności ostatniego zażycia nowych substancji psychoaktywnych. Badani mieli wskazać jedno miejsce z wymienionych w ankiecie. Polscy użytkownicy najczęściej zażywali nowe substancje psychoaktywne w grupie znajomych poza domem lub na podwórku (35%). Jednakże nie wiele mniejsza grupa osób sięgała po NSP w domu w grupie znajomych (30%). Rzadko osoby zażywały nowe substancje psychoaktywne same (15%). Badani we Francji najczęściej zażywali nowe substancje psychoaktywne w grupie znajomych w domu (42%) w Holandii z kolei ze znajomymi w klubie lub w pubie (44%) tak samo jak w Czechach (36%). Warto zwrócić uwagę, że niewielkie odsetki wskazywały na używanie w szkole lub w pracy: najczęściej czescy badani (5%), w mniejszym stopniu polscy (4%), a we Francji i Holandii takie przypadki prawie się nie zdarzały (Malczewski 2015). Przedmiotem pomiaru były również sposoby przyjmowania nowych substancji psychoaktywnych. Respondenci zostali zapytani o najbardziej typowe metody zażywania nowych substancji psychoaktywnych. Dwie najbardziej popularne metody zażywania nowych substancji psychoaktywnych zadeklarowała blisko połowa badanych w Polsce: palenie 48,5% badanych a wciągania nosem taki sam odsetek 48,2%. Kilkanaście procent przyznało się do jedzenia nowych substancji psychoaktywnych (16%). W formie palenia przyjmuje się zdecydowanie najczęściej syntetyczne kanabinoidy, którymi nasączany jest susz roślinny np. prawoślaz. Jednakże w formie do palenia w postaci suszu roślinnego były również sprzedawane syntetyczne katynony o działaniu stymulującym np. (Jabłońska i inni 2018). We Francji najczęściej nowe substancje psychoaktywne były zażywane podjęzykowo (47%), tak samo w Holandii (76%). W Czechach najbardziej popularna forma używania nowych substancji psychoaktywnych to było wciąganie (38%). Zażywanie iniekcyjne nie było zbyt popularne według omawianego badania. W Polsce według badania internetowego 2%, we Francji 4%, a mniej niż jeden procent w Czechach i Holandii. Warto podkreślić, że ankietę w badaniu internetowym wypełniali przede wszystkim uczniowie i studenci (70%) i być może to jest powodem niskiego raportowania używania NSP w iniekcjach, które występują w populacji zmarginalizowanych. Poziom używania NSP wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków zostanie przedstawiony w dalszej części niniejszego podrozdziału.

2.2.3 Zatrucia z powodu nowych substancji psychoaktywnych

W ankiecie I-TREND pytaliśmy się czy osoby używające ostatni raz nowej substancji psychoaktywnej czuły się niedobrze w wyniku ich zażycia. 48% respondentów z Polski odpowiedziało twierdzącą oraz ponad połowa badanych w Holandii (52%). Mniejsze odsetki odnotowaliśmy w Czechach (44%) oraz we Francji (43%). Biorąc pod uwagę, liczby zatruc odnotowanych w Polsce w latach 2013 (1079 przypadków) i 2014 (2513 przypadków) zaskakuje, że tak nie wiele osób, które czuły się źle po zażyciu nowej substancji psychoaktywnej szukała pomocy medycznej. W Polsce było to 6% badanych w Holandii 5%, a we Francji i Czechach po 4%. Odsetki zostały wyliczone wśród osób, które zadeklarowały, że poczuły się źle. Oczywiście nie każda sytuacja, gdy ktoś czuje się nie najlepiej po zażyciu substancji psychoaktywnej wymaga hospitalizacji. Wyniki jednak pokazują, że nie wiele osób mających problemy z nowymi substancjami psychoaktywnymi zgłasza się do szpitala lub lekarza. Lipcowa epidemia w Polsce w 2015 roku mogła zmienić postawy użytkowników, którzy pod wpływem informacji medialnych o pojawieniu się niebezpiecznych NSP i rosnącej liczby zatruc mogli o wiele częściej zgłaszać się po pomoc, nawet przy pierwszych niepokojących symptomach. Jednym z zagadnień badania była kwestia posiadania wystarczających informacji na temat używanego ostatni raz NSP. Największy odsetek respondentów przyznał się, że miał wystarczająco informacji na temat sposobu przyjmowania nowych substancji psychoaktywnych (83%). Wyniki te nie są zaskakujące, ponieważ nowe substancje psychoaktywne mogą być przyjmowane w różny sposób i aby się nimi odurzyć trzeba wiedzieć jak je zażyć. Jednakże tylko 53% badanych posiadało informację jaka jest bezpieczna dawka. Prawie połowa zatem nie wiedziała ile należy przyjąć nowej substancji aby można było być pewny, iż się nie przedawkuje. Także 55% respondentów miało wystarczającą informację na temat ryzyka zdrowotnego związanego z zażywaniem przez nich nowej substancji. Wyniki badania pokazują, że użytkownicy „dopalaczy” nie mają dużej wiedzy na temat substancji, po które sięgają. Warto zastanowić nad działaniami z zakresu informacji i edukacji, a przede wszystkim redukcji szkód adresowanych do użytkowników nowych substancji psychoaktywnych (Malczewski 2015).

2.2.4 Źródło zaopatrzenia

Jednym z przedmiotów badania internetowego była kwestia sposobów zdobywania przez respondentów nowych substancji psychoaktywnych. Jednym z takich sposobów otrzymywania NSP bez ponoszenia żadnych kosztów jest otrzymanie ich od drugiej osoby. Część użytkowników zatem mogła zażywać nową substancję bez jej kupowania. Dla respondentów z dwóch krajów naszego regionu, Republiki Czeskiej (36,6%) i Polski (32,9%), wydaje się to być głównym sposobem pozyski-

wania nowych substancji psychoaktywnych. W dwóch pozostałych krajach, biorących udział w badaniu, inna forma nabycia była najbardziej popularna. We Francji (40,8%) i Holandii (46,2%) nowe substancje psychoaktywne są najczęściej kupowane w sklepach internetowych. 17% polskich respondentów zadeklarowało kupno określonych substancji w sklepach ulicznych. We Francji odsetek ten był 10 razy mniejszy. 1,7% francuskich respondentów kupiło NSP w sklepach ulicznych. Holenderscy respondenci również preferowali sklepy internetowe (46,2%), tylko 2,6% kupiło NSP w sklepie stacjonarnym. Warto zwrócić uwagę, że jednym ze źródeł nabycia nowej substancji psychoaktywnej jest diler. Kilkanaście procent zadeklarowało kupno od dilera w Polsce (12,1%), we Francji (11,1%) i Holandii (11,5%). Mniejsze odsetki odnotowano natomiast w Czechach (8,1%) (Jabłońska i inni 2018).

2.2.5 Źródła informacji

Głównym źródłem informacji na temat NSP wydają się być fora internetowe. Największy odsetek respondentów korzysta z nich w Holandii (86,9%), we Francji (68,8%) oraz w Czechach (50%). Najmniejszy odsetek badanych, szukających informacji o NSP, odnotowano w Polsce – było to zaledwie 28,7%. Następnym, i często wymienianym źródłem informacji na temat NSP, są znajomi lub rodzina. To źródło jest najczęściej wymieniane przez respondentów z Holandii (51,3%), Czech (46,8%), a następnie Francji (39,9%). W Polsce znajomych lub rodzinę wskazała prawie co trzecia badana osoba (29,6%). Wyniki badania pokazują, że użytkownicy korzystają z informacji znajomych za pośrednictwem portali społecznościowych czy komunikatorów internetowych. Ważną rolę odgrywa Internet. Tradycyjne media cieszyły się o wiele mniejszą popularnością niż Internet. Oprócz Francji (14,9%), we wszystkich pozostałych krajach odsetki badanych nie przekroczyły 6%. Podobna sytuacja odnotowana została w przypadku korzystania z innego tradycyjnego źródła – telewizji i radia. Tylko w Holandii odsetek badanych, wskazujących na to źródło, był dość wysoki (67,8%). W pozostałych krajach nie przekroczył 8%. Warto odnotować, że również sklepy internetowe są dla użytkowników źródłem informacji. We Francji sklep internetowy był na trzecim miejscu pod względem odsetków wskazujących go jako ważne źródło informacji, a w Holandii na czwartym. Warto zwrócić uwagę na odpowiedź: „Nie potrzebuję żadnych informacji” lub nie mam żadnych informacji. Największy odsetek badanych wskazał na te odpowiedzi w Polsce. Co czwarty polski użytkownik NSP nie potrzebował żadnych informacji, a prawie co trzeci nie posiadał ich w ogóle. W pozostałych krajach odsetki badanych, którzy nie potrzebowali żadnych informacji, wynosił od 0,5% w Holandii, do 12,9% w Czechach. Tak jak zostało wspomniane, część badanych zadeklarowała, że nie ma żadnych informacji. Sytuacja ta nie dotyczyła jednak badanych z Czech, a w przypadku pozostałych dwóch krajów wahała się od 3,1% (Francja) do 6% (Holandia) (Jabłońska i inni 2018). Wyniki badania pokazują, że warto rozważyć działania adresowane do użytkowników, dotyczące

informacji i edukacji na temat NSP. W 2009 roku została uruchomiona strona internetowa, mająca na celu przekazanie rzetelnych i wiarygodnych informacji na temat „dopalaczy”, w ramach kampanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii „Dopalacze mogą cię wypalić”. W listopadzie 2015 r. została uruchomiana nowa odsłona tej strony: <http://www.dopalaczeinfo.pl>.

2.2.6 Kryteria wyboru sklepu

Osoby biorące udział w badaniu pytane były również o kryteria wyboru sklepu internetowego. W Polsce połowa badanych (51,6%) wskazała porady innych użytkowników jako najistotniejszy powód wyboru sklepu. We Francji najwyższe odsetki (52,3%) odnotowano w przypadku wyboru odpowiedzi, że były to dobre opinie o sklepie na stronach, na których klienci dzielą się doświadczeniami. Najwyższe odsetki respondentów w Holandii (48,3%) i Czechach (67,6%) zadeklarowały, że dobre doświadczenia z wcześniejszymi zakupami były dla nich najważniejsze. Porady innych użytkowników były drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią przez respondentów we Francji (38,7%), Holandii (47,1%) oraz w Czechach (64,7%). W tym ostatnim kraju taki sam odsetek wskazał również na odpowiedź, że opinie na stronach internetowych były dla nich równie istotne. Jednym z zaproponowanych kryteriów była cena. Wyniki badania pokazują, że nie były to jednak najważniejsze czynniki dla kupujących. W Polsce (28,4%) i w Czechach (35,5%) odsetki badanych były wyższe niż w Holandii (17,2%) czy we Francji (8,6%) (Jabłońska i inni 2018).

2.2.7 Regulacja rynku

Uczestnicy badania z dwóch krajów pytani byli o sposób regulacji rynku NSP. Zaskakującym jest fakt, że co trzeci respondent z Polski (31%) zaproponował regulację rynku za pomocą prawa karnego, co oznacza prohibicję NSP de facto takie rozwiązania zostały wprowadzone kilka lat później w sierpniu 2016 roku. W Czechach był to co piąty użytkownik (20,1%). Dużo bardziej umiarkowane rozwiązanie polegało na regulacji rynku NSP w sposób podobny do tytoniu i alkoholu. Za takim sposobem regulacji opowiedziało się 26,4% respondentów w Polsce oraz 20,7% w Czechach. 14,2% respondentów w Polsce oraz 9% w Czechach wyraziło pogląd, że nie powinny istnieć żadne regulacje. Jedynie niewielki odsetek respondentów poparł następującą regulację: „Dystrybutorzy powinni sami odpowiadać za regulację rynku” lub „Rynek powinien podlegać regulacjom w oparciu o opinie klientów, tak jak eBay” (Jabłońska i inni 2018).

2.2.8 Najbardziej popularne NSP w Polsce

Aby uzyskać rzetelne informacje, jakie NSP są dostępne na rynku, stworzono listę najbardziej popularnych substancji, poprzez ich zakup, a następnie analizę chemiczną w laboratorium. W ramach projektu I-TREND dokonano w Polsce zakupu dziesięciu najbardziej popularnych w 2013 roku nowych substancji psychoaktywnych, określonych jako TOP-10. Te substancje zostały następnie przebadane w laboratorium we Francji. Pierwsze zestawienie substancji określanych jako TOP-10 opracowano na podstawie danych z Systemu Wczesnego Ostrzegania. W przypadku wyboru drugiej listy TOP-10 dodatkowo wzięto pod uwagę wyniki badań ankietowych. Oba zestawienia, wraz z krótkim opisem najbardziej popularnych substancji z obydwu list, zostały przedstawione na końcu rozdziału. W przypadku Polski badanymi produktami były *research chemicals* (sprzedawane jako odczynniki do badań chemicznych), zakupione w kilku najbardziej popularnych polskich sklepach internetowych. Drugim ważnym aspektem było ustalenie, czy te produkty zawierały substancję, pod której nazwą były sprzedawane. Określono także czystość substancji psychoaktywnej, czyli jej zawartość w sprzedawanym produkcie. Wyboru TOP-10 dokonano w pierwszej połowie 2013 roku, a zakupy były realizowane w 2013 i 2014 roku. W trakcie poszukiwania produktów w sklepach internetowych w 2014 roku okazało się, że nie wszystkie nowe substancje psychoaktywne są dostępne. Wynikało to m.in. z tego, że TOP-10 został określony przede wszystkim na podstawie danych z laboratoriów, które były raportowane do Systemu Wczesnego Ostrzegania prowadzonego przez KBPN. Laboratoria w Polsce otrzymują do analizy „dopalacze” głównie z kontrolowanych przez inspekcję sanitarną sklepów stacjonarnych. W niewielkim stopniu są to produkty ze sklepów internetowych, które są bardzo trudne do skontrolowania, dlatego też próbki z tych sklepów są o wiele rzadziej analizowane. W 2014 roku w Polsce zakupiono 17 produktów (w tym jeden podwójny) w pięciu najbardziej popularnych sklepach internetowych, oferujących NSP. Były to przede wszystkim syntetyczne katynony: 3-MMC, Etkatynon, Pentedron, 3,4-DMMC, Alfa-PVP, Brefedron, MPPP. Są to substancje o działaniu stymulującym, podobnym do działania amfetaminy. Wśród najbardziej popularnych nowych substancji według TOP-10 z 2013 roku znalazły się również dwa syntetyczne kannabinoidy: UR-144 i AM 2201. UR-144 był często, według informacji z Narodowego Instytutu Leków, dodawany do gotowych do użycia produktów, takich jak: INDRA, JAMA, USZAS, RAMA („Cząstki Boga”), „Figowy Dym” oraz „Czereśniowy Dym” (imitacje produktów). AM 2201 był sprzedawany przede wszystkim za pośrednictwem sklepów internetowych jako *research chemicals*. Jest to syntetyczny kannabinoid, silniejszy od UR-144. Wśród katynonów warto zwrócić uwagę na Alfa-PVP, który według wyników badania I-TREND jest jednym z bardziej niebezpiecznych katynonów. W latach 2014–2015 odnotowano ponad 20 przypadków zgonów wśród osób, które zażyły Alfa-PVP. Substancja ta została zdelegalizowana

w Polsce na mocy nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1 lipca 2015 roku wraz z innymi 113 nowymi substancjami psychoaktywnymi. Jednakże już w lipcu sprzedawcy wprowadzili do sprzedaży nową wersję Alfa-PVP o nazwie Alfa-PVT. W przypadku czterech produktów z TOP-10 (3,4-DMMC, pMPPP, Bredron, ETH-CAT), zamiast podanych przez sprzedawcę na opakowaniu substancji, wykryto Pentendron. Natomiast w przypadku ETH-CAT – oprócz tej substancji, zidentyfikowano również wspomniany Pentendron. Zatem, nawet jeśli kupujący zamawia konkretne substancje, wcale nie musi otrzymać środka, o który mu chodziło. Były to produkty zakupione w różnych sklepach, co może także oznaczać, iż sprzedawcy otrzymali inne substancje niż zamawiali u dystrybutora. Największymi producentami nowych substancji psychoaktywnych są Chiny i Indie. Jednak pojedyncze laboratoria, produkujące nowe substancje psychoaktywne, wykryto także w Holandii i w Polsce. Nie jest to zaskakujący fakt, ponieważ Polska i Holandia to czołowi producenci amfetaminy w Europie. Polscy sprzedawcy zamawiają nowe substancje psychoaktywne bezpośrednio w Azji lub przy udziale pośredników np. z Hiszpanii. Przedstawione powyżej wyniki analiz chemicznych wykonanych w ramach badania I-TREND, mogą wskazywać na to, że nie zawsze krajowi dystrybutorzy dostają takie produkty, jakie zamówili. Najbardziej popularne nowe substancje psychoaktywne zakupiono również w Wielkiej Brytanii, Holandii i Francji. W Polsce wskaźnik zgodności produktu zamówionego w stosunku do otrzymanego (czyli zawartość odpowiadająca etykietce) wyniósł 66%, w Holandii był jeszcze niższy – 57%. Największe prawdopodobieństwo otrzymania zamawianego produktu jest w Wielkiej Brytanii (93%). We Francji wynik był gorszy, ale lepszy niż w Polsce i Holandii, wynosił bowiem 86%. Ponadto, w ramach projektu I-TREND zbadano czystość najbardziej popularnych nowych substancji psychoaktywnych. Najwyższe średnie wyniki dotyczące czystości substancji odnotowano w Wielkiej Brytanii – 94%, w Holandii wyniosły one 78%, we Francji 70%, a w Polsce wskaźnik ten był najniższy i wyniósł 56%. Czystość nowych substancji w Polsce wynosiła od 19% (Pentendron) do 99% w produkcie sprzedawanym jako ETH-CAT, który również zawierał Pentendron. Ponadto w tym samym sklepie można było zakupić zarówno ETH-CAT, który miał 37% substancji, jak i taki, który miał jej 99%. A cena jednego grama była taka sama – 40 zł. W efekcie kupujący, nie wiedząc o tym, otrzymywał ponad dwukrotnie silniejszy produkt. Mogło to w łatwy sposób prowadzić do przedawkowania substancji. W jednym z internetowych sklepów również można było kupić wysokiej czystości ETH-CAT (99%) za niższą cenę – 35 zł. Jednak nie był to ETH-CAT, ale Pentendron. W dwóch różnych sklepach sprzedawano Alfa-PVP w podobnej cenie, około 40 zł za 1 gram, ale różniące się czystością. Jedna próbka miała 92%, a druga 57% zawartości czystej substancji (Malczewski, Sałustowicz, 2015).

2.2.9 Analizy forów internetowych w ramach projektu I-TREND – typologia użytkowników nowych substancji psychoaktywnych

W ramach projektu I-Trend jednym z komponentów była analiza forów użytkowników substancji psychoaktywnych w zakresie nowych substancji psychoaktywnych. Typologia użytkowników została skonstruowana w oparciu o analizę jakościową materiału pozyskanego z tych forów.

2.2.9.1 Metodologia

W ramach analiz przeprowadzonych w projekcie I-Trend jak już pisaliśmy wcześniej wyłoniono tzw. Top 10, czyli dziesięć najpopularniejszych na rynku substancji. Najpopularniejsze substancje wyłonione w ramach badania zostały także wykorzystane przy identyfikacji i selekcji odpowiednich forów. W celu wyboru odpowiednich forów do analizy wykorzystano najpopularniejszą wyszukiwarkę internetową Google.pl. Do budowania zapytań do wyszukiwarki użyto ogólnych nazw nowych substancji psychoaktywnych takich jak „dopalacze”, „nowe substancje psychoaktywne”, „research chemicals”, oraz nazw substancji z Top 10. Do każdej z podanych fraz dodano określenie „forum”. W ten sposób zbudowano serię zapytań do wyszukiwarki. Przeanalizowano pierwsze strony wyszukiwania i porównano wyniki. Wykluczono wyniki wyszukiwania odnoszące się do sklepów oraz ogłoszeń sprzedaży. W efekcie najczęściej pojawiały się odnośniki do dwóch forów internetowych – „hyperreal.talk” oraz „dopalacze.com”. Następnie na wskazanych forach wyszukano i poddano analizie treść wątków dotyczących nowych substancji psychoaktywnych zawartych w TOP 10. Analizowany materiał został zakodowany według klucza obejmującego takie kategorie jak: stosowane dawki, efekty działania substancji, drogi przyjmowania substancji i częstotliwość używania, kontekst używania, motywacji do używania oraz charakterystykę użytkowników. Z uwagi na objętość zebranego materiału zakodowano pierwsze sto postów, a następnie kontynuowano kodowanie, aż do nasycenia materiału we wszystkich kategoriach z klucza kodowego. W sumie zakodowano ponad tysiąc wypowiedzi. Zespół badawczy zdecydował się na pogłębienie analizy w zakresie charakterystyki użytkowników i na jej podstawie stworzył typologię użytkowników NSP.

2.2.9.2 Typologia użytkowników

Do stworzenia typologii użytkowników najbardziej przydatne okazały się kategorie kodowe dotyczące motywacji do używania NSP oraz kontekstu użycia. Analizie poddano także język stosowany przez użytkowników forum. Typologia stworzona przez badaczy obejmowała sześć typów użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. (Wiszejko-Wierzbicka 2016):

1. Naukowcy i eksperci,

2. Doświadzeniowcy,
3. Kamikadze,
4. Nowicjusze,
5. Supermani,
6. „Empatyczni” Imprezowicze.

Eksperci i naukowcy

Grupa ta charakteryzuje się szeroką wiedzą na temat chemii i farmakologii. Analizując wypowiedzi tej grupy można odnieść wrażenie, że są to osoby profesjonalnie zajmujące się chemią lub farmakologią. Ich wypowiedzi zbliżone są do żargonu naukowego. Do używania nowych substancji podchodzą w sposób metodyczny zbliżony do eksperymentu naukowego. Nie jest to spontaniczne przyjmowanie substancji. Przyjmują z góry założone dawki substancji wychodząc od najniższych, czym przypominają sposób postępowania Shulgina w ramach swoich eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi (Shulgin 1991). Zwykle przyjmują substancje w odosobnieniu w celu wykluczenia wszelkich czynników mogących zakłócić ich odbiór oddziaływania substancji. W podejściu do sprawdzania oddziaływania poszczególnych substancji dominuje u nich motywacja poznawcza, a celem jest precyzyjne określenie sposobu oddziaływania substancji na organizm.

Są znaczącymi osobami na forum. Ze względu na ich doświadczenie oraz wiedzę są powszechnie szanowani i pełnią rolę ekspertów. Często zwracają uwagę innym użytkownikom forum na dawkowanie i potencjalne niebezpieczeństwa związane z konkretnymi substancjami. Są to użytkownicy różnych grup substancji.

Doświadzeniowcy

Grupa ta jest zbliżona do naukowców i ekspertów. Posiada duże doświadczenie w przyjmowaniu substancji psychoaktywnych. Substancje te przyjmują głównie samemu, a ich przyjmowanie ma charakter doświadczenia. Jednak w odróżnieniu od naukowców i ekspertów ich celem nie jest poznanie wpływu substancji, ale raczej poszukiwanie intensywnych doznań oraz poznanie swojej psychiki. Język używany przez tę grupę jest ekspresyjny. W opisach działania substancji w głównej mierze opierają się swoich własnych odczuciach. Są to w głównej mierze użytkownicy halucynogenów.

Kamikadze

Jest to bardzo charakterystyczną grupą. Są to użytkownicy z tendencją do przesadzania. Deklarują stosowanie bardzo wysokich dawek lub zażywanie substancji bardzo często. Generalnie są postrzegani na forum jako element niebezpieczny, ponieważ deklarowane przez nich dawki są bardzo często przesadzone, wręcz

niebezpieczne w szczególności dla mniej doświadczonych użytkowników. Często są ban'owani a ich posty są usuwane. Ich styl wypowiedzi jest przesadny, bardzo ekspresyjny. Często posty wyglądają jak napisane w pośpiechu. Główną motywacją do używania nowych substancji psychoaktywnych jest chęć przekraczania granic, poszukiwanie ekstremalnych doznań. Użytkownicy z tej grupy używają różnych grup substancji ale dominujące są stymulanty.

Nowicjusze

Grupę tą stanowią najmniej doświadczeni użytkownicy forum. Ich główną motywacją jest chęć zdobycia wiedzy na temat nowych substancji psychoaktywnych oraz ich działania. Nie są na forum bardzo aktywni, ale śledzą wątki. Głównie zadają pytania. Z chęcią słuchają porad w szczególności od naukowców i doświadczeniowców. Czasami dzielą się swoimi doświadczeniami, ale z niepewnością. Są wtedy zainteresowani, czy inni odczuwali podobne efekty. W społeczności traktowani są na równych prawach z innymi użytkownikami, a bardziej doświadczeni koledzy chętnie dzielą się z nimi doświadczeniami. Styl ich wypowiedzi ma charakter potoczny.

Supermani

Jest to grupa, w przypadku której wyraźnie dominuje przyjmowanie stymulantów (najczęściej z grupy katynonów). Używanie substancji traktują jako narzędzie do osiągnięcia konkretnych celów. Poszukują substancji, które pomogą im w długiej pracy lub w nauce czy podniosą ich możliwości seksualne. Zależy im także na minimalizacji skutków ubocznych. Poszukują substancji, które pozwolą im szybko powrócić do sprawności następnego dnia, więc unikają tych zbyt długo działających, lub poszukują substancji niwelujących niechciane efekty. Na forum działają zadaniowo. Ich wypowiedzi są krótkie, a ich styl jest pragmatyczny. Substancji używają w pracy lub w warunkach domowych.

„Empatyczni” Imprezowicze

Jak podkreśla Wiszejko-Wieźbicka, nazwa tej grupy nie odnosi się do empatii rozumianej w kategoriach psychologicznych. Nazwa stanowi raczej odniesienie do dominujących we wzorach używania substancji z grupy empatogenów. Empatogeny¹⁰ – jest to grupa substancji psychoaktywnych wywołujących poczucie empatii, otwarcia się na innych oraz poczucie bliskości z innymi. Osoby z tej grupy mają dużą wiedzę i doświadczenie w używaniu substancji psychoaktywnych. W odróżnieniu od pozostałych grup sposób przyjmowania przez nich substancji ma często charakter chaotyczny i przypadkowy. Traktują substancje jako narzędzia do otwarcia się na kontakty z innymi, jako element dobrej zabawy. Przyjmują wiele różnych substancji w ciągu wieczoru w celu utrzymania optymalnego stanu. Substancje przyjmują w towarzystwie, głównie na imprezach w domach i w klubach oraz na festiwalach muzycznych. Wpisy użytkowników z tej grupy często pojawiają się

¹⁰ Do najbardziej znanych empatogenów zalicza się ekstazy (czyli MDMA) oraz np. mefedron.

na forum. Maja luźny styl wypowiedzi. Opowieści są najczęściej mocno osadzone w kontekście społecznym oraz są emocjonalne i często żartobliwe.

Analizy zespołu oraz stworzona typologia użytkowników nowych substancji psychoaktywnych pokazuje jak bardzo zróżnicowana grupą są użytkownicy nowych substancji psychoaktywnych. Charakteryzują się różną motywacją do ich używania. Poza dominującą, deklarowaną przez użytkowników motywacją do poszerzenia swojej świadomości i poznania siebie, dominującą motywacją wydaje się chęć pocucia większej bliskości, chęć socjalizacji oraz nadążenie za szybko zmieniającą się rzeczywistością. Szybko zmieniając się rzeczywistość i coraz większa anonimowość, w szczególności w dużych aglomeracjach miejskich powoduje deficyt głębszych więzi i relacji. Jak pisze Wiszejko-Wierzbicka „Młodzi ludzie w obliczu szybkich zmian, jakie dokonują się w obecnej rzeczywistości, co zresztą odzwierciedla szybko zmieniający się rynek NSP, dokonują wyboru środków psychoaktywnych, które pozwolą im nadążyć za rzeczywistością – zwiększać swoje możliwości aktywności społecznej, seksualnej, zawodowej, a także „szybkiego wypoczywania (...)” (Wiszejko-Wierzbicka 2016). Analiza także wskazała na utratę na znaczeniu dawnych autorytetów, czyli ekspertów, profesorów, specjalistów i zastępowanie ich autorytetami sieciowymi – ekspertami z forów internetowych (Sałustawicz 2015). Może to wynikać z faktu, że stare autorytety nie nadążają za szybko zmieniającą się rzeczywistością i nie są w stanie przedstawić satysfakcjonujących dla coraz bardziej wymagających młodych ludzi treści. Oczywiście tezy wynikające z badania należałoby rozwinąć i potwierdzić w drodze badań ilościowych, ale takie zróżnicowanie tej grupy oraz ich charakterystykę należy brać pod uwagę przy konstruowaniu działań adresowanych do tej grupy, czy to będą działania profilaktyczne, ograniczenia szkód, czy interwencje związane z leczeniem.

2.2.10 Podsumowanie

Analizując wyniki badania I-TREND widać wyraźnie, że użytkownicy NSP nie mają zbyt dużej wiedzy dotyczącej zażywanej przez nich substancji. Bilsko połowa badanych w Polsce nie miała wystarczającej wiedzy dotyczącej szkód zdrowotnych związanych z używaniem NSP oraz na temat bezpiecznej dawki. Ponadto, biorąc pod uwagę, że pomimo informacji o zagrożeniach, związanych z sięganiem po „dopalacze”, przez ponad tydzień w lipcu 2015 roku dochodziło do zatruć. Warto rozważyć prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych z użyciem Internetu. Ważniejsze wydają się jednak działania z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej. Badania I-TREND pokazują, że użytkownicy NSP sięgają również po inne narkotyki. W ramach działań zapobiegawczych powinny być zatem realizowane także działania z zakresu redukcji szkód mające na celu ograniczenie przedawkowań i zgonów. W tym przypadku grupą docelową oddziaływać będą również iniekcijni użytkownicy narkotyków. Według ostatnich badań z 2016 roku Centrum Informacji KBPN blisko połowa użytkowników narkotyków w iniekcji zażywała również NSP. W listopadzie Centrum Informacji KBPN zorgani-

zowało coroczną konferencję dla programów redukcji szkód. Nie jest zaskakujące, że w większości była ona poświęcona tematyce NSP. Pierwszego dnia członkowie zespołu badawczego¹¹ zaprezentowali wyniki badania I-TREND. Dyskutowane były również kwestie prowadzenia działań zapobiegawczych, adresowanych do użytkowników NSP z wykorzystaniem Internetu oraz osób udzielających się na forach internetowych. narkotyków. Wzrost popularności syntetycznych katynonów (czyli stymulujących „dopalaczy”), używanych do iniekcji, może prowadzić do problemów związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków takich jak zakażenia wirusem HIV czy żółtaczką typu B. Narkotyki syntetyczne w tym syntetyczne katynon (stymulujące NSP) są znacznie częściej zażywane iniekcyjnie niż heroina, co oznacza większe ryzyko zakażenia i innych chorób. Ponadto używanie syntetycznych katynonów prawdopodobnie może prowadzić do zaburzeń psychicznych co może oznaczać więcej osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Także mogąca gwałtownie wzrosnąć liczba zatruc wymagających hospitalizacji stanowi również wyzwanie dla osób zajmujących się zatruciami z powodu substancji psychoaktywnych. Widać wyraźnie, że problem NPS wymaga współpracy różnych specjalistów z zakresu zdrowia publicznego. W przypadku NSP mamy nie tylko kwestie używania prowadzącego do uzależnienia ale również inne problemy zdrowotne. Mogą one wystąpić z dużą intensywnością jak np. pojawiająca się gwałtownie duża liczba zatruc czy wystąpienie problemów psychicznych.

Tabela 2.2.1 Zakupy TOP-10 NSP w najbardziej popularnych sklepach internetowych – projekt I-TREND.

Nazwa substancji	Nazwa sklepu internetowego	Nazwa, pod którą substancja była sprzedawana	Substancja wykryta
UR-144	Legal Chem	UR-144	UR-144
UR-144	Odczynniki chemiczne	UR-144	UR-144
AM-2201	Legal Chem	AM-2201	AM-2201
AM-2201	R-C research chemicals	AM-2201	AM-2201
Pentedron	R-C research chemicals	Pentadrone big cristal	Pentedron
Pentedron	R-C research chemicals	Pentadrone big cristal	Pentedron
3,4-DMMC	Legal Chem	3,4-DMMC	Pentedron
3,4-DMMC	RC-24.pl	3,4-dimethylmetcathinone	Pentedron
Brefedron	RC-24.pl	4-bromomethcathinone	Pentedron
MPPP	RC-24.pl	pMPPP	Pentedron
Alpha-PVP	Legal Chem	Alpha-PVP	Alpha-PVP
Alpha-PVP	RC-24.pl	Alpha-pyrrolidinopentiophenone (Alpha-PVP big cristal)	Alpha-PVP

¹¹ Wyniki badania I-TREND przedstawione zostały przez członków zespołu badawczego z Uniwersytetu SWPS: Piotr Sałustowicz, Dorota Wiszejko-Wierzbička, Marta Jabłońska oraz z KBPN: Artur Malczewski oraz Michał Kidawa.

3-MMC	Odczynniki chemiczne	3 MMC crystal	3-MMC
3-MMC	kolekcjoner	3 MMC big cristal	3-MMC
Etylokatynon	kolekcjoner	ETH-CAT	Etylokatynon
Etylokatynon	kolekcjoner	ETH-CAT	Etylokatynon
Etylokatynon	Odczynniki chemiczne	ETH-CAT	Pentedron

Tabela 2.2.2 Cena i stężenie TOP-10 z 2013 roku – projekt I-TREND.

Nazwa substancji	Minimalna ilość oferowana przez sklep	Cena (za gram)	Forma substancji	Kolor substancji	Stężenie %
UR-144	1 g	60 PLN	Proszek	Biały	34%
UR-144	1 g	70 PLN	Proszek/ kryształ	Biały	70%
AM-2201	1 g	70 PLN	Proszek	Beżowy	51%
AM-2201	1 g	50 PLN	Proszek	Beżowy	53%
Pentedron	1 g	35 PLN	Proszek	Kamienny	48%
Pentedron	1 g	35 PLN	Kryształ	Biały	19%
3,4-DMMC (wykryty Pentedron)	1 g	19 PLN	Proszek	Biały	70%
3,4-DMMC (wykryty Pentedron)	1 g	35 PLN	Proszek	Beżowy	71%
Brefedron (wykryty Pentedron)	1 g	50 PLN	Kryształ	Przezroczysty	38%
MPPP (wykryty Pentedron)	1 g	30 PLN	Proszek	Biały	75%
Alpha-PVP	1 g	39 PLN	Proszek	Biały	57%
Alpha-PVP	1 g	40 PLN	Proszek	Biały	92%
3-MMC	1 g	35 PLN	Proszek	Jasnobiały	38%
3-MMC	1 g	55 PLN	Kryształ	Biały	44%
Etylokatynon	1 g	40 PLN	Proszek	Jasnobiały	37%
Etylokatynon	1 g	40 PLN	Proszek	Jasnobiały	99%
Etylokatynon	1 g	45 PLN	Proszek	Biały	45%
Etylokatynon (wykryty Pentedron)	1 g	35 PLN	Proszek	Biały	99%

Opis najbardziej popularnych „dopalaczy” (research chemicals) TOP-10 I-TREND z 2013 i 2014 roku z Polski

UR-144

Substancja psychoaktywna z grupy syntetycznych kannabinoidów. Występuje także pod innymi nazwami: TMCP-018, KM-X1, MN-001, YX-17. Po raz pierwszy zareportowana do EMCDDA na początku 2012 roku. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku. Substancja często kupowana także we Francji. W latach 2012–2014 była to najczęściej identyfikowana, nowa substancja psychoaktywna wykrywana przez Główny Inspektorat Sanitarny¹². Niepożądanymi skutkami po zażyciu UR-144 są stany niepokoju, zaburzenia percepcji oraz halucynacje¹³.

Źródło:

EDND – European information system and database on new drugs
<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

P. Adamowicz. *The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland*. Drug Test Anal. 2015. *The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland.pdf*

Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013–2014
http://gis.gov.pl/images/%C5%9Brodki_zast%C4%99pcze/%C5%9Bz/gis_raport_2013-2014.pdf

AM-2201

Substancja psychoaktywna z grupy syntetycznych kannabinoidów. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Znajduje się w czołówce kupowanych substancji w Wielkiej Brytanii i Francji. W Europie po raz pierwszy została zareportowana przez Łotwę w 2010 roku, rok później w Polsce. Występuje jako susz roślinny w kolorze zielonym. Substancja wywołuje umiarkowaną stymulację, polepszenie samopoczucia, intensyfikację odczuwania bodźców. Do skutków ubocznych można zaliczyć halucynacje oraz zmęczenie. Na świecie zdarzały się przypadki zgonów po przedawkowaniu AM-2201.

Źródło:

I-TREND Substance briefing: AM-2201
<https://drive.google.com/drive/folders/0Bx1ziUk0wLbWERZa290TzJaM1k>

EDND – European information system and database on new drugs
<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

¹² P. Adamowicz. *The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland*. Drug Test Anal. 2015. *The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland.pdf*

¹³ Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013–2014 http://gis.gov.pl/images/%C5%9Brodki_zast%C4%99pcze/%C5%9Bz/gis_raport_2013-2014.pdf.

Pentedron

Substancja psychoaktywna z grupy katynonów. Ma działanie stymulujące. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Zaraportowana do EMCDDA w marcu 2011 roku, po przejęciu ponad 80 próbek w październiku 2010 roku. Wielokrotnie występująca również w mieszkankach z innymi substancjami. Kupowana często w sklepach w Wielkiej Brytanii. Pentedron pojawiał się razem (lub zamiast) z innymi substancjami, jak np. Etylokatynonem, Brefedronem lub 3,4-DMMC. Wywołuje euforię oraz zwiększoną pewność siebie. Do skutków ubocznych można zaliczyć bezsenność, złe samopoczucie oraz zmniejszenie koncentracji.

Źródło:

I-TREND Substance briefing: Pentedron

<https://drive.google.com/drive/folders/0BxA1ziUk0wLbWERZa290TzJaM1k>

EDND- European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013–2014

http://gis.gov.pl/images/%C5%9Brodki_zast%C4%99pcze/%C5%9Bz/gis_raport_2013-2014.pdf

3,4-DMMC

Substancja psychoaktywna z grupy katynonów. Ma działanie stymulujące. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Jest analogiem Mefedronu. Została zaraportowana przez Polskę w 2012 roku. Występuje w postaci białego proszku. Wywołuje euforię, podekscytowanie, poczucie szczęścia oraz chęć rozmowy. Niepożądanymi skutkami są niecierpliwość oraz problemy z mową. Może również wywoływać paranoję.

Źródło:

EDND- European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

Brefedron

Substancja psychoaktywna z grupy katynonów o działaniu stymulującym. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Występuje również pod nazwą 4-BMC, najczęściej jako krystaliczny proszek. Wywołuje euforię, stymulację oraz zwiększoną empatię. Do skutków ubocznych można zaliczyć przyspieszone bicie serca oraz nadmierną potliwość.

Źródło:

EDND - European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

I-TREND Substance briefing: Brefedron

<https://drive.google.com/drive/folders/0BxA1ziUk0wLbWERZa290TzJaM1k>

MPPP

Substancja psychoaktywna z grupy katynonów. Ma działanie stymulujące. Występuje również pod nazwą 4-MePPP albo MαPPP. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Występuje również pod nazwą 4-MePPP w postaci białego proszku. Często kupowana również w Czechach.

Źródło:

EDND – European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

MDPBP

Substancja psychoaktywna z grupy katynonów. Ma działanie stymulujące. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Najczęściej występuje w postaci białego proszku. Często kupowana również we Francji (2013) oraz w Czechach (2014). Wywołuje euforię oraz powoduje lepsze samopoczucie. Do skutków ubocznych można zaliczyć przyspieszone bicie serca oraz agresję.

Źródło:

EDND – European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

Alfa-PVP

Substancja psychoaktywna należąca do grupy katynonów. Ma działanie stymulujące. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Substancja zareportowana do EMCDDA w 2015 roku, po przejęciu jej przez policję w 2014. Występuje w postaci białego proszku. Posiada zbliżone działanie do MDPV. Substancja jest łączona z 3 zgonami na terenie Polski¹⁴. Może wywoływać euforię oraz stymulację fizyczną. Do skutków ubocznych możemy zaliczyć problemy z sercem oraz bezsenność, utratę pamięci i poczucie pustki.

Źródło:

I-TREND Substance briefing: Alpha-PVP

<https://drive.google.com/drive/folders/0BxA1ziUk0wLbWERZa290TzJaM1k>

EDND – European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

¹⁴ P. Adamowicz. *The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland*. Drug Test Anal. 2015. *The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland.pdf*.

Adamowicz. The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland. Drug Test Anal. 2015

The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland.pdf

3-MMC

Substancja psychoaktywna należąca do grupy katynonów. Jest izomerem strukturalnym Mefedronu¹⁵. Ma działanie stymulujące oraz wywołuje euforię. Występuje również pod nazwą Metafedron. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku, po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Jest substancją silnie uzależniającą psychicznie. Często zażywana w Holandii oraz Czechach. W 2014 roku 3-MMC był drugą najczęściej identyfikowaną nową substancją psychoaktywną w Polsce¹⁶. Skutkami ubocznymi mogą być odwodnienie organizmu, szczykościsk oraz pogorszenie samopoczucia.

Źródło:

I-TREND Substance briefing: 3-MMC

<https://drive.google.com/drive/folders/0BxA1ziUk0wLbWERZa290TzJaM1k>

EDND – European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013–2014

http://gis.gov.pl/images/%C5%9Brodki_zast%C4%99pcze/%C5%9Bz/gis_raport_2013-2014.pdf

Etylokatynon

Substancja psychoaktywna należąca do grupy katynonów. Ma działanie stymulujące. W Polsce nielegalna od 1 lipca 2015 roku po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Znajduje się w czołówce kupowanych substancji w Czechach. W 2012 roku była trzecią najczęściej identyfikowaną nową substancją psychoaktywną. Wywołuje euforię, zwiększoną empatię oraz otwartość. Skutkami ubocznymi były m.in. bezsenność, bóle serca oraz nudności.

Źródło:

I-TREND Substance briefing: Ethcathione

<https://drive.google.com/drive/folders/0BxA1ziUk0wLbWERZa290TzJaM1k>

EDND – European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

¹⁵ Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013–2014. http://gis.gov.pl/images/%C5%9Brodki_zast%C4%99pcze/%C5%9Bz/gis_raport_2013-2014.pdf.

¹⁶ P. Adamowicz. The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland. Drug Test Anal. 2015. *The prevalence of new psychoactive substances in biological material – a three-year review of casework in Poland.pdf*.

25I-NBOMe

Substancja psychoaktywna, pochodna fenyletyloaminy. W Polsce nielegalna od lipca 2015 roku. W 2012 roku zareportowana do EMCDDA. Jest silnym psycho-delikiem działającym podobnie do LSD. Substancja zmienia percepcją oraz powoduje euforię. W większych dawkach może wywoływać paranoję, agresję oraz halucynacje. Najczęściej sprzedawana w postaci blottera (kartonika nasączonego substancją) lub białego proszku. Substancja popularna również w Holandii.

Źródło:

Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013–2014

http://gis.gov.pl/images/%C5%9Brodki_zast%C4%99pcze/%C5%9Bz/gis_raport_2013-2014.pdf

EDND – European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

4-HO-MET

Substancja psychoaktywna z grupy tryptamin. W Polsce nielegalna od lipca 2015 roku. Występuje w postaci białego lub beżowego proszku. Wykazuje podobne działanie do psylocyny. Wywołuje halucynacje, euforię, chęć rozmowy oraz zniekształca dźwięki i kształty. Efektami ubocznymi są m.in. wymioty, nudności oraz drgawki.

Źródło:

I-TREND Substancje briefing: 4-HO-MET

<https://drive.google.com/drive/folders/0BxA1ziUk0wLbWERZa290TzJaM1k>

EDND – European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

Etylofenidat (EP)

Substancja psychoaktywna, pochodna piperydyny. W Polsce nielegalna od lipca 2015 roku. Ma działanie stymulujące i pobudzające. Może wywoływać euforię oraz zwiększoną motywację. Do skutków ubocznych można zaliczyć podwyższone ciśnienie i bezsenność. Występuje w postaci białego pudru lub kryształów. Często kupowana również w Wielkiej Brytanii oraz Francji.

Źródło:

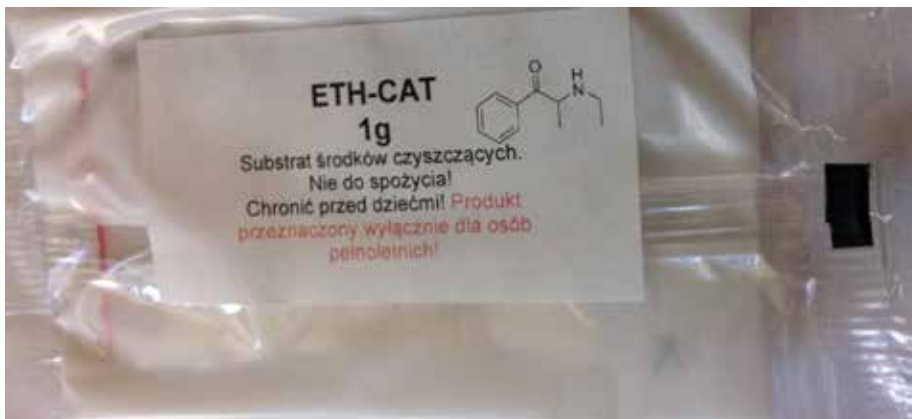
EDND – European information system and database on new drugs

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

Metoksetamina (MXE)

Substancja psychoaktywna należąca do grupy arylicykloheksamin. Występuje również pod nazwą MXE. W Polsce nielegalna od lipca 2015 roku. Posiada podobne działanie co ketaminy. Może doprowadzić do depriwacji sensorycznej oraz deperso-

nalizacji, jak również do stanu euforii czy też wzmocnienia doznań zmysłowych. Efektami ubocznymi są bełkotliwa mowa, zaburzenie poczucia czasu oraz problemy z poruszaniem się. Substancja często kupowana również w Holandii, Francji i Czechach.





Nowe substancje psychoaktywne z TOP – 10 projektu I-TREND

2.3 Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek – nowe substancje psychoaktywne oraz narkotyki

Badania wśród osób używających często i w iniekcjach narkotyki pokazują wysoki poziom rozpowszechnienia nowych substancji psychoaktywnych w tej grupie. W celu określenia skali zjawiska używania substancji psychoaktywnych w 2008 roku Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN rozpoczęło realizację ogólnopolskiego badania klientów programów wymiany igieł i strzykawek nazywanych również programami niskoprogowymi¹⁷. Pomiary powtarzane są co dwa lata na przełomie listopada i grudnia. W pomiarze z 2016 roku były to dwa tygodnie listopada. W omówionym w niniejszym rozdziale badaniu uczestniczyły placówki, które świadczyły usługi użytkownikom narkotyków w obszarze redukcji szkód: punkty wymiany igieł i strzykawek (dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków, poradnie z wymianą oraz wymiana uliczna igieł i strzykawek). Zdecydowana większość badanych (92%) była iniekcyjnymi użytkownikami narkotyków. Badaniem objęto wszystkie programy wymiany igieł i strzykawek, które są realizowane w Polsce na terenie następujących miast: Puławy, Gdańsk, Częstochowa, Kraków (2 programy), Jelenia Góra (tylko 2008), Wrocław, Zgorzelec, Olsztyn, Rzeszów (tylko 2008), Katowice, Warszawa (3), Chorzów. Łącznie było to 14 programów w 2008 i 10 programów w 2016 roku. W 2016 roku trzy programy, które działały w 2014 roku i brały udział we wcześniejszym pomiarze nie przeprowadziły wywiadów. Pomoc Socjalna z Warszawy przestała działać a Stowarzyszenie Monar z Puław i Gdańska nie odnotowało klientów zgłaszających się po igły i strzykawki podczas realizacji badania. W 2016 roku w pomiarze wzięto pod uwagę nowy program z Chorzowa, prowadzony przez Stowarzyszenie Wspólnota, który po kilku latach przerwy wznowił swoją pomoc dla iniekcyjnych użytkowników. Programy prowadzące wymianę zajmują się również działaniami z zakresu pomocy socjalnej, wsparcia czy pomocy prawnej. Głównym adresatem tych programów są użytkownicy iniekcyjni, ale pomagają one również osobom, które są pacjentami programów leczenia substytucyjnego. W analizie omówionej w niniejszym rozdziale wykorzystano 280 wywiadów z 2016 roku oraz 733 wywiadów. Wywiady trwały około 20 minut i zostały przeprowadzone z osobami, które wyraziły zgodę na udział. Najwięcej wywiadów zostało przeprowadzonych w Warszawie w 2016 roku – 71 (powyżej 300 w 2008) najmniej w Olsztynie tylko 6. W efekcie objęto nim prawie co piątego odbiorcę programu wymiany igieł i strzykawek w 2016 roku. Według danych zebranych w ramach corocznego monitorowania programów wymiany igieł i strzykawek w 2008 roku w programach wymiany igieł

¹⁷ Raport z pierwszych badań dostępny jest na stronie CINN: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=216384.

i strzykawek wzięło udział 3101 osób a w 2016 roku 1505 osób. Biorąc pod uwagę, że spadała liczba osób objętych programami wymiany igieł i strzykawek nie jest zaskakujące, że zmniejszyła się też liczba wywiadów kwestionariuszowych w ramach prowadzonego badania z 733 w 2008 do 280. Ponad połowa badanych została zrekrutowana w programach wymiany ulicznej (53%) w 2016 roku. W 2008 roku odsetek był nie wiele mniejszy: 47%.

2.3.1 Charakterystyka socjo-demograficzna badanych

Średni wiek osób badanych wyniósł 37 lat (33 w 2008). Osoby korzystające z programów wymiany to użytkownicy narkotyków w wieku od 19 do 65 lat. W 2016 w 2008 roku odnotowano większy przedział od 15 lat do 85 lat. Średnia wieku mężczyzn była trochę wyższa niż kobiet (mężczyźni: 38 lat a w 2008: 34, kobiety: 35 a w 2008: 30). Połowa badanych miała więcej niż 37 lat. Warto zwrócić uwagę, że co piąty badany w 2016 roku miał ponad 45 lat, gdy w 2008 roku (pierwszy pomiar) tylko co dziesiąty. Wyniki badania wskazują na wysoką średnią wieku osób korzystających z programów wymiany. Z informacji od osób pracujących z iniekcijnymi użytkownikami wynika, że w programach pojawia się niewielu nowych klientów a większość odbiorców stanowią te same osoby. Porównanie wyników badania z 2008 do 2016 roku pokazuje na wzrost średniej wieku odbiorców programów wymiany zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Analizując wykształcenie populacji badanej w 2016 roku, można zauważyć, że co trzeci respondent miał wykształcenie średnie (33%, w 2008 roku: 32%), a większa grupa zasadnicze zawodowe (38%, w 2008 roku: 27%). Ponad co dziesiąty wykształcenie podstawowe (13%, w 2008 roku: 33%) a co dwudzieste gimnazjalne (5%, w 2008 roku: 4%). O wiele większy odsetek respondentów stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (7%, w 2008: 3%). W przypadku 3% badanych brak jest informacji o wykształceniu lub badani nie mieli wykształcenia (1% w 2008 roku). Porównując grupę objętą badaniem warto odnotować większy odsetek osób z wyższym wykształceniem w 2016 roku niż w 2008 oraz o wiele mniejszą z wykształceniem podstawowym.

2.3.2 Miejsce zamieszkania

Przedmiotem pomiaru była także sytuacja mieszkaniowa użytkowników narkotyków korzystających z programów wymiany igieł i strzykawek. Większość z nich, tj. 2/3 miała stałe zamieszkanie, definiowane jako możliwość spędzenia co najmniej 6 miesięcy w tym samym miejscu, w tym w instytucji typu noclegownia, hostel, inne miejsce, gdzie przebywało 5% respondentów. Warto zauważyć, że jedna trzecia badanych nie miała stałego miejsca zamieszkania. Spośród wszystkich badanych tymczasowo u kogoś mieszkało 14% badanych (10% w 2008 roku), tymczasowo w instytucji 7% (np. noclegownia czy hostel) w 2008 roku: 5%. Tym-

czasowo na ulicy mieszkało 6% ankietowanych (7% w 2008) z kolei inna część badanych mieszkała w opuszczonych budynkach, squatach (4%, w 2008 roku: 3%). Zatem co dziesiąty respondent był prawdopodobnie bezdomnym. Sytuacja mieszkaniowa grup z obydwu pomiarów była podobna. Warto przypomnieć, że badanie było realizowane zimą, czyli osoby bezdomne, ale również mieszkające w opuszczonych budynkach (co 10 badany) miały dość ciężkie warunki w tym czasie. Użytkowników narkotyków pytano także o to, z kim mieszkają. Najczęściej badani mieszkali z rodziną (27%, w 2008 roku: 35%) lub przyjaciółmi (20% w 2008 roku 18%), samodzielnie mieszkało 15% badanych (14% w 2008 roku). Ponadto mieszkanie z małżonkiem deklarowało 18% (22% w 2008 roku), z dziećmi 6% (tyle samo w 2008 roku). Co piąta osoba, deklarowała że trudno jest jej określić gdzie mieszka lub mieszka w innym miejscu (8% w 2008 roku). Badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź dlatego odsetki nie sumują się do 100% w 2016 roku.

2.3.3 Źródło dochodu

Respondenci mieli określić swoje główne źródło dochodów, wybierając dwie najbardziej adekwatne odpowiedzi z przedstawionej listy. Utrzymywanie się z własnej pracy zadeklarowało 17% badanych w 2008 roku: 23%. Mniejszy odsetek respondentów utrzymywał się z renty lub emerytury (13%, w 2008: 13%) bądź był utrzymywany przez innych (14%, w 2008 roku: 16%). Bezrobotnych, a raczej otrzymujących zasiłek z tego tytułu, wśród ankietowanych było tylko 2% (również w 2008 roku). Co piąty badany otrzymywał zasiłki dla niepełnosprawnych, które były ich głównym źródłem dochodów (20%, w 2008 roku 9%) oraz zasiłki i świadczenia socjalne (10%, 13% w 2008). Jako osoby bez dochodów (do tej kategorii zaliczało się również żebractwo) zadeklarowało się 10% respondentów (9%, 12% w 2008). Największą grupę stanowili użytkownicy narkotyków, którzy wskazali inne dochody, niż wymienione wcześniej, w tym nieoficjalne jak np. kradzież (43%, w 2008 roku: 23%). Bez dochodów był co dziesiąty badany (10%, 12% w 2008). Takie osoby trudniły się np. żebractwem. Porównywalność danych z 2008 i 2016 utrudnia zmiana możliwości wyboru odpowiedzi. W 2008 roku respondent mógł wybrać tylko jedną odpowiedź, podczas gdy w 2016 roku więcej niż jedną.

2.3.4 Używane substancje

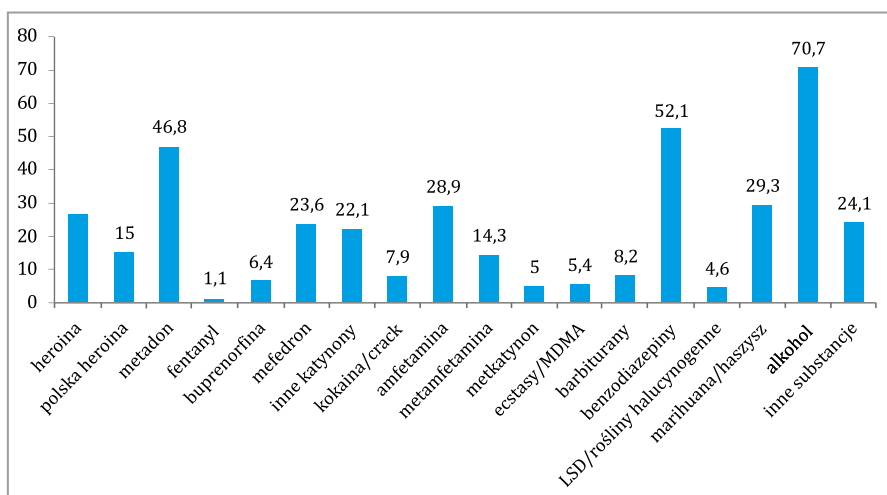
Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek byli pytani o używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, a także o wzór ich używania. W tabeli nr 3.3.1 zaprezentowano wyniki dotyczące używania legalnych jak i nielegalnych substancji od początku realizacji projektu, tj. 2008 roku. W trakcie wywiadów kwestionariuszowych zapytano respondentów o używanie różnego rodzaju opioidów. Najbardziej popularną substancją z tej grupy w 2014 roku był metadon, którego poziom używania

wzrósł 30% (2008 rok) do 57% (2014 rok). Wzrost używania metadonu w latach 2008–2014 jest prawdopodobnie efektem rozwoju programów leczenia substytucyjnego. W Polsce w 2016 roku działały 24 programy leczenia substytucyjnego, z których korzysta blisko 2500 klientów. Najnowsze dane pokazują na spadek odsetku użytkowników metadonu do 47%. W tym samym czasie odnotowano zmniejszenie używania polskiej heroiny tzw. kompotu z 50% (2008) do 15% (2016) oraz brązowej heroiny z 44% do 27%. Analizując dane dotyczące opioidów, należy przypomnieć, że w 2010 roku na rynkach europejskich odnotowano spadek dostępności heroiny. Na Węgrzech, w Rumunii jak i w Polsce użytkownicy heroiny zaczęli używać jednego z syntetycznych kantynonów (dopalaczy) – mefedronu. Substancja ta praktycznie nie występowała na rynku narkotykowym w 2008 roku, dlatego też w pierwszym badaniu nie zostało uwzględnione pytanie o używanie mefedronu. W kolejnych pomiarach do używania mefedronu przyznało się już 10% badanych w 2010 roku i 12% w 2012 roku. Pomiar z 2014 to wzrost trzykrotny używania mefedronu (36% w 2014). W 2016 zadano pytanie o używanie mefedronu ale również innych katynonów (do których należy mefedron). Użytkownicy narkotyków w iniekcjach oraz sprzedawcy tzw. „dopalaczy” używają nazwy mefedron na różnego rodzaju syntetyczne katynony. W pomiarze z 2016 24% badanych deklarowało używanie mefedronu a innych katynonów 22%. Jakikolwiek syntetyczny katynon używało 40% respondentów. Widać, że w ciągu ostatnich kilku lat odnotowano duży wzrost użytkowników tzw. „dopalaczy” od co dziesiątego w 2010 do blisko połowy, wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek. Warto zwrócić uwagę, że wśród osób, które deklarowały używanie nowych substancji psychoaktywnych czyli 113 osób, 86% używała substancji psychoaktywnych w iniekcji w ciągu ostatniego miesiąca. 6% kiedykolwiek w życiu ale nie w ciągu ostatniego miesiąca. W przypadku całej badanej populacji odsetek był niższy (n=280) dla bieżących użytkowników substancji psychoaktywnych w iniekcjach, wyniósł 69%. 23% zadeklarowało używanie kiedykolwiek w życiu ale nie w ciągu ostatniego miesiąca narkotyków w iniekcji. Można zatem wysnuć wniosek, że wśród osób zmarginalizowanych nowe substancje psychoaktywne są używane przede wszystkim w iniekcjach. Analizując używanie poszczególnych substancji widać duży spadek odsetków użytkowników amfetaminy z 61% (2008) do 29% (2016). Największe odsetek badanych zaraportował picie napojów alkoholowych 71% (2016) badanych, co znacząco wzrósł z 60% (2008). W przypadku innych legalnych substancji odnotowujemy wzrost używania benzodiazepin z 40% (2008) do 52% (2016) (ale najwyższy wskaźnik był w 2012 roku 60%). W 2016 roku badani zostali zapytani o kilka dodatkowych substancji jak. np. fentanyl czy metamfetamina. Pełną listę zawiera wykres nr 5.2. Warto zwrócić uwagę na kilkunastoprocentowy odsetek użytkowników metamfetaminy oraz niski poziom używania fentanylu.

Tabela 2.3.1 Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przez klientów programów wymiany igieł i strzykawek, odsetki badanych w latach 2008–2016 r.

SUBSTANCJA	2008	2010	2012	2014	2016
Amfetamina	61	60	52	39	29
Alkohol	60	73	75	70	71
Polska heroina, „Kompot”	50	33	20	17	15
Heroina	44	45	30	27	27
Benzodiazepiny	40	48	60	50	52
Marihuana/haszysz	40	44	44	34	29
Metadon	30	36	45	57	47
Barbiturany	23	10	5	13	8
Kokaina/crack	8	5	6	9	8
Buprenorfina	5	4	2	4	6
Mefedron	0	10	12	36	24
Inne katynony	-	-	-	-	22

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

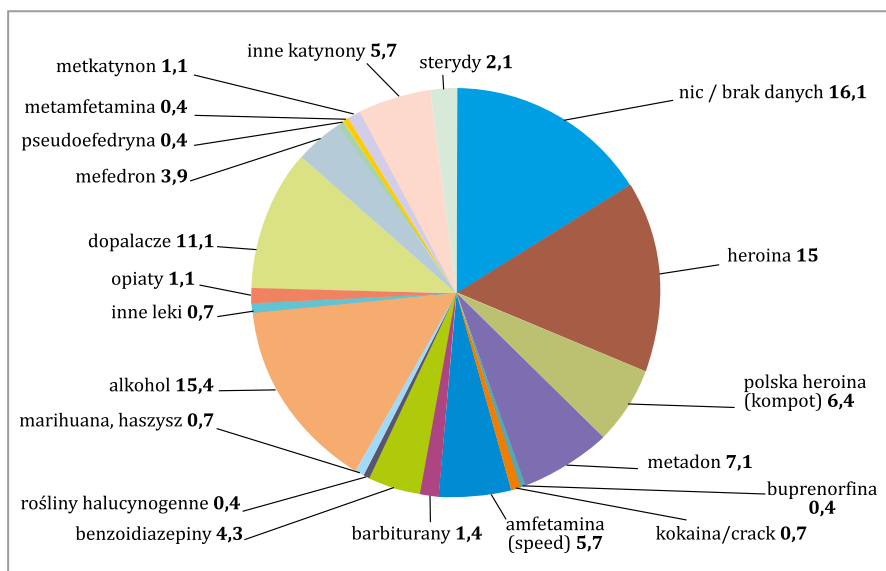


Wykres 2.3.1 Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni % n=280

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Badani byli proszeni o wskazanie jaka substancja jest dla nich najbardziej problemowa. Wyniki zostały przedstawione na wykresie 3.3.1. Najbardziej problemowymi substancjami była heroina 21% (heroina oraz kompot) oraz nowe substan-

cje psychoaktywne 21% (dopalacze, mefedron, inne katynony). Mniejszy odsetek badanych wskazał na alkohol 15%, metadon 7% oraz amfetaminę 6%.



Wykres 2.3.2. Substancja, która wg. uzależnionego sprawia mu najwięcej problemów 2016 % n=280.

3. Problem nowych substancji psychoaktywnych na świecie

Niniejszy rozdział ma na celu przedstawienie sytuacji w obszarze narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych, przede wszystkim w krajach Europy Wschodniej. Pierwsza część rozdziału przedstawia kraje bałtyckie, w drugiej są opisane Węgry a w trzeciej została omówiona Rumunia. Dane przedstawione w rozdziale dotyczącym Europy Wschodniej pochodzą przede wszystkim z materiałów EMCDDA: Country Drug Reports, Biuletynu Statystycznego czy workbooków przygotowywanych corocznie przez Focal Pointy (krajowe centra monitorującej problem narkotyków i narkomanii), jak również z organizowanych co kilka lat, międzynarodowych konferencji KBPN, gdzie mieliśmy przyjemność gościć wielu ekspertów z naszego regionu. Skala używania oraz problemów związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi różni się pomiędzy krajami tak samo, jak w przypadku narkotyków, jednakże można wskazać na kraje w naszym regionie, które musiały zmierzyć się z dużą podażą oraz popytem na NSP. Dlatego też, do opisu poza krajami bałtyckimi wybrano również Węgry i Rumunię. Były to kraje z dużym problemem nowych substancji psychoaktywnych. W kolejnej części rozdziału opisywana jest sytuacja na świecie m.in. w krajach Ameryki Południowej i najnowsze doniesienia EMCDDA.

3.1 Sytuacja w krajach Europy Środkowo-Wschodniej

3.1.1 Łotwa

3.1.1.1 Używania substancji psychoaktywnych na Łotwie

Według ostatnich badań w populacji generalnej na Łotwie skala używania narkotyków w 2015 roku wśród osób w wieku 15–64 lat wyniosła 23% i była mniejsza o 5 punktów procentowych w porównaniu do roku 2007 kiedy wynosiła 28%. Wskaźniki aktualnego używania narkotyków (w ciągu ostatniego roku) wyniosły 4,6%. Wśród młodych dorosłych (15–34 lata) odsetek rozpowszechniania używania narkotyków był niższy niż w całej populacji badanych osób i wyniosły 11%

w 2015 oraz 16% w 2007 (Biuletyn Statystyczny 2018). Skala używania narkotyków jest o wiele wyższa w wybranych grupach niż w całym społeczeństwie, dlatego też na Łotwie prowadzone są badania w określonych grupach, które mogą być adresatami konkretnych działań z zakresu redukcji popytu. W przypadku osób uczestniczących w imprezach w klubach i dyskotekach, wyniki badań z 2016 roku odnotowały odsetki na poziomie 60% osób używających narkotyki kiedykolwiek w życiu. Wśród osób badanych dominowała marihuana (57%), syntetyczne kannabinoidy „Spice” (12%) oraz amfetamina 12%. W przypadku młodzieży odnotowano niższe wskaźniki niż w przypadku populacji generalnej: 19% badanych w szkołach używało różnych nielegalnych substancji psychoaktywnych. Podobnie jak w przypadku badań wśród uczestników klubów oraz dyskotek najbardziej popularnymi substancjami była marihuana (17%) oraz syntetyczne kannabinoidy „Spice” (9,5%), a na trzecim miejscu LSD (3,7%) (ESPAD Group 2016). Spice to nazwa „dopalaczy”, które sprzedawane były jako mieszanka ziołowa zawierająca syntetyczne kannabinoidy. Przedstawione wyniki pochodzą z badania ESPAD przeprowadzonego wśród młodzieży szkolnej w wieku 15–16 lat w 2015 roku¹⁸. Sytuację na Łotwie będziemy mogli porównać do innych krajów bałtyckich ponieważ w nich również przeprowadzone zostały badania ESPAD. Rok wcześniej, w stosunku do przedstawionych wyników badań ankietowych wśród młodzieży, to jest w 2014 roku przeprowadzono badania na Łotwie wśród osób osadzonych w więzieniach. Do używania narkotyków przed osadzeniem przyznało się 69% osób. Najbardziej popularną substancją była marihuana, którą używało 63% badanych, amfetamina odpowiedni: 46% oraz leki uspokajające i przeciwbólowe 39% (EMCDDA 2018a).

3.1.1.2 Problemy związane z używaniem narkotyków na Łotwie

Łotwa stosuje szereg wskaźników pozwalających na opisanie problemowego używania narkotyków jak również problemów związanych z ich używaniem. Według ostatniego oszacowania z 2017 roku na Łotwie było około 13 305 (wskaźnik 10,3 osoby na 1000 mieszkańców) problemowych użytkowników narkotyków (Zile-Veisberga 2018). Na Łotwie przeprowadzono również szacowanie liczby osób używających narkotyki w zastrzykach. W 2017 roku odnotowano około 7700 iniekcyjnych użytkowników narkotyków. W porównaniu do wcześniejszego pomiaru zarejestrowano spadek z 10 034 (2011 rok). Analizując skalę problemów związanych z używaniem narkotyków w 2017 roku odnotowano 18 zgonów z powodu narkotyków, czyli taką samą liczbę jak w 2016 roku a liczba nowych osób zakażonych wirusem HIV wyniosła 62 (spadek z 88 przypadków w 2015 roku). Najczęściej osoby podejmowały leczenie na Łotwie z powodu heroiny (42%), marihuany (22%) oraz amfetaminy (16%). Według ostatnich danych z 2017 roku odnotowano

¹⁸ ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

rekordową liczbę interwencji medycznych z powodu użycia narkotyków. W tym roku doszło do około 4000 interwencji w przypadku 2780 zastosowany został naloxon, czyli były to zatrucia spowodowane opiatami (EMCDDA 2018a).

3.1.1.3 Rynek narkotykowy na Łotwie

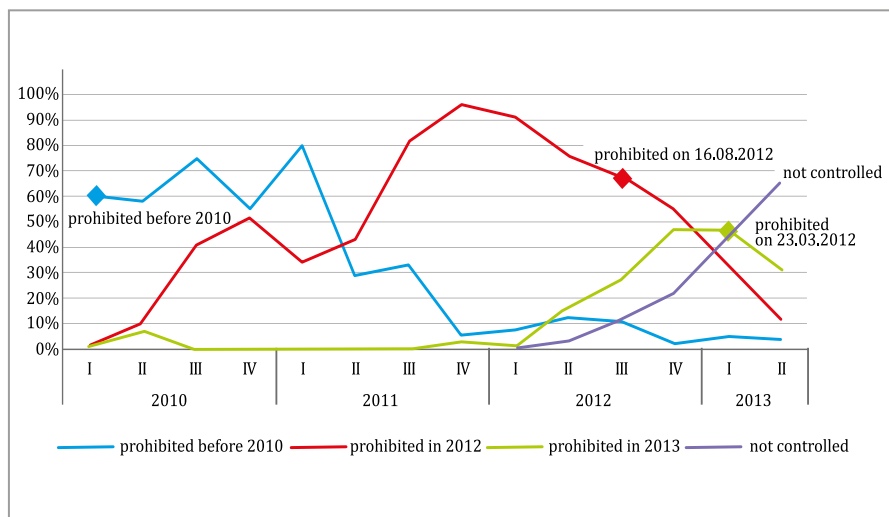
W 2016 r. wykryto niewielkie laboratorium produkujące metamfetaminę na Łotwie. Metamfetamina jest substancją która obok amfetaminy jest najbardziej popularnym stymulantem na Łotwie. W 2016 roku zabezpieczono 16,7 kg metamfetaminy oraz 1,7 kg amfetaminy. Najwięcej zabezpieczono jednak kokainy, bo aż 33,7 kg. Największe konfiskaty odnotowano w przypadku marihuany 44,4 kg. Liczba wykrytych miejsc gdzie uprawiane były konopie indyjskie znacznie wzrosła w latach 2011–2016, jednakże liczba roślin zniszczonych w ostatnich latach znacznie się zmniejszyła, biorąc pod uwagę niewielki rozmiar tych miejsc. Dane pochodzące z organów ścigania pokazują na szereg nielegalnych szlaków przemytu narkotyków. Syntetyczne środki stymulujące (amfetamina, metamfetamina, MDMA/ecstasy) są dostarczane na Łotwę z Litwy, Holandii, Belgii i Niemiec, do konsumpcji krajowej i do dalszej dystrybucji do sąsiednich krajów skandynawskich. Marihuana jest importowana z Holandii, Wielkiej Brytanii i Niemiec, a haszysz pochodzący z Afryki Północnej przybywa na Łotwę z innych krajów UE, zwykle w drodze do Rosji. Kokaina pochodząca z Ameryki Południowej dociera na Łotwę z innych krajów europejskich drogą lądową, lotniczą lub pocztową. Heroina wjeżdża na Łotwę głównie drogą lądową z Rosji i Białorusi. Nowe substancje psychoaktywne wprowadzane są na Łotwę z Azji. Ogólnie ujmując, nielegalne narkotyki są przemycane przez łotewską granicę drogą lądową, różnymi rodzajami pojazdów, koleją, a także drogą powietrzną i przez porty morskie. Istnieją dowody na to, że nielegalne substancje są coraz częściej przesyłane pocztą lub w ramach dostaw kurierskich (EMCDDA 2018a).

3.1.1.4 NSP („Dopalacze”) a Łotwa

Analizując sytuację na Łotwie warto odnieść się do problemu nowych substancji psychoaktywnych. Łotwa była w grupie kilka krajów z mocną rozbudowaną siecią sprzedaży tego typu substancji. W przeciwieństwie do innych krajów bałtyckich na Łotwie powstało wiele sklepów sprzedających tego typu substancje. Łotwa rozpoczęła walkę z „dopalaczami” od wprowadzenia rozwiązań z zakresu prawa generycznego w 2013 roku (17 grup substancji) jak również poprzez wprowadzenie czasowej kontroli nowych substancji pojawiających się na rynku. Podobnie jak w Polsce zastosowano prawo administracyjne. Na podstawie decyzji Łotweskiego Focal Pointa NSP substancje są objęte czasową kontrolą w ciągu kilku dni. Za złamanie czasowego zakazu groziły kary finansowe. Sprzedawcy ignorowali czasowy zakaz sprzedaży NSP, i podobnie jak w Polsce nie płacili nakładanych na nich kar. W związku z rozwojem rynku NSP i wzrostem zgonów z powodu NSP

w kwietniu 2014 roku wprowadzono nowe przepisy, nakładające odpowiedzialność karną za naruszenie tymczasowego zakazu sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych, co pozwoliło na zamknięcie sklepów i zmniejszenie problemów zdrowotnych (EMCDDA 2018a). W 2014 roku odnotowano rekordową liczbę zabezpieczonych nowych substancji psychoaktywnych (1379), która w następnych latach się zmniejszyła (Tabela 3.1.4). Warto przyrzeć się dynamice zabezpieczeń NSP z grupy stymulantów na Łotwie przedstawionej na wykresie 3.1.1.4.1, który pokazuje, że zdelegalizowanie przed 2010 grupy substancji powodowało ich zniknięcie z rynku w 2011 roku i pojawienie się kolejnej do czasu ich delegalizacji.

Wykres 3.1.1.4.1 Dynamika zmian zabezpieczeń stymulujących NSP na Łotwie

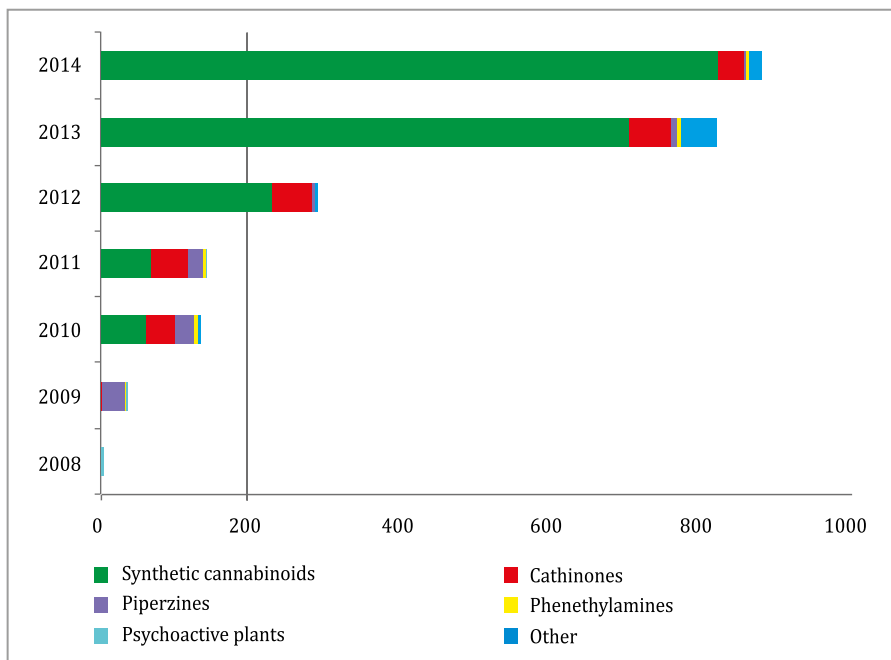


Legenda: niebieska linia – zakazane przed 2010; czerwona linia – zakazane w 2012; zielona linia – zakazane w 2013; fioletowa linia – nie zakazane.

Źródło: Malczewski A, Zile Veisberga A, (2016)

Kolejny wykres przedstawia jak zwiększała się liczba zabezpieczonych nowych substancji na Łotwie w latach 2009–2014. Od 2012 roku odnotowujemy wyraźną dominację syntetycznych kannabinoidów. W 2014 roku do najbardziej popularnych NSP należały: AB-FUBINACA, AKB48F, AB-CHMINACA, AB-PINACA, AKB48 (Zile-Veisberga 2015), czyli syntetyczne kanbinoidy.

Wykres 3.1.1.4.2 Liczby zabezpieczonych NSP na Łotwie w podziale na grupy substancji



Źródło: Agnese Zile-Visberga (2015)

3.1.2 Estonia

3.1.2.1 Używanie narkotyków w Estonii

Wyniki badania w populacji generalnej w Estonii odnotowują używanie narkotyków na poziomie 13,6% w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15–34 lat (dane z 2008 roku). Najbardziej popularną substancją według tych badań jest marihuana: 13,6% (ostatni rok 15–34 lat). Nie jest zatem zaskakujące, że najbardziej rozpowszechnioną substancją wśród młodzieży jest również marihuana. 25% badanych uczniów w Estonii deklarowało używanie marihuany (średnia badania ESPAD dla wszystkich krajów biorących udział w projekcie 16%) a na drugim miejscu były środki wziewne z odsetkiem 13% (średnia badania 7%). Wyniki badania ESPAD wskazują na najwyższe obok Polski wskaźniki używania nowych substancji psychoaktywnych w Europie przez estońską młodzież.

3.1.2.2 Problemy związane z używaniem narkotyków w Estonii

Estonia ma najwyższy wskaźnik zgonów z powodu używania narkotyków (fentanyli) w Europie. W 2016 roku odnotowano 114 zgonów. W roku 2015 liczba zgonów wyniosła 88 jednakże w 2014 była większa i wyniosła 98 osób. Rekordowym rokiem był 2012 z 170 zgonami. W przypadku zakażeń HIV z powodu iniekcyjnego przyjmowania narkotyków w Estonii odnotowywany jest trend malejący nowych przypadków. W 2016 roku odnotowano 30 nowych zakażeń, a w 2014 roku 67. W rekordowym roku 2010 odnotowano 118 zakażeń. Dla 2016 roku wskaźnik zakażeń wynosił 30 przypadków na milion mieszkańców. Popularność opioidów wśród osób często i przede wszystkim zażywających w iniekcji narkotyki ma swoje odbicie w danych ze zgłaszalności do leczenia. 93% osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków zgłasza używanie opioidów jako najbardziej problemową substancję, na drugim miejscu są amfetaminy (4%). Estonia nie ma szacowania liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków, jednakże dane dotyczące osób podejmujących leczenie pokazują, że jest to grupa dominująca wśród osób często używających narkotyki. 69% osób podejmujących leczenie z powodu opioidów przyjmowało je w iniekcjach. O skali używania iniekcyjnego w Estonii, jak również zasięgu działań z zakresu redukcji szkód świadczy liczba rozdane go sprzętu do iniekcji. W ramach programów wymiany igieł i strzykawek w 2016 roku rozdano tam ponad dwa miliony strzykawek (EMCDDA 2018).

3.1.2.3 Estoński rynek narkotykowy

Estonia jest uważana za kraj tranzytowy dla przemytu nielegalnych substancji do krajów skandynawskich i Rosji. Na terenie Estonii występuje produkcja amfetaminy i gamma-hydroksymaślanu (GHB), a także uprawa konopii, choć w bardzo małych ilościach. Zorganizowane grupy przestępcze nadal odgrywają istotną rolę, w ostatnich latach znacznie wzrosła sprzedaż nielegalnych narkotyków za pośrednictwem Internetu, w szczególności sieci darknet. Narkotyki i inne substancje psychoaktywne przemycane są do kraju przez zwykłą pocztę, ale coraz częściej odnotowywane są wysyłki nowych substancji psychoaktywnych, w szczególności fentanylu i nowych analogów fentanylu za pomocą poczty oraz przesyłek kurierskich. Fentanyl, który jest sprawcą wielu zatruć w Estonii przemycany jest z Rosji, jak również z Chin, a nowe analogi fentanylu docierają do Estonii z Chin. Marihuana dociera do Estonii z Holandii, a syntetyczne narkotyki (amfetamina oraz metamfetamina) przemycane są z Holandii, Litwy oraz Polski. Na rynku narkotykowym w Estonii dominują marihuana, GHB, metamfetamina oraz fentanylny. W 2016 największe ilości zabezpieczonych narkotyków to były konfiskaty haszysz – 548 kg (podobnie w 2015 były także największe: 812 kg), które były efektem przede wszystkim dwóch dużych zabezpieczeń tego narkotyku. Jednym z priorytetów policji estońskiej jest walka z rynkiem fentanyli. W efekcie prowadzonych działań

przeciwko dilerom i hurtownikom tego narkotyku w 2016 roku zabezpieczono 700 gram fentanylu oraz nowych analogów fentanylu (EMCDDA 2018).

3.1.2.4 Nowe substancje psychoaktywne („dopalacze”) w Estonii

Nowym zjawiskiem w Estonii jest pojawienie się na rynku narkotykowym nowych fentanyli, które są o wiele silniejsze od fentanylu, należą do grupy nowych substancji psychoaktywnych. 41% zabezpieczonych przez Policję fentanyli to właśnie nowe fentanyle o wiele bardziej niebezpieczne od opiatów, takie jak: acrylfentanyl (130g), furanylfentanyl (81,6g) i carfentanyl (71,7g) ocfentanyl (1,01g), paraflurofentanyl (0,91g) i para-flouroisobutyrylfentanyl (0,12g). Do próby oceny skali zjawiska związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi wykorzystywane są dane z badań populacyjnych lub w wybranych grupach. Według badania ESPAD z 2015 roku do używania kiedykolwiek w życiu nowych substancji psychoaktywnych przyznało się 10% badanych uczniów w wieku 15–16. Jest to najwyższy wskaźnik wśród krajów biorących udział w badaniach ESPAD (ESPAD Group 2016). Polska również odnotowała rozpowszechnienie używania na poziomie 10%, podczas gdy wszystkie inne kraje miały niższe procenty. Warto jednak odnotować, że dane z innych źródeł nie potwierdzają wysokiego poziomu używania nowych substancji psychoaktywnych w Estonii (Drug Workbook Estonia 2017). Jedynym wyjątkiem są nowe fentanyle, które są jednak używane przede wszystkim przez osoby zażywające narkotyki w iniekcjach, które są uzależnione od opioidów. Badanie EuroBarometr zlecone do realizacji przez Komisję Europejską na reprezentatywnych grupach osób w wieku 15–24 lat w UE pokazują, że nowe substancje psychoaktywne używane są na poziomie średniej europejskiej w Estonii. W 2011 roku odnotowano tam 6%, gdy średnia wyniosła 8%. W kolejnym pomiarze z 2014 roku również odsetek wyniósł 6% (średnia europejska 6%). Łotwa, co potwierdza ją inne dane miała wysokie wskaźniki używania i odnotowała je na poziomie 9% w obu pomiarach. W 2011 roku była na drugim miejscu w UE razem z Polską (TNS Political & Social 2014).

3.1.3 Litwa

3.1.3.1 Używanie narkotyków i związane z tym problemy na Litwie

Ostatnie reprezentatywne badania w populacji generalnej na Litwie zostały przeprowadzone w 2016 roku. Narkotyki były używane kiedykolwiek w życiu przez 11,5% badanych w wieku 15–64 lat, co jest o połowę mniejszym wskaźnikiem w stosunku do Łotwy (23%). Do używania narkotyków w ciągu ostatniego roku przyznało się 3,1% badanych, a ostatniego miesiąca 1,3%. Najbardziej popularną substancją wśród badanych osób była marihuana 10,8% (wiek respondentów 15–64 lata), a dla osób w wieku 15–34 lat ten odsetek wyniósł 6%. Według

badan wśród młodzieży szkolnej ESPAD w 2015 roku 18% 15–16 latków z Litwy używało marihuany kiedykolwiek w życiu (średnia ESPAD 16%). Na drugim miejscu były substancje wziewne z odsetkiem 8% (średnia ESPAD 7%). Wyniki dla Litwy są zatem trochę wyższe niż średnia ze wszystkich badanych krajów i plasują się pomiędzy wynikami innych krajów bałtyckich, ponieważ używanie marihuany zadeklarowało 17% badanych na Łotwie, a w Estonii aż 25% (ESPAD Group 2016).

3.1.3.2 Leczenie z powodu narkotyków

Przyjrzyjmy się osobom, które podejmują leczenie z powodu używania narkotyków, czyli osobom, które często sięgały po nielegalne substancje psychoaktywne. Analizując dane dotyczące zgłaszalności na leczenie z powodu narkotyków z placówek leczniczych na Litwie widać, że najczęściej osoby podejmują leczenie z powodu opioidów (Tabela 3.1.1). Ostatnie dostępne dane dotyczą roku 2016. Wskaźnik osób leczonych z powodu opioidów wynosi 86% i jest niższy niż w Estonii, ale wyższy niż na Łotwie. Wśród osób podejmujących leczenie z powodu uzależnienia od opioidów 85% przyjmowało je w drodze iniekcji. Na drugim miejscu osoby podejmują leczenie na Litwie z powodu marihuany 7%. Odsetki są o wiele niższe niż w przypadku opioidów, ale i tak wyższe niż w Estonii, gdzie odnotowano tylko jeden procent osób leczących się z powodu marihuany. W przypadku tego narkotyku najczęściej osoby podejmują leczenie na Łotwie, gdzie co piąta osoba zgłaszająca się do leczenia zrobiła to z powodu marihuany (22%). Z niepokojących zjawisk warto odnotować rosnącą liczbę zgonów z powodu narkotyków na Litwie. Zarejestrowany został wzrost zgonów z powodu narkotyków z 87 osób (2014) do 115 (2015). Ostatnie dane z 2016 roku to niewielki spadek do 109 przypadków. Wskaźnik zgonów jest o ponad połowę niższy niż w Estonii, gdzie wyniósł 132 przypadki na milion osób. Jednakże Litwa ze wskaźnikiem 56 przypadków na milion osób ma o wiele więcej zgonów niż Łotwa, gdzie wskaźnik wyniósł 14 osób na milion mieszkańców. W ramach monitorowania problemu narkotykowego zbierane są na Litwie również dane dotyczące przedawkowań, związanych z narkotykami, które nie spowodowały zgonu. W 2016 roku odnotowano 520 przypadków przedawkowań, co oznacza spadek w porównaniu do roku 2015. W przypadku zakażeń wirusem HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach od 2014 roku corocznie wzrasta liczba nowych zakażeń na Litwie z tego powodu z 38 (2014) do 44 (2015), a według ostatnich danych aż do 83 (2016). Mimo niepokojącej tendencji nadal najwyższe wskaźniki wśród krajów bałtyckich ma Łotwa (31,5 przypadków na milion mieszkańców). Jak już zostało wspomniane opioidy są główną substancją, z powodu której osoby podejmują leczenie na Litwie. Jest to przede wszystkim heroina. Szacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów wskazuje na liczbę około 7500 osób na Litwie, z tego 1231 jest w leczeniu substytucyjnym. Oznacza to, że około 16% osób uzależnionych od opioidów korzysta z tego typu leczenia. Jest to podobny odsetek użytkowników opioidów objętych leczeniem substytucyjnym jak i w Polsce (EMCDDA 2018b).

3.1.3.3 Rynek narkotykowy na Litwie

Według danych EMCDDA na Litwie w 2016 roku odnotowano największą liczbę zabezpieczeń narkotyków w ciągu ostatnich 10 lat, bo aż 1425, z tego konfiskaty marihuany dotyczyły 654 przypadków, w o wiele mniejszym stopniu konfiskowano haszysz (54 zabezpieczenia), jednakże ilość zabezpieczonego haszyszu stanowiła największe konfiskaty: 550 kg, gdy marihuany zabezpieczono o wiele mniej, bo 67,6 kg. W 2016 roku odnotowano rekordowe zabezpieczania heroiny, bo aż 27,8 kg, w 2015 roku to było: 1,8 kg (Biuletyn Statystyczny 2018). Wysokie ilości zabezpieczonej heroiny były efektem powołanie specjalnej grupy policyjnej w Wilnie, która miała za zadanie zwalczanie handlu heroiną. Litwa, podobnie jak Estonia i Łotwa jest krajem tranzytowym handlu nielegalnymi substancjami między krajami Europy Zachodniej, Europy Wschodniej i Skandynawii, głównie drogą lądową. Metamfetamina jest najpowszechniejszym nielegalnym narkotykiem produkowanym na Litwie. Jest ona przeznaczona na rynek litewski jak i do przemytu do innych krajów. Jednakże dane z lecznictwa wskazują, że osoby na Litwie podejmują leczenie głównie z powodu amfetaminy w przypadku stymulantów. Metamfetamina jest przewożona do krajów skandynawskich, Białorusi, Rosji i Zjednoczonego Królestwa drogą lądową lub promem. W 2016 r. wykryto trzy laboratoria służące do produkcji metamfetaminy na Litwie. Małe ilości konopi indyjskich uprawiane są na Litwie, głównie w sztucznych warunkach. Jednak według danych za 2016 roku nie wykryto nielegalnych upraw marihuany na Litwie. Marihuana przemycana jest na Litwę z Holandii lub Hiszpanii, głównie w tranzycie. Niektóre syntetyczne środki stymulujące, w szczególności tabletki MDMA/ ecstacy w ostatnich latach, zostały przywiezione z Holandii, Belgii i Polski. W przypadku Polski był najprawdopodobniej tranzyt, ponieważ Polska nie jest producentem MDMA. Nowe substancje psychoaktywne (NSP) docierają do Litwy podobnie, jak do innych krajów bałtyckich z Chin i Holandii, głównie pocztą kurierską w bardzo niewielkich ilościach. Nie ma otwartej sprzedaży tych substancji na Litwie, tak jak to było do 2014 roku na Łotwie. Heroina jest przemycana do Litwy z krajów Azji Środkowej przez Rosję i Białoruś, często w celu dalszego tranzytu do krajów Europy Zachodniej. Kłajpeda, która jest portem morskim, pozostaje jednym z głównych punktów przemytu dla kokainy, chociaż coraz częściej wykorzystywane są inne sposoby przemytu substancji, np. drogi lądowe, poczta i lub droga powietrzna. Większość kokainy skonfiskowanej na Litwie pochodzi z Wielkiej Brytanii, Holandii lub Niemiec i jest przeznaczona dla Rosji lub innych krajów europejskich. Warto odnotować, że usługi kurierskie i pocztowe są coraz częściej wykorzystywane do transportu niewielkich ilości nielegalnych narkotyków, takich jak MDMA czy amfetaminy. Podobne tendencje odnotowane zostały w innych krajach bałtyckich, gdzie rośnie rola przesyłek kurierskich oraz pocztowych w przemyśle narkotyków oraz nowych substancji psychoaktywnych. Jednym z wyzwań w kontroli podaży substancji psychoaktywnych na Litwie jest pojawienie się coraz większych transportów GBL. Po wprowadzeniu

mechanizmów kontrolnych wobec GBL w Polsce i na Łotwie odnotowano wzrost transportów tej substancji do Litwy, która jest prekursorem GHB, ale również może być używana również jako substancja w celu odurzania się (EMCDDA 2018b).

3.1.3.4 Rozwiązania prawne oraz sytuacja dotyczące NSP („dopalaczy”) na Litwie

W trakcie lipcowej międzynarodowej konferencji w 2018 roku prelegentka z Litwy¹⁹ przedstawiła działania prawne dotyczące nowych substancji psychoaktywnych. Litwa wprowadziła rozwiązania z zakresu prawa generycznego w 2010 roku jako nowy element do istniejącego wcześniej systemu prawnego opartego na delegalizacji poszczególnych substancji opartego na prawie indywidualnym. W ramach legislacji jest 9 grup generycznych. Podobne rozwiązania prawne w sierpniu 2018 roku wprowadziła Polska uzupełniając istniejące prawo indywidualne o cztery grupy generyczne nowych substancji psychoaktywnych. Ponadto powołana została na Litwie międzyministerialna grupa robocza zajmująca się oceną ryzyka nowych substancji psychoaktywnych, która spotyka się 2–3 razy do roku. Z doświadczeń litewskich wynika, że około połowa substancji psychoaktywnych kontrolowana jest a priori na podstawie prawa generycznego. W 2016 roku ocenie zespołu poddano 86 substancji, a kontrolą objęto 48 dodatkowo, na mocy prawa generycznego nielegalnych były kolejne 32 nowe substancje psychoaktywne. W roku 2017 roku objęto kontrolą 25 substancji psychoaktywnych, a 22 były nielegalne na mocy prawa generycznego. W 2017 roku na Litwie dokonano 441 zabezpieczeń nowych substancji psychoaktywnych. Było to niewiele więcej niż w roku 2016 (433), ale kilkakrotnie więcej niż w roku 2015 (62 przypadki). Warto zwrócić uwagę na wzrost liczby zabezpieczeń carfentanylu z 44 (2015) do 124 (2017). Litwa jest krajem z niewielkimi wskaźnikami używania nowych substancji psychoaktywnych, jednakże dane z badań ESPAD pokazują na wskaźnik zbliżony do poziomu europejskiego. 5% badanej młodzieży zadeklarowało używanie nowych substancji psychoaktywnych, gdy w przypadku średniej europejskiej wskaźnik wyniósł 4%. Badanie EuroBarometr zlecone do realizacji przez Komisję Europejską na reprezentatywnych grupach osób w wieku 15–24 lat w UE pokazuje, że nowe substancje psychoaktywne nie są mocno rozpowszechnione na Litwie. W obydwu pomiarach wskaźniki dla Litwy nie przekraczały średniej europejskiej. W obydwu pomiarach odsetek użytkowników nowych substancji psychoaktywnych na Litwie wyniósł 5%, gdy średnia dla UE w 2011: 8%, a w 2014: 5% (TNS Political & Social 2014). Analizę sytuacji dotyczącej nowych substancji psychoaktywnych uzupełniają informacje dotyczące zabezpieczeń. Dane z Systemu Wczesnego Ostrzegania pokazują, że na Litwie odnotowano najwięcej konfiskat nowych substancji psychoaktywnych wśród krajów bałtyckich w 2017 roku: 426, to jest dwa razy więcej niż w Estonii. Warto jednak zwrócić uwagę, że w 2016

¹⁹ Rasa Povilanskienė, Rima Mačiūnienė (2018) *Nowe substancje psychoaktywne. Prawodawstwo i ocena ryzyka na Litwie*, Departament Kontroli Tytoniu, Narkotyków oraz Alkoholu. Litwa – prezentacja na II Międzynarodowej Konferencji Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym, Warszawa, 16–17 lipca 2018.

roku w Estonii zabezpieczeń nowych substancji psychoaktywnych było ponad 600 i na Litwie nigdy nie osiągnięto tak wysokich wskaźników jak w innych krajach bałtyckich (EMCDDA 2018b).

Tabela 3.1.1 Odsetek osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków według substancji w 2016 roku – dane TDI

	marihuana	amfetaminy	kokaina	heroina	opioidy	stymulanty	inne
Estonia	1	4	0	-	93	-	1
Łotwa	22	16	1	42		-	20
Litwa	7	-	1	-	86	3	3

Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii Biuletyn Statystyczny (2018)

Tabela 3.1.2 Przypadki zdiagnozowanego zakażenia HIV związane z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji (ECDC) w 2016 roku

Kraj	Liczba przypadków na milion osób – wskaźnik	Liczba przypadków
Estonia	22,8	30
Łotwa	31,5	62
Litwa	28,7	83

Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii Biuletyn Statystyczny (2018)

Tabela 3.1.3 Liczba i ilość zabezpieczonych narkotyków w 2016 roku

	heroina		kokaina		amfetaminy		MDMA		Haszysz		Marihuana		Konopie indyjskie (rośliny)	
	skonfiskowana ilość	liczba konfiskat	skonfiskowana ilość	liczba konfiskat	skonfiskowana ilość	liczba konfiskat	skonfiskowana ilość	liczba konfiskat	skonfiskowana ilość	liczba konfiskat	skonfiskowana ilość	liczba konfiskat	skonfiskowana ilość	liczba konfiskat
	kg	liczba	kg	liczba	kg	liczba	tabletki (kg)	liczba	kg	liczba	kg	liczba	rośliny (kg)	liczba
Estonia	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449	548	22	46	575	bd (79)	28
Łotwa	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180	3	96	44	872	bd (50)	22
Litwa	28	296	3	67	10	253	bd (8)	101	551	54	68	654	bd (bd)	0

Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii Biuletyn Statystyczny (2018)

Tabela 3.1.4 Liczba zabezpieczeń NSP w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania

	Estonia	Litwa	Łotwa
2014	134	132	1379
2015	194	252	643
2016	688	439	467
2017	218	426	371

Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018)

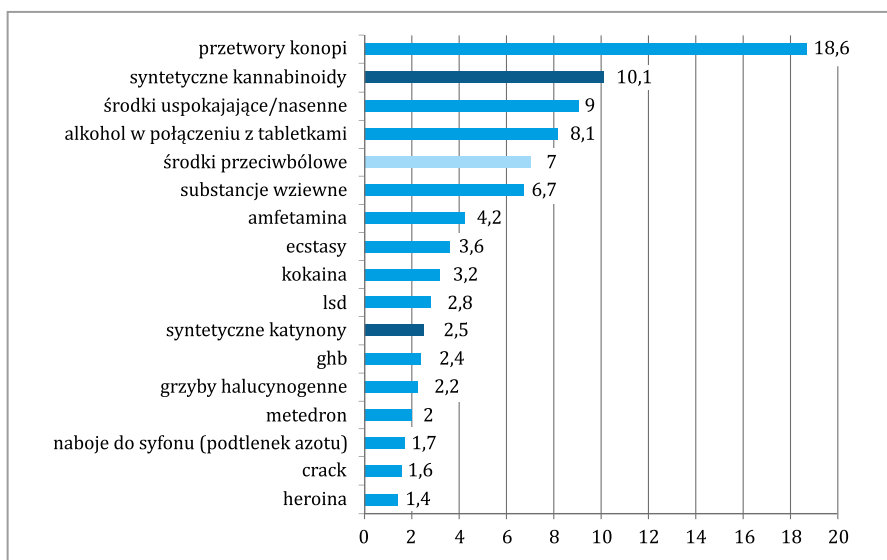
3.1.4 Węgry

3.1.4.1 Skala używania narkotyków oraz NSP

Według danych EMCDDA na Węgrzech konopie indyjskie są najczęściej używaną nielegalną substancją wśród ogółu populacji, a ich stosowanie jest skoncentrowane wśród młodych dorosłych w wieku 18–34 lata (3,5%). Najnowsze dane wskazują na spadek spożycia konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych osób (wiek 15–34 lata). Inne tendencje odnotowano w przypadku stosowania MDMA/ecstasy (2,1%), kokainy (0,9%) i amfetaminy (1,4%), których używanie zwiększyło się w latach 2007–15. Po pojawieniu się nowych substancji psychoaktywnych (NSP) na węgierskim rynku narkotykowym, do których głównie należą grupy syntetycznych kannabinoidów, syntetycznych katynonów lub pochodnych amfetaminy, stały się tak popularne, jak nielegalne narkotyki, w szczególności wśród młodych osób dorosłych. Wyniki badania ESPAD wśród 15–16 latków z 2015 r. potwierdziły, że konopie indyjskie pozostają najpowszechniej stosowanym narkotykiem w tej grupie, choć na niższym poziomie niż w 2011 r., i że używanie marihuany kiedykolwiek w życiu wśród węgierskich uczniów jest nieco niższe niż średnia ESPAD (35 krajów). Wskaźniki rozpowszechnienia użycia kiedykolwiek w życiu nielegalnych narkotyków innych niż konopie indyjskie i NSP są podobne do średnich ESPAD. Natomiast więcej węgierskich uczniów zgłosiło użycie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni, a zgłaszana częstotliwość intensywnego picia epizodycznego była również wyższa niż średnia dla wszystkich krajów. W roku 2015 według badań ESPAD (Wykres 3.1.4.1.1), wskaźniki rozpowszechniania używania przetworów konopi co najmniej raz w życiu (Elekes 2016) były najwyższe w populacji uczniów (klasy 9–10). Kolejną kategorią substancji pod względem rozpowszechniania były syntetyczne kannabinoidy (rodzaj NSP), które po raz pierwszy pojawiły się w deklaracjach użytkowników w 2015 roku. Trzecią kategorią substancji były środki uspokajające i nasenne dostępne bez recepty, a także przyjmowanie tego typu substancji w połączeniu z alkoholem.

lem. Konsumpcja środków przeciwbólowych w celu odurzenia się, ujęta w badaniach po raz pierwszy w 2015, była również popularna wśród uczniów. Na szóstym miejscu uplasowało się wdychanie rozpuszczalników i środków wziewnych. Siódme miejsce pod względem używania nielegalnych narkotyków zajęła amfetamina. Rozpowszechnienie używania innych substancji co najmniej raz w życiu wyniosło ok. 2%. Używanie innych nowych substancji tj. syntetycznych katynonów było mniej rozpowszechnione wśród uczniów szkół średnich. W badaniach ESPAD odnotowano używanie na poziomie 2,5% syntetycznych katynonów. (Drugs Hungarian Workbook 2018).

Wykres 3.1.4.1.1 Wskaźniki używania co najmniej raz w życiu wg typów substancji wśród uczniów klas 9–10 w 2015 (%) – badania ESPAD



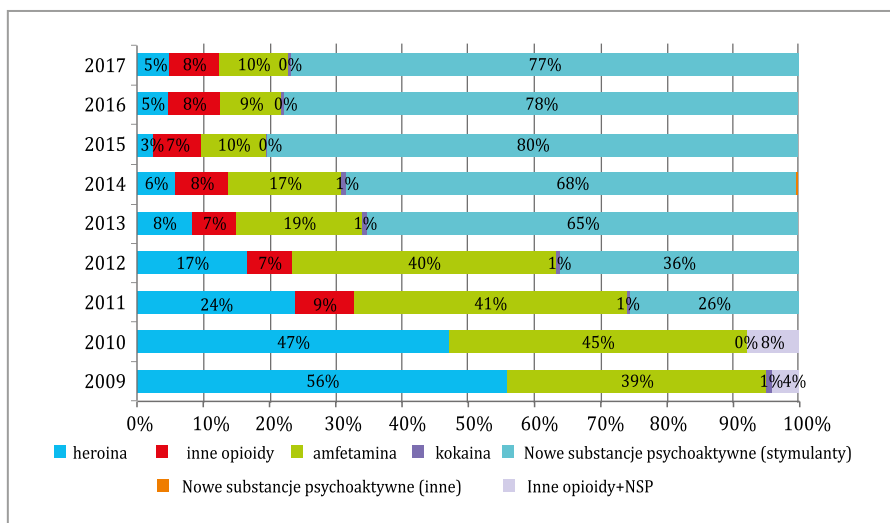
Źródło: ESPAD – Elekes 2016

3.1.4.2 Problemowe używanie narkotyków

Na Węgrzech używanie narkotyków w grupach wysokiego ryzyka jest najczęściej powiązane głównie z wstrzykiwaniem stymulantów i NSP. Szacunki odnotowują 6707 iniecyjnych użytkowników narkotyków w 2015 roku. Według informacji z Węgierskiego Focal Pointa od 2011 roku wzrosło znacznie używanie nowych substancji psychoaktywnych wśród użytkowników iniecyjnych. Na podstawie danych pozyskanych z programów wymiany igieł i strzykawek (Fóti and Tarján 2018), pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych (NSP) w 2010 roku całkowicie przekształciło strukturę dotychczasowych wzorów używania narkotyków. Według danych z węgierskiego workbooka dotyczącego narkotyków dla EMCDDA w 2009 roku mniej niż 44% iniecyjnych użytkowników narkotyków

będących klientami programów wymiany igieł i strzykawek używało stymulanty jako główny narkotyk, w 2017 roku odsetek ten wzrósł do 87%. Odsetek iniekcyjnych użytkowników klasycznych stymulantów, głównie amfetaminy, wynosił ok. 40% w latach 2009–2012. Jednakże od roku 2013 zaczęto odnotowywać trend spadkowy w używaniu amfetaminy. W roku 2017 odsetek iniekcyjnych użytkowników przyjmujących głównie amfetaminę wynosił jedynie 10% wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek (Drugs Hungarian Workbook 2018). Dane z Węgierskiego Focal Pointa odnotowują, że wzrost iniekcyjnego używania syntetycznych stymulantów (grupa NSP, głównie syntetyczne katynony) spowodował, że w 2010 roku rozpowszechnienie iniekcyjnego używania tych substancji okazało się wyższe od heroiny, a następnie w 2013 roku przewyższyło używanie amfetaminy. Podczas, gdy w 2010 mniej niż 8% klientów programów wymiany igieł i strzykawek używało syntetyczne stymulanty z grupy NSP, w 2015 odsetek ten wyniósł 80% (Drugs Hungarian Workbook 2018). Od roku 2016 iniekcyjne używanie syntetycznych katynonów zdaje się stabilizować (głównie narkotyków przyjmowanych iniekcyjnie wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek w 2016: 78%; w 2017: 77%), co w świetle wyników najnowszych badań (Káló i wsp. 2018) wskazuje na zmianę drogi przyjmowania i substancji podstawowej wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Odnotowuje się wzrost wdychania (folia aluminiowa) substancji tradycyjnie wstrzykiwanych, a także okresową bądź permanentną zmianę w kierunku używania syntetycznych kannabinoidów (palenie) (Drugs Hungarian Workbook 2018).

Wykres. 3.1.4.1.2 Odsetki klientów programów wymiany igieł i strzykawek według wstrzykiwanego narkotyku podstawowego w latach 2009–2017



Źródło: Fóti and Tarján 2018. Drugs Hungarian Workbook 2018

W roku 2010 głównym wstrzykiwanym syntetycznym stymulantem zażywany przez iniekcyjnych użytkowników narkotyków w ankietach realizowanych w populacji osób ankietowanych przez programy działające na ulicy był mefedron, w roku 2011 – MDPV, natomiast od roku 2012 substancja obiegowo nazywana „penta crystal/crystal”²⁰. Wśród syntetycznych katynonów przyjmowanych drogą iniekcji (w sumie 1407 respondentów), „penta crystal” był dalej najczęściej wymienianą nazwą uliczną w 2017 (95% wśród syntetycznych stymulantów; 1333 respondentów). Na drugim miejscu znalazł się produkt o nazwie „zene” (węg. muzyka) z 3% (43 respondentów). 2% respondentów wymieniło MDPV, natomiast 1% mefedron (Drugs Hungarian Workbook 2018).

3.1.4.3 Zg aszalno do leczenia z powodu narkotyków

Według danych Węgierskiego Focal Pointa spośród wszystkich 4 098 pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie uzależnień od narkotyków w 2016 r., większość osób podjęła leczenie jako alternatywa dla karania za przestępstwa narkotykowe. Osoby te były głównie leczone w jednostkach ambulatoryjnych. Konopie indyjskie pozostawały główną substancją wśród wszystkich klientów placówek leczniczych, którzy rozpoczęli leczenie w 2016 r., a następnie były to głównie nowe substancje psychoaktywne (NSP), amfetaminy i opioidy. Konopie indyjskie są również najczęściej notowaną substancją podstawową dla osób, które rozpoczynają leczenie w ramach systemu sądownictwa karnego. Długofalowa analiza wskazuje na zmniejszenie zapotrzebowania na leczenie związane z heroiną i wzrost liczby klientów leczenia z powodu NSP. Syntetyczne kannabinoidy i syntetyczne katynony są najczęstszymi grupami NSP, dla których leczenie z powodu narkotyków jest zaczynane na Węgrzech. Liczba klientów leczenia substytucyjnego na Węgrzech pozostała stabilna w ostatnich latach, przy czym zmiany trendów tłumaczyły się głównie zmianą metod zbierania w 2010 i 2011 roku. Wstrzykiwanie pozostaje głównym sposobem zażywania narkotyków wśród osób rozpoczynających leczenie uzależnienia od narkotyków w wyniku stosowania heroiny.

3.1.4.4 Choroby zakaźne wśród użytkowników narkotyków

Wzrost liczby nowych przypadków zakażenia wirusem HIV zgłaszanych corocznie na Węgrzech od 2011 r. wydaje się zahamowany. Częstość występowania zakażeń związanych z zażywaniem narkotyków wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków na Węgrzech była stabilna do 2011 r. Źródło zakażenia jest znane w przypadku dwóch trzecich zakażeń wirusem HIV i tylko w przypadku kilku zakażeń miały one związek z zażywaniem narkotyków w iniekcjach. Wskaźnik dla danych ogólnokrajowych wynosi 0,2% (2014) zakażeń HIV z powodu używania

²⁰ Według danych z Węgierskiego Focal Pointa we wcześniejszych danych z konfiskat (2012–2014), była to substancja zawierająca pentedron. O ile rozpowszechnienie pentedronu zmalało na korzyść innych syntetycznych katynonów (dane z konfiskat), uliczna nazwa „crystal” pozostała.

narkotyków w iniekcjach. Infekcje HCV są często wykrywane wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach. Odnotowano, że połowa zakażeń jest wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach 50% (2014). Ostatnie badania wskazały, że 8 na 10 osób zażywających nową substancję psychoaktywną (NSP) w iniekcjach było zakażonych HCV. Częstość występowania HCV tłumaczy się nowymi wzorami wstrzykiwania narkotyków. W szczególności NSP są wstrzykiwane częściej, w rezultacie udostępnianie i ponowne wykorzystywanie sprzętu do iniekcji stało się bardziej powszechne wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach.

3.1.4.5 Zgony z powodu substancji psychoaktywnych

Zgony spowodowane przez narkotyki to zgony, które można bezpośrednio powiązać z używaniem nielegalnych narkotyków (tj. zatrucia i przedawkowania). Węgry w ramach sprawozdawczości do EMCDDA zgłaszały od 20 do 30 zgonów związanych z narkotykami rocznie w ciągu ostatnich pięciu lat. Wahania liczby zgonów zgłoszonych przed 2011 r. przypisywano czystości heroiny. Dostępność heroiny znacznie spadła po 2010 r., a w efekcie inne opioidy zaczęły dominować w przypadkach zgonów związanych z narkotykami. W 2016 r. zgodnie z wynikami badań toksykologicznych, opioidy wykryto w około jednej czwartej wszystkich zgonów i zawsze znaleziono je w połączeniu z innymi substancjami psychoaktywnymi. W pozostałych przypadkach wykryto obecność amfetaminy, kokainy i nowych substancji psychoaktywnych. Następujące NSP zidentyfikowano w przypadku zgonów z powodu substancji psychoaktywnych: α -PVP, pentedrone, ADB-Fubinaca, AB-Fubinaca i AB-CHMINACA. W 2016 r. większość ofiar używania narkotyków lub NSP była płci męskiej, a średnia wieku zgonów wyniosła 36 lat. Średni wiek ofiar powiązanych z NSP jest niższy niż odsetek ofiar narkotyków. Wskaźnik śmiertelności wywołanej narkotykami wśród dorosłych (w wieku 15–64 lat) na Węgrzech wynosił 3,93 zgonów na milion w 2016 r., czyli poniżej ostatniej europejskiej średniej wynoszącej 21,8 zgonów na milion.

3.1.4.6 Rozwiązania prawne dotyczące nowych substancji psychoaktywnych

Jak widać z powyższych danych Węgry dotknięte zostały dość dużym problemem nowych substancji psychoaktywnych i aby kontrolować nowe substancje psychoaktywne na Węgrzech, dekret rządowy ustanowił sformalizowaną szybką ocenę w 2012 r. Umożliwiło to włączenie nowych substancji psychoaktywnych do Rozporządzenia Ministra Spraw Zasobów Ludzkich nr 55/2014, co oznacza tymczasową kontrolę na jeden rok z możliwością przedłużenia do jednego roku (lub do pojawienia się nowych informacji). W związku z tym nowa sekcja Kodeksu karnego z 2013 r. przewidywała kary do trzech lat pozbawienia wolności za produkcję i (od stycznia 2014 r.) od jednego do pięciu lat za dostawę, i do trzech lat za posiadanie więcej niż niewielkiej ilości nowych substancji psychoaktywnych

(„niewielka ilość” została obniżona z 10 g do 2 g w 2017 r.). Sekcja penalizująca nakłanianie nieletnich do używania „substancji lub środka o działaniu narkotycznym, ale niesklasyfikowanym jako lek” została zachowana, chociaż maksymalna kara została zmniejszona z trzech do dwóch lat.

3.1.4.7 Rynek substancji psychoaktywnych na Węgrzech

W ostatnich latach węgierski rynek narkotykowy uległ znacznym zmianom. Przede wszystkim nowe substancje psychoaktywne (NSP) coraz częściej zastępują narkotyki, co stanowi wyzwanie dla organów ścigania. Chiny są głównym źródłem zaopatrywania Węgier w NSP. Substancje te docierają zazwyczaj pocztą, chociaż niektóre z NSP są wysyłane na Węgry z Hiszpanii, Holandii, Belgii oraz Słowacji. Dostępne dane wskazują, że konsumenci mogą uzyskać dostęp do tych substancji za pośrednictwem sklepów internetowych. Jednak liczba takich sprzedawców spadła w latach 2013–2015 (EMCDDA 2018c). Udział wszystkich konfiskat NSP wzrósł stopniowo w latach 2010–2014. Substancje te były zaangażowane w prawie 60% wszystkich konfiskat w 2014 r., podczas gdy w 2015 r. NSP przechwytywano tak często, jak narkotyki. Pochodne katynonu i mieszanki ziołowe zawierające syntetyczne kannabinoidy pozostają najczęściej przechwytywaną NSP, chociaż liczba konfiskat zmniejszyła się od 2014 r. Konopie indyjskie, w szczególności konopie ziołowe, pozostają najczęściej przejętym narkotykiem na Węgrzech. Konopie indyjskie są coraz częściej przemycane do kraju przez wietnamskie grupy przestępcze z Czech, z Krajów Bałkanów Zachodnich i Holandii. Konopie indyjskie uprawia się również na Węgrzech, choć na niewielką skalę. Od 2012 r., kiedy w kraju skonfiskowano rekordową ilość prawie 1,8 ton marihuany, odnotowuje się spadek zabezpieczonej ilości marihuany (EMCDDA 2018c). Węgry tradycyjnie były krajem tranzytowym dla heroiny pochodzącej z Afganistanu i przemycanej przez Bliski Wschód trasą bałkańską do Europy Zachodniej. Od 2010 roku, kiedy liczba zabezpieczeń heroiny znacznie spadła, w porównaniu z okresem przed 2010 r., wskazując na brak heroiny na węgierskim rynku narkotykowym podobnie jak to było w Polsce i w Rumunii. Liczba konfiskat i ilości przechwyconej heroiny pozostała stosunkowo niewielka. Substancje syntetyczne takie, jak amfetaminy i MDMA/ecstasy, są przemycane z Belgii i do Holandii. Na Węgrzech zabezpieczono jedno niewielkie miejsce produkcji amfetaminy. W ostatnich latach kokainę skonfiskowano na Węgrzech, która została przetransportowana w samochodach przez Hiszpanię i Holandię lub została przemycana bezpośrednio z Ameryki Południowej przez muły narkotykowe. Dane wskazują na rosnącą tendencję do konfiskat kokainy (EMCDDA 2018c).

3.1.5 Rumunia

3.1.5.1 Używanie substancji psychoaktywnych w Rumunii

Rozpowszechnienie używania nielegalnych substancji wśród dorosłych osób w Rumunii wzrastało w latach 2004–2016, jednakże pozostaje na niskim poziomie w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Konopie indyjskie są najczęściej używanym narkotykiem, a jego stosowanie jest skoncentrowane wśród młodych dorosłych w wieku 15–34 lat. W 2016 r. dwa razy większy odsetek badanych w wieku 15–34 lat wskazał, że używał więcej marihuany niż w 2013 r. (dane dotyczące wskaźnika używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 5,8%). Mężczyźni (7,8% – używanie w ciągu ostatniego roku 15–34 lata) deklarują używanie marihuany częściej niż kobiety (3,8%). Dane z ostatniego badania populacji generalnej z 2016 roku wskazują, że około 2,5% rumuńskich dorosłych próbowało nowego środka psychoaktywnego („dopalaczy”) co najmniej raz w życiu, chociaż regularne stosowanie pozostaje rzadkie i koncentruje się głównie wśród młodych ludzi. Dane z badań wśród młodzieży dotyczące 2015 roku odnotowują w Rumunii niższe wskaźniki używania marihuany od średniej z całego badania. Do używania marihuany przystąpiło 8,1% 15–16 latków. W przypadku zgłaszalności do leczenia połowa osób je podejmujących z powodu narkotyków zgłosiła marihuanę jako narkotyk z powodu którego podjęli leczenie a co czwarta osoba zrobiła to z powodu heroiny (EMCDDA 2018d).

3.1.5.2 Używanie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej

Opierając się na wynikach badania ESPAD 2015, nowe substancje psychoaktywne (NSP) plasują się na drugim miejscu po konopiach indyjskich. 5,1% 16-letnich uczniów zadeklarowało chociaż raz użycie NSP i 3,1% wymieniło używanie w ciągu ostatniego roku. Najczęściej stosowanymi formami NSP są postacie mieszanek ziół do palenia. Ostatnio stosowanie takich mieszanek stanowi 2,7% badanych nastolatków, a 0,4% respondentów raportuje zażywanie NSP w formie proszków, kryształków lub tabletek. 0,2% respondentów odpowiedziało, że używa NSP, nie wspominając o formie, w jakiej zostały zażyte. W 2015 r. odnotowano różnice między płciami w rozpowszechnieniu zażywania konopi indyjskich w wieku 16 lat: 5,8% w przypadku chłopców w porównaniu do 3,4% dziewcząt (wskaźnik kiedykolwiek w życiu). Występowanie NSP w ciągu ostatniego roku wyniosło 4,5% dla chłopców, podczas gdy wartość wskaźnika rozpowszechnienia wynosi 2,8% dla dziewcząt. Nowe substancje psychoaktywne zajmują trzecie miejsce (po inhalacjach i konopiach indyjskich) w kategorii zadeklarowanej jako pierwsze użycie nielegalnej substancji psychoaktywnej w Rumunii. 1,3% uczniów wspomina, że doświadczyło takich substancji w wieku 13 lat lub wcześniej (EMCDDA 2018d).

3.1.5.3 Problemowe używania narkotyków

Rumuńskie szacunki dotyczące rozpowszechnienia stosowania opioidów wysokiego ryzyka wahały się od 1,05 do 1,77 na 1 000 osób dorosłej populacji w 2016 r. Dane dla Rumunii odnotowują około 21 tysięcy problemowych użytkowników opioidów. Szacuje się, że liczba osób wstrzykujących narkotyki w Bukareszcie była bliska 10 000 w 2016 r. Dane z placówek leczenia osób uzależnienia od narkotyków sugerują, że heroina jest głównym narkotykiem wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach, z powodu, którego podejmują oni leczenie (EMCDDA 2018d). Dane ze zgłaszalności do leczenia odnotowują, że prawie 9 na 10 osób zażywających narkotyki w iniekcjach podejmuje leczenie z powodu heroiny. Ponadto około 1 na 20 osób zgłosiło nową substancję psychoaktywną jako substancję z powodu której rozpoczynają leczenie. Analiza danych z ostatnich 10 lat sugeruje, że liczba osób zażywających heroinę rozpoczynających leczenie w Rumunii zmniejsza się od 2007 r. Podczas gdy liczba osób zażywających pochodne konopi indyjskich wzrosła od 2013 r. Według informacji z raportu EMCDDA wzrost zapotrzebowania na leczenie uzależnienia od konopi indyjskich można w dużej mierze przypisać sytuacji, w której leczenie oferowane jest jako alternatywa więzienia dla niektórych kategorii sprawców (EMCDDA 2018d).

3.1.5.4 Zakażenia HIV i HCV w Rumunii

Według danych EMCDDA w Rumunii odnotowano wzrost liczby przypadków infekcji HIV wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach w latach 2011–2013. Jednak w latach 2014–2016 zmniejszyła się liczba nowych powiadomień o zakażeniu HIV wśród tej grupy. Dane oparte na wynikach testów na HIV wśród osób zażywających narkotyki, które szukają leczenia lub uczestniczących w usługach redukcji szkód, również wskazywały na wzrost w zakresie rozpowszechnienia HIV w latach 2010–2013, ale nowsze dane sugerują pewną stabilizację odsetek występowania nowych zakażeń wśród PWID iniekcyjnych użytkowników narkotyków od tego czasu. W 2016 roku odnotowano 83 przypadki nowych zakażeń wirusem HIV. Infekcja wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) jest najczęstszą infekcją związaną z narkotykami wśród rumuńskich użytkowników narkotyków. Od 2013 roku, kiedy odnotowano najwyższe wskaźniki, częstość występowania HCV wśród zażywających narkotyki w iniekcjach, częstość występowania HCV wśród osób tej populacji nieznacznie spadła. Ponadto dane od osób w leczeniu uzależnienia od narkotyków wskazują na tendencję spadkową w zakażeniach HCV i wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBV) w ostatnich latach, po szczytach obserwowanych w 2011 (dla HCV) i 2013 (dla HBV). Współwystępowania HIV i HCV i/lub HBV są częste wśród zażywających narkotyki w iniekcjach w Rumunii. Według krajowych badań wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków 11,6% osób zażywających narkotyki w iniekcjach było zakażonych wirusem HIV (dane za 2016). W przypadku zakażeń HCV dostępne dane dotyczą badań regionalnych

gdzie odnotowano, że trzy czwarte osób zażywających narkotyki w iniekcjach jest zakażonych wirusem typu C (EMCDDA 2018d).

3.1.5.5 Interwencje medyczne

W Rumunii nagłe interwencje medyczne związane z narkotykami były monitorowane w całym kraju od 2010 r. W 2016 r. łącznie było 3 060 sytuacji kryzysowych spowodowanych przez nielegalne substancje psychoaktywne, co stanowi spadek w porównaniu do 2015 r. Około jedna trzecia przypadków była związana głównie ze stosowaniem NSP, a następnie konopi indyjskich i opioidów. Jednak rozpowszechnienie interwencji medycznych w przypadku tej ostatniej substancji spada. W około jednej piątej zgłoszonych nagłych wypadków wykryto więcej niż jedną nielegalną substancję lub alkohol. Młodzi mężczyźni to grupa, która najczęściej potrzebuje nagłej pomocy w wyniku nielegalnego używania substancji (EMCDDA 2018d).

3.1.5.6 Zgony z powodu narkotyków

Zgony spowodowane przez narkotyki to zgony, które można bezpośrednio przypisać używaniu narkotyków (np. zatrucia lub przedawkowania). W 2016 r. podobnie jak w latach ubiegłych, liczba zgłoszonych zgonów spowodowanych narkotykami opierała się głównie na zgonach zaraportowanych w Bukareszcie. Analiza przypadków dotyczących zgonów wskazuje, że ofiary miały długą historię zażywania narkotyków i że używały głównie nielegalnych substancji w drodze iniekcyjnej (EMCDDA 2018d). Zgodnie z wynikami badań toksykologicznych, opioidy, a w tym przede wszystkim metadon – były najczęściej głównymi narkotykami powodującymi śmiertelne przedawkowanie. Nowe substancje psychoaktywne wykryto w przypadku czterech zgonów a kokainę w jednym zgonie w 2016 r. Dwie lub więcej substancji psychoaktywnych było obecnych w trzech czwartych wykrytych zgonów. Większość ofiar śmiertelnego przedawkowania narkotyków stanowili mężczyźni, a średni wiek ofiar wynosił około 32 lata, a długoterminowa tendencja wskazywała na stały wzrost wieku ofiar na przestrzeni lat (EMCDDA 2018d).

3.1.5.7 Przestępstwa narkotykowe

W 2016 roku w przypadku 7140 osób prowadzone były dochodzenia z powodu przestępstw narkotykowych. Ze względu na swoje położenie geograficzne Rumunia stanowi część bałkańskiej drogi przemytu heroiny do Europy. Heroina pochodzi z Afganistanu i jest przemycana głównie przez Turcję i inne kraje bałkańskie do Rumunii, a następnie do Europy Środkowej i Zachodniej. Kokaina jest wysyłana z Ameryki Południowej w dużych ilościach przez porty Morza Czarnego lub drogą lądową i lotniczą z innych krajów Unii Europejskiej; jest przeznaczona

głównie dla rynków poza granicami kraju. Podczas gdy przemysł marihuany i haszyszu nadal występuje (głównie z Półwyspu Iberyjskiego, krajów zachodnich Bałkanów i Maroka), analiza dużych konfiskat wykazała, że ponad 90% zajęć konopi indyjskich związana była z produkcją krajową. W 2016 r. skonfiskowano łącznie 83 plantacje marihuany, czyli więcej niż wykryto w poprzednich latach. MDMA, czyli ekstazy i amfetamina skonfiskowane w Rumunii pochodzą z krajów Europy Zachodniej (głównie Hiszpania i Holandia) (EMCDDA 2018d). Nowe substancje psychoaktywne (NSP) przemycane są do Rumunii głównie z krajów azjatyckich i zazwyczaj docierają do niej za pośrednictwem poczty kurierskiej. W 2015 r. w Rumunii odkryto trzy laboratoria mieszania i pakowania nowych substancji psychoaktywnych, czyli miejsca gdzie sprowadzone z Chin nowe substancje psychoaktywne były przygotowane do sprzedaży detalicznej. W przypadku syntetycznych kannabionoidów podkład roślinny był nasączony nowymi substancjami psychoaktywnymi. Rumuńskie organy ścigania zgłosiły znaczny wzrost całkowitej liczby konfiskat i ilości nielegalnych substancji zajętych w ostatnich latach. Liczba zabezpieczeń narkotyków w 2016 roku osiągnęła najwyższą wartość w ciągu ostatnich 10 lat. Większość z zabezpieczeń to konfiskaty na poziomie detalicznym, z których mniej niż 2% wszystkich przypadków przekracza 1 kg. Konopie indyjskie pozostają głównymi narkotykami skonfiskowanymi pod względem liczby konfiskat w Rumunii, chociaż całkowite ilości zabezpieczonych konopi zmniejszyły się w 2016 roku do 142,6 kilogramów (EMCDDA 2018d). W 2016 r. Rumunia zgłosiła zwiększone ilości zabezpieczonej kokainy, khatu i syntetycznych stymulantów (MDMA i amfetaminy). Największe konfiskaty w 2016 roku w Rumunii odnotowano w przypadku kokainy: 2321 kilogramów. Warto odnotować, że ilość przejętej heroiny była najniższą odnotowaną w historii (EMCDDA 2018d). W 2016 r. liczba konfiskat nowych substancji psychoaktywnych była mniejsza niż liczba konfiskat dokonanych na terenie Rumunii za okres 2012–2015. Biorąc pod uwagę charakter rynku nielegalnych narkotyków w Rumunii i jego bliskość do głównych szlaków handlowych na wschodzie, jak również między wschodem a zachodem, jednym z głównych priorytetów rumuńskich organów ścigania jest monitorowanie transgranicznego przemytu nielegalnych substancji. Działania resortów siłowych w Rumunii mają na celu przeciwdziałać wysiłkom zorganizowanych grup przestępczych zaangażowanych w międzynarodowy handel narkotykami (EMCDDA 2018d).

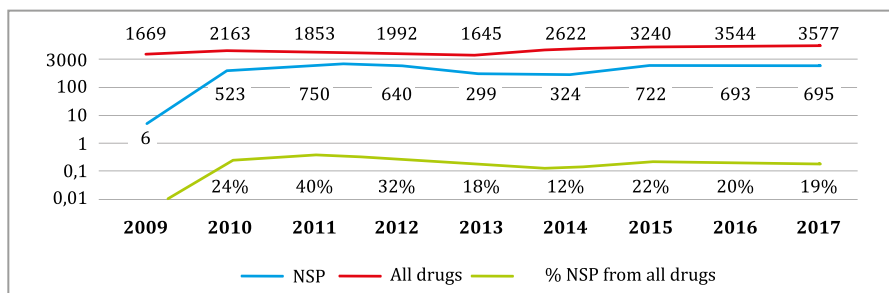
3.1.5.8 Zgłaszalność do leczenia z powodu używania nowych substancji psychoaktywnych

Według danych rumuńskiego Focal Pointa używanie nowych substancji psychoaktywnych (NSP) znajduje się na trzecim miejscu jako przyczyna zgłaszalności do leczenia narkotykowego (19,4%) oraz na drugim miejscu w przypadku pacjentów pierwszorazowych (17,8%) w 2017 roku. Populacja pacjentów przyjętych do leczenia wskutek używania NSP w 2017 to głównie mężczyźni (92,5% mę-

czyn, 7,5% kobiet) (Drugs Romanian Workbook 2018). Wiek inicjacji używania NSP wśród pacjentów przyjętych w 2017 roku wahał się od 15. do 19. roku życia (33,1%). Głównym źródłem skierowań na leczenie były służby społeczno-medyczno-zdrowotne (41%), następnie zgłoszenia samodzielne, namowy rodziny i przyjaciół (25,9%). Główną drogą przyjmowania, deklarowaną przez pacjentów-użytkowników NSP w 2017 było palenie/wdychanie (84,2%). 37.2% respondentów deklarowało, że używa narkotyków codziennie (Drugs Romanian Workbook 2018).

Użytkownicy NSP to głównie (96%) ludzie młodzi (grupa wiekowa 15–34). Większość z młodych pacjentów w wieku 15–24 nigdy wcześniej nie miała kontaktu z leczeniem odwykowym (63.4%) natomiast w grupie 20–29 leczyło się wcześniej 59,4% respondentów. Większość użytkowników NSP (70,1%), którzy zostali przyjęci na leczenie w 2017 roku miała wykształcenie średnie. W odniesieniu do rodzaju miejsca leczenia w 2017 roku, 63,7% użytkowników NSP przebywało w ośrodkach stacjonarnych natomiast 36,3% w ośrodkach ambulatoryjnych. Zgłaszalność do lecznictwa wskutek używania nowych substancji psychoaktywnych oraz opioidów od roku 2016 utrzymuje się na stałym poziomie, krzywe obu zmieniających się są niemal równoległe (Drugs Romanian Workbook 2018).

Wykres 3.1.5.1 Trendy w liczbie klientów rozpoczynających leczenie wskutek używania NSP oraz narkotyków, lata 2009–2017



Legenda: **NSP** – nowe substancje psychoaktywne kolor niebieski, **All drugs** – wszystkie narkotyki (kolor czerwony), **% NSP from all drugs** – odsetek nowych substancji psychoaktywnych na tle wszystkich narkotyków

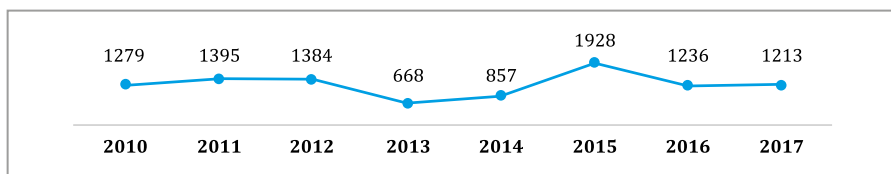
Źródło: Dane TDI Romanian Focal Point

3.1.6 Interwencje medyczne w wyniku używania NSP

Według danych Rumuńskiego Focal Pointa w 2017 odnotowano 1213 interwencji medycznych w związku z używaniem NSP (konsumpcja wyłącznie jednego środka lub w połączeniu z inną substancją). W porównaniu z rokiem 2016 liczba interwencji utrzymuje się na podobnym poziomie (1236 interwencji). Nowe substancje psychoaktywne, z uwagi na konsekwencje dla zdrowia, przyjmowane indywidualnie lub w połączeniu z innymi substancjami psychoaktywnymi, wciąż

zajmują czołowe miejsce w rankingu interwencji medycznych na skutek używania nielegalnych narkotyków. W 2017 roku na poziomie krajowym odsetek tego typu interwencji wyniósł 40,2% (EMCDDA 2018d).

Wykres 3.1.6.1 Interwencje medyczne w związku z używaniem NSP (indywidualnie lub w połączeniu z innymi substancjami) w latach 2010–2017 (liczby interwencji)



Źródło: NAA - *Romanian Focal Point*

3.2 Nowe Substancje Psychoaktywne na świecie

Według najnowszego raportu EMCDDA z 2018 roku nowe substancje psychoaktywne (NSP), nazywane w Polsce „dopalaczami” pozostają znaczącym wyzwaniem dla polityki i zdrowia publicznego w Europie. Nowe substancje psychoaktywne, które nie podlegają międzynarodowym kontrolom, obejmują szereg substancji, w tym syntetyczne kannabinoidy, opioidy, katynony i benzodiazepiny. Według raportu EMCDDA z 2018 roku r. za pośrednictwem unijnego systemu wczesnego ostrzegania (EWS) odnotowano po raz pierwszy 51 NSP – czyli średnio jedną na tydzień. Warto zauważyć, że roczna całkowita liczba nowych substancji pojawiających się na rynku, spadła w porównaniu z poziomami w szczytowych latach – 98 w 2015 r., 101 w 2014 r. Jednakże ogólna liczba dostępnych NSP w Europie pozostaje wysoka. Do końca 2017 r. EMCDDA monitorowało ponad 670 NSP (w porównaniu z około 350 w 2013 r.), co pokazuje z jakimi dużymi zmianami mieliśmy do czynienia w ostatnich latach w odniesieniu do rynku narkotykowego/NSP (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 2018). Szkody zdrowotne związane z nowymi kannabinoidami syntetycznymi i nowymi opioidami syntetycznymi skłoniły EMCDDA do przeprowadzenia dziewięciu ocen ryzyka w 2017 r. Powody spadku liczby wykrywanych substancji z około 100 do 51 w 2016 są niejasne, ale według EMCDDA mogą częściowo wynikać z działań podejmowanych przez rządy krajowe w Europie związanych z zakazem obrotu nowymi substancjami, a w szczególności ich jawnej sprzedaży jako „dopalaczy”. Kolejnym ważnym czynnikiem mogą być środki kontroli oraz działania organów ścigania w Chinach, skierowane przeciwko laboratorium wytwarzającym nowe substancje. Warto przypomnieć, że w 2015 roku Chiny zdelegalizowały po raz pierwszy 113 NSP. Według najnowszego raportu EMCDDA w 2016 r. poprzez europejski system wczesnego ostrzegania zgłoszono prawie 71 000 konfiskat nowych sub-

stancji psychoaktywnych. Dwie grupy: syntetyczne katynony i kannabinoidy łącznie stanowiły niemal 80% wszystkich przypadków konfiskat, a także 80% ilości wszystkich nowych substancji przejętych w 2016 r. W 2016 r., w porównaniu z rokiem poprzednim, zaobserwowano także ogólny spadek ilości skonfiskowanych NSP jednakże niektóre z NSP zwiększyły się. Raport EMCDDA przedstawia, że ilości skonfiskowanych syntetycznych katynonów, benzodiazepin i syntetycznych opioidów są większe w 2016 roku niż w roku poprzednim. Europejskie dane dotyczące konfiskat nowych substancji należy przyjmować jako wartości minimalne, jako że pochodzą one z doniesień o konkretnych przypadkach, a nie z systemów monitorowania. Na zgłaszane konfiskaty ma wpływ szereg czynników, takich jak rosnąca świadomość pojawiania się nowych substancji, ich zmieniający się status prawny, możliwości i priorytety w zakresie egzekwowania prawa oraz praktyki sprawozdawcze organów ścigania. Na rynku narkotykowym w Europie od 2009 r. wykryto do początku maja 2018 roku 42 nowe opioidy syntetyczne (13 w 2017 r.). Nowe opioidy syntetyczne o bardzo dużej sile działania (w szczególności pochodne fentanylu), które naśladują działanie opiatów pochodzenia naturalnego (np. heroiny i morfiny) są coraz częściej wykrywane. Są one czasami dostępne w nowych postaciach (np. spraye do nosa) lub są sprzedawane jako niedozwolone środki odurzające, takie jak heroina czy kokaina lub są z nimi mieszane. Niekiedy sprzedawane są one jako mieszanki ziołowe do palenia. W tej formie pojawiły się one również w Polsce. Pochodne fentanylu, dominujące w obecnym kryzysie opioidowym w USA, powodują ciągłą obawę i czujność w Europie. Substancje te (niektóre wielokrotnie silniejsze niż morfina) stanowiły przedmiot ponad 70% z szacowanych 1600 konfiskat nowych opioidów syntetycznych zgłoszonych w 2016 r. W 2016 r. przechwycono ok. 4,6 litrów opioidów syntetycznych, co stanowi wzrost w stosunku do ilości 1,8 litra zgłoszonej w poprzednim roku. Dziesięć nowych pochodnych fentanylu zostało zgłoszonych za pośrednictwem EWS w 2017 r., z których pięć zostało poddanych ocenie ryzyka (akryloilofentanył, furanylfentanył, 4-fluoroizobutyrylfentanył, tetrahydrofuranylfentanył i karfentanil) (Malczewski 2018c).

3.2.1 Syntetyczne kannabinoidy w Europie

Nowe kannabinoidy syntetyczne, z której to grupy 179 substancji wykryto od 2008 roku. (10 w 2017 r.), reprezentują najliczniejszą grupę chemiczną monitorowaną przez EMCDDA. Często sprzedawane są jako „ziołowe mieszanki do palenia” nazywane w Polsce „dopalaczami”. Substancje te były najczęściej konfiskowaną NSP w 2016 r., zgłoszono wtedy nieco ponad 32 000 konfiskat (w porównaniu do 10 000 konfiskat w 2015 r.). Stanowiło to prawie połowę całkowitej liczby konfiskat NSP zgłoszonych EMCDDA w 2016 r. Cztery syntetyczne kannabinoidy oceniano pod kątem ryzyka w 2017 r. (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA i CUMYL-4CN-BINACA). Najwięcej według danych EMCDDA skonfiskowano w 2016 roku (niemal 1,9 tony) syntetycznych katynonów. Syntetyczne

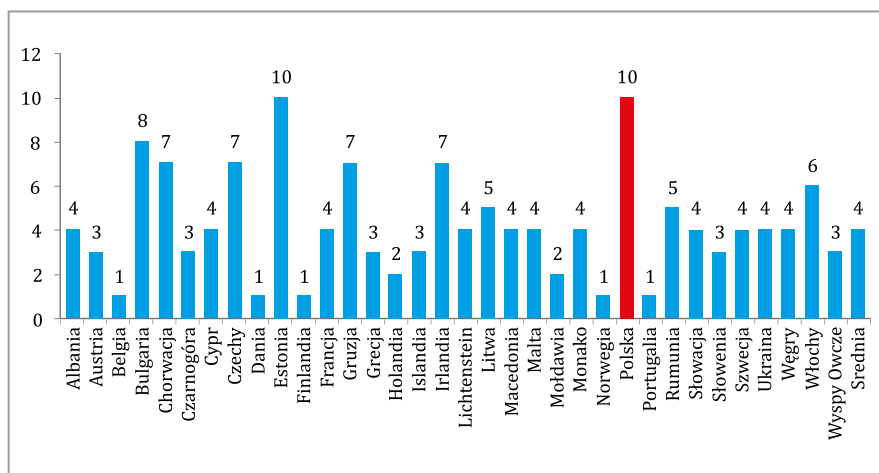
katynony mają zwykle postać sproszkowaną. Katynony w formie sproszkowanej, których przejęto największe ilości ogółem, to 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) i meksedron (50 kg). Z ostatnich działań na poziomie europejskim mających na celu zwalczania NSP warto poinformować, że Rada Unii Europejskiej 14 maja 2018 roku podjęła decyzję o umieszczeniu dwóch nowych syntetycznych kannabinoidów na liście substancji kontrolowanych w 28 państwach członkowskich. Przedmiotowe decyzje wykonawcze Rady UE, podjęte w oparciu o propozycje Komisji Europejskiej, stanowią ostatni etap trzystopniowej procedury legislacyjnej, której celem jest przeciwdziałanie nowym substancjom psychoaktywnym (NSP) będącym zagrożeniem w wymiarze zdrowotnym i społecznym. Przedmiotowe substancje – ADB-CHMINACA i CUMYL-4CN-BINACA – zagrażają zdrowiu mieszkańców Europy. Szkodliwe skutki działania ww. substancji zgłaszane były przez kraje członkowskie UE w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania (EWS), którego operatorami są EMCDDA i Europol. Według zasad UE w momencie opublikowania decyzji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, państwa członkowskie będą miały rok na objęcie substancji kontrolą w ramach przepisów krajowych. Decyzje opierają się na wnioskach z formalnej oceny ryzyka używania tychże substancji, jakich w listopadzie 2017 r. dokonał Komitet Naukowy EMCDDA, przy udziale ekspertów zewnętrznych z państw członkowskich UE, Komisji Europejskiej, Europolu i Europejskiej Agencji Leków. Przedmiotem oceny ryzyka były zagrożenia społeczno-zdrowotne oraz międzynarodowy przemyt tychże substancji a także zaangażowanie w ten proceder zorganizowanych grup przestępczych. Według informacji z oceny ryzyka substancja ADB-CHMINACA jest dostępna na rynkach UE od co najmniej 2014 roku i została wykryta w 17 państwach członkowskich oraz Turcji i Norwegii. W trakcie dokonywania oceny ryzyka w trzech państwach członkowskich UE (Niemcy, Węgry i Szwecja) odnotowano 13 zgonów na skutek kontaktu z tą substancją (Malczewski 2018c). Druga substancja o nazwie CUMYL-4CN-BINACA występuje w obrocie na rynku europejskim od co najmniej 2015 roku i wykryto ją w 11 państwach członkowskich a także Turcji. W trakcie dokonywania oceny ryzyka w dwóch państwach członkowskich UE (Węgry i Szwecja) stwierdzono 11 zgonów w wyniku kontaktu z tą substancją. Obie substancje miały postać ziołowych mieszanek przeznaczonych do palenia bądź proszku. Jednakże, dostępne są one również w innej postaci (np. bibułki, roztwory inhalacyjne do e-papierosów) (Malczewski 2018c).

3.2.2 Różna skala używania NSP w Europie

Warto przyrzeć się rozpowszechnieniu używania NSP w Europie wśród młodzieży ponieważ jest to grupa która najczęściej sięga po NSP oprócz użytkowników narkotyków w iniekcjach z niektórymi krajami. Dane ESPAD były już wielokrotnie prezentowane w publikacji. W tej części zostaną przedstawione wyniki z wszystkich krajów biorących udział w ostatnim pomiarze. Wyniki badania ESPAD z 2015

roku pokazują na różną skalę używania NSP wśród młodzieży. Dane dotyczące używania kiedykolwiek w życiu wśród 15–16 latków w krajach europejskich przedstawione zostały na wykresie 3.2.2.1 Ostatni pomiar pokazuje również, że monitorowanie skali używania NSP powinno być oparte na różnych źródłach informacji. Polska i Estonia odnotowały najwyższy wskaźnik używania NSP. O ile dane z Polski nie zaskakują, chociaż wyniki innych badań wskazują na niższe wskaźniki używania²¹, to w przypadku Estonii wysoki odsetek uczniów mających kontakt NSP nie znajduje potwierdzenia w innych źródłach stosowanych do monitorowania sytuacji epidemiologicznej w tym kraju (Estonian Drug Workbook 2017). Powyżej średniej europejskiej (4%) znalazły się kraje: Chorwacja, Czechy, Gruzja, Irlandia (7%), Włochy (6%) oraz Rumunia i Litwa (5%). W przypadku wyników z Litwy również można mieć zastrzeżenia ponieważ w przeciwieństwie do Łotwy na Litwie nie ma problemu używania NSP. Generalnie wskaźniki używania narkotyków są niskie na Litwie (ESPAD Group 2016).

Wykres 3.2.2.1 Badanie ESPAD za rok 2015 nowe substancje psychoaktywne używane kiedykolwiek w życiu (15–16 lat) %



Źródło: ESPAD report 2015

3.2.3 NSP w krajach Ameryki Południowej i Łacińskiej

Problem nowych substancji psychoaktywnych to nie tylko wyzwania dla systemu pomocy i zwalczania rynków narkotyków w Europie. W dniach 15–17 maja 2018 w mieście Brazylia odbyło się drugie regionalne spotkanie dla krajów półkuli zachodniej dotyczące nowych substancji psychoaktywnych. Spotkanie zostało zorganizowane przez United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) z udziałem

²¹ Tematyka NSP była uwzględniona w badaniu Młodzież 2016 oraz tzw. badaniach mokotowskich 2016. Raporty dostępne są na stronie www.cinn.gov.pl.

łem innych organizacji międzynarodowych jak OAS/SICAD²², Interpol oraz WHO. W spotkaniu oprócz ekspertów z obu Ameryk wzięli udział specjaliści z Japonii, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii oraz Polski. W trakcie trzech dni omawiane były kwestie dotyczące m.in. wykrywania NSP, Systemu Wczesnego Ostrzegania oraz rozwiązań prawnych. W trakcie prowadzonych dyskusji podkreślana była rola dostępności standardów do analiz chemicznych nowo wykrytych substancji. Wykorzystywanie ich do analiz jest jednym z elementów skutecznych działań w obszarze NSP. Wyciągnięto wnioski, że służby zajmujące się zwalczaniem przestępczości narkotykowej powinny być wyposażone w testy do szybkiego wykrywania NSP (Malczewski 2018c). UNODC przygotowało wytyczne dotyczące wykorzystania standardów oraz opisało sposoby produkcji substancji pod kontrolą międzynarodowych konwencji. Warto podkreślić, że 27 NSP zostało objętych kontrolą od 2015 roku na mocy konwencji ONZ do maja 2018 roku. UNODC przygotowało również rekomendacje dotyczące metod identyfikacji oraz analizy fentanyli oraz ich analogów, które stanowią coraz większe zagrożenie dla zdrowia publicznego. UNODC prowadzi treningi w wykrywaniu narkotyków oraz NSP. Podobnie jak w Europie, sytuacja dotycząca NSP różni się pomiędzy krajami półkuli zachodniej. W Chile NSP stanowią jeden z problemów w obszarze narkotyków gdy np. w krajach karaibskich NSP występują bardzo rzadko. W porównaniu do sytuacji w Europie warto odnotować, że różne NSP sprzedawane są również w postaci znaczków/papierków nasączanych psychoaktywną substancją (Malczewski 2018c). W Brazylii sprzedawane były NSP w takiej formie, zawierające nie tylko NSP z grupy NBOMe, ale również jako znaczki/papierki. Dostępne były nowe fentanyle oraz syntetyczne kannabinoidy. Jednym z nowych zjawisk w obszarze NSP jest pojawienie się na rynku nowych niebezpiecznych opioidów, jak również wykorzystywanie medycznych opioidów z grupy fentanyli przez osoby używające narkotyki. W Europie Estonia odnotowuje jedno z najwyższych wskaźników zgonów z powodu narkotyków (z powodu używania fentanyli). W Stanach Zjednoczonych używanie fentanyli również powoduje wiele zgonów. Według danych National Institute on Drug Abuse każdego dnia ponad 115 osób w USA umiera wskutek przedawkowania opioidów. Nadużywanie i uzależnienie od opioidów, w tym leków przeciwbólowych na receptę, heroiny oraz syntetycznych opioidów – np. fentanilu – doprowadziło do ogólnokrajowego kryzysu w Stanach Zjednoczonych, który stanowi poważne zagrożenie zarówno dla zdrowia publicznego, jak również dobrobytu społeczno-ekonomicznego (NIDA 2018). Ponadto dane z Kanady pokazują na dwukrotny wzrost zabezpieczonych fentanyli, które są niekiedy sprzedawane jako heroina lub wymieszane z heroiną. W Kanadzie konfiskaty fentanilu konsekwentnie wzrastają od 2015 roku. Większość fentanyli przemycanych jest do Kanady za po-

²² OAS/SICAD: Organizacja Państw Amerykańskich Członkami OPA są wszystkie państwa Ameryki, poza terytoriami państw Europy (np. Gujana Francuska). Jest, obok Paktu Rio i Paktu bogotańskiego, jednym z trzech filarów systemu międzyamerykańskiego.

moćą przesyłek pocztowych z Chin (Shanghai). W 2016 roku w mieście Calgary wykryto przesyłkę zawierającą 1kg carfentanylu. Było to największe zabezpieczenie tej substancji. Według raportu EMCDDA z 2014 roku (European Drug Report 2014) 0,1 grama czystego carfentanylu to jest około 10000 ulicznych dawek tej substancji. Zabezpieczona ilość mogłaby zatem wystarczyć na około 100 milionów ulicznych dawek. W Kolumbii zostało wykrytych w sumie 30 NSP. Mimo wysokiej dostępności marihuany pojawiły się również syntetyczne kanabinoidy, które wykryto po raz pierwszy w 2017 roku. Dla przykładu w Wielkiej Brytanii wykryto ponad dwukrotnie więcej NSP: 67 od 2011 roku (Malczewski 2018c).

3.2.4 Współpraca międzynarodowa w obszarze NSP

W ramach UNODC działa Early Warning Advisory (EWA), które odnotowało wykrytych 800 NSP do kwietnia 2018 roku w 103 krajach. EWA zostało powołane w czerwcu 2013 w odpowiedzi na pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych (NSP) na poziomie globalnym. Celem EWA jest monitorowanie, analizowanie i raportowanie trendów w NSP, jako podstawy skutecznych odpowiedzi opartych na dowodach. EWA służy również jako repozytorium informacji/danych dotyczących tych substancji oraz platformy zapewniającej pomoc techniczną państwom członkowskim. System stara się przyczynić do lepszego zrozumienia schematów dystrybucji i stosowania NSP. Obecnie w UNODC trwają prace nad uruchomieniem portalu, który będzie zawierał informacje dotyczące toksyczności NSP (Toxicology portal) (Malczewski 2018c). Dyskusja podczas pierwszego dnia konferencji UNODC pozwala na wysunięcie kilku wniosków dotyczących sytuacji na świecie dotyczącej NSP. Pojawienie się NSP spowodowało, że służby reagujące na problem zajmują się bardziej skomplikowanym i złożonym rynkiem substancji psychoaktywnych niż dotychczasowy rynek NSP. Różnorodność substancji nigdy nie była tak duża na rynku nielegalnych substancji psychoaktywnych jak obecnie. Dodatkowo to nie jest tak, że jeden narkotyk/NSP zastępuje drugi ale występują one równocześnie. Heroina może zawierać nowe fentanyl, o czym nie musi wiedzieć użytkownik kupujący heroinę od diler. W tabletkach ekstazy mogą być sprzedawane NSP. Ponadto pojawiły się różnorodne kanały dystrybucji jak np. sklepy stacjonarne, sklepy internetowe, „darknet”, dilerzy. Wzrasta liczba zamówień internetowych za pomocą przesyłek pocztowych. Przeciwdziałanie i monitorowanie wymaga stosownie różnych dostępnych instrumentów jak nowe sposoby zbierania danych od użytkowników NSP uczestniczących forach internetowych czy uczestników festiwali muzycznych (Malczewski 2018c). Nowe sposoby zbierania danych potrzebne są do zrozumienia złożoności nowego rynku narkotykowego na którym od 10 lat występują NSP. Konferencja w Brazylii pokazała, że do przeciwdziałania NSP potrzebna jest współpraca różnych instytucji, państw czy regionów. Podczas konferencji pokazane były przykłady dobrej współpracy np. między krajami oraz organizacjami celniczkimi, SICAD, EMCDDA, Interpol bez której trudno jest zrozumieć

sytuację w obszarze NSP. W Europie mieliśmy również przykłady, że NSP nie są problemem jednego kraju. Po zamknięcie sklepów stacjonarnych z „dopalaczami” w Polsce w październiku 2010 roku pojawiły się nowe w Czechach blisko granicy z Polską (Malczewski 2018c).

3.2.5 Rozwiązania prawne w krajach amerykańskich

Konferencja w Brazylii oprócz wykładów miała również część warsztatową. Podczas drugiego dnia konferencji UNODC prace kontynuowane były w ramach trzech grup roboczych: 1) wykrywanie NSP, 2) System Wczesnego Ostrzegania, 3) Rozwiązania prawne. W grupie prawnej kraje Amerykańskie przedstawiały swoje rozwiązania prawne w obszarze NSP. Podobnie jak w Europie stosowane są dwa głównie podejścia. Prawo indywidulane w przypadku którego substancje objęte kontrolą muszą zostać umieszczone w akcie prawnym regulującym kontrolę narkotyków. Drugie podejście to prawo generyczne, gdzie delegalizowana jest grupa substancji o podobnej strukturze chemicznej. W Japonii wprowadzenie nowych rozwiązań prawnych opartych na prawie generycznym spowodowało zamknięcie 215 sklepów stacjonarnych sprzedających NSP (Malczewski 2018 c). W Brazylii podobnie wprowadzone zostały rozwiązania prawne z zakresu prawa generycznego, dotyczącego syntetycznych kanabinoidów (2016) oraz syntetycznych katynonów (2017). Kolejnym nowym prawem, które ma być elementem przeciwdziałania NSP będzie grupa generyczna dotycząca fentanyli. Podobnie jak w Polsce zmiany w prawie uchwalane są przez Brazylijski Kongres. W Boliwii proces obejmowania kontrolą substancji psychoaktywnych oparty jest na prawie indywidulanim i trwa prawie dwa lata. W Kolumbii podobnie jak w Boliwii i Peru głównymi narkotykami są marihuana, kokaina oraz heroina. Powołana została w tym kraju grupa robocza do aktualizacji prawa. Przeprowadzone zostały również badania 300 syntetycznych narkotyków w celu ustalania jakie substancje syntetyczne występują na rynku narkotykowym w Kolumbii (Malczewski 2018c). Urugwaj jest krajem, który wprowadził szybkie mechanizmy kontrolowania NSP. Ministerstwo Zdrowia decyduje co jest na liście substancji zakazanych. Procedura podejmowania decyzji odnośnie delegalizacji substancji psychoaktywnych trwa około miesiąca. Co sześć miesięcy aktualizowana jest lista substancji zakazanych. Do tego celu została powołana specjalna grupa zadaniowa. W Panamie z kolei NSP nie są systematycznie wprowadzane na listę. Ostatnia modyfikacja prawa odbyła się w tym kraju w 2017 roku.

3.2.6 Wnioski z konferencji w Brazylii

Z dyskusji prowadzonej podczas konferencji wynika, że w krajach Ameryk stosowane są różne podejścia do kontroli, od prawa indywidualnego do prawa generycznego. Niektóre z krajów mają ograniczone zasoby jak np. brak ekspertów

do codziennej pracy. Uczestnicy konferencji wskazywali, że warto byłoby podjąć kroki w celu stworzenie regionalnej bazy, która pozwoliłaby wymieniać informację o NSP. Jednym ze zgłaszanych postulatów była idea przeglądu dobrych praktyk w obszarze rozwiązań prawnych w zwalczaniu NSP. Co warto podkreślić wymiana informacji oraz działanie Systemu Wczesnego Ostrzegania może mieć różne cele pomiędzy krajami. Dla przykładu na Bahamach głównym wyzywaniem jest przemysł i dla Systemu Wczesnego Ostrzegania główną kwestią będą przemycane narkotyki (Malczewski 2018 c). W Kolumbii to może być kwestia nowych upraw koki natomiast w Argentynie nowe wzory używania NSP lub narkotyków. Dlatego też tworzenie Systemu Wczesnego Ostrzegania o nowych narkotykach w krajach półkuli zachodniej powinno obejmować nie tylko NSP, ale również nowe zagrożenia lub nowe wzory używania narkotyków, stanowiące wyzwanie dla zdrowia publicznego. Regionalna oraz lokalna współpraca może pomóc w rozwiązaniu problemów związanych w przeciwdziałaniu NSP do których należą np. brak ekspertów, brak standardów potrzebnych do wykrywania NSP, ograniczenia w posiadanych urządzeniach. Prowadzenie działań opartych o dowody naukowe w obszarze kontroli nowych substancji psychoaktywnych wymaga współpracy z naukowcami oraz laboratoriami. Wydaje się zatem że różne formy współpracy są konieczne do wdrażania efektywnych działań w ograniczeniu podaży NSP. Ponadto ważnym elementem są również działania z zakresu redukcji popytu (edukacja, profilaktyka czy leczenie) (Malczewski 2018 c).

4. Zagrożenia i sposoby przeciwdziałania

4.1 Analiza zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi w latach 2013–2018

W Polsce do tej pory nie funkcjonował w pełni usankcjonowany system rejestracji przypadków zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi. Dopiero w lipcu 2018 r. wprowadzono nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która usankcjonowała prowadzenie takiego rejestru. Nie oznacza to jednak, że dane tego typu nie były zbierane wcześniej.

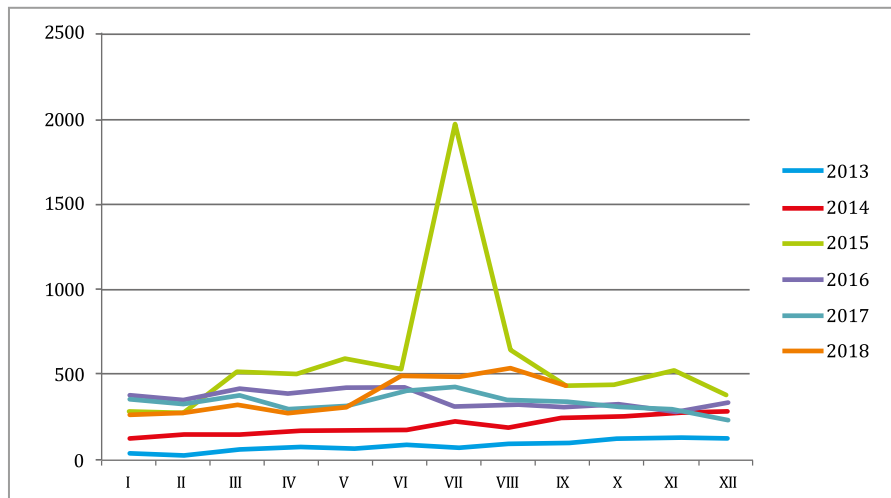
Dane o zatruciach, co do których zachodzi podejrzenie, że zostały spowodowane nowymi substancjami psychoaktywnymi są zbierane od 2010 r. przez konsultanta krajowego w dziedzinie Toksykologii Klinicznej (Ośrodek Kontroli Zatruc – Warszawa). Odbywa się to na podstawie zalecenia Krajowego Konsultanta z września 2010 r. podpisanego przez Ministra Zdrowia. (Burda 2016). Dane są zbierane w oparciu o kwestionariusze zgłoszeniowe zawierające podstawowe informacje o zdarzeniu, takie jak data zdarzenia, nazwa jednostki zgłaszającej, płeć i wiek osoby, miejsce zdarzenia, województwo oraz nazwa produktu lub substancji powodującej zatrucie. Dane zbierane są z oddziałów toksykologii, bezpośrednio z oddziałów szpitalnych lub z oddziałów szpitalnych za pośrednictwem służb pionu sanitarno-epidemiologicznego. Rejestr obejmuje zatrucia lub podejrzenia zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi, zawartymi w produktach zwanych ogólnie „dopalaczami” oraz zatrucia lub podejrzenia zatruc poszczególnymi substancjami. Do rejestru trafiają także przypadki, w których nie udało się określić substancji, takie jak zatrucia „nieznaną substancją psychoaktywną”, „nieznanym dopalaczem” i tym podobne. Do rejestru trafiają przypadki użycia ww. substancji, które wymagały interwencji medycznej. Rejestr nie obejmuje przypadków zatruc narkotykami klasycznymi, takimi jak amfetamina, kokaina, opiaty, marihuana, LSD czy grzyby halucynogenne.

Pewnym ograniczeniem tych danych, które należy mieć na uwadze przy ich interpretacji, jest brak potwierdzenia w drodze analiz laboratoryjnych faktu zatrucia nową substancją psychoaktywną. W Polsce, podobnie jak w wielu krajach Europy, przy zatruciach nie prowadzi się rutynowych badań na obecność nowych substancji psychoaktywnych, ponieważ są one drogie. Ponadto ograniczeniem tych danych jest brak informacji o stanie pacjenta, czyli o tym czy np. było to ciężkie zatrucie wymagające wielodniowej hospitalizacji, czy lekkie zatrucie wymagające jedy-

nie interwencji w trybie ambulatoryjnym. Są to jednak jedyne dane dotyczące zatruć, więc nawet biorąc pod uwagę ich liczne ograniczenia stanowią niewątpliwie jedno z kluczowych źródeł przy analizie tego zjawiska.

Poniżej została przedstawiona analiza danych, dotycząca podejrzeń zatruć nowymi substancjami psychoaktywnymi w ostatnich latach. (Wykres 4.1.1.)

Wykres 4.1.1 Prawdopodobne interwencje medyczne z powodu zatrucia nową substancją psychoaktywną w latach 2014–2017



Źródło: Ośrodek Kontroli Zatruc Warszawa

Liczba zatruć raportowanych do Ośrodka Kontroli Zatruc Warszawa z roku na rok systematycznie rosła. W 2013 r. miesięczna liczba zgłaszanych interwencji wzrosła z 30–40 zgłaszanych przypadków na początku roku do ok. 130 pod koniec roku. Tendencja ta utrzymała się także w 2014 r., kiedy w początkowych miesiącach zgłaszano ok. 150 przypadków zatruć, a w końcowych miesiącach ich liczba wyniosła prawie 300 przypadków. Tendencja ta utrzymywała się także w 2015 r., kiedy liczba zgłoszonych przypadków podejrzeń zatruć urosła z ok. 300 w początkowych miesiącach roku do ok. 500 w miesiącach wiosennych i na początku lata. Bardzo szybki wzrost zatruć do niespotykanych dotąd prawie 2000 zgłoszonych przypadków odnotowano w lipcu 2015. Nigdy przedtem i jak na razie nigdy potem, nie odnotowano takiej liczby zatruć w jednym miesiącu. Ten nagły wzrost zbiegł się wejściem w życie w połowie lipca dużej nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii delegalizującej 114 substancji. Tak duży wzrost był niewątpliwie sytuacją ekstraordynaryjną i wymaga szerszego omówienia. Wobec tego zdecydowaliśmy się poświęcić temu tematowi osobny podrozdział.

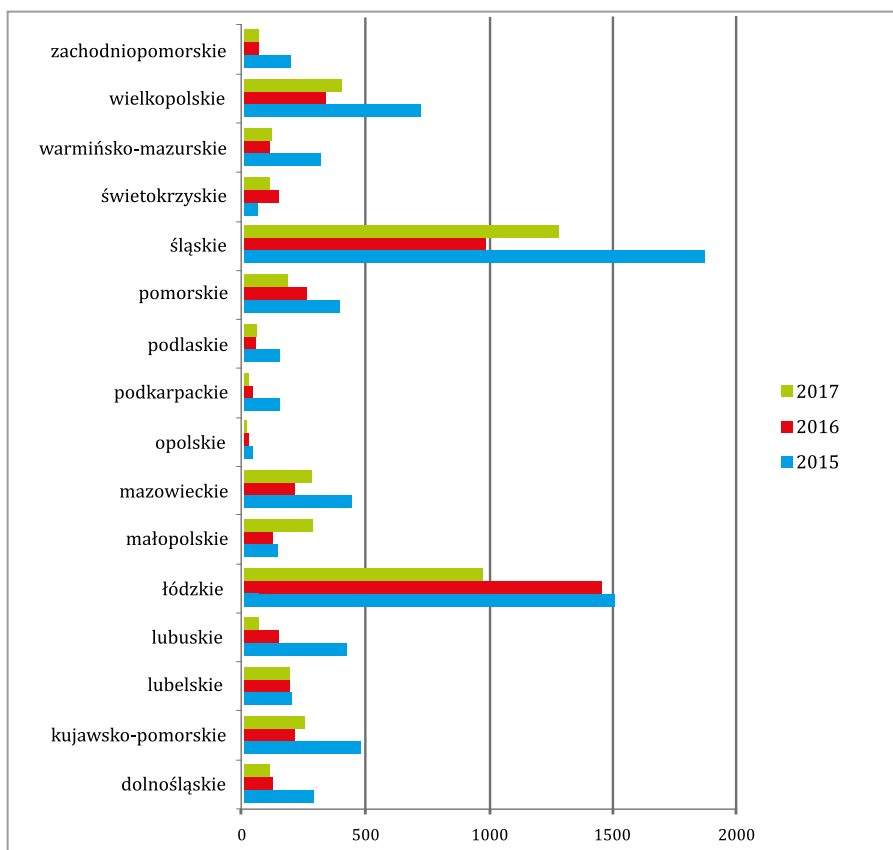
Po lipcu 2015 r. odnotowano spadek liczby interwencji medycznych do ok. 400–500 przypadków miesięcznie. W latach 2016–2017 liczba ta oscylowała w zakresie 300–400 zgłaszanych przypadków podejrzeń zatruć miesięcznie. Pod koniec 2017 roku liczba ta spadła do poniżej 300 przypadków. W 2018 roku liczby zgło-

szonych przypadków ponownie zaczęły rosnąć sięgając prawie 500 przypadków w czerwcu i lipcu. Najwyższy wskaźnik zgłoszeń został osiągnięty w sierpniu i wyniósł 541 przypadków. Należy odnotować, że wzrost zatruc w 2018 r. także zbiegł się z wprowadzeniem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii ogłoszonej 20 lipca 2018 r. Ustawa weszła w życie 14 dni później.

Dane wskazują, że jednym z czynników mających wpływ na wzrost liczby zgłaszanych zatruc jest wprowadzanie zmian ustawowych. Podobne zjawisko miało miejsce po wprowadzeniu zmian ustawowych w latach wcześniejszych. Nie jest to tylko charakterystyka polska. Coraz częściej przy modyfikowaniu prawa narkotykowego poważnie bierze się ten czynnik pod uwagę. W Wielkiej Brytanii kilkakrotnie przeciągano termin wprowadzenia nowych przepisów (tzw. blanket ban opisywanego w rozdziale 1), aby uniknąć fali zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi.

Zatrucia „dopalaczami” wykazują duże zróżnicowanie terytorialne. Zdecydowanie najwięcej zatruc odnotowuje się w województwie śląskim oraz łódzkim. (Wykres 4.1.2.).

Wykres 4.1.2. Prawdopodobne interwencje medyczne z powodu zatrucia nową substancją psychoaktywną według województw w latach 2015–2017



Źródło: Ośrodek Kontroli Zatruc – Warszawa

W 2015 roku w województwie śląskim odnotowano 1853 zgłoszenia zatruc NPS, a w województwie łódzkim były to 1493 przypadki. W 2016 roku najwięcej takich zatruc odnotowano w województwie łódzkim (co trzecie zatrucie w Polsce), a w 2017 roku największą liczbę interwencji medycznych odnotowano po raz kolejny w województwie śląskim (prawie co trzecie przedawkowanie). Liczby zgłoszonych zatruc dla tych dwóch województw są zdecydowanie najwyższe w Polsce. Najmniej zatruc odnotowuje się w województwach opolskim i podkarpackim.

Analizując liczby zdarzeń z 2015 r. widać, że znacząca część zatruc miała miejsce na Śląsku. Co w takim razie stało się na Śląsku w połowie lipca oraz co dokładnie było przyczyną takiego dużego wzrostu zatruc w całym kraju w wakacje 2015 r.? Próba odpowiedzenia na to pytanie znajduje się poniżej.

4.2 Fala zatruc „Mocarzem” – studium przypadku

4.2.1 Kontekst

W latach poprzednich na miejsce delegalizowanych „dopalaczy” pojawiały się kolejne. W 2015 r. przygotowywano nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która między innymi miała wprowadzić pod kontrolę wiele nowych substancji psychoaktywnych. Substancje te były obecne w składzie „dopalaczy” sprzedawanych stacjonarnie i w Internecie już od kilku lat. Podobnie jak w latach poprzednich sprzedawcy „dopalaczy” starali się do delegalizacji przygotować szykując się na wprowadzenie nowych substancji i wycofanie z rynku starych. Jedną z większych firm sprzedających „dopalacze” przed wejściem ustawy przesłała swoje nowe produkty do jednego z wiodących laboratoriów zajmujących się analizą dopalaczy. W ten sposób dystrybutorzy chcieli uzyskać potwierdzone informacje, że w szykowanych do wejścia na rynek produktach nie ma substancji, które za chwilę staną się nielegalne. W ten sposób chcieli uniknąć bardziej dotkliwych kar. Przypomnijmy, że za wprowadzanie do obrotu nowych substancji psychoaktywnych, które nie znajdowały się w załącznikach ustawy (na gruncie u.o.p.n. zwanych środkami zastępczymi) groziła kara grzywny w wysokości od 20 tys. do miliona PLN. Dodatkowo egzekwowanie tych kar nastręczało często problemów. Za sprzedaż substancji uwzględnionych w załącznikach ustawy groziło już do 12 lat więzienia (Art. 56 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii).

4.2.2 Produkt „Mocarz” – skład i sytuacja rynkowa

„Mocarz” był przez lata jednym z najpopularniejszych na rynku „dopalaczy” produktów. Najprawdopodobniej był oferowany już od 2009 r. Był to produkt w postaci tzw. mieszanki ziołowej, tzn. obojętnego materiału roślinnego nasączonego nową substancją psychoaktywną. W przypadku „Mocarza” były to syntetycz-

ne kannabinoidy działające podobnie do marihuany. Skład tego produktu na przestrzeni lat zmieniał się wielokrotnie. Według analiz Narodowego Instytutu Leków z Warszawy w zależności od roku w tym produkcie wykryto: JWH-203, JWH-081, JWH-019 (w 2010), UR-144 i 5F-AKB48 (w 2014) and UR-144 i 5-FUR-144 (XLR-11) (w 2015). Najprawdopodobniej nawet produkty obecne na rynku w tym samym czasie w różnych miejscach mogły zawierać różne substancje. Mogło to zależeć od partii produkcyjnej. Zmiany składu „Mocarza” były także efektem delegalizacji kolejnych substancji psychoaktywnych. Firma kolekcjoner.nl sprzedająca Mocarza zrobiła promocje swoich produktów pod koniec czerwca 2015 r.



Źródło:

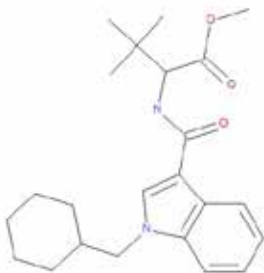
kolekcjoner.nl/facebook z lipiec 2015

Przy zakupie jednego produktu drugi oferowany był za darmo, w tym m.in. „Mocarz”. Prawdopodobnie mogło też ulec zwiększeniu stężenie substancji odurzającej w sprzedawanych produktach. Jednakże nie ma dostępnych informacji na temat analiz ilościowych, które mogłyby potwierdzić tą hipotezę. W efekcie użytkownicy mogli dostać znacznie więcej substancji odurzającej za mniej – „Kupujesz jednego „Mocarza” drugiego dostajesz za darmo”. W produktach o nazwie „Mocarz” zabezpieczonych przez Policję na Śląsku wykryto następujące syntetyczne kannabinoidy: UR-144, 5-FUR-144 (XLR-11), BB-22, 5F-PB22. Według medialnych doniesień w Mocarzu występował syntetyczny kanabinoid AM-2201. Był on jednym z najbardziej popularnych „dopalaczy” w latach 2013–2015, jednakże żadne z badań jakimi dysponujemy nie potwierdziły, że ta substancja wystąpiła w „Mocarzu” sprzedawanym w czerwcu i lipcu. Nie można jednak tego wykluczyć.

4.2.3 Zatrucia i zgony

W drugi weekend po wprowadzeniu zmian ustawowych przez Polskę, przetoczyła się fala zatruc produktem o nazwie „Mocarz”. Zgodnie z doniesieniami medialnymi do szpitali trafiły setki osób, głównie na Śląsku. Według jedynych istniejących danych do szpitali w lipcu w Polsce trafiło 1966 osób. Statystyk dotyczących zgonów nie ma, poza kilkoma doniesieniami medialnymi. Do tej pory nie wiadomo jaka substancja była powodem tak dużej liczby zatruc. Pacjenci trafiali na oddziały często nieprzytomni i bez kontaktu. Niektórzy pacjenci, którzy trafiali na oddziały przytomni, często zachowywali się agresywnie.

Analizując sytuację w Centrum Informacji KBPN sformułowaliśmy dwie hipotezy tak gwałtownego wzrostu liczby zatruc. Pierwsza hipoteza to „czyszczenie magazynów” i zwiększona podaż „dopalaczy” na rynku. Sprzedawcy w szybki sposób starali się pozbyć dużych ilości, za chwilę nielegalnych substancji, zwiększając ich moc i obniżając cenę. Problemem był fakt, że żadna z występujących do tej pory w „Mocarzu” substancji nie powodowała przedtem aż tak poważnych konsekwencji, a część z tych substancji była obecna na rynku od wielu lat. Dlatego drugą hipotezą tłumaczącą gwałtowny wzrost zatruc mogło być pojawienie się nowego syntetycznego kannabinoidu, który zastąpił te zdelegalizowane 1 lipca. Od początku uzyskanie informacji w celu weryfikacji roboczych hipotez było trudne. Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji wykryło w „dopalaczach” z dwóch województw substancję MDMB-CHMICA. Substancja ta w tamtym czasie zaczynała się pojawiać w Europie. Zaczęły pojawiać się także doniesienia o zatruciach przez nią powodowanych.

Charakterystyka MDMB-CHMICA	
	Grupa: kannabinoid Nazwa: MDMB-CHMICA Charakterystyka substancji: MDMB-CHMICA jest syntetycznym kannabinoidem strukturalnie podobnym do ADBICA Pierwsza identyfikacja: Substancja po raz pierwszy w Europie została zidentyfikowana na we wrześniu 2014 r. Do tej pory zidentyfikowaną ją w 14 krajach Europy. W Polsce zidentyfikowana po raz pierwszy w czerwcu 2015. Alerty o zgonach oraz zatruciach i zgonach: Szweden, 12/2014 – raport o 4 zgonach i 6 ciężkich zatruciach w których wykryto MDMB-CHMICA występujących pomiędzy wrześniem a listopadem 2014 Austria, 12/2014 – raport o 7 zatruciach związanych z mieszankami ziołowymi. W jednej z próbek znalezionych przy zatrutej osobie zidentyfikowano MDMB-CHMICA Gdańsk 16/07/2015 – informacja z CLK o identyfikacji MDMB-CHMICA w 3 próbkach produktu „Mocarz” zabezpieczonych w związku z zatruciem i hospitalizacją dwóch osób 2016 r. – pierwszy artykuł w piśmiennictwie naukowym potwierdzający identyfikację MDMB-CHMICA w przypadku zgonu w Polsce 2018 r. – substancja została wprowadzone pod kontrolę prawną

Źródło: European MCDDA EDND

Z informacji z Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii wynika, że od września 2014 do lipca 2015 roku w Europie zidentyfikowano 17 przypadków zatruc oraz 6 przypadków zgonów, gdzie została zidentyfikowana MDMB-CHMICA (EMCDDA 2017b). Substancję tę poddano później ocenie ryzyka, a następnie zdelegalizowana w Europie i na świecie. W polskiej literaturze opisano przynajmniej jeden przypadek zgonu spowodowanego MDMB-CHMICA (Adamowicz et al. 2016). Adamowicz dość dokładnie opisuje przypadek zgonu 25 latka z historią nadużywania nowych substancji psychoaktywnych oraz alkoholu. Mężczyzna wcześniej był leczony psychiatrycznie z powodu uzależnienia od nowych substancji psychoaktywnych. Jak wynika z relacji kolegów ok. 11.00 odebrał z poczty kopertę z produktami o nazwach: „Mocarz”, „Czeszący Grzebień” oraz „Baka”. Mężczyzna nabił fajkę i zaczął palić produkt o nazwie „Czeszący grzebień”. Pił także piwo. Po wypaleniu produktu mężczyzna przestał mówić. Z relacji kolegów wynika, że widzieli go między 14.00 a 15.00. W tym czasie był pijany, śpiący oraz mówił niewyraźnie. Ponadto ciężko było się z nim skomunikować. Wrócił z przyjacielem do domu ok 17.00, gdzie wypalił mieszankę ziołową o nazwie „Mocarz”. Chwi-

łę później upadł na ziemię, zaczął wymiotować i mieć problemy z oddychaniem. Stracił przytomność. Wezwano karetkę. Lekarz pogotowia znalazł go nieprzytomnego, leżącego na ziemi bez wyczuwalnego pulsu. Podjęta akcja reanimacyjna powiodła się, ale pacjent nie odzyskał przytomności. Przewieziono go na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej ok. 18.00. Mężczyzna był głęboko nieprzytomny. Nie reagował na bodźce bólowe. Stwierdzono brak odruchów neurologicznych. Brak było oznak funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Pacjent zmarł 4 dni później. Po wykonaniu autopsji lekarz stwierdził niewydolność układu oddechowego, układu krążenia, serca, nerek, wątroby oraz niedotlenienie układu nerwowego. Za przyczynę zgonu podano niewydolność wielonarządową. Krew i organy wewnętrzne pobrano do dalszych badań. Badania wykazały obecność MDMB-CHMICA w płynach ustrojowych. Pomimo niewielkiej koncentracji, autorzy uznają zażycie MDMB-CHMICA jako przyczynę śmierci. Substancja ta wykazuje dużą aktywność w niskich dawkach. Dodatkowo poziom koncentracji tej substancji jest porównywalny z badaniami przeprowadzonymi w przypadku innych zgonów odnotowanych zagranicą.

Zdaniem Adamowicza „dzisiaj już zostało udowodnione w oparciu o analizy realizowane przez Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie, że wiele zatruc obserwowanych w Polsce w lipcu 2015r. było następstwem używania produktu „MOCARZ” zawierającego MDMB-CHMICA”.

4.2.4 Wnioski i wyciągnięte lekcje

Przypadek fali zatruc „Mocarzem” pokazał, jak kluczowa może być współpraca służb, szybkie wykrycie substancji oraz szybka identyfikacja zagrożenia i adekwatna do tego zagrożenia reakcja. Pomimo wielu sygnałów takich jak oceny eksperckie oraz szczątkowe wyniki analiz chemicznych i toksykologicznych świadczących o tym, że za masowe zatrucia mające miejsce latem 2015 r. może być odpowiedzialna jedna substancja MDMB-chemica do tej pory nie udało się naszym zdaniem dowieść tego ponad wszelką wątpliwość. Wobec tego służby z zakresu zdrowia publicznego jak i z zakresu ograniczenia podaży nie mogły interweniować w sposób skuteczny. Kluczową kwestią jest zatem wczesna identyfikacja substancji, zatruc oraz zapewnienie sprawnego przepływu informacji pomiędzy wszystkimi aktorami i wprowadzenie systemu umożliwiającego identyfikację substancji pozostających w związku z zatruciem albo zgonem.

W następnych rozdziałach omówimy dwa rozwiązania z powodzeniem wprowadzane w innych krajach europejskich, które być może nie zapobiegłyby wystąpieniu zatruc „Mocarzem” w całości, ale z pewnością dałyby możliwość lepszego przygotowania się służbom i zmniejszyłyby rozmiary tego zdarzenia. Są to programy rejestracji zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi i programy testowania substancji pozyskanych od użytkowników.

4.3 Procedura rejestracji zatruć i zgonów

4.3.1 Propozycja systemu rejestracji zatruć

W związku z powtarzającymi się przypadkami ostrych zatruć i zgonów spowodowanych nowymi substancjami psychoaktywnymi konieczne jest wypracowanie szybkich i skutecznych metod identyfikacji substancji powodujących wzrost zagrożenia dla zdrowia publicznego. Jedynym sposobem identyfikacji tych zagrożeń jest wypracowanie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rutynowe badanie płynów biologicznych w celu identyfikacji substancji, które były przyczyną zgonów lub ciężkich zatruć. W Polsce nie ma rozwiązania, które obligowałoby do prowadzenia takich badań. Pod tym względem nie jesteśmy wyjątkiem w Europie. Badania takie są stosunkowo drogie. Kolejnym problemem jest brak odpowiedniego przepływu informacji. Jak pokazał przykład „Mocarza”, czasami analizy te są prowadzone (np. na zlecenie prokuratury przy zgonach lub zatruciach, lub w ramach analiz w szpitalach), ale informacje o nich giną gdzieś w złożonym systemie zdrowia publicznego, czy wymiaru sprawiedliwości i nie trafiają do jednego punktu. Należy stworzyć system, który będzie pozwalał na szybką identyfikację zagrożeń oraz zapewni wymianę informacji pomiędzy kluczowymi partnerami oraz decydentami i szybkie ścieżki wprowadzania zmian legislacyjnych. W tym zakresie nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2018 r. wprowadziła zasadniczą zmianę, dając Ministrowi Zdrowia narzędzie do szybkiego reagowania na nowe zagrożenia poprzez przeniesienie wykazów substancji kontrolowanych do Rozporządzenia. Zmiany prawne pozwalają skutecznie wyeliminować substancję z rynku. Na początek chcielibyśmy przybliżyć temat wymiany informacji o zatruciach oraz zaprezentować i krótko omówić jeden z takich systemów istniejących w Europie, a następnie przedstawić propozycję organizacji takiego systemu wypracowaną przez Krajowe Biuro w odpowiedzi na falę zatruć z 2015.

Tak zwana toksykowigilencja staje się coraz ważniejszym elementem Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Substancjach Psychoaktywnych. Toksykowigilencja to proces identyfikacji, raportowania, oceny, rozumienia, monitorowania i odpowiedzi na niepożądane zdarzenia związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi. W tym kontekście Wczesne Ostrzeganie związane jest z poważnymi zdarzeniami niepożądanymi (Evans Brown 2015). Według Evansa Browna do zdarzeń niepożądanych związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych zalicza się przypadki które:

- kończą się śmiercią,
- powodują zagrożenie dla życia,
- wymagają hospitalizacji,

- powodują utrzymującą się oraz znaczną niepełnosprawność,
- powodują uszkodzenia płodu oraz defekty urodzeniowe,
- lub przypadki, które nie kończą się bezpośrednio śmiercią, zagrożeniem życia lub koniecznością hospitalizacji, ale wymagają interwencji medycznej w celu zapobieżenia im. Przypadki takie to np. intensywne leczenie w ramach oddziałów ratunkowych (np. konwulsji) nie wymagające dalszego leczenia szpitalnego oraz nadużywanie i uzależnienie od substancji.

W tym rozumieniu zakres identyfikacji i wymiany informacji jest bardzo szeroki i naszym zdaniem trudny do adaptacji w Polskich warunkach, co szerzej omówimy przy opisie propozycji rozwiązania tego problemu w Polsce. W Europie w różnych krajach istnieją różne rozwiązania w tym zakresie. Systemy takie najlepiej są rozwinięte w krajach skandynawskich. Świadczy o tym fakt przekazywania do EWS największej liczby doniesieni o zatruciach i zgonach spowodowanych przez nowe substancje psychoaktywne. Dlatego zdecydowaliśmy przyjrzeć się bliżej jednemu z takich systemów ze Szwecji, czyli projektowi STRIDA (Helanred 2014). Projekt STRIDA powstał w odpowiedzi na pojawienie się nowych substancji na rynku szwedzkim oraz w związku z rosnącą liczbą zapytań telefonicznych wg statystyk szwedzkiego Centrum Informacji Toksykologicznej²³. Liczba zapytań dotycząca substancji nieznanych lub niezaklasyfikowanych zaczęła rosnąć od 2007 r., a w 2018 r. znacznie przekroczyła liczbę zapytań dotyczących narkotyków tradycyjnych. Badania wskazały także na rozpowszechnienie używania NSP. Celem projektu jest monitorowanie pojawiania się oraz trendów związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi, zbieranie informacji o obserwowanych objawach klinicznych związanych z ich używaniem, ich toksyczności i związanych z ich używaniem zagrożeniach dla zdrowia oraz wypracowanie szybkich metod analitycznych pozwalających prowadzić analizę płynów biologicznych.

Projekt jest prowadzony wspólnie przez Laboratorium Uniwersytetu Karolinska oraz Centrum Informacji Toksykologicznej. Próbkę pochodzą ze szpitalnych izb przyjęć w całej Szwecji, ośrodków leczenia uzależnień oraz z Krajowego Komisji Medycyny Sądowej. Próbkę trafiają do analiz do Laboratorium Uniwersytetu Karolinska, natomiast dokumentacja medyczna trafia do analiz do Centrum Informacji Toksykologicznej. W przypadku zatruc oceniane są one z wykorzystaniem skali Poison Severity Score (WHO 2018). Dane dotyczące historii medycznej oraz analiz są zanonimizowane. Wyniki analiz trafiają z laboratorium do szpitali zgłaszających zatrucia oraz do Centrum Informacji Toksykologicznej, gdzie są analizowane. Wyniki przekazywane są do szpitali, ośrodków leczenia uzależnień oraz do agend rządowych. Próbkę analizowane są nieodpłatnie. Program finansowany jest przez

²³ Centra Informacji Toksykologicznej funkcjonują przynajmniej w kilku krajach Europy. Są to centra udzielające telefonicznej konsultacji dotyczących postępowania w przypadkach ostrych zatruc dla pracowników służby zdrowia. Wynika to z faktu, że większość szpitali nie ma w swojej strukturze oddziałów ostrych zatruc, a toksykologów klinicznych jest niewielu.

Krajowy Instytut Zdrowia Publicznego oraz ze środków własnych Uniwersytetu Karolinska i Centrum Informacji Toksykologicznej.

Opisany powyżej projekt pokazuje jak ważne jest zaangażowanie wielu instytucji w proces wymiany informacji. Pozwala to na zebranie kompletnych informacji na temat przypadków zatruc i zgonów. Dostęp do takich informacji daje także korzyści wszystkim instytucjom i organizacjom tworzącym system. To było jedno z najważniejszych założeń, jakie nam towarzyszyło przy tworzeniu podstawowych założeń teoretycznych takiego systemu w Polsce. Poniżej przedstawiamy jego działanie.

W celu sprawnej identyfikacji ww. zagrożeń wskazane jest zapewnienie szybkiego przepływu informacji pomiędzy resortem zdrowia, resortem spraw wewnętrznych, prokuraturą oraz Europejskim Systemem Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach. Dlatego też konieczne wydaje się powołanie centralnego punktu wymiany informacji pomiędzy resortami w celu przyspieszenia bieżącej wymiany informacji, co przyczyni się do bardziej skutecznej oceny bieżącej sytuacji i ewentualnych zagrożeń oraz przełoży się lepszą koordynację prowadzonych działań.

Wymiana informacji powinna z jednej strony obejmować szybką identyfikację nowych substancji psychoaktywnych pojawiających się na obszarze, w którym odnotowuje się wzrost liczby zatruc (za co odpowiedzialne byłyby organy ścigania), z drugiej zaś potwierdzenie obecności NSP w płynach biologicznych w przypadku ostrych zatruc i zgonów (za co odpowiedzialny byłby resort zdrowia oraz zakłady medycyny sądowej).

Wymiana danych o identyfikacji substancji w przypadkach zatruc i zgonów ułatwi pracę organom ścigania dając im podstawę do zatrzymania oraz wniesienia zarzutów na mocy art. 165 KK (powodowanie bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia i życia wielu osób) przeciwko osobom wprowadzającym na rynek nowe substancje psychoaktywne. Ponadto informacja taka stanowić będzie podstawę do prowadzenia dalszych czynności procesowych na poziomie postępowania prokuratorskiego i sądowego oraz zmian legislacyjnych.

4.3.2 Propozycja ogólnej organizacji systemu – międzyinstytucjonalna współpraca

W ramach zcentralizowanego systemu zbierania danych ważną rolę powinien pełnić polski System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach (SWO), który jest kluczowym punktem informacyjnym systemu wymiany informacji o nowych narkotykach, funkcjonującym w ramach Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii oraz Ośrodek Kontroli Zatruc Warszawa, będący obecnie jedyną jednostką zbierającą dane o zatruciach spowodowanych NSP w Polsce. Współpraca dodatkowo powinna obejmować wyznaczenie stałego punktu kontaktowego w strukturach Policji.

W celu uniknięcia chaosu informacyjnego proponuje się, aby system obejmował jak najmniejszą liczbę zaangażowanych podmiotów. W skład systemu wchodziłyby następujące instytucje: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (jako koordynatora SWO), Ośrodek Kontroli Zatruc – Warszawa (centralny rejestr interwencji medycznych w przypadku podejrzeń zatruc NSP), Inspekcja Sanitarna oraz punkty kontaktowe MSW/Policji i Prokuratury Generalnej. System taki stanowiłby **Punkt Centralny**. Podmioty występujące z ramienia Ministerstwa Zdrowia (Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodek Kontroli Zatruc – Warszawa i Inspekcja Sanitarna) powinny uzyskać stałe pełnomocnictwo Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Zdrowia oraz Prokuratury Generalnej do pozyskiwania odpowiednich informacji. Informacje nie obejmowałyby danych osobowych ani danych operacyjnych. Natychmiastowy dostęp do potrzebnych danych wymagany jest w celu szybkiego uzyskania kompletu informacji zarówno o wynikach analiz chemicznych, toksykologicznych i analiz pośmiertnych, jak i informacji o kontekście zdarzenia, co pozwoli na ustalenie źródeł zatrucia.

Informacje przygotowywane byłyby w formie alertów lub w formie zagregowanych danych, a następnie przesyłane do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Ministerstwa Zdrowia, Policji oraz Europejskiego Systemu Wczesnego Ostrzegania.

Wymiana informacji powinna być realizowana w sposób natychmiastowy, maksymalnie w ciągu jednej doby (24 godziny) od wystąpienia zdarzenia.

Poza ww. działaniami proponuje się, aby organy policji i prokuratury w przypadkach zatruc śmiertelnych, co do których zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że zostały spowodowane przez NPS, natychmiast zawiadamiały Punkt Centralny oraz rutynowo zalecały badania sekcyjne (płynów biologicznych pod kątem nowych substancji psychoaktywnych) w jednym z wyszczególnionych laboratoriów oraz niezwłocznie informowały o tym fakcie Punkt Centralny. Po uzyskaniu wyników badań toksykologiczno-sądowych, informacja ta powinna być przekazana jak najszybciej do Punktu Centralnego.

4.3.3 Działania konieczne do realizacji w ramach resortu zdrowia

W przypadkach zatruc spowodowanych użyciem NSP konieczne jest zwiększenie liczby przeprowadzanych identyfikacji substancji obecnych w płynach biologicznych. W obecnym systemie takie identyfikacje nie są przeprowadzane, dlatego też rzeczywista ocena stopnia zagrożenia powodowanego konkretnymi substancjami jest niemożliwa. W związku z powyższym proponuje się następującą **procedurę postępowania na poziomie placówki zdrowia**:

1. **Przyjęcie pacjenta, ocena stanu pacjenta i kwalifikacja przypadków do nalizy materiału biologicznego, przekazywanie próbek oraz analiza.**

Z uwagi na brak kryteriów objawowych, które pozwoliłyby zakwalifikować zatrucie jako spowodowane przez NSP, proponuje się, aby do kwalifikacji pacjentów stosować powszechnie wykorzystywaną w toksykologii klinicznej Skalę Ciężkości Zatruc (WHO 2018) wraz z informacjami dotyczącymi przebiegu zdarzenia wskazującymi na podejrzenie zatrucia NSP. Badaniom laboratoryjnym poddawane byłyby jedynie przypadki ciężkich zatruc (3 stopień PSS) oraz zgonów (stopień 4 skali PSS). Należy dołożyć wszelkich starań, aby zabezpieczyć opakowania po substancjach i/lub substancje znalezione przy pacjencie. Jeżeli substancje nie zostały wcześniej zabezpieczone przez Policję, powinny zostać wysłane do analiz wraz z materiałem biologicznym.

Analizy materiału powinny być realizowane tylko w kilku wyselekcjonowanych do tego celu laboratoriach posiadających doświadczenie oraz zaplecze sprzętowe pozwalające na identyfikację nowych związków. Z uwagi na szybki rozkład substancji oraz niewielkie stężenia należy dołożyć wszelkich starań, aby próbki krwi i moczu były pobierane przy przyjęciu pacjenta oraz pakowane i wysyłane do wskazanych laboratoriów w sposób zgodny ze standardami pracy laboratoryjnej, aby uniknąć ich ewentualnego zanieczyszczenia. Analizy powinny być wykonywane jako priorytetowe w możliwie krótkim czasie.

2. Wypełnienie kwestionariusza

Dla każdego przypadku powinien być wypełniany kwestionariusz zawierający podstawowe informacje o zatruciach i zgonach. Propozycję takiego kwestionariusza prezentujemy poniżej.

Nr sprawy:	
Wiek:	
Płeć:	
Inicjały (pierwsza litera imienia, pierwsza litera nazwiska):	
Pacjent przekazany przez:	Policję w ramach interwencji (nazwa komendy, osoba prowadząca itp.) Prokuraturę Pogotowie/karetkę Zgłoszenie na Izbę Przyjęć

Okoliczności zdarzenia (krótki opis):	
Czy znaleziono substancje przy osobie zatrutej?	TAK jeśli tak , to czy próbka została przekazana Policji (komu, z jakiej komendy), NIE jeśli nie , to próbka powinna zostać wysłana z materiałem biologicznym do laboratorium referencyjnego
Stan pacjenta przy przyjęciu (wyniki przeprowadzonych badań):	
Objawy:	
Okoliczności zatrucia/zgonu:	
Osoba zgłaszająca	Imię: Nazwisko: Stanowisko: Instytucja: Dane kontaktowe (preferowany telefon komórkowy i e-mail):
Laboratorium, do którego została przekazana próbka:	

Wypełnione kwestionariusze powinny być wysyłane na skrzynkę e-mail Punktu Centralnego.

4.3.4 Sposób działania systemu

Proponowany sposób postępowania i bliska współpraca organów ścigania oraz systemu rejestracji zatruc i zgonów z możliwością identyfikacji substancji powodującej zatrucie pozwoli na stworzenie opisu dobrze udokumentowanych przypadków zatruc spowodowanych konkretną substancją, co wpłynie na możliwość stosowania przez policję i prokuraturę skutecznych działań i pozwoli stosować art. 165kk w oparciu o mocny materiał dowodowy. Potwierdzone przypadki zgonów i ciężkich zatruc spowodowanych konkretną, nową substancją psychoaktywną dają racjonalne, mocne podstawy do potwierdzenia, że substancja ta jest niebezpieczna dla zdrowia i życia. Taki materiał jest nieoceniony także w przypadku pracy zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Przypomnijmy, że zespół jest organem opiniującym dla ministra zdrowia w sprawach kontroli nowych substancji psychoaktywnych. Punkt Centralny w momencie pojawiania się potwierdzonych informacji o zatruciach i zgonach formułuje alert, który bez zbędnej zwłoki przesyłany jest do wszystkich partnerów systemu, Europejskiego Systemu Wcze-

snego Ostrzegania oraz dodatkowo do programów prowadzących działania bezpośrednio w środowisku użytkowników narkotyków.

W celu lepszego zobrazowania możliwego działania takiego systemu poniżej przedstawiliśmy kilka hipotetycznych przypadków postępowania.

Przypadek 1:

- a) Pacjent zostaje przewieziony do szpitala/Oddziału Zatruc przez karetkę pogotowia lub zostaje przyjęty w ramach izby przyjęć. Zachodzi uzasadnione podejrzenie, że używał NPS.
- b) Lekarz ocenia stan pacjenta na Skali Ciężkości Zatruc (PPS – Poison Severity Score).
- c) W przypadku, gdy pacjent jest w stanie ciężkim (3 na skali), w miarę możliwości jak najszybciej pobiera się od pacjenta próbki płynów biologicznych (krwi oraz moczu). Jeżeli przy pacjencie znaleziono jakiejkolwiek substancje lub opakowania po substancjach, należy je zabezpieczyć.
- c) W następnej kolejności personel medyczny wypełnia kwestionariusz. Zawiadomienie o zdarzeniu (Kwestionariusz) zostaje wysłany drogą e-mail na wspólną skrzynkę Punktu Centralnego.
- d) Kwestionariusz wraz z próbkami materiału biologicznego oraz zabezpieczonej substancji (opakowaniu po substancji) zostaje przesłane do jednego ze wskazanych laboratoriów.
- e) W momencie uzyskania wyników, analizy przekazywane są z laboratoriów bezpośrednio do Punktu Centralnego (na dedykowaną skrzynkę e-mail).
- f) Dodatkowo szpital/Oddział Zatruc niezwłocznie powiadamia Punkt Centralny o zmianach stanu pacjenta (tzn. polepszeniu stanu (wypisie), pogorszeniu stanu, zgonie).
- g) Punkt centralny po zebraniu wystarczającej liczby potrzebnych danych przesyła **alert** o możliwych zagrożeniach do policji i prokuratury, Państwowej Inspekcji Sanitarnej/Zespołu ds. Oceny Ryzyka Nowych Substancji Psychoaktywnych, Ministerstwa Zdrowia, Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Alert także zostaje rozesłany do programów redukcji szkód (osób pracujących bezpośrednio w środowisku użytkowników) oraz sieci laboratoriów w ramach Polskiego EWS.

Przypadek 2:

- a) Policja zostaje wezwana do zdarzenia, gdzie zachodzi podejrzenie, że uczestniczące w zdarzeniu osoby mogą być pod wpływem NSP. W momencie pojawienia się na miejscu, policjanci oceniają stan osób jako wymagający interwencji medycznej (osoby są nieprzytomne lub bardzo agresywne, bez możliwości nawiązania logicznego kontaktu). Policjanci wzywają karetkę bądź odwożą

osoby na izbę przyjąć. Powiadamiają personel medyczny o ewentualnym zabezpieczeniu próbek substancji oraz o okolicznościach zatrucia.

- b) Policjanci na miejscu zdarzenia lub przy osobach zabezpieczają próbki substancji, które przekazują od Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego lub Laboratoriów Wojewódzkich.
- c) Policjanci przesyłają krótką informację o zdarzeniu wraz z numerem sprawy do Punktu Centralnego.
- d) Procedura postępowania w placówce medycznej wygląda jak w przypadku 1.

Przypadek 3:

- a) Policja/lekarz na miejscu zdarzenia stwierdza zgon osoby. Okoliczności zdarzenia wskazują, że powodem zatrucia mogą być NPS.
- b) Prokurator przekazuje informacje o zdarzeniu oraz jego okolicznościach do Punktu Centralnego.
- c) Prokurator w każdym takim przypadku zaleca sekcję zwłok oraz badania laboratoryjne płynów biologicznych (krwi i moczu) pod kątem ewentualnych substancji zabezpieczonych na miejscu zdarzenia.
- d) Wskazane jest, aby badania próbek substancji oraz materiału biologicznego były wykonywane w tym samym laboratorium. Probki przekazywane są do jednego z laboratoriów z ww. wykazu.
- e) Laboratorium niezwłocznie po wykonaniu analiz informuje Punkt Centralny o ich wynikach.
- f) Punkt centralny po zebraniu wystarczającej liczby potrzebnych danych przesyła **alert** o możliwych zagrożeniach do Policji i Prokuratury, Państwowej Inspekcji Sanitarnej/Zespołu ds. Oceny Ryzyka Nowych Substancji Psychoaktywnych, Ministerstwa Zdrowia, Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Alert także zostaje rozesłany do programów redukcji szkód (osób pracujących bezpośrednio w środowisku użytkowników) oraz sieci laboratoriów w ramach Polskiego EWS.

W przypadku masowych zatruć alerty powinny mieć charakter publiczny (powinny zostać przesyłane do mediów oraz publikowane na stronach www.). Charakteru takiego nie powinny mieć jednak wszystkie alerty, ponieważ mogą one wpływać na wzrost popularności substancji wśród użytkowników.

Punkt Centralny może wydać alert przed potwierdzeniem laboratoryjnym, jeżeli są uzasadnione informacje o tym, że substancja o określonym wyglądzie, sprzedawana w formie produktu (jak np. „Mocarz”) może powodować zagrożenie dla zdrowia.

Jeżeli w ocenie Punktu Centralnego zachodzi wzrost zagrożenia dla zdrowia lub życia ludności, alert może zostać upubliczniony i trafić do środków masowego przekazu, na fora użytkowników oraz wszelkimi innymi kanałami.

4.3.5 Podsumowanie

Powyższe rozważania mają charakter czysto teoretyczny i stanowią jedynie załączek koncepcji, ale naszym zdaniem pokazują, że stworzenie takiego systemu nie musi być skomplikowane ani kosztowne. Ponadto pokazuje, jak wymiana informacji pomiędzy sektorami zdrowia publicznego i sprawiedliwości może pomóc wyeliminować z rynku niebezpieczne związki. Szczególnie ważne jest to w kontekście zmian legislacyjnych z 2018 r., które zwiększyły szybkość i reaktywność prawa oraz wprowadziły definicje generyczne substancji (o czym szerzej pisaliśmy w rozdziale 2). Zmiany mogą spowodować „ukrycie się rynku” zbliżając go do rynku substancji nielegalnych, co niewątpliwie utrudni identyfikację występujących zagrożeń. Nadzieję na rozwój takiego bądź zbliżonego systemu daje umiejscowienie w ustawie systemu rejestracji zatruc oraz wskazanie instytucji odpowiedzialnych za jego wdrożenie (w tym wypadku Głównego Inspektora Sanitarnego).

Aby zweryfikować na ile przedstawiona koncepcja ma sens oraz czy stworzone „na szybko” rozwiązanie mogłoby być rzeczywiście wprowadzone oraz aby ocenić, jak można rozwiązać kilka problemów analitycznych oraz metodologicznych związanych ze zbieraniem i analizą substancji oraz danych, w ramach konkursu na dofinansowanie pochodzące z Środków Hazardowych Ministra Zdrowia, pozostającego w dyspozycji Krajowego Biura, umieściliśmy zadanie dotyczące stworzenia i analizy koncepcji systemu rejestracji zatruc szpitalnych spowodowanych przez NSP. Badanie to jest w trakcie realizacji przez Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi i zakończy się w 2019 r.

4.4 Programy testowania substancji pozyskanych bezpośrednio od użytkowników narkotyków

4.4.1 Cele oraz organizacja programów

Koncepcja programów testowania substancji pozyskanych bezpośrednio od użytkowników (tzw. *pill testing* lub *drug testing*) nie jest koncepcją nową. Cechą wspólną tego typu programów jest dobrowolne oddawanie substancji psychoaktywnych do analiz chemicznych przez użytkowników tych substancji w celu określenia jakie związki chemiczne faktycznie są zawarte w materiale przekazanym do analizy. Użytkownicy w zamian otrzymują informację zwrotną dotyczącą składu narkotyku. Tego typu programy realizowane są od lat w wielu miastach

europejskich. (EMCDDA 2001). Do najbardziej znanych programów należą: DIMS, Chack IT, Energy Controle i Wedinos, Sintes.

Programy te mają najczęściej dwa komplementarne cele: 1) monitorowanie rynku narkotykowego substancji psychoaktywnych i ich użytkowników oraz 2) ograniczenie szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem tych substancji (tzw. harm reduction (HR)).

W ramach realizacji pierwszego z ww. celów zbierane są informacje o substancjach na podstawie laboratoryjnych analiz chemicznych, dane dotyczące cech społeczno-demograficznych samych użytkowników i wzorów używania substancji. Prowadzony w ten sposób monitoring dostarcza informacji nie tylko o samych substancjach, ale także pozwala ocenić potrzeby i dopasować rodzaj interwencji do konkretnej zbiorowości i przez co pozwala poprawić jej efektywność i skuteczność.

Analizy chemiczne pozwalają szybko zbierać informacje o dynamicznych zmianach zachodzących na scenie narkotykowej i stanowią uzupełnienie tradycyjnych źródeł informacji o rynku narkotykowym, takich jak konfiskaty narkotyków ze strony organów ścigania czy badania społeczne wśród użytkowników narkotyków i populacji ogólnej. Prowadzenie tego typu projektu uzupełnia rutynowe działania wynikające z konieczności tworzenia systemu wczesnego ostrzegania o nowych narkotykach w ramach współpracy z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

Drugi cel projektu opiera się na ogólnych założeniach ograniczenia szkód zdrowotnych. Odnoszą się one do ochrony użytkowników narkotyków przed niepożądanymi konsekwencjami przyjmowania substancji psychoaktywnych, takimi jak czasowa bądź trwała utrata zdrowia lub śmierć. Identyfikacja składu chemicznego substancji pozwala na ostrzeżenie potencjalnych użytkowników o pojawieniu się na rynku substancji niebezpiecznych oraz wskazanie jak unikać zagrożenia.

Ograniczenie szkód zdrowotnych było podstawą prowadzenia pierwszych programów typu *pill testing*, które było bezpośrednio związane z pojawieniem się na rynku zagrożeń związanych z ostrą toksycznością substancji psychoaktywnej PMA, sprzedawanej jako ekstazy (tradycyjnie zawierającej MDMA) w okolicach 2000 roku.

Na obecnym etapie rozwoju rynku narkotykowego, w związku z dużą ilością nowych substancji psychoaktywnych można przypuszczać, że użytkownicy często nie są w stanie ocenić składu chemicznego używanych przez siebie narkotyków, co niejednokrotnie wpływa na wzrost zagrożeń oraz szkód zdrowotnych.

Dodatkowo, poza ostrzeganiem o zagrożeniach, związanych z konkretnymi substancjami psychoaktywnymi, korzystanie przez użytkowników z programów *pill testing* umożliwia lub ułatwia prowadzenie szerszych działań z zakresu ograniczenia szkód, pomaga w nawiązaniu bezpośredniego kontaktu z użytkownikami

narkotyków poprzez rozmowę na temat ich konsumpcji. Pomaga też w przekazywaniu informacji o zasadach, które pozwalają obniżyć poziom ryzyka wystąpienia szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków, a także w przekonaniu do kontaktu z poradnią uzależnień. W zależności od typu programu nacisk kładziony jest na pierwszy lub drugi z wymienionych celów.

Programy tego typu można podzielić na trzy grupy: domowe, on-site, oraz stacjonarne (Brunt 2017). Domowe polegają na rozdawaniu użytkownikom narkotyków testów kolorymetrycznych. Za ich pomocą użytkownicy we własnym zakresie mogą określić jakie substancje zawiera posiadany przez nich narkotyk. Jest to najbardziej bazowa forma realizacji tego typu programów. Niewątpliwą zaletą tego typu programów jest szybkie otrzymanie wyników. Tego typu program prowadzony jest w Polsce przez Społeczną Inicjatywę Narkotykową (sin.org.pl). Procedura testowania w tym wypadku nie jest jednak zbyt dokładna i dotyczy niewielkiej grupy substancji a także daje ograniczoną możliwość prowadzenia interwencji profilaktycznej. Kolejną grupą są programy *on-site*, czyli programy realizowane bezpośrednio na imprezach (festiwalach muzycznych, imprezach klubowych) jako część tzw. party workingu. W tym wypadku często stosuje się bardziej zaawansowane metody analityczne pozwalające identyfikować większe liczby związków chemicznych. W niektórych przypadkach, tak jak w przypadku austriackiego programu „Chack It” realizowane są one za pomocą mobilnego laboratorium w postaci vana. W porównaniu do badań z wykorzystaniem testów kolorymetrycznych w warunkach domowych, analizy są dokładniejsze, ale także nie dają stu procentowej pewności do co wyniku. Często nie są to metody wystarczające, aby zidentyfikować nowe substancje psychoaktywne, choć są programy, w których taka identyfikacja w punktach mobilnych jest możliwa. W tym wypadku użytkownik także względnie szybko otrzymuje informacje o składzie analizowanego narkotyku. Trzecim typem programów są programy prowadzące analizę substancji w ramach punktów stacjonarnych, gdzie użytkownicy dostarczają substancji. W tym wypadku większość programów korzysta z dobrze wyposażonych laboratoriów umożliwiających praktycznie identyfikację wszystkich związków. Minusem tego typu programów jest brak możliwości natychmiastowego dostarczenia rezultatów analizy użytkownikowi. Programy te częściej adresowane są do profesjonalistów. Ciekawym przykładem tego typu programu jest program WEDINOS realizowany w Walii (Wedinos 2018). Program nastawiony jest na nowe substancje psychoaktywne. Program ten umożliwia przesyłanie pocztą próbek do analizy. Osoba wysyłająca próbki pobiera kod próbki oraz wypełnia specjalny kwestionariusz dotyczący efektów działania substancji ze strony www. Kwestionariusz zawiera także kod próbki. Wyniki analiz są następnie publikowane na stronach projektu oraz udostępniane użytkownikom i profesjonalistom. Programy tego typu w zdecydowanej większości finansowane są przez władze lokalne lub centralne.

4.4.2 Krytyka i ograniczenia programów pill testing / drug chacking

Pomimo wielu argumentów za wprowadzeniem programu tego typu, niewątpliwie budzą one kontrowersje i są krytykowane. Jest kilka podstawowych zarzutów, które są formułowane pod adresem tych programów (Brunt 2017). Pierwszy z nich to jest to, że daje użytkownikom substancji fałszywe poczucie bezpieczeństwa, podczas gdy nie da się wyeliminować ryzyka związanego z używaniem narkotyków oraz nowych substancji psychoaktywnych. Najczęściej używane metody analityczne, w szczególności na imprezach nie są doskonałe i mogą wprowadzać w błąd użytkownika. Ponadto brak występowania zatruczeń czy zgonów związanych z substancjami psychoaktywnymi nie oznacza, że są one bezpieczne. Argumenty te jednak mogą być zniwelowane poprzez przekazanie opartej na wiedzy naukowej informacji o szkodliwości substancji, przekazywanej w punkcie testowania.

Kolejnymi często formułowanymi zarzutami pod adresem programów testowania substancji pozyskanych od użytkowników jest możliwość wykorzystania takich analiz przez osoby sprzedające substancje psychoaktywne w celu promowania swoich towarów. Jednak nie ma badań potwierdzających takie działania, choć nie można tego wykluczyć.

Brunt wskazuje także, że programy tego typu mogą spotkać się z zarzutami, że promują używanie narkotyków, ale jednocześnie wykazuje, że poziom używania substancji psychoaktywnych w krajach prowadzących tego typu programy nie jest wyższy niż w pozostałych. Przypomina to trochę argumentację używaną przed laty przeciw innym programom ograniczenia ryzyka, takim jak programy wymiany igieł i strzykawek.

Następnym zagrożeniem wskazywanym przez krytyków jest przekonanie, że osoby testujące substancje i tak je przyjmą bez względu na wynik analizy. Jednak Brunt za Stevenssem i Meashamem wskazuje, że wg badań od 25 do 100% zrezygnowałoby z używania substancji, gdyby dowiedzieli się, że substancje te są szkodliwe lub niebezpieczne (Brunt 2017).

Są też ograniczenia, które utrudniają prowadzenie tego typu programów. Podobnie jak w Polsce w większości krajów Europy posiadanie narkotyków jest przestępstwem. Wobec tego każdy oddający do badania substancje jest przestępcą, którego należy ścigać. Powoduje to utrudnienia i komplikacje w prowadzeniu tego typu programów, bądź w ogóle kwestionuje ich legalność. Z taką sytuacją mamy do czynienia w Polsce. Z drugiej strony jednak są argumenty, które przemawiają za wyłączeniem karalności w tych wypadkach. Jest to fakt posiadania niewielkich ilości substancji na własny użytek, który zgodnie z artykułem 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii daje możliwości prokuratorowi zaprzestania postępowania oraz szereg przepisów dotyczących możliwości prowadzenia badań naukowych

na substancjach psychoaktywnych pod warunkiem posiadania odpowiednich zezwoleń (Krajewski 2015). Większość laboratoriów prowadzących analizy narkotyków oraz nowych substancji psychoaktywnych posiada tego typu zezwolenia.

4.4.3 Podsumowanie

Programy typu *pill testing/drug checking* do tej pory nie były realizowane w Polsce na szeroką skalę, za wyjątkiem programu Społecznej Inicjatywy Narkotykowej. Potrzeba realizacji tego typu programu uzasadniona jest wzrostem zagrożenia związanego z nowymi substancjami na rynku narkotykowym w Polsce, które według niektórych danych powodują coraz więcej szkód zdrowotnych (Burda 2016). Ponadto EMCDDA wskazują na fakt pojawienia się w ostatnim czasie w Europie przynajmniej kilku nowych substancji psychoaktywnych, potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia użytkowników (EMCDDA 2017a). Analizując liczbę ocen ryzyka przygotowanych przez EMCDDA wyraźnie widać, że liczba substancji poddawanych ocenie systematycznie rośnie. Między rokiem 1999 a 2011 w sumie przeprowadzono oceny ryzyka dla 11 substancji, natomiast w samym 2018 r. ocen tych było 9. Kolejnym argumentem przemawiającym za potrzebą wdrożenia programu testowania substancji, jest wniosek wynikający nawet z pobieżnej analizy forów internetowych, że niewątpliwie istnieją na naszym rynku substancje do tej pory nie zidentyfikowane formalnie w drodze analiz wykorzystujących tradycyjne źródła informacji (analizy chemiczne konfiskat w ramach działań policji, służby celnej oraz inspekcji sanitarnej). W tym kontekście szukanie alternatywnych źródeł informacji występowania nowych substancji potwierdzonych w drodze badań laboratoryjnych wydaje się zasadne, mając na uwadze, że w momencie pojawienia się nowej substancji w Polsce mogą istnieć już doniesienia o jej potencjalnej szkodliwości z innych krajów Europy.

Do momentu wejścia nowelizacji ustawy w 2018 r. w naszej opinii bez przeszkód można było realizować tego typu projekty nastawione na nowe substancje psychoaktywne. Dlatego Krajowe Biuro ogłosiło konkurs w ramach środków hazardowych na realizację zadania mającego na celu stworzenie i wdrożenie takiego projektu. Wybrany projekt został przygotowany i realizowany przez konsorcjum, w którego skład wchodził Narodowy Instytut Leków, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Społeczna Inicjatywa Narkotykowa oraz Fundacja Prekursor. Podstawowym założeniem projektu była ocena skuteczności tej formy zbierania danych i prowadzenia działań z zakresu ograniczenia szkód zdrowotnych oraz ocena zasadności prowadzenia tego typu programów w przyszłości. Projekt został przerwany z uwagi na nowelizację prawa z sierpnia 2018 r. Obecnie opracowywane są wyniki badań zgromadzonych w tym okresie. Raport będzie dostępny na początku 2019 r.

5. „Dopalacze” – informacje dla młodzieży

Niekiedy w mass mediach słyszysz o kolejnych nastolatkach trafiających do szpitali z powodu zatrucia tzw. „dopalaczami”. Często nie przywiązujesz do tych informacji wagi. Mówisz sobie – „To mnie nie dotyczy”, „To mi się nie przytrafi”. Ale warto sobie zadać pytanie, co to właściwie są te dopalacze? Skąd się wzięły? Jak działają? Dlaczego mogą być niebezpieczne? Jaki jest ich status prawny? No i chyba najważniejsze: Co zrobić kiedy Ja albo ktoś z mojego otoczenia zatruje się „dopalaczami”?

Poniżej chcielibyśmy odpowiedzieć na te pytania i przybliżyć Ci problem „dopalaczy”, dzieląc się z Tobą wiedzą na ich temat. To ważne, aby zapoznać się z tymi informacjami, ponieważ mimo że problem nie jest nowy to nadal funkcjonuje wiele mitów i fałszywych opinii na ten temat. Sama „wiedza” nie chroni, ale wierzymy, że przekazywanie wiarygodnych informacji będzie miało wpływ na Twoje postawy i zachowania wobec „dopalaczy”.

Co to są „dopalacze”?

Jest wiele nazw określających substancje zwane potocznie „dopalaczami”. W radiu, telewizji i nawet w dyskusjach eksperckich terminy te często są używane zamiennie, co powoduje wiele zamieszania. Aby zrozumieć, czym tak naprawdę są „dopalacze”, należy cofnąć się do ubiegłego wieku. Pierwszym określeniem używanym dla zdefiniowania tych substancji była nazwa **designer drugs** (narkotyki projektowane). Termin ten wiąże się z rozwojem nauk chemicznych oraz prac przemysłu farmaceutycznego (w szczególności pod koniec XX wieku). Przemysł farmaceutyczny od lat poszukuje nowych skutecznych leków na rozmaite schorzenia. W przypadku pozytywnych wyników wstępnych analiz substancje przechodzą całą serię badań prowadzonych na zwierzętach, następnie na ludziach i często pojawiają się na rynku w postaci leków. Prace przemysłu farmaceutycznego dotyczą także pochodnych substancji psychoaktywnych, które mają szerokie zastosowanie w medycynie. Jest to w praktyce projektowanie nowych substancji. Rozwój chemii, prace niezależnych naukowców oraz ułatwiony dostęp do wiedzy naukowej spowodował, że zjawisko projektowania substancji z czasem zaczęło być obecne tak-

że poza przemysłem farmaceutycznym. **Dlatego narkotyki projektowane to nie innego jak substancje psychoaktywne stworzone w celu uzyskania efektu działania podobnego do narkotyków.** W początkowym okresie nowe substancje psychoaktywne (NSP) tworzone były przez grupy przestępcze w celu ominięcia regulacji prawnych zakazujących produkcji i sprzedaży narkotyków. Sytuacja zaczęła się zmieniać na początku nowego milenium, kiedy pojawiły się internetowe, a następnie stacjonarne sklepy z produktami reklamowanymi jako działające podobnie do narkotyków. Sklepy te rozpoczęły działanie także w Polsce. Pierwszy z nich nazywał się „dopalacze.com”. Stąd wzięła się używana do teraz potoczna nazwa tej grupy substancji.

Termin „dopalacze” to określenie potoczne, używane do grupy produktów, substancji lub ich mieszanin o działaniu psychoaktywnym podobnym do narkotyków. Substancje te są najczęściej syntetyczne.

Na przestrzeni ostatnich kilku lat pojawił się kolejny termin – *research chemicals* (RC). Są to substancje sprzedawane nie jako produkty pod konkretnymi nazwami, ale jako odczynniki chemiczne do badań laboratoryjnych. Najbardziej ścisłym, używanym przez profesjonalistów terminem do nazwania tej grupy substancji jest termin nowa substancja psychoaktywna (NSP). Nowa substancja psychoaktywna to nowy środek odurzający lub substancja psychotropowa, która nie jest objęta kontrolą na mocy konwencji narkotykowych ONZ,¹ ale stwarza poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego, porównywalne z substancjami wymienionymi w obu Konwencjach. W praktyce każdy z tych terminów określa jednak bardzo szeroki katalog różnych substancji psychoaktywnych o różnym działaniu na człowieka. Może to być nawet 700 różnych pod kątem chemicznym substancji.

Jakie substancje są najbardziej popularne w „dopalaczach” i jak działają?²

Nowe substancje psychoaktywne można podzielić na dwa sposoby: ze względu na ich strukturę chemiczną oraz ze względu na sposób działania. Skupmy się na tym drugim. Nowe substancje psychoaktywne działają w sposób zbliżony do narkotyków, czyli oddziałują one na określone receptory w organizmie i w konsekwencji powodują efekty psychoaktywne. Ze względu na ich działanie podobnie jak narkotyki, można podzielić na: psychostymulanty, kannabinoidy, opioidy i psychodeliki. Na rynku najczęściej występują psychostymulanty i kannabinoidy.

¹ Jednolitej konwencji ONZ o środkach odurzających z 1961 r. oraz Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r.

² Nazwy substancji stosowane w tym wypadku dotyczą w większości substancji, które są obecnie kontrolowane w związku ze zmianami prawnymi z lipca 2015 roku. Na tym etapie nie wiadomo zbyt wiele o substancjach, które je zastąpią na rynku.

Psychostymulanty

Substancje o działaniu stymulujących na ośrodkowy układ nerwowy. Należą do trzech grup chemicznych: piperazyn, fenetylamin oraz syntetycznych katynonów. Zdecydowanie najczęściej występującą grupą są syntetyczne katynony. Jest to także najczęściej występująca w Polsce grupa nowych substancji psychoaktywnych. Do najpopularniejszych i najbardziej znanych substancji „starej daty” można zaliczyć mefedron (pierwsza substancja z całej grupy jaka pojawiła się na rynku) oraz później MDPV. Następnie na rynku pojawił się pentedron, bufedron, brefedron oraz chwilę później 3-MMC oraz alfa-PVP (znana także jako Flakka, nazwa przez media w USA mianem narkotykiem zombi). W ostatnim czasie do substancji z tej grupy dominujących na rynku zaliczyć należy HEX-EN i 4-CEC. Substancje najczęściej występują w postaci kryształu oraz białego proszku. Istnieją sporadyczne doniesienia o tym, że niektóre substancje występowały także tzw. mieszkankach roślinnych. Dominującym sposobem przejęcia substancji z tej grupy jest przyjęcie donosowe, czyli tzw. wciąganie. Substancje są także stosowane w iniekcjach oraz doustnie. Niektóre substancje mogą być także inhalowane (np. używane za pomocą waporyzera).

Substancje z tej grupy są bardzo zróżnicowane. Mogą działać stymulująco (jak amfetamina) lub empatogennie, euforycznie (jak ecstasy). Użycie substancji powoduje ogólne pobudzenie psychoruchowe, wzrost ciśnienia, wzrost temperatury ciała, często rozszerzone źrenice, szczękocisk, bóle w klatce piersiowej, napięcie mięśni. W zależności od substancji ich działanie może być bardzo krótkie (pożądane efekty psychoaktywne utrzymują się np. 30–120 min. co często u użytkowników powoduje chęć przyjmowania kolejnych dawek) lub długie. W przypadku części substancji bardzo szybko rośnie tolerancja. Nieprzyjemne efekty używania substancji z tej grupy (czyli tzw. zejście) mogą być odczuwane nawet przez kilkanaście godzin po zażyciu. Konsekwencją używania tych substancji może być długotrwała bezsenność, utrzymująca się przez okres nawet 2–3 dni po zażyciu. Dotyczy to w szczególności silnych stymulantów, takich jak MDPV, czy alfa-PVP.

Przyjmowanie tych substancji może być bardzo obciążające dla układu krwionośnego i oddechowego. W zdecydowanej większości przypadków nie ma badań na temat szkodliwości syntetycznych katynonów, a doniesienia takie mają charakter kazuistycznym lub anegdotyczny. Niemniej jednak pojawia się coraz więcej informacji o występowaniu krótko- i długotrwałych psychozy związanych z używaniem psychostymulantów (głównie katynonów). Ponadto rośnie liczba publikacji i doniesień o zgonach, w przypadku których analizy pośmiertne wykazały obecność substancji z tej grupy lub wprost określono ich użycie jako bezpośrednią przyczyną zgonu.

Kannabinoidy

Kannabinoidy stanowią drugą co do wielkości grupę substancji obecnych na rynku. Są to syntetyczni agoniści receptorów kannabinoidowych. Jest to grupa substancji o podobnym działaniu jak tetrahydrokannabinolu (THC – główną substancję odpowiedzialną za działanie psychoaktywne marihuany). Substancje te oddziałują na receptor kannabinoidowy CB1, które to są częścią układu endokannabinoidowego odpowiedzialnego między innymi za regulację zachowania, humoru, apetytu, snia oraz systemu odporności. Początkowo substancje te były tworzone przez naukowców do badań. Jest to grupa substancji o zróżnicowanej strukturze chemicznej. Najczęściej występującymi substancjami z tej grupy w latach wcześniejszych były między innymi AM-2201, UR-144. Później zaczęły się pojawiać nowsze syntetyczne kannabinoidy takie jak: AB-FUBINACA, AB-CHMINACA, MDMB-CHMICA. Występują one najczęściej w formie mieszanek ziołowych (tzw. maczanki – nasączonego substancją materiału roślinnego) lub w formie fake hash (skompresowanego i nasączonego substancją materiału roślinnego, który ma imitować haszysz).

Choć mechanizm działania jest podobny do THC, syntetyczne kannabinoidy często oddziałują na receptory wielokrotnie silniej. Dodatkowo w przeciwieństwie do marihuany nie zawierają substancji działających antypsychotycznie (jak kannabidol).

Do efektów działania kannabinoidów należą: poczucie zrelaksowania, euforia, poczucie depersonalizacji, zaburzona percepcja czasu, upośledzona motoryka, halucynacje, paranoja, poczucie zagubienia, lęk, poczucie suchości w ustach, wysokie tętno, nudności i wymioty. W przypadku syntetycznych kannabinoidów bardzo często te objawy mają zdecydowanie bardziej nasilony charakter. Opisywane powyżej silne powinowactwo do receptorów kannabinoidowych powoduje, że substancje te są aktywne już w bardzo małych ilościach. Fakt ten w połączeniu z brakiem jakości i standaryzacji w produkcji (np. nierówno rozłożone substancje na materiale roślinnym) powoduje, że w przypadku syntetycznych kannabinoidów występują ostre zatrucia oraz zgony (EMCDDA 2018c). W Europie (w tym najprawdopodobniej w Polsce), w USA oraz Rosji zdarzały się przypadki masowych zatruc syntetycznymi kannabinoidami.

Do działań nieporządných raportowanych przy okazji zatruc lub wywołujących zgony zaliczane są: silna toksyczność sercowo-naczyniowa, natychmiastowa utrata przytomności/spiączka, niewydolność oddechowa, drgawki, delirium, psychozy, silne pobudzenie, agresywne zachowanie.

Opioidy

Działają w sposób bardzo podobny do heroiny. Oddziałują na receptory opioidowe, powodując euforię, senność, poczucie odprężenia, poczucie błogo-

ści oraz zniesienie bólu, oraz zwężenie źrenic. W wyniku przedawkowania może dojść do spowolnienia pracy serca, zaburzeń oddychania oraz utraty przytomności w konsekwencji zgonu spowodowanego depresją ośrodka oddechowego.

Substancje z tej grupy nie pojawiają się na rynku w dużych ilościach, jednak jako grupa stwarzają duże zagrożenie dla zdrowia publicznego. W większości przypadków syntetyczne opioidy pochodzą z grupy fentanyli. Najczęściej występujące substancje z tej grupy to furanylfentanyl oraz cyklopropylfentanyl. Opioidy produkowane w Chinach i sprzedawane jako „dopalacze” stanowią według ostatniego raportu EMCDDA coraz większe zagrożenie. Na rynku narkotykowym w Europie od 2009 roku do maja 2018 roku wykryto 42 nowe opioidy syntetyczne (tylko w 2017 roku wykryto ich 13). Coraz częściej są wykrywane nowe opioidy syntetyczne o bardzo dużej sile działania (w szczególności pochodne fentanylu), które naśladują działanie opiatów pochodzenia naturalnego. Czasami występują one w postaci sprayu do nosa, sprzedawane jako niedozwolone środki odurzające, takie jak heroina czy kokaina albo są z nimi mieszane. W Polsce były także sprzedawane jako mieszanki ziołowe do palenia. O zagrożeniach związanych z nowymi opioidami świadczy fakt, że spośród dziesięciu nowych pochodnych fentanyli zgłoszonych za pośrednictwem Systemu Wczesnego Ostrzegania w Unii Europejskiej w 2017 roku pięć zostało poddanych ocenie ryzyka (akryloilofentanyl, furanylfentanyl, 4-fluoroizobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl i carfentanyl). Ocenie ryzyka poddawane są najbardziej niebezpieczne substancje w Europie i na podstawie tych wyników Komisja Europejska podejmuje decyzję czy zdelegalizować daną substancję w UE. Ponadto bardzo niewielka ilość nowych fentanyli wystarczy do odurzenia się. Według raportu EMCDDA z 2014 roku (European Drug Report 2014) 0,1 grama czystego karfentanylu stanowi około 10000 ulicznych dawek tej substancji. Tak dużo moc tej substancji powoduje, że o wiele łatwiej jest ją przemyć ponieważ do sprzedaży na dużą skalę wystarczą bardzo niewielkie ilości trudne do wykrycia.

Syntetyczne pochodne fentanylu były odpowiedzialne za fale zatruć i zgonów w stanach zjednoczonych.

Warto wspomnieć, że w Polsce również odnotowano zgony z powodu używania nowych opioidów. Według analiz, zgonów z powodu narkotyków wykonanych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny dotyczących obszaru aglomeracji warszawskiej na pięć zgonów z powodu nowych substancji psychoaktywnych w 2016 roku, w trzech przypadkach wykryto nowy opioid: U47700, który jest 7,5-krotnie silniejszy od morfiny.

Psychodeliki

Substancje z tej grupy mogą przypominać działanie LSD (kwasu), meskaliny, psylocybiny lub anestetyków dysocjacyjnych takich jak ketamina. Nie jest to grupa substancji często wstępująca na rynku. Także zróżnicowanie substancji w tej

grupie nie jest tak duże jak w poprzednio omawianych grupach. Najczęściej występującymi substancjami z tej grupy w ostatnich latach były metoksetamina oraz fenetylaminę psychodeliczne głównie należące do grupy tzw. NBOMe-ów (np. 25I-NBOMe). Metoksetamina jest substancją, zarówno pod względem chemicznym jak i sposobu działania zbliżoną do ketaminy. Ketamina jest anestetykiem dysocjacyjnego stosowanego od lat przy operacjach w medycynie oraz weterynarii. Do działań tej substancji zalicza się: euforię, działanie empatogenne, przyjemne doświadczenia sensoryczne, depersonalizacja, średnie lub mocne poczucie oddzielenia się od ciała, halucynacje. Substancja najczęściej występuje w postaci tabletek lub proszku. EMCDDA odnotowało 120 zatruc oraz 20 zgonów w przypadku których wykryto tę substancję. NBOM-y z kolei należą do grupy chemicznej fenetylamin, podobnie jak amfetamina czy MDMA. Jednak ich działanie przypomina raczej znane psychodeliki takie jak LSD. Przykładem tej grupy substancji może być 25I-NBOMe, która często jest sprzedawana jako LSD. Użytkownicy raportowali efekty działania tej substancji podobne do LSD. W sumie EMCDDA odnotowało 32 zatrucia oraz 3 zgony związane z tą substancją. Substancje z tej grupy najczęściej występują w postaci blotterów (kartoników nasączanych substancją).

W przypadku psychodelików, podobnie jak w przypadku syntetycznych kannabinoidów, czy katynonów istnieje duże ryzyko wywoływania zatruc w tym zgonów związane z ich używaniem. Podobnie jak w przypadku innych grup, część substancji charakteryzuje się dużą aktywnością już w bardzo niskich dawkach i bardzo łatwo je przedawkować. Na potencjalne zagrożenie w związku z używaniem tych substancji ma wpływ także niska jakość oraz brak standaryzacji procesu produkcyjnego.

W przypadku nowych substancji psychoaktywnych niezależnie od ich grupy należy zachować szczególną ostrożność przy dawkowaniu. Jest to zdecydowanie ważniejsze niż przy narkotykach tradycyjnych. Niektóre z substancji są aktywne w bardzo niskich, często mikroskopijnych dawkach. Ryzyko to jest potęgowane przez niską jakość produkcji, gdzie często pojawiają się zanieczyszczenia (np. innymi substancjami) lub substancja czynna jest skoncentrowana w dużym stężeniu, ale tylko w części materiału. Duża aktywność niektórych substancji oraz ich różnorodność powodują, że nawet używanie niewielkiej ilości może prowadzić do ciężkiego zatrucia, a nawet śmierci. Gdy czujemy, że substancja działa za mocno często jest już za późno. Przyjętej dawki nie da się cofnąć.

Prawo wobec „dopalaczy”

Zarówno w Polsce jak i Europie podejmuje się szereg działań mających na celu wyeliminowanie zjawiska używania dopalaczy. W zdecydowanej większości dzia-

łania prowadzone przeciwko „tzw. dopalaczom” są ukierunkowane na ograniczenie produkcji i sprzedaży tych środków poprzez wprowadzanie nowych rozwiązań prawnych oraz działania bezpośrednie jak np. zamykanie sklepów. W Europie stosowane są różne rozwiązania prawne, których celem jest wprowadzenie kontroli prawnej tego typu substancji. W zdecydowanej większości przypadków zmiany legislacyjne w prawie narkotykowym, ustawodawstwie dotyczącym leków, bezpieczeństwa żywności, czy wprowadzanie specyficznych przepisów dotyczących NSP. Jednym z kluczowych podejść w celu ograniczania używania NSP jest próba delegalizacji pojawiających się nowych substancji. W Polsce kwestie tzw. dopalaczy reguluje ustawa o Inspekcji Sanitarnej oraz ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Od 2018 r. wykazy nowych substancji psychoaktywnych, podobnie wykazy środków odurzających i substancji psychotropowych publikowane są w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia. Zgodnie z przepisami ustawy wprowadzanie do obrotu oraz produkcja środków zastępczych jest w Polsce zakazana. Nadzór nad przestrzeganiem tych przepisów sprawuje Państwowa Inspekcja Sanitarna. Za złamanie zakazu grozi kara administracyjna w wysokości od 20 tys. do 1 mln zł. W tym zakresie nic się nie zmieniła.

Natomiast od 21 sierpnia 2018 r. nowe substancje psychoaktywne (ustawowo zdefiniowane), są polskim prawie traktowane podobnie do narkotyków. W konsekwencji za wytwarzanie, wprowadzanie do obrotu oraz posiadanie znacznych ilości substancji zdefiniowanych w wykazie publikowanym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia jako nowe substancje psychoaktywne grozi kara więzienia. Posiadanie tych substancji także jest zakazane. Za podsiadanie nowych substancji psychoaktywnych grozi grzywna lub kara więzienia (w przypadku znacznych ilości). Tylko posiadanie nieznacznych ilości na własny użytek może zostać potraktowane bardziej pobłażliwie i w uzasadnionych przypadkach może być niekarane.

Większość młodzieży nie bierze „dopalaczy”

Jeżeli Twój znajomi sięgają po „dopalacze” czy narkotyki możesz odczuwać z ich strony presję, abyś i Ty spróbował. Koledzy i koleżanki czasami namawiają nas do robienia rzeczy, których sami z siebie nigdy byśmy nie zrobili. Stosują wobec nas presję słowną lub bezsłowną, aby namówić nas do zmiany postawy. Mogą nas przekonywać, stosować szantaż czy straszyć zerwaniem znajomości. Warto być asertywnym, aby nie ulegać manipulacjom. Jeżeli potrafisz mówić „nie” to nie poddajesz się niekorzystnym dla Ciebie wpływom innych osób. Gdy chcesz być asertywnym to w trakcie rozmowy nie usprawiedliwiasz się i walcz o swoje. Fakty są jednoznaczne – większość młodych osób nie bierze „dopalaczy”. Według ostatnich badań ESPAD zrealizowanych na młodzieży (15–16 lat) wynika, że tylko 7% badanych spróbowało „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku. To jest mniej niż co dziesiąty. Podczas rozmowy staraj się patrzeć prosto w oczy i stać prosto. W ten spo-

sób przekażesz swojemu rozmówcy, że nie masz zamiaru zmienić zdania. Skutki używania mogą być tragiczne. W lipcu 2015 roku było prawie 2000 interwencji medycznych z powodu zażycia „dopalaczy”. Widać zatem wyraźnie, iż nawet jednorazowe eksperymenty z „dopalaczami” mogą być niebezpieczne. Na łamach niniejszej ulotki znajdziesz informacje, które pozwolą Tobie uzasadnić swoje zdanie. Warto jednak podkreślić, iż rozmowa mająca na celu odmówienie zażywania „dopalaczy” nie ma być Twoim usprawiedliwieniem, ale prostym i jednoznacznym komunikatem, że „nie” oznacza „nie”.

Co zrobić w przypadku zatrucia?

Wobec charakteru nowych substancji psychoaktywnych opisanych w poprzednich częściach postępowanie w przypadku zatruc jest bardzo namacalnym i istotnym elementem postępowania. W 2015 roku odnotowano ponad 7200 zatruc „dopalaczami”. Według wyników badania I-TREND realizowanego w 2014 roku przez Uniwersytet SWPS połowa osób, która zażyła „dopalacze” odczuwała negatywne skutki ich użycia. Jednakże tylko 6% szukała pomocy medycznej. Objawy zatrucia mogą być różne w zależności od rodzaju przyjętej substancji. Mogą to być między innymi nadmierne pobudzenie i potliwość, drgawki, rozszerzone bądź zwężone niereagujące na światło źrenice, zwiększona temperatura ciała, problemy z koordynacją ruchową, zataczanie się, bełkotliwa i nielogiczna mowa, problemy z oddychaniem (płytki, ciężki, przyspieszony oddech), bóle w klatce piersiowej, zaburzenia świadomości, zachowania agresywne, zaburzenia psychotyczne, paranoje, halucynacje, nadmierna senność oraz utrata przytomności. W przypadku nasilenia ww. objawów u siebie, lub u osób z naszego otoczenia w pierwszej kolejności należy bezzwłocznie wezwać pogotowie ratunkowe dzwoniąc pod numer 999 lub 112. **Jeżeli zatrucie dotyczy Was to należy już przy stwierdzeniu pierwszych objawów działań niepożądanych zwrócić się do zaufanej osoby ze swojego otoczenia, która nie przyjmowała substancji psychoaktywnych, przedstawiając jej swój stan oraz prosząc o opiekę i wezwanie pomocy.** Pamiętajcie, że zdarzają się przypadki zgonów spowodowanych używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Z uwagi na dużą liczbę nowych substancji psychoaktywnych na rynku należy założyć, że mogą występować także inne specyficzne dla konkretnej substancji objawy zatrucia. Jeśli doszło do utraty przytomności, do czasu przyjazdu pogotowia, należy udzielić pierwszej pomocy przedmedycznej osobie zatrutej. W przypadku wystąpienia nadmiernej senności: utrzymujemy kontakt z poszkodowanym, nie pozwalamy mu zasnąć. W przypadku występowania zachowań agresywnych, paranoi, lęków próbujemy uspokoić osobę, zadbać, aby w jej otoczeniu znalazły się osoby, które zna. Aby zminimalizować ryzyko wyrządzenia krzywdy sobie i osobom w otoczeniu należy osobę taką umieścić w miejscu bezpiecznym, bez ostrych kantów i niebezpiecznych przedmiotów.

W trakcie oczekiwania na pomoc warto dowiedzieć się co (jaką substancję, jaki produkt, jaki rodzaj produktu) kiedy, w jakiej dawce zażyła poszkodowana osoba, a także jak się po niej zachowywała i z kim ją zażywała, (współzażywający również mogą wymagać pomocy). Dodatkowo, jeśli jest taka możliwość należy zabezpieczyć opakowanie po zażytej substancji. Wszystkie te informacje prześlemy personelowi medycznemu.

Podstawową zasadą niesienia pomocy jest podejmowanie tylko takich działań, które są bezpieczne dla nas. Jest to szalenie istotne przy niesieniu pomocy. Musimy zadbać o siebie w pierwszej kolejności, a dopiero potem o osobę, której pomagamy. Musimy wiedzieć, że osoby będące pod wpływem tych substancji nie działają racjonalnie, mogą zachowywać się agresywnie, a racjonalne argumenty nie zawsze do nich trafiają. Jeśli coś Wam się stanie nie będziecie w stanie już nikomu pomóc. Ważne jest, aby znać powyższe zasady postępowania.

Musicie mieć świadomość, że zaniechanie działania w przypadku zatrucia może kosztować kogoś życie. Nie powinniście mieć żadnych oporów przed wezwaniem pomocy. Jakikolwiek wątpliwości oraz lęk przed konsekwencjami takiego zachowania ze strony dorosłych, rodziców, policji, nie powinien prowadzić do zaniechania udzielania pomocy. Pamiętajcie, że wezwanie i udzielenie pomocy jest nie tylko działaniem właściwym, ale także waszym obowiązkiem. Pamiętajcie, że może chodzić o ludzkie życie. Dokładna procedura udzielania pomocy w przypadku zagrożenia życia została opisana na plakacie opracowanym przez KBPN (http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=3558150) oraz na stronie internetowej dotyczącej „dopalaczy”: <http://dopalaczeinfo.pl/strony/pierwsza-pomoc>.

Gdzie szukać pomocy?

Jeżeli poszukujesz pomocy dla siebie, członka swojej rodziny lub przyjaciela/znajomego, który ma problemy z używaniem „dopalaczy” możesz skontaktować się z dowolną placówką leczenia uzależnień lub zadzwonić do telefonu zaufania. W Polsce działa wiele placówek zajmujących się problemem narkotyków i narkomanii, do których można zwrócić się po pomoc. Jeżeli szukasz poradni leczenia uzależnień lub ośrodka w swojej okolicy możesz skorzystać z internetowej bazy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=207473>. Codziennie, z wyłączeniem najważniejszych świąt, działa ogólnopolski anonimowy Telefon Zaufania Narkotyki – Narkomania 800 199 990 (od godz. 16.00 – 21.00). Jeżeli chcesz skorzystać z poradni internetowej możesz skorzystać ze strony: www.narkomania.org.pl. Poradnia oferuje anonimową bezpłatną pomoc specjalistów (lekarza, prawnika i psychologa) przez e-mail, a także bazę ośrodków pomocowych, wykaz aktów prawnych dotyczących narkomanii oraz fachowe artykuły dla specjalistów i rodziców. W przypadku podejrzenia,

że w Twojej okolicy znajduje się punkt sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych lub prowadzona jest sprzedaż uliczna to należy powiadomić o swoim podejrzeniu Policję.

Materiały dotyczące NSP:

1. Publikacja Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) na temat „dopalaczy” „Skala zjawiska i podjęte działania”:
http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=841820
2. Strona KBPN dotycząca „dopalaczy”: *<http://www.dopalaczeinfo.pl/>*
3. Ulotka KBPN dotycząca „dopalaczy” pt. „Nowe Narkotyki. Czy znasz prawdę o „dopalaczach”?”: *http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=4578752*
4. Plakat dotyczący procedury postępowania w przypadku zatrucia narkotykami: *http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=3558150*
5. Publikacje KBPN dotyczące m.in. „dopalaczy”:
http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707
6. Wyszukiwarka placówek leczniczych: *<http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=207473>* oraz na stronie internetowej Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej *www.mcps.com.pl*

Bibliografia:

Adamowicz, P. (2016). *Fatal Intoxication with synthetic cannabinoid MDMB-CHMICA*. *Forensic Sci Int*. 2016; in press, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.02.024>

Aldridge, J., Decary-Hetu, D. (2016) *Hidden wholesale: The drug diffusing capacity of online drug cryptomarkets*. *International Journal of Drug Policy* 35 (2016) s. 7–15

Belackova, V. (2013). *New synthetic drugs in the Czech Republic – ways to get through survey methods*. Prezentacja z konferencji REITOX Academy on New Psychoactive Substances, 4–5 września 2013.

Biuletyn Statystyczny EMCDDA 2018.

Błażewicz, A. (2013). *Identification of new psychoactive substances in National Medicines Institute (Poland)*. Prezentacja z konferencji REITOX Academy on New Psychoactive Substances, 4–5 września 2013.

Błażewicz, A. (2013). *Identification of NPS in National Medicines Institute (Poland)*. National Medicines Institute, Warsaw/ PPT presentation from Reitox Academy on NPS – Konferencja KBPN.

Błażewicz, A. (2014). *Identyfikacja nowych substancji psychoaktywnych w próbkach z polskiego rynku (2013–2014)*. Narodowy Instytut Leków/ Prezentacja PPT z konferencji KBPN i MCPS: „Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień”.

Brunt, T. (2017). *Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges*, http://www.emcdda.europa.eu/document-library/drug-checking-pill-testing-harm-reduction-tool-recreational-drug-users-opportunities-and-challenges_en (dostęp 8.11.2018) EMCDDA.

Burda, P. (2013). *Nowe narkotyki – „dopalacze”*, Prezentacja Power Point Ośrodek Kontroli Zatruc – Warszawa.

Burda, P. (2015). *Raport o zgłoszonych przypadkach podejrzeń zatruc substancjami psychoaktywnymi („dopalaczami”) w okresie: lipiec–wrzesień 2015 r.* Ośrodek Kontroli Zatruc – Warszawa.

Burda, P. (2016). *Raport o zgłoszonych przypadkach zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi na terenie Polski za okres: od lipca do grudnia 2015 r.* (niepublikowany), Ośrodek Kontroli Zatruc – Warszawa.

Drug market and crime workbook Estonia (2017) EMCDDA.

Drugs Workbook Estonia (2017).

Duarte, O. (2013). *Portuguese Legislation on New Psychoactive Substances*. Prezentacja z konferencji REITOX Academy on New Psychoactive Substances, 4–5 września 2013.

Elekes, Zs. (szerk.) (2016). *Európai iskolavizsgálat az alkohol – és egyéb drog-fogyasztási szokásokról – 2015*, Magyarországi eredmények, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.

EMCDDA (2001). *An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU*. EMCDDA Scientific Report. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1577EN.html> (dostęp 8.11.2018) EMCDDA.

EMCDDA (2016) *Legal approaches to controlling new psychoactive substances* (Perspectives on drugs) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/controlling-new-psychoactive-substances> (dostęp 11.12.2018).

EMCDDA (2018) Country Drug Report 2018 – Estonia.

EMCDDA (2018a) Country Drug Report 2018 – Latvia.

EMCDDA (2018b) Country Drug Report 2018 – Lithuania.

EMCDDA (2018c) Country Drug Report 2018 – Hungary.

EMCDDA (2018d) Country Drug Report 2018 – Romania.

ESPAD Group (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2009). *Risk assessment of new psychoactive substances – Operating guidelines*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2014b). *Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino) cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2014c). *Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2017b). *Report on the risk assessment of methyl 2-[[1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethylbutanoate (MDMB-CHMICA) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2018b). http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en – dostęp 10.11.2018.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2018e). *Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System (June 2018)*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2009). *Stan problemu narkotykowego w Europie 2009*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2014a). *Europejski raport narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

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

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

Evans-Brown, M. (2014). *Developing a framework for toxicovigilance, Strengthening the identification and reporting of serious adverse events*, prezentowane na: 14th Annual meeting of the Reitox Early Warning System Network and Spice II Plus – EMCDDA conference, 4–5 czerwca 2014. EMCDDA.

Fundacja CBOS (2014). *Młodzież 2013*. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.

Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej (2015) Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych. Warszawa, s 275

Fundacja CBOS (2016). *Młodzież 2016*. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.

Fóti, O., Tarján, A. (2018). *Tűcsere programok adatai*, 2016. Nemzeti Drog Fókuszpont. thesis.

G8 Roma-Lyon Group (2013). Dokument zawierający dane z analiz. Home Office.

Główny Inspektor Sanitarny (2013). *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – trzy lata zwalczania dopalaczy w Polsce*. Warszawa.

Główny Inspektor Sanitarny (2015). *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciwko dopalaczom 2013–2014*. Warszawa.

Grohmannova, K. (2013). *NSD use among PDU*. Prezentacja z konferencji REITOX Academy on New Psychoactive Substances, 4–5 września 2013.

Harms and harm reduction workbook, Lithuania (2017). EMCDDA.

Helanred, A. (2014). *Detection of new psychoactive substance (NPS) use among emergency room patients: The Swedish STRIDA project*, prezentowane na: 14th Annual meeting of the Reitox Early Warning System Network and Spice II Plus – EMCDDA conference, 4–5 czerwca 2014. EMCDDA.

Hołownia, P. (2013). *Tackling Designer Drugs/substitute agents; Actions taken by the Chief Sanitary Inspectorate, (GIS) in Poland, 2010–13*. Prezentacja z konferencji REITOX Academy on New Psychoactive Substances, 4–5 września 2013.

Hordvin, O. (2013). *New Psychoactive Substances in Norway*. Prezentacja z konferencji REITOX Academy on New Psychoactive Substances, 4–5 września 2013.

Jabłońska, M., Kidawa, M., Malczewski, A., Sałustowicz, P., Wiszejko-Wierzbicka, D., (2017), *Nowe Substancje Psychoaktywne – nowe ryzyka i wyzwania*, Uniwersytet SWPS oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, ss. 152.

Jabłoński, P., Malczewski, A. (2014). *New psychoactive substances: problem and response*. National Bureau for Drug Prevention, Warsaw.

Kidawa, M., Malczewski, A. (2017), *Analiza kierunków rozwiązań prawnych dotyczących kontroli nowych substancji psychoaktywnych*. Serwis Informacyjny NARKOMANIA, 3(79), s. 15-21.

Kolbowska, A. (2009). *Dopalacze*, Serwis Informacyjny NARKOMANI 1 (45).

Krajewski, K. (2015). *Opinia nt. prawnych aspektów koncepcji programu pilotażowego analiz laboratoryjnych substancji psychoaktywnych na rynku uzyskanych od użytkowników*, materiał niepublikowany. Kraków 2015.

Malczewski, A. (2011). „Dopalacze” – nowe zjawisko na scenie narkotykowej, *Remedium* nr 2 (215), s. 26–27.

Malczewski, A. (2012). „Dopalacze” w Europie – skala zjawiska oraz podjęte działania, *Remedium* nr 3 (228), s. 26–27.

Malczewski, A. (2013). „Dopalacze” – sytuacja epidemiologiczna, rynek oraz kontrola. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 5, s. 19–21.

Malczewski, A. (2013). „Dopalacze” – w europejskim systemie reagowania. *Remedium* 7/8 (245–246).

Malczewski, A. (2013). *Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek w 2012 roku – wyniki badań*. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 2 (62), s. 12–18.

Malczewski, A. (2013). *Używanie narkotyków w iniekcjach*, Remedium nr 3(240), s. 28–29.

Malczewski, A. (2013a). *Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek w 2012 roku – wyniki badań*. Serwis Informacyjny NARKOMANIA 2 (62).

Malczewski, A. (2014). *Polska młodzież a narkotyki i „dopalacze”*, Remedium, 5 (254), str. 26–27.

Malczewski, A. (2015). *„Dopalacze” – wyniki I-TREND*, Remedium, 12 (273), str. 24–25.

Malczewski, A. (2015). *Dopalacze wyzwaniem dla systemu pomocy*, Świat Problemów, 11, str. 14–19.

Malczewski, A. (2015a). *„Dopalacze” A.D. 2014 – nowe otwarcie*, Remedium, 1(262), str. 24–25.

Malczewski, A. (2015b). *„Dopalacze” A.D. 2014 – nowe otwarcie – cz. II*, Remedium, 2 (263), s. 28–29.

Malczewski, A. (2016). *Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek – wyniki badania*, Remedium 2, str. 26–27

Malczewski, A. (2017). *„Dopalacze” – jakie działania mogą być skuteczne?* Świat Problemów, 8, str. 35–39

Malczewski A., (2017a). *Młodzież a substancje psychoaktywne*, [w:] Badora, M., Gwiazda, M. (red.), *Opinie i Diagnozy Młodzież 2016* nr 38, Fundacja CBOS, Warszawa, str. 211–216.

Malczewski, A. (red.), (2017b). *Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym oraz przeciwdziałanie narkotykom i „dopalaczom”*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa, ss. 234.

Malczewski, A. (2018). *Nowe rozwiązania prawne dotyczące nowych substancji psychoaktywnych*, Świat Problemów, 8, str. 32–36

Malczewski, A. (2018a). *Nowe substancje psychoaktywne na świecie – rynek coraz bardziej zróżnicowany*, Serwis Informacyjny NARKOMANIA, 2(82), str. 35–41.

Malczewski, A. (2018b). *Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek. Nowe substancje psychoaktywne coraz bardziej popularne?* Serwis Informacyjny NARKOMANIA, 1(81), str. 35–41.

Malczewski, A. (2018c). *Nowe substancje psychoaktywne na świecie – rynek coraz bardziej zróżnicowany*, Serwis Informacyjny NARKOMANIA, 2(82), str. 35–41.

Malczewski, A., Misiurek, A. (2013). *Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych – wyniki badań*. Serwis Informacyjny NARKOMANIA 1 (61), s. 10–14.

Malczewski, A., Misiurek, A. (2014). *Używanie i postawy wobec substancji psychoaktywnych w populacji generalnej w 2013 roku*. Serwis Informacyjny NARKOMANIA 4 (68).

Malczewski, A., Misiurek, A., (2015). *Używanie narkotyków i „dopalaczy” w populacji generalnej*, Serwis Informacyjny NARKOMANIA, 4(72), str. 32–37.

Malczewski, A., Sałustowicz P., (2015) *I-Trend – badanie dotyczące nowych substancji psychoaktywnych*, Serwis Informacyjny NARKOMANIA, 4(72), str. 18–21.

Malczewski, A., Zile-Veisberga, A. (2016). *What works what does not work in measures against NPS? Similarities and differences in NPS market brought by new regulatory approaches in Eastern and Central European States*, ISSDP CONFERENCE, 16–18 May 2016, Sydney, Australia.

Measham, F. (in press), *Introducing multi agency safety testing: exploring the potential public health benefits from on-site drug safety testing piloted at a UK festival*, Public Health.

Minister Zdrowia (2014). *Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2013*

NIDA (2018) <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-overdose-crisis> (dostęp 11.12.2018)

Rasa Povilanskienė, Rima Mačiūnienė (2018). *Nowe substancje psychoaktywne. Prawodawstwo i ocena ryzyka na Litwie*, Departament Kontroli Tytoniu, Narkotyków oraz Alkoholu. Litwa – prezentacja na II Międzynarodowej Konferencji Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym, Warszawa, 16–17 lipca 2018.

Sałustowicz, P. (2015). *Młodzi i ryzyko*, Prezentowane na: Młodzi w Centrum. Wyzwania i problemy w ujęciu interdyscyplinarnym, Seminarium inauguracyjne, Uniwersytet SWPS, 20 października 2015, Warszawa.

Shulgin, AT, Shulgin, A. (1991). *Pihkal: a chemical love story*. Berkeley, CA: Transform Press; 1991.

Sierosławski, J. (2011). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.* Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2011.

Sierosławski, J. (2016). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r.* Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa, s. 120 (niepublikowany).

Standard Tabel 13 EMCDDA 2017 Estonia.

Stevens, O. (2017). Recreational MDMA testing – a European perspective, <http://idpc.net/blog/2017/01/recreational-mdma-testing-a-european-perspective?set-lang=th> (available at 23 March 2017).

TNS Political & Social (2014) Young People and Drugs – Flash. European Commission.

Wedinos (2018) – <http://www.wedinos.org/> dostęp 15.11.2018.

WHO (2018) – POISONING SEVERITY SCORE (PSS) IPCS/EAPCCT, <http://www.who.int/ipcs/poisons/pss.pdf> (dostęp 5.11.2018), WHO.

Wiszejko-Wierzbińska, D., Kidawa, M., Jabłońska, M. (2016). *Motywy zażywania i typologia użytkowników nowych substancji psychoaktywnych na podstawie badania sondażowego i analizy forów internetowych w ramach projektu I-TREND*. Alkoholizm i narkomania. 29. 10.1016/j.alkona.2016.06.001

Zakrzewski, T. (2009). *Dopalacze w mediach*. Serwis Informacyjny NARKOMANIA 3 (47), s. 22–25.

Zakrzewski, T. (2010). *Dopalacze mogą cię wypalić – poznaj fakty*. Serwis Informacyjny NARKOMANIA 3 (51), s. 22–25.

Zile-Weisberga, A. (2013). *New Psychoactive Substances in Latvia*. Prezentacja z konferencji REITOX Academy on New Psychoactive Substances, 4–5 września 2013.

Zile-Weisberga, A. (2015). NPS market and NPS legislation in Latvia Reitox regional academy for Baltic countries *Monitoring and response to new psychoactive substances* Kraków (Poland), 3–4 September 2015.

Zile-Weisberga, A. (2018). *Narkotyki oraz nowe substancje psychoaktywne na Łotwie*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Łotwa – prezentacja na II Międzynarodowej Konferencji Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym, Warszawa, 16–17 lipca 2018 r.

Akty Prawne:

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2101, zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 1920/2006 w zakresie wymiany informacji, systemu wczesnego ostrzegania oraz procedury oceny zagrożeń w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz. UE L 305 z 21.11.2017).

Jednolita konwencja o środkach odurzających z 1961 r., sporządzona w Nowym Jorku dnia 30 marca 1961 r.

Konwencja Narodów Zjednoczonych o Substancjach Psychoaktywnych z 1971 r.

Ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553).



20.  mazowsze

Publikacja przeznaczona jest do bezpłatnej dystrybucji

ISBN 978-83-63332-68-6

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 62a
02-002 Warszawa

tel. 22 622 42 32
e-mail: mcps@mcps.com.pl
www.mcps.com.pl