



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

PL

ISSN 2314-9167

Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2014



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2014

| Nota prawna

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

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

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

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

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

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

Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2014

ISBN: 978-92-9168-706-0

doi:10.2810/37581

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2014

Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Printed in Spain

WYDRUKOWANO NA PAPIERZE BIELONYM BEZ CHLORU (ECF)



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

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

Tel. +351 211210200

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

| Spis treści

5	Przedmowa
9	Wprowadzenie i podziękowania
11	STRESZCZENIE Określenie wpływu narkotyków na zdrowie publiczne w warunkach zmieniającego się rynku w Europie
17	ROZDZIAŁ 1 Podaż narkotyków
33	ROZDZIAŁ 2 Używanie narkotyków i problemy związane z narkotykami
53	ROZDZIAŁ 3 Reakcje na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym
67	ROZDZIAŁ 4 Polityka narkotykowa
73	ZAŁĄCZNIK Tabele z danymi krajowymi

Przedmowa

„Europejski raport narkotykowy na rok 2014” opracowany przez EMCDDA przedstawia analizę obecnej sytuacji narkotykowej oraz przegląd osiągnięć w zakresie interwencji i polityki. „Europejski raport narkotykowy” obejmuje szereg powiązanych ze sobą produktów opracowanych w oparciu o przekrojowy przegląd danych ogólnoeuropejskich oraz krajowych. Kluczowym elementem pakietu jest raport „Tendencje i osiągnięcia”. Dogłębna analiza najważniejszych tematów zaprezentowana została w ujęciu wielowymiarowym wraz z ogólnym zarysem podstawowych problemów i długoterminowych trendów. Perspektywa ta jest szczególnie wartościowa, jako że pozwala zrozumieć odmienne doświadczenia poszczególnych krajów w szerszym kontekście danych ogólnoeuropejskich. Bez względu na powody zainteresowania sytuacją narkotykową jesteśmy przekonani, że cały pakiet materiałów składających się na „Europejski raport narkotykowy” umożliwi łatwy dostęp do wysokiej jakości informacji i analiz w formie dostosowanej do konkretnych potrzeb.

PAKIET „EUROPEJSKI RAPORT NARKOTYKOWY NA ROK 2014”

Zestaw wzajemnie powiązanych elementów dający pełny obraz zgromadzonych danych oraz analiz problemu narkotykowego w Europie



Tendencje i osiągnięcia
Zawiera ogólną analizę najważniejszych osiągnięć (dostępny w formie drukowanej oraz w Internecie)



Dane i statystyki
Pełne zestawienia danych, elementów graficznych oraz informacji metodologicznych (dostępne w Internecie)



Przeglądy krajowe
Dane i analizy dotyczące poszczególnych krajów dostępne na wyciągnięcie ręki (dostępne w Internecie)



Prognozy dotyczące sytuacji narkotykowej
Interaktywne okna koncentrujące się na kluczowych zagadnieniach (dostępne w Internecie)

Bardzo ważnym przesłaniem płynącym z tegorocznej analizy jest fakt, iż poczyniono znaczne postępy w opracowywaniu zrównoważonej polityki w odpowiedzi na problemy narkotykowe w Europie. W niektórych obszarach zdrowia publicznego ogólne tendencje są obecnie pozytywne, a względnie w wymiarze globalnym model europejski wydaje się skuteczny. Zjawisko używania narkotyków to problem dynamiczny, którego oblicze stale się zmienia - nie ma zatem miejsca na pobłażliwość, jako że do istniejących i głęboko zakorzenionych problemów wciąż dołączają nowe zagrożenia. Narkotyki, z którymi stykamy się obecnie, w wielu aspektach różnią się od substancji znanych nam z wcześniejszych lat. Obserwujemy to w przypadku bardziej tradycyjnych narkotyków, takich jak konopie indyjskie, gdzie nowe techniki produkcji wpływają na siłę działania zarówno haszyszsu, jak i marihuany. Podobnie jest w przypadku produkcji narkotyków syntetycznych, wśród których pojawia się cały szereg nowych substancji. Powodem do obaw może być obserwowane od niedawna pojawianie się zarówno syntetycznych opioidów, jak i substancji

halucynogennych o tak silnym działaniu farmakologicznym, że nawet z bardzo niewielkich ilości wyprodukować można wiele dawek. Dopiero zaczynamy pojmować przyszłe konsekwencje takiego stanu rzeczy dla zdrowia publicznego oraz kontroli narkotyków, ale wydaje się, że mogą one zdecydowanie zmienić charakter problemów, z którymi się borykamy.

Na europejskim rynku narkotyków zachodzą istotne zmiany, ale co ważniejsze, tempo ich pojawiania się rośnie we współczesnym, pełnym wzajemnych powiązań świecie. EMCDDA dostrzega globalny i dynamiczny charakter zagadnienia oraz związanych z nim wyzwań. Bieżący rozwój sytuacji wiąże się z coraz większym obciążeniem istniejących systemów monitorowania, dlatego niezwykle ważne jest zapewnienie nam adekwatnych narzędzi monitorowania. Blisko dwadzieścia lat temu Europa jako pierwsza wprowadziła system wczesnego ostrzegania pozwalający na identyfikowanie nowych zagrożeń w tym obszarze. System dowiódł swojej skuteczności, ale mimo to, nasze zdolności w zakresie identyfikowania i informowania o wpływie tradycyjnych i nowych substancji na zdrowie publiczne wciąż nie są wystarczające. W tym miejscu możemy jedynie odnotować, jak ważne jest zapewnienie zasobów wystarczających do kontynuowania i intensyfikacji pracy w tym zakresie oraz podkreślać wartość dodaną, jaką tworzą takie działania dla całej europejskiej społeczności.

Jesteśmy dumni z wszechstronnej analizy zawartej w pakiecie „Europejski raport narkotykowy” oraz z faktu, że nasza praca wciąż kładzie naukowe podwaliny pod kształtowanie europejskich polityk i reakcji. Dziś bardziej niż kiedykolwiek jesteśmy przekonani, że jest to niezwykle istotne i w dalszym ciągu będziemy dążyć do zapewniania terminowych, obiektywnych i zrównoważonych analiz współczesnego złożonego i stale zmieniającego się problemu narkotykowego.

João Goulão

Przewodniczący Zarządu EMCDDA

Wolfgang Götz

Dyrektor EMCDDA

Wprowadzenie i podziękowania

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

Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2012 r. lub ostatniego roku, dla którego dostępne są dane. Dane sumaryczne oraz tendencje dla całej Europy przedstawiono na podstawie tych krajów, które dostarczyły wystarczających i stosownych informacji za wskazany okres. W procesie analizy dane szereguje się pod względem ważności poziomów, tendencji oraz rozmieszczenia geograficznego. Z zastrzeżeniami technicznymi oraz klasyfikacją danych można zapoznać się w angielskiej wersji online niniejszego raportu oraz na stronie internetowej w sekcji European Drug Report: Data and statistics (Europejski raport narkotykowy: dane i statystyki), gdzie zamieszczone są informacje na temat metodologii, krajów przekazujących sprawozdania oraz lat, z których dane pochodzą. Ponadto wersja online zawiera odnośniki do dalszych źródeł informacji.

EMCDDA dziękuje za pomoc w opracowaniu niniejszego raportu:

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

Krajowe punkty kontaktowe Reitox

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

Streszczenie

**Niniejszy raport zawiera ogólny
przegląd długoterminowych tendencji
i osiągnięć w całej Europie, skupiając
się jednocześnie na nowych problemach
związanych z narkotykami**

Określenie wpływu narkotyków na zdrowie publiczne w warunkach zmieniającego się rynku w Europie

Najważniejsze ustalenia wynikające z nowej analizy europejskich problemów narkotykowych przeprowadzonej przez EMCDDA są spójne z raportem z 2013 r.: sytuacja ogólna jest zasadniczo stabilna, przy czym w niektórych obszarach odnotowuje się pozytywne zmiany, ale wciąż pojawiają się też nowe wyzwania. Załamuje się wcześniejsza dychotomia między stosunkowo niewielką liczbą osób używających narkotyków w sposób wysoko problemowy, często metodą wstrzykiwania a dużą liczbą osób używających narkotyków w sposób rekreacyjny i eksperymentalny, a jej miejsce zastępuje bardziej złożona i wielostopniowa sytuacja. W problemach narkotykowych Europy heroina odgrywa obecnie mniejszą rolę niż dawniej, a na znaczeniu zyskują substancje pobudzające, narkotyki syntetyczne, konopie indyjskie i produkty lecznicze.

W ogólnym rozrachunku poczyniono postępy w realizacji wielu istotnych celów strategicznych w obszarze zdrowia publicznego. Perspektywa ogólnoeuropejska może jednak przesłonić pewne istotne różnice dotyczące poszczególnych krajów. Dowodem na to są dane dotyczące zgonów z przedawkowania i zakażeń HIV związanych z używaniem narkotyków, czyli dwóch najpoważniejszych skutków używania narkotyków. Ogólnie pozytywna tendencja europejska kontrastuje z niepokojącymi zmianami w niektórych krajach. Biorąc pod uwagę taką złożoność sytuacji, niniejszy raport zawiera ogólny przegląd długoterminowych tendencji i osiągnięć w całej Europie, skupiając się jednocześnie na nowych problemach związanych z narkotykami.

Używanie heroiny spada, ale obawy budzą jej następcy

Chociaż szacunkowa produkcja heroiny w skali globalnej pozostaje wysoka, a konfiskaty w Turcji zmalały, wskaźniki dotyczące heroiny pozostają zasadniczo stabilne lub wykazują tendencję spadkową. Wskaźniki te obejmują ciągły spadek liczby osób rozpoczynających leczenie z powodu używania heroiny oraz ogólne długoterminowe tendencje spadkowe dotyczące zgonów z przedawkowania i liczby zakażeń HIV związanych z używaniem narkotyków – które to parametry od zawsze wiązały się z używaniem heroiny przez wstrzykiwanie. Te pozytywne tendencje stoją jednak w sprzeczności z niektórymi danymi krajowymi. Najnowsze ogniska zakażeń HIV wśród użytkowników narkotyków w Grecji i Rumunii oraz nieprzerwane problemy w niektórych krajach nadbałtyckich hamują postępy Europy

w zmniejszaniu liczby nowych zakażeń związanych z używaniem narkotyków. Po części wiąże się to z zastępowaniem heroiny przez inne substancje, w tym opioidy syntetyczne i substancje pobudzające. Ponadto ważnym czynnikiem przyczyniającym się do tej sytuacji jest brak wystarczających interwencji mających na celu ograniczenie popytu, w szczególności w zakresie dostępności leczenia, oraz środków służących do redukcji szkód. Niepokojące jest, że w ramach ostatniej oceny ryzyka wykonanej przez EMCDDA-ECDC zidentyfikowano również wiele innych europejskich krajów, w których wskaźniki dotyczące podejmowanych zachowań lub reagowania na problem wskazują na potencjalne podwyższenie ryzyka wystąpienia szkód i problemów zdrowotnych w przyszłości.

Zidentyfikowano liczne substancje w przypadkach zgonów związanych z narkotykami

Przedawkowanie narkotyków pozostaje główną przyczyną przedwczesnej umieralności wśród młodych Europejczyków; w ostatnich latach odnotowano jednak postępy w zwalczaniu tego problemu. Wynika to po części z większej skali reagowania oraz spadku występowania zachowań przyczyniających się do powstania ryzyka. W przeciwieństwie do tendencji ogólnych, w wielu krajach, w szczególności na północy Europy, liczba zgonów z przedawkowania pozostaje stosunkowo wysoka i ciągle rośnie.

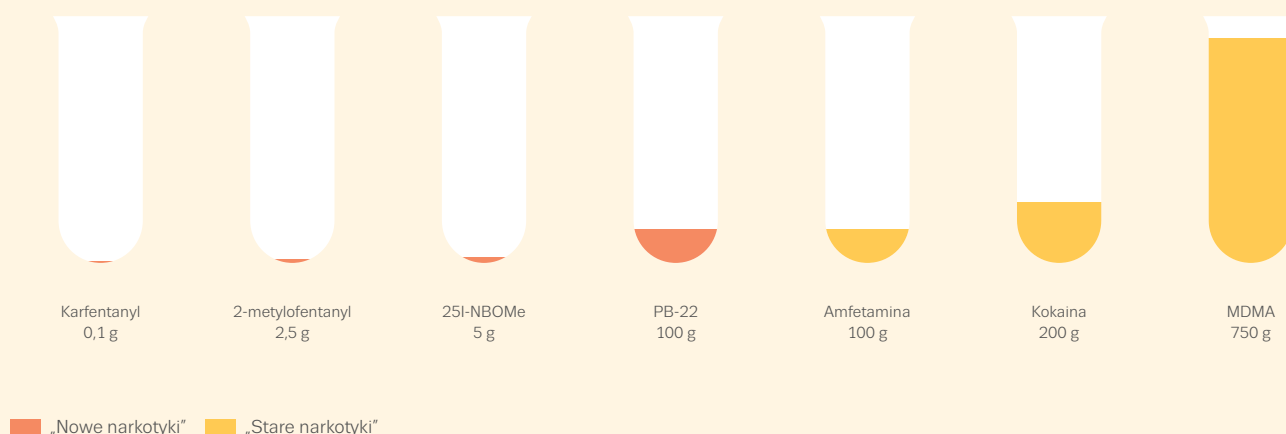
Chociaż liczba zgonów związanych z heroiną zasadniczo spada, liczba zgonów związanych z opioidami

syntetycznymi rośnie, a w niektórych krajach przekracza już liczbę zgonów przypisywanych używaniu heroiny. Na przykład, wyjątkowo wysokie współczynniki umieralności z przedawkowania zgłoszone przez Estonię wiążą się z używaniem fentanyli – rodziny opioidów syntetycznych o dużej sile działania. W 2013 r. EMCDDA również otrzymywało doniesienia na temat kontrolowanych i niekontrolowanych fentanyli pojawiających się na europejskim rynku narkotyków. Wśród narkotyków zgłoszonych w 2013 r. do unijnego systemu wczesnego ostrzegania pojawił się fentanyl nienotowany wcześniej na europejskim rynku narkotykowym. Substancje te są trudne do oznaczenia, ponieważ mogą być obecne w próbkach toksykologicznych w bardzo małych ilościach.

Nowe substancje psychoaktywne: ofensywa nie słabnie

Większość przypadków przedawkowania dotyczy osób, które zażyły różne substancje, stąd często trudno jest ustalić, jaka substancja była przyczyną zgonu. Z uwagi na to, że na rynek narkotykowy ciągle wprowadzane są nowe substancje psychoaktywne, istnieją obawy, że nowe lub nieznane substancje powodujące zgony mogą zostać niewykryte. Wykrywanie niektórych substancji syntetycznych utrudnia też ich duża siła działania, ponieważ w krwi są one obecne w bardzo niewielkich stężeniach. Pojawienie się substancji syntetycznych o dużej sile działania ma również znaczenie dla egzekwowania przepisów prawa, ponieważ nawet małe ilości tych narkotyków można przekształcić na wiele dawek (wykres).

ILE POTRZEBA CZYSTEGO NARKOTYKU, ABY WYPRODUKOWAĆ 10 000 DAWEK?



W 2013 r. za pomocą unijnego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono 81 nowych substancji psychoaktywnych, co oznacza, że liczba monitorowanych substancji wzrosła do 350. Rozpoczęto formalne oceny ryzyka dotyczące substancji podejrzewanych o wywoływanie poważnych szkód na skalę europejską. W 2013 r. przeprowadzono oceny ryzyka dotyczące dwóch substancji, a do końca kwietnia 2014 r. czterech kolejnych, przy czym planowana jest ocena dalszych substancji. Oznacza to, że w chwili, gdy proponuje się nowe przepisy unijne w tym obszarze, system wczesnego ostrzegania jest coraz bardziej obciążony z uwagi na ilość i różnorodność substancji pojawiających się na rynku.

Kluczową rolę w funkcjonowaniu systemu wczesnego ostrzegania odgrywają zgłoszenia zdarzeń niepożądanych, w szczególności zgonów i ostrych zatruc. Niestety, skuteczne systemy monitorowania nagłych wypadków medycznych związanych z narkotykami funkcjonują tylko w kilku krajach. Na szczeblu unijnym nie ma ustandaryzowanego raportowania na ten temat, a brak systematycznego monitorowania stanowi martwe pole w europejskim systemie nadzoru nad nowymi zagrożeniami dla zdrowia. Przykładem są trudności z określeniem, jakie implikacje w skali Europy mają doniesienia z niektórych krajów o ciężkich reakcjach na syntetyczne kanabinoidy.

Konopie indyjskie: kontrowersje, kontrasty i sprzeczności

Dane dotyczące postaw społecznych w Unii Europejskiej wskazują, że konopie indyjskie są narkotykiem, wobec którego opinia publiczna jest najbardziej podzielona. Przyczynia się to do ożywionej debaty publicznej, którą podsycają ostatnio zmiany w sposobie kontrolowania dostępności i używania konopi indyjskich w innych krajach, zwłaszcza zmiany w przepisach obowiązujących w niektórych rejonach Stanów Zjednoczonych i Ameryki Łacińskiej.

W Europie, w przeciwieństwie do innych części świata, ogólny wskaźnik używania konopi indyjskich wydaje się stabilny lub nawet spada, zwłaszcza wśród osób młodszych. Ten obraz nie jest jednak jednorodny. Wiele krajów o zasadniczo niskim wskaźniku używania konopi odnotowało ostatnio wzrost tego wskaźnika.

W skrócie – szacunkowe dane dotyczące używania narkotyków w Unii Europejskiej

Konopie indyjskie

73,6 mln (21,7%) dorosłych (15–64) użyło konopi indyjskich przynajmniej raz w życiu
18,1 mln (5,3%) dorosłych (15–64) użyło konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku
14,6 mln (11,2%) młodych osób dorosłych (15–34) użyło konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku
0,4% i 18,5% – najniższy i najwyższy szacunkowy krajowy wskaźnik używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych

Kokaina

14,1 mln (4,2%) dorosłych (15–64) użyło kokainy przynajmniej raz w życiu
3,1 mln (0,9%) dorosłych (15–64) użyło kokainy w ciągu ostatniego roku
2,2 mln (1,7%) młodych osób dorosłych (15–34) użyło kokainy w ciągu ostatniego roku
0,2% i 3,6% – najniższy i najwyższy szacunkowy krajowy wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych

Amfetaminy

11,4 mln (3,4%) dorosłych (15–64) użyło substancji z grupy amfetamin przynajmniej raz w życiu
1,5 mln (0,4%) dorosłych (15–64) użyło substancji z grupy amfetamin w ciągu ostatniego roku
1,2 mln (0,9%) młodych osób dorosłych (15–34) użyło substancji z grupy amfetamin w ciągu ostatniego roku
0,0% i 2,5% – najniższy i najwyższy szacunkowy krajowy wskaźnik używania substancji z grupy amfetamin w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych

Ecstasy

10,6 mln (3,1%) dorosłych (15–64) użyło ecstasy przynajmniej raz w życiu
1,6 mln (0,5%) dorosłych (15–64) użyło ecstasy w ciągu ostatniego roku
1,3 mln (1,0%) młodych osób dorosłych (15–34) użyło ecstasy w ciągu ostatniego roku
0,1% i 3,1% – najniższy i najwyższy szacunkowy krajowy wskaźnik używania ecstasy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych

Opioidy

1,3 mln osób (15–64 lata) problemowo używających opioidów
3,5% wszystkich zgonów wśród Europejczyków w wieku 15–39 lat to zgony wynikające z przedawkowania narkotyków
opioidy wykrywa się w przypadku trzech czwartych zgonów z przedawkowania
Główny narkotyk dotyczący około 45% wszystkich zgłoszeń na leczenie uzależnienia od narkotyków w Unii Europejskiej
W 2012 r. 700 000 osób używających opioidów otrzymało leczenie substytucyjne

Uwaga: pełny zestaw danych i informacji dotyczących metodologii znajduje się na stronie internetowej w sekcji *European Drug Report: Data and statistics* (Europejski raport narkotykowy: dane i statystyki)

W odróżnieniu od dyskusji na temat polityki antynarkotykowej, która zajmuje się możliwymi zmianami w prawie, zadania praktyczne koncentrują się przede wszystkim na środkach reagowania na problemy i szkody społeczne wiążące się z produkcją i używaniem konopi indyjskich. Skutki zdrowotne różnych wzorów używania konopi indyjskich stają się coraz lepiej poznane. Zwiększyła się dostępność i wykorzystanie możliwości leczenia problemowego używania konopi indyjskich, chociaż liczba osób rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia ustabilizowała się. Konopie indyjskie stanowią obecnie najczęstszą przyczynę rozpoczęcia leczenia. Wiemy również coraz lepiej, jak skutecznie reagować, a kraje inwestują w szeroki zakres świadczeń, od sesji intensywnego wsparcia z udziałem członków rodziny po krótkie interwencje przez Internet.

Od około 2000 r. wiele krajów złagodziło kary za przestępstwa związane z przypadkami używania lub posiadania. Ogólnie rzecz biorąc, dyskusje na temat kontrolowania konopi indyjskich w Europie koncentrują się raczej na podaży i handlu niż na używaniu. Mimo to, ogólna liczba przestępstw związanych z posiadaniem i używaniem konopi indyjskich od prawie dziesięciolecia stale rośnie.

Produkcja i podaż narkotyków: podstawa działalności przestępczości zorganizowanej

Wielkość rynku konopi indyjskich w połączeniu ze wzrostem produkcji krajowej sprawiły, że zorganizowane grupy przestępcze dostrzegły znaczenie tego narkotyku jako źródła gotówki. Istnieje coraz większa świadomość kosztów społecznych towarzyszących temu zjawisku, takich jak przemoc i inne formy przestępstw oraz obciążenie, jakie dla organów ścigania stanowi wykrywanie miejsc produkcji narkotyku.

O coraz bardziej dynamicznym, globalnym i innowacyjnym charakterze współczesnego rynku narkotyków świadczy również powrót proszku i tabletek ekstazy o wysokiej jakości

Zarówno na arenie międzynarodowej, jak i w Unii Europejskiej za produkcją konopi indyjskich stoją m.in. zorganizowane grupy przestępcze z południowo-wschodniej Azji. Niepokój budzą oznaki, że obecnie grupy te rozszerzają swoją działalność również na produkcję metamfetaminy i jej sprzedaż na obszarach Europy Środkowej. Stanowi to odzwierciedlenie bardziej ogólnego trendu, jaki zauważono w ramach ostatniej analizy rynku narkotyków przeprowadzonej przez EMCDDA-Europol: grupy przestępcze przyjmują podejście bardziej wieloproduktowe, oportunistyczne i wzajemnie powiązane. Dzieje się tak w przypadku grup przestępczych, które tradycyjnie zajmowały się handlem heroiną, a według ostatnich doniesień zaczęły również przemycać na teren Unii Europejskiej kokainę i metamfetaminę, korzystając ze starych szlaków heroinowych.

Raport z 2014 r. zwraca uwagę na nowe obawy związane z dowodami na coraz większą dostępność metamfetaminy w Europie. Oprócz produkcji krajowej na terenie Europy Środkowej i Północnej narkotyk ten jest również wytwarzany na Bliskim Wschodzie, a czasem importowany na teren Unii Europejskiej w celu dalszego eksportu do krajów Azji Południowo-Wschodniej. W coraz większym stopniu produkcja ta przyczynia się jednak do zwiększenia dostępności tej substancji w Europie. Doniesienia na temat pojawienia się zjawiska palenia metamfetaminy w Grecji i Turcji są szczególnie niepokojące z uwagi na potencjalne zagrożenia zdrowotne związane z używaniem tego narkotyku w ten sposób.

O coraz bardziej dynamicznym, globalnym i innowacyjnym charakterze współczesnego rynku narkotyków świadczy również powrót proszku i tabletek ekstazy wysokiej jakości na obszar Unii Europejskiej i w inne rejony. Jest to najprawdopodobniej skutek importu chemikaliów nieobjętych kontrolą („maskowanych”) służących do wytwarzania ekstazy przez nielegalnych producentów. Ostatnio Europol odnotował zlikwidowanie w Belgii dwóch największych miejsc produkcji narkotyków, jakie kiedykolwiek wykryto na obszarze Unii Europejskiej. Były one w stanie produkować duże ilości MDMA (3,4-metylenodioksymetamfetaminy) w krótkim czasie. Konfiskaty i zgłoszenia dotyczące negatywnych skutków zdrowotnych spowodowały również, że Europol i EMCDDA wydały wspólne ostrzeżenie na temat dostępności produktów z MDMA o wyjątkowo dużej sile działania.

Zmienny rynek substancji pobudzających

Nie wiadomo jeszcze, czy wzrost zawartości MDMA w tabletkach ekstazy spowoduje wznowienie zainteresowania konsumentów tym narkotykiem. Ogólny rynek nielegalnych substancji pobudzających w Europie wydaje się być stosunkowo stabilny, przy czym najpopularniejszym stymulantem w krajach południowych i zachodnich pozostaje kokaina, a w krajach północnych i wschodnich – amfetamina. Wskaźniki używania zarówno kokainy, jak i amfetaminy wykazują zasadniczo tendencję spadkową.

O znaczeniu różnic geograficznych na europejskim rynku substancji pobudzających świadczą nowe badania ścieków, które są w stanie dostarczać coraz więcej danych na temat wzorów używania narkotyków na poziomie miast i w określonych warunkach.

Dostępność to najważniejszy czynnik decydujący o spożyciu substancji pobudzających. Ograniczona podaż danego narkotyku może skłonić konsumentów do spróbowania innych substancji, a istotne znaczenie mają tutaj cena i spostrzegana jakość. Tak dzieje się w przypadku używania rekreacyjnego i wśród osób przyjmujących narkotyki metodą wstrzykiwania. Tło dla tej sytuacji stanowi rosnąca liczba produktów dostępnych obecnie na rynku substancji pobudzających, obejmująca syntetyczne katynony oraz metamfetaminę, amfetaminę, ekstazy i kokainę.

Długoterminowe koszty leczenia problemów związanych z narkotykami

Europa stoi przed podwójnym wyzwaniem: musi opracować skuteczne metody reagowania na nowe problemy oraz w dalszym ciągu zapewniać długoterminowe leczenie dla osób uzależnionych.

Niniejszy raport zwraca uwagę na zmiany oraz nowe wzorce epidemiologii i reagowania. Niemniej jednak większość kosztów związanych z leczeniem uzależnień wynika nadal z problemów zakorzenionych w „epidemii” heroinowej z lat 80. i 90. ubiegłego wieku. Chociaż coraz mniej jest przypadków rozpoczynania używania heroiny, uzależnienie od heroiny, które charakteryzuje się modelem choroby przewlekłej z cyklami powrotów do nałogu i rozpoczynania leczenia, pozostaje najważniejszym celem interwencji. Unia Europejska zainwestowała duże środki w zapewnienie możliwości leczenia tej grupy osób, z których około trzy czwarte otrzymuje w tej chwili leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów. Istnieją silne argumenty przemawiające za tym, że tego rodzaju

interwencje mają pozytywny wpływ na zdrowie publiczne oraz przyczyniają się do osłabienia nielegalnego rynku. Europa musi teraz zająć się starzejącą się populacją osób, które używają lub używały heroiny w przeszłości. Wiele z nich to osoby znajdujące się w niekorzystnej sytuacji społecznej lub osoby wykluczone. W tym kontekście coraz większym obszarem zainteresowania polityki antynarkotykowej staje się reintegracja społeczna. Ponadto w miarę starzenia się tej populacji wzrastać będzie podatność jej członków na wiele problemów zdrowotnych.

1

**Co roku w Europie odnotowuje
się około milion
konfiskat narkotyków**

Podaż narkotyków

Europa jest głównym obszarem przeznaczenia substancji kontrolowanych oraz pełni bardziej ograniczoną rolę jako obszar tranzytowy dla narkotyków przewożonych do innych regionów. Ameryka Łacińska, Azja Zachodnia i Ameryka Północna to ważne miejsca pochodzenia narkotyków przywożonych do Europy. Europa to również region, w którym wytwarza się konopie indyjskie i narkotyki syntetyczne. Podczas gdy w zasadzie wszystkie konopie indyjskie wytwarzane w Europie przeznaczone są do konsumpcji lokalnej, niektóre narkotyki syntetyczne wytwarza się również na eksport do innych regionów.

Dostępność „nowych substancji psychoaktywnych”, które nie podlegają kontroli na mocy międzynarodowych umów o kontroli narkotyków, to zjawisko stosunkowo nowe na europejskich rynkach narkotyków. Powszechnie wytwarzane poza terytorium Europy substancje można nabyć od internetowych sprzedawców detalicznych, w specjalistycznych sklepach, a czasami na rynku nielegalnych narkotyków.

Monitorowanie podaży narkotyków

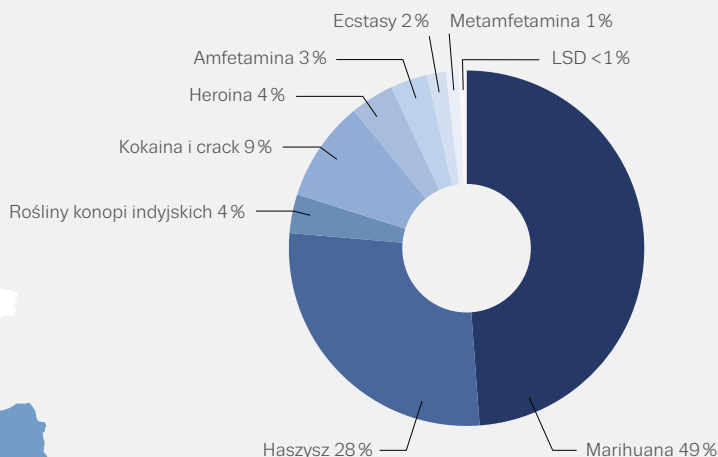
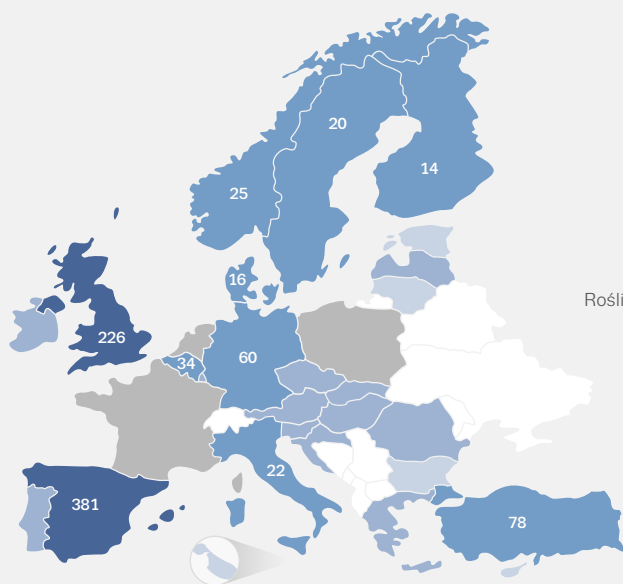
Analizę przedstawioną w niniejszej sekcji oparto na licznych źródłach danych dotyczących: konfiskat narkotyków, zlikwidowanych miejsc produkcji narkotyków, konfiskat chemikaliów będących prekursorami, przestępstw związanych z podażą narkotyków, cen detalicznych narkotyków oraz na analizach kryminalistycznych skonfiskowanych narkotyków. Pełne zbiory danych oraz uwagi metodologiczne można znaleźć na stronie internetowej w *European Drug Report: Data and statistics* (Europejski raport narkotykowy: dane i statystyki). Należy mieć na uwadze, że tendencje mogą być warunkowane wieloma czynnikami, do których zalicza się poziom aktywności w dziedzinie egzekwowania prawa oraz skuteczność działań przechwytyjących. Dane dotyczące nowych substancji psychoaktywnych oparto na zgłoszeniach wpływających do systemu wczesnego ostrzegania UE, który opiera się na danych dostarczanych przez krajowe sieci EMCDDA i Europolu. Z pełnym opisem tego mechanizmu można zapoznać się na stronie internetowej EMCDDA w dziale *Action on new drugs* (działania w obszarze nowych narkotyków).

80% konfiskat w Europie dotyczy konopi indyjskich

Co roku w Europie odnotowuje się około milion konfiskat narkotyków. W większości są to niewielkie ilości narkotyków skonfiskowane od osób ich używających, ale konfiskaty obejmują również wielokilogramowe dostawy przechwycone od przemytników i producentów.

WYKRES 1.1

Liczba zgłoszonych konfiskat w podziale na kraje (z lewej) oraz odsetek podstawowych narkotyków skonfiskowanych w 2012 r.



Konfiskaty (w tysiącach) <1 1-10 11-100 >100 Brak danych

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

W 2012 r. dwie trzecie wszystkich konfiskat w Unii Europejskiej zostało zgłoszonych zaledwie przez dwa kraje – Hiszpanię i Zjednoczone Królestwo. Mniejsze, choć niebagatelne liczby konfiskat odnotowano także w Niemczech, Belgii, we Włoszech i w czterech państwach skandynawskich (wykres 1.1). Należy zauważyć, że niedostępne są najnowsze dane dotyczące trzech krajów, które w przeszłości zgłaszały duże liczby konfiskat. Ponadto ważnym krajem konfiskat narkotyków jest Turcja, gdzie część przejmowanych narkotyków jest przeznaczona do konsumpcji w innych krajach, zarówno w Europie, jak i na Bliskim Wschodzie.

Ponad 80% konfiskat w Europie dotyczy konopi indyjskich (wykres 1.1), co świadczy o stosunkowo wysokim wskaźniku ich używania. Drugie miejsce zajmuje kokaina, a liczba konfiskat tego narkotyku stanowi mniej więcej dwukrotność konfiskat zgłoszonych w przypadku amfetamin lub heroiny. Liczba konfiskat ecstasy jest mniejsza, ale w ostatnich latach rośnie.

Konopie indyjskie: coraz większa dostępność marihuany

Na europejskich rynkach narkotyków występują powszechnie dwa różne produkty otrzymywane z konopi indyjskich: marihuana i haszysz. Roczną konsumpcję tych produktów można oszacować na około 2000 ton.

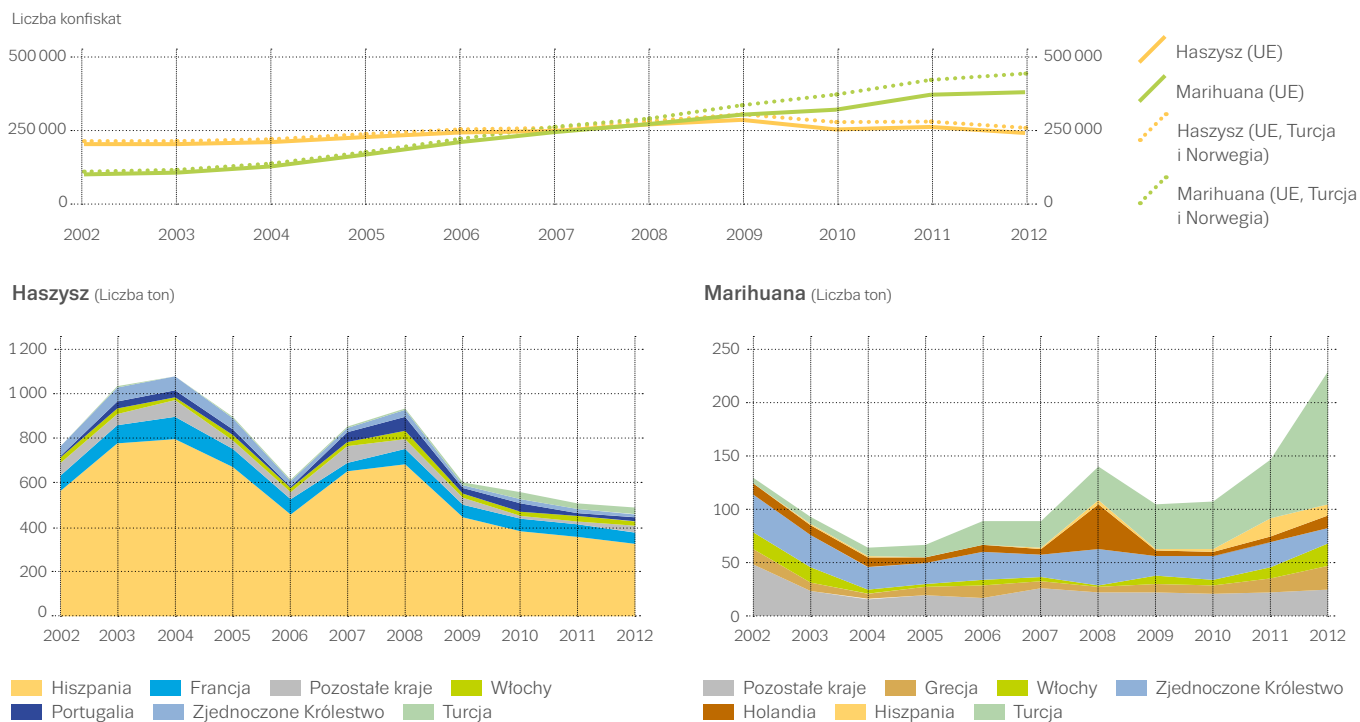
Marihuana występująca w Europie pochodzi z produkcji krajowej lub przemykana jest z krajów sąsiednich. Haszysz w większości jest transportowany drogą morską lub lotniczą z Maroka.

W ostatnim dziesięcioleciu liczba konfiskat marihuany wyprzedziła konfiskaty haszyszu i stanowi obecnie prawie dwie trzecie wszystkich konfiskat konopi indyjskich (wykres 1.2). Odzwierciedla to coraz większą dostępność marihuany wytwarzanej w wielu krajach w ramach produkcji krajowej. Ilości haszyszu skonfiskowanego w Unii Europejskiej, mimo spadku w ostatnich latach, nadal są większe od zgłaszanych ilości marihuany (457 ton w stosunku do 105 ton w 2012 r.). Prawdopodobnie stoi za tym fakt, że haszysz częściej transportowany jest w dużych ilościach na duże odległości między państwami, dlatego łatwiej jest go przechwycić.

Pod względem przechwytywanych ilości nieproporcjonalnie duże znaczenie ma niewielka liczba krajów, częściowo ze względu na ich położenie na głównych szlakach

WYKRES 1.2

Liczba konfiskat konopi indyjskich oraz skonfiskowane ilości w tonach: haszysz i marihuana, w latach 2002-2012



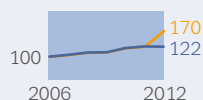
KONOPIE INDYJSKIE

Haszysz

457 liczba skonfiskowanych ton
486 liczba skonfiskowanych ton (UE + 2)
240 000 konfiskaty
258 000 liczba konfiskat (UE + 2)

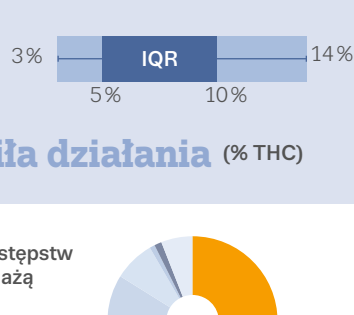


Cena (EUR/g)

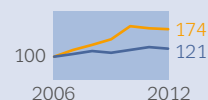
Wskaźniki dotyczące
ceny i siły działania

Marihuana

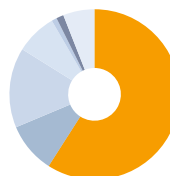
105 liczba skonfiskowanych ton
230 liczba skonfiskowanych ton (UE + 2)
395 000 konfiskaty
457 000 liczba konfiskat (UE + 2)



Cena (EUR/g)

Wskaźniki dotyczące
ceny i siły działania

121 000 zgłoszonych przestępstw związanych z podażą konopi indyjskich
59% zgłoszonych przestępstw związanych z podażą

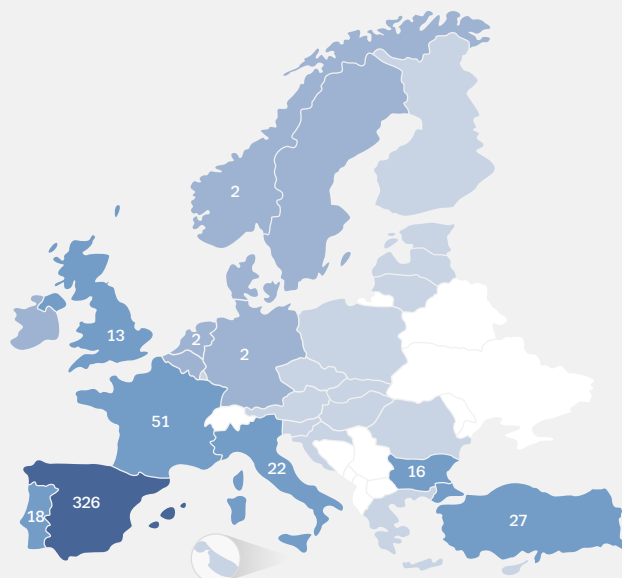


UE+ 2 oznacza państwa członkowskie UE, Turcję i Norwegię. Cena i siła działania produktów z konopi indyjskich: średnie wartości krajowe - minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR). Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

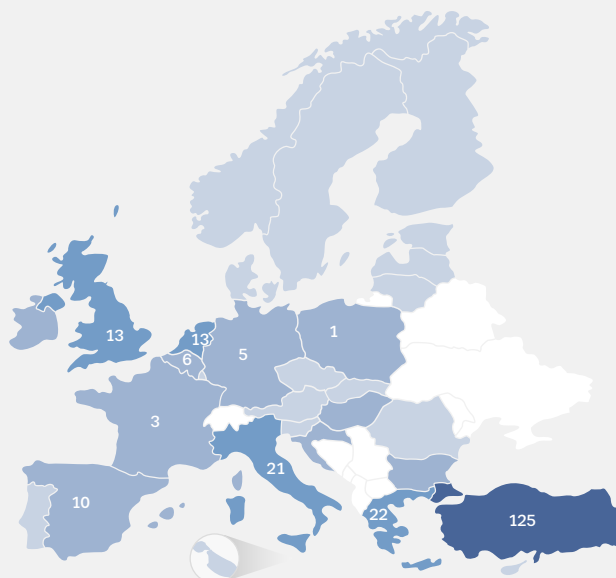
WYKRES 1.3

Ilości skonfiskowanego haszyszu i marihuany, 2012 r.

Haszysz



Marihuana



Liczba ton: <1, 1–10, 11–100, >100

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

przemysłowych (wykresy 1.2 i 1.3). Na przykład Hiszpania, położona blisko Maroka i posiadająca rozbudowany rynek wewnętrzny, zgłosiła w 2012 r. około dwóch trzecich całkowitej ilości haszyszu skonfiskowanego w Europie w 2012 r. Jeżeli chodzi o marihuanę, to Grecja i Włochy zgłosiły ostatnio duży wzrost skonfiskowanych ilości. Od 2007 r. Turcja przechwyciła więcej marihuany niż jakiegokolwiek państwa członkowskiego UE, a ilości zgłoszone w 2012 r. były ponad dwa razy większe niż ilości z roku 2011.

Konfiskaty roślin konopi indyjskich można uznać za wskaźnik produkcji krajowej, chociaż jakość danych dostępnych w tym obszarze utrudnia porównanie. W 2012 r. w Europie zgłoszono 33 000 konfiskat roślin konopi indyjskich. W latach 2011-2012 zgłoszone ilości skonfiskowanych roślin konopi indyjskich wzrosły z 5 mln do 7 mln, za co odpowiada przede wszystkim czterokrotny wzrost konfiskat we Włoszech. W tym samym okresie skonfiskowana liczba ton wzrosła z 33 do 45.

Zindeksowane tendencje na poziomie europejskim wskazują na wzrost zarówno ceny detalicznej, jak i siły działania (zawartości tetrahydrokanabinolu, THC) marihuany i haszyszu w latach 2006-2012. Siła działania obydwu postaci konopi indyjskich wzrosła od 2006 r., chociaż w przypadku haszyszu największy wzrost zaobserwowano w latach 2011-2012.

Pojawienie się syntetycznych kanabinoidów, czyli chemikaliów, które naśladują skutki działania konopi indyjskich, wprowadziło nowy wymiar na rynku konopi. Większość syntetycznych kanabinoidów w postaci proszku jest prawdopodobnie produkowana w Chinach, a następnie wysyłana w dużych ilościach przy użyciu legalnych dróg transportu i dystrybucji. Już na terenie Unii Europejskiej chemikalia te są z reguły mieszane z ziołami lub natryskiwane na ich powierzchnię, a następnie pakowane jako legalne „dopalacze” przeznaczone do sprzedaży w Internecie lub za pośrednictwem innych sprzedawców detalicznych. W pierwszym półroczu 2013 r. osiemnaście krajów zgłosiło ponad 1800 konfiskat syntetycznych kanabinoidów. Największe konfiskaty miały miejsce w Hiszpanii (20 kg) i Finlandii (7 kg).

Heroina: ogólny spadek liczby konfiskat, ale wzrost w Turcji

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

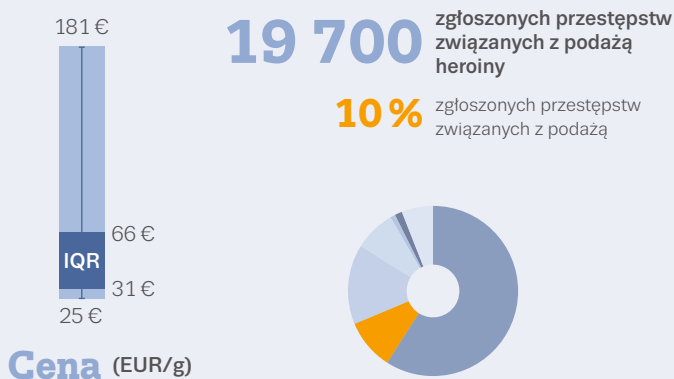
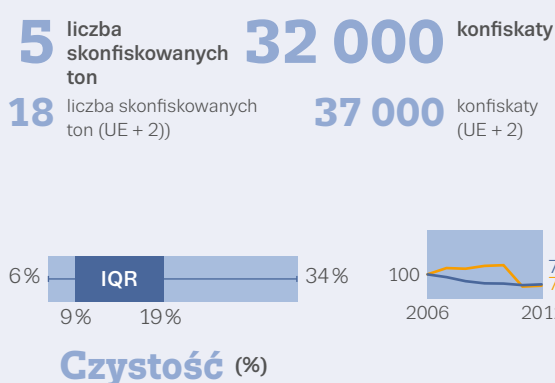
Afganistan pozostaje nadal największym na świecie nielegalnym producentem opium i przypuszczalnie większość heroiny na rynku europejskim jest wytwarzana właśnie w Afganistanie lub, w mniejszym stopniu, w sąsiednim Iranie lub Pakistanie. Narkotyk ten może trafiać do Europy za pośrednictwem wielu szlaków przemytniczych. Jeden z takich szlaków biegnie przez Turcję do krajów bałkańskich (Bułgaria, Rumunia lub Albania) i dalej do Europy Środkowej, Południowej i Zachodniej. Kolejny biegnie przez Rosję, przez tereny byłych republik radzieckich położonych w Azji Środkowej. Dostawy heroiny z Iranu i Pakistanu docierają do Europy

drogą lotniczą lub morską, bezpośrednio lub na zasadzie tranzytu przez kraje Afryki Zachodniej i Wschodniej.

W latach 2002-2010 liczba konfiskat heroiny zgłoszonych w Europie była stosunkowo stabilna, przy rocznym poziomie wynoszącym około 50 000. Od 2010 r. liczba konfiskat heroiny jednak znacząco spadła – w roku 2012 zgłoszono około 32 000 konfiskat. W 2012 r. skonfiskowano najmniejszą ilość heroiny (5 ton) w ostatnim dziesięcioleciu. Odpowiada ona zaledwie połowie ilości heroiny skonfiskowanej w 2002 r. (10 ton). Spadkowi liczby konfiskat w Unii Europejskiej towarzyszy wzrost liczby konfiskat w Turcji, gdzie corocznie od 2006 r. przechwyca

Od 2010 r. liczba konfiskat heroiny znacząco spadła – w roku 2012 zgłoszono około 32 000 konfiskat

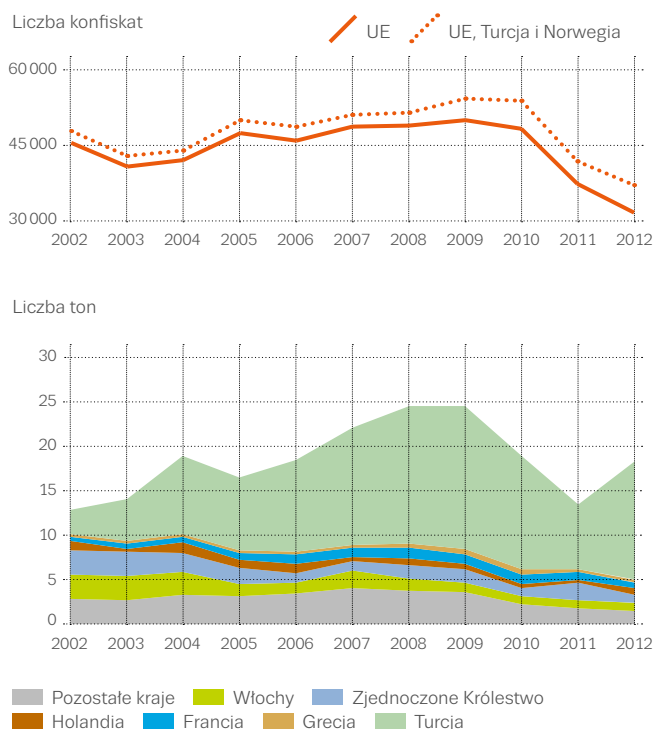
HEROINA



UE+ 2 oznacza państwa członkowskie UE, Turcję i Norwegię. Cena i czystość „brązowej heroiny”: średnie wartości krajowe - minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR). Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

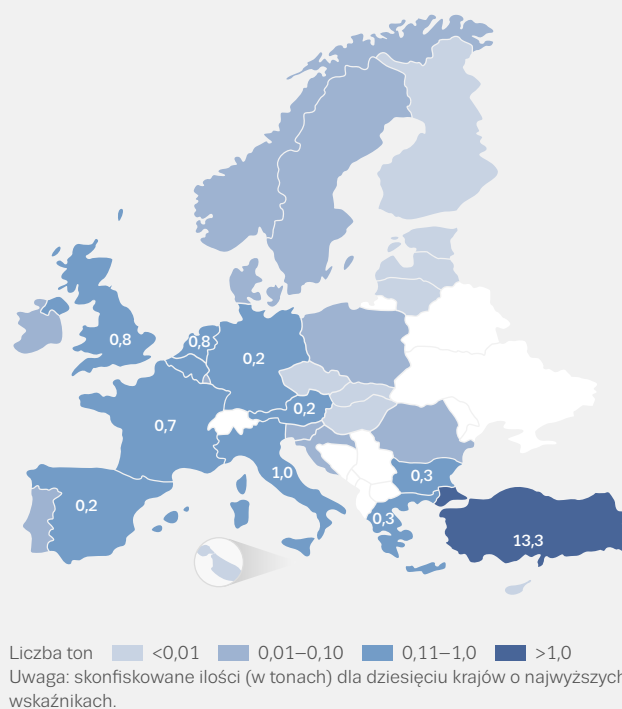
WYKRES 1.4

Liczba konfiskat heroiny i skonfiskowane ilości w latach 2002-2012



WYKRES 1.5

Ilości skonfiskowanej heroiny, 2012 r.



się więcej heroiny niż we wszystkich krajach UE razem (wykresy 1.4 i 1.5).

Spadek konfiskat heroiny od 2010/11 r. ma swoje odbicie w tendencjach dotyczących czystości narkotyku oraz liczby przestępstw związanych z jego podażą (zob. rozdział 4). W wielu krajach w tym czasie wystąpiły znaczące niedobory rynkowe i wydaje się, że tylko niektóre rynki zdołały w pełni wyjść z tego kryzysu. W Turcji jednak ilości skonfiskowanej heroiny spadły w roku 2011, a następnie powróciły do wyższych wartości w roku 2012.

Do unijnego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono syntetyczne opioidy, które mogą być stosowane jako alternatywa dla heroiny. Należą do nich bardzo silne fentanyl, które mogą być uzyskiwane z produktów farmaceutycznych, w tym niewłaściwie zutyliзовanych plastrów przeciwbólowych, lub wytwarzane specjalnie na potrzeby rynku narkotyków. W latach 2012-2013 zgłoszono 28 konfiskat nowego syntetycznego opioidu AH-7921, który pod względem farmakologicznym zbliżony jest do morfiny (zob. s. 28).

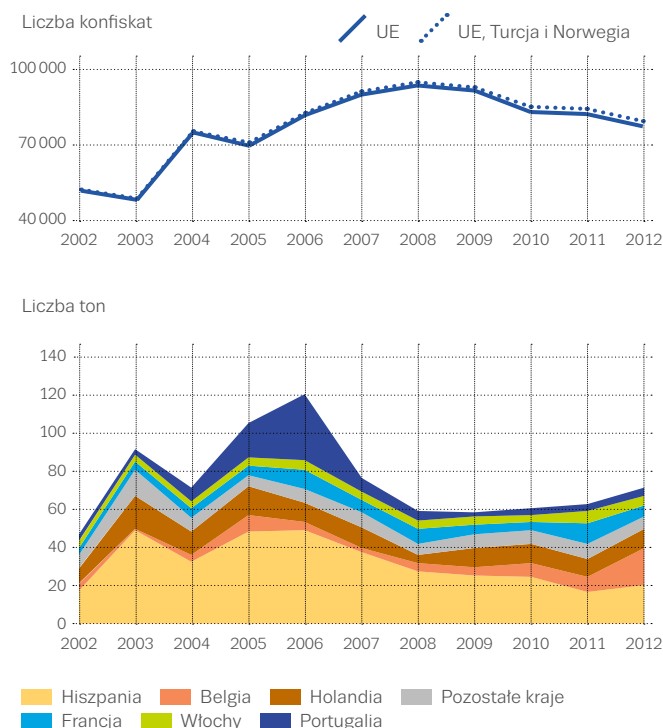
Kokaina: liczba konfiskat wciąż spada

W Europie kokaina dostępna jest w dwóch postaciach, z których najpowszechniejszą jest kokaina w proszku (sól chlorowodorkowa, HCl). Mniej dostępny jest crack, narkotyk w postaci przystosowanej do palenia. Kokainę wytwarza się z liści krzewu kokainowego. Produkcję narkotyku opanowały niemalże na wyłączność Boliwia, Kolumbia i Peru. Do Europy dociera drogą lotniczą lub szlakami morskimi. Przemysł kokainy do Europy oraz wymierzone przeciwko niemu działania organów ścigania mają miejsce przede wszystkim w krajach zachodnich i południowych, przy czym Hiszpania, Belgia, Niderlandy, Francja i Włochy odpowiadają łącznie za 85% z 71 ton skonfiskowanych w roku 2012 (wykres 1.6). Na trwającą dywersyfikację szlaków przemytu kokainy do Europy wskazują obszerne pojedyncze konfiskaty, których dokonano w portach Bułgarii, Grecji, Rumunii i państw bałtyckich.

W 2012 r. w Unii Europejskiej zgłoszono około 77 000 konfiskat kokainy, w ramach których przejęto 71 ton tego narkotyku. Liczba konfiskat kokainy zgłoszona w 2012 r. pozostaje wysoka w porównaniu z rokiem 2002. Spadła jednak w porównaniu z szacunkowym szczytem z roku

WYKRES 1.6

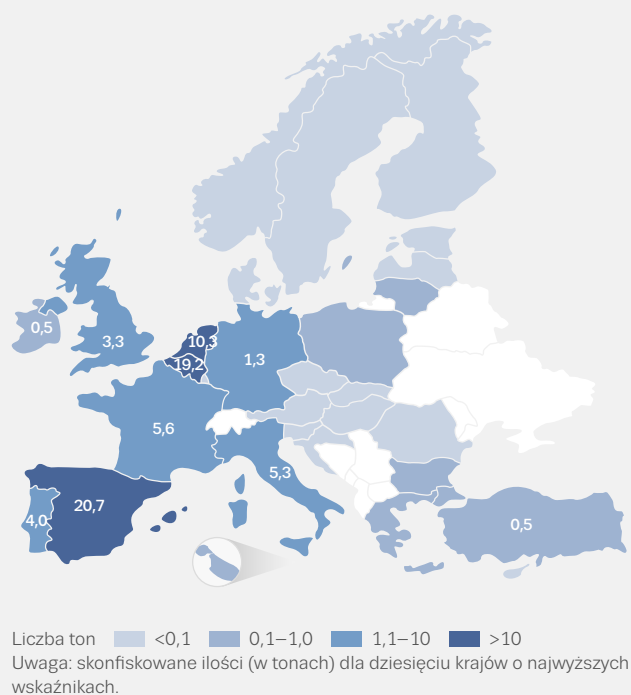
Liczba konfiskat kokainy i skonfiskowane ilości w latach 2002-2012



2008, kiedy zgłoszono około 95 000 konfiskat. Ilość kokainy skonfiskowana w 2012 r. wzrosła o około 10 ton w porównaniu z rokiem poprzednim, ale wciąż jest znacznie mniejsza niż największa ilość 120 ton skonfiskowana w roku 2006 (wykres 1.6). Spadek ilości skonfiskowanej

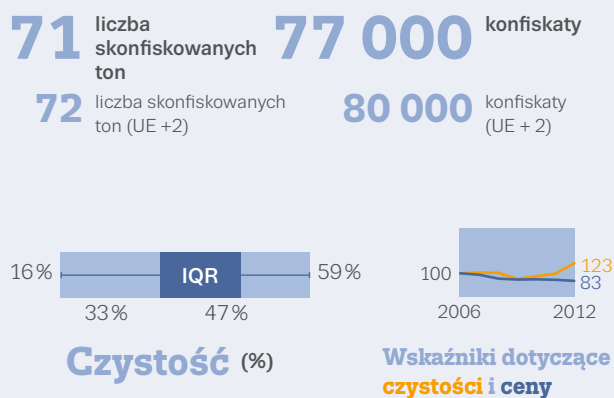
WYKRES 1.7

Ilości skonfiskowanej kokainy, 2012 r.



kokainy jest najlepiej widoczny na Półwyspie Iberyjskim, w szczególności w Portugalii w latach 2006-2007, i bardziej stopniowo w Hiszpanii w latach 2006-2011. Rekordowe konfiskaty kokainy zostały zgłoszone w 2012 r. przez Belgię (19 ton) (wykres 1.7).

KOKAINA



UE+2 oznacza państwa członkowskie UE, Turcję i Norwegię. Cena i czystość kokainy: średnie wartości krajowe - minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR). Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

Amfetaminy: oznaki zwiększonej produkcji metamfetaminy

Amfetamina i metamfetamina to blisko spokrewnione syntetyczne środki pobudzające, ogólnie nazywane amfetaminami. Spośród tych dwóch substancji amfetamina zawsze cieszyła się w Europie większą popularnością. Ostatnio dostrzega się jednak oznaki coraz większej dostępności metamfetaminy.

Oba narkotyki wytwarza się w Europie na użytek krajowy, chociaż pewne ilości amfetaminy produkuje się również na eksport, głównie na Bliski Wschód. Produkcja amfetaminy ma miejsce w Belgii i Holandii oraz w Polsce i krajach bałtyckich. W przypadku metamfetaminy można zidentyfikować dwa główne obszary produkcji. Po pierwsze, w państwach bałtyckich produkcja koncentruje się na Litwie i przeznaczona jest na eksport do Norwegii, Szwecji i Zjednoczonego Królestwa. W tym rejonie jako podstawowego prekursora używa się BMK (ketonu benzylo-metylowego). Drugi obszar to Republika Czeska i kraje sąsiadujące Słowacja i Niemcy, gdzie produkcja oparta jest przede wszystkim na efedrynie i ma miejsce w małych garażowych laboratoriach. Tutaj produkcja przeznaczona jest głównie na rynek krajowy. W ciągu ostatnich dwóch lat pojawiły się

oznaki świadczące o coraz większym zaangażowaniu wietnamskich zorganizowanych grup przestępczych na czeskim rynku metamfetaminy oraz o zwiększeniu skali jej produkcji. W 2011 r. zgłoszono 350 przypadków likwidacji miejsc produkcji metamfetaminy w Europie, z których większość były to jednak małe laboratoria działające w Republice Czeskiej (338).

W 2012 r. państwa członkowskie UE zgłosiły 29 000 konfiskat amfetaminy, w ramach których przejęto 5,5 tony tego narkotyku. Ponad połowa całkowitej ilości przechwyconej amfetaminy pochodziła z Niemiec, Niderlandów i Zjednoczonego Królestwa (wykres 1.8). Po okresie, w którym odnotowano wyższe poziomy zarówno pod względem liczby konfiskat, jak i skonfiskowanych ilości, konfiskaty amfetaminy w 2012 r. z powrotem osiągnęły poziom porównywalny z 2003 r. (wykres 1.9). Konfiskaty metamfetaminy, chociaż nadal nieliczne i dotyczące małych ilości, wzrosły w tym samym okresie (wykres 1.10). W 2012 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 7 000 konfiskat metamfetaminy, w ramach których przejęto 0,34 ton tego narkotyku. Turcja i Norwegia zgłosiły 4 000 konfiskat, w których przechwycono 0,64 tony metamfetaminy. Razem oba te kraje przechwyciły prawie dwa razy więcej narkotyku niż kraje Unii Europejskiej.

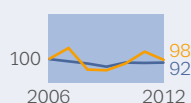
AMFETAMINY

Amfetamina

5,5 liczba skonfiskowanych ton
29 000 konfiskaty
5,9 liczba skonfiskowanych ton (UE + 2)
32 000 liczba konfiskat (UE + 2)



Cena (EUR/g)



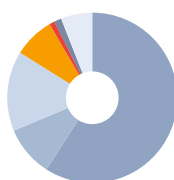
Wskaźniki dotyczące ceny i czystości

16 000

zgłoszonych przestępstw związanych z podażą amfetaminy

8%

zgłoszonych przestępstw związanych z podażą



2 300

zgłoszonych przestępstw związanych z podażą metamfetaminy

1%

zgłoszonych przestępstw związanych z podażą

Metamfetamina

0,3 liczba skonfiskowanych ton
7 000 konfiskaty
1,0 liczba skonfiskowanych ton (UE + 2)
11 100 liczba konfiskat (UE + 2)



Czystość (%)

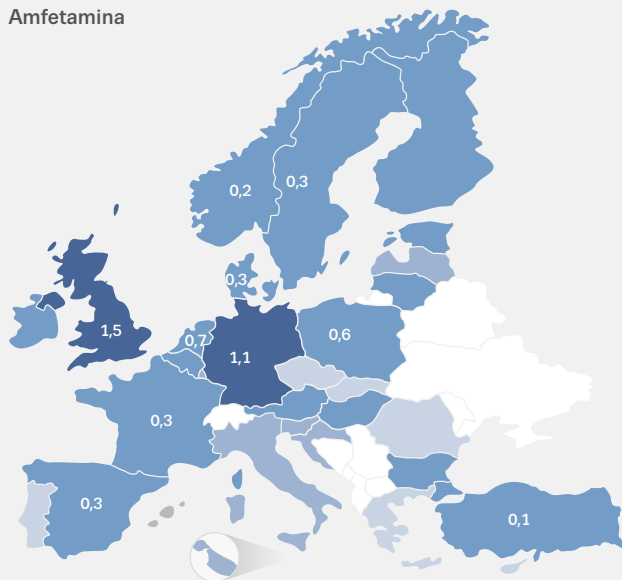
Cena (EUR/g)

UE+ 2 oznacza państwa członkowskie UE, Turcję i Norwegię. Cena i czystość amfetamin: średnie wartości krajowe - minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR). Nie są dostępne wskaźniki dla metamfetaminy.

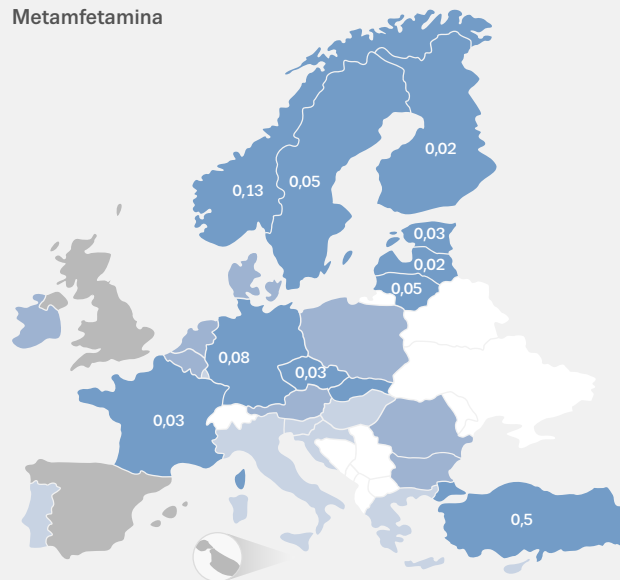
WYKRES 1.8

Ilości skonfiskowanej amfetaminy i metamfetaminy, 2012 r.

Amfetamina



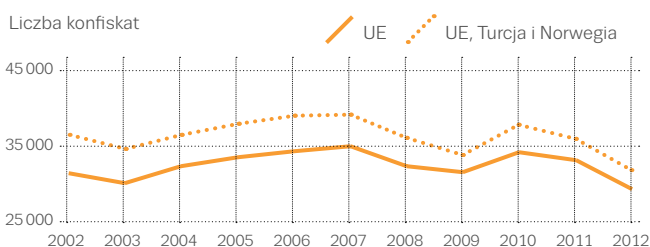
Metamfetamina



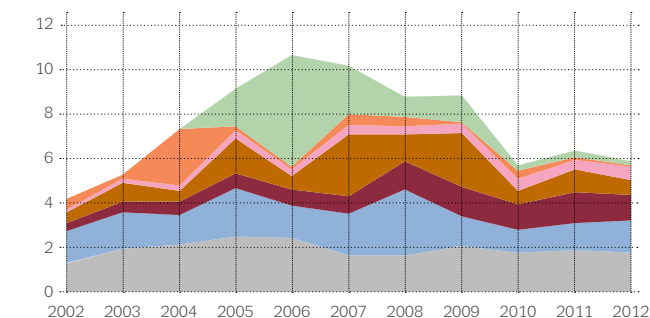
Liczba ton <0,001 0,001–0,010 0,011–1,0 >1,0 Brak danych
 Uwaga: skonfiskowane ilości (w tonach) w dziesięciu krajach o najwyższych wskaźnikach.

WYKRES 1.9

Liczba konfiskat amfetaminy i skonfiskowane ilości w latach 2002-2012



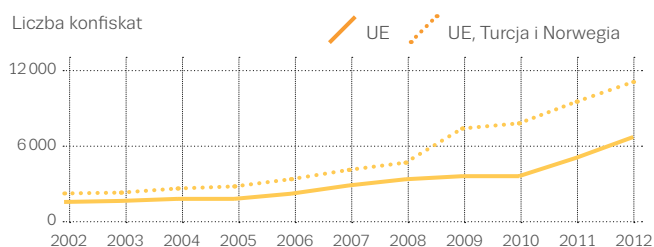
Liczba ton



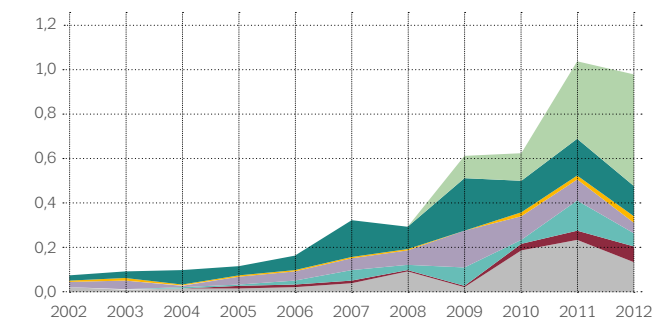
Pozostałe kraje Zjednoczone Królestwo Niemcy
 Niderlandy Polska Belgia Turcja

WYKRES 1.10

Liczba konfiskat metamfetaminy i skonfiskowane ilości w latach 2002-2012



Liczba ton



Pozostałe kraje Niemcy Litwa Szwecja
 Republika Czeska Norwegia Turcja

Ecstasy: dostępny jest proszek o wysokiej jakości

Nazwa ecstasy odnosi się z reguły do syntetycznej substancji MDMA (3,4-metylenodioksyamfetaminy), która chemicznie spokrewniona jest z amfetaminami, ale ma nieco inne skutki działania. Tabletki sprzedawane jako ecstasy mogą jednak zawierać różne substancje podobne do MDMA oraz niezwiązane z nimi substancje chemiczne. Zarówno proszek, jak i kryształ MDMA wydają się być coraz bardziej powszechne, a w niektórych częściach Europy dostępny proszek jest wysokiej jakości.

Produkcja ecstasy w Europie koncentruje się najprawdopodobniej w Belgii i Niderlandach, o czym świadczy liczba laboratoriów zlikwidowanych w tych krajach w ostatnim dziesięcioleciu. Liczba laboratoriów ecstasy zlikwidowanych w Europie spadła z 50 w roku 2002 do trzech w roku 2010, co wskazuje na spadek produkcji tego narkotyku. Ostatnio pojawiły się oznaki, że rynek ecstasy się odbudowuje, o czym świadczy kilka dużych miejsc produkcji MDMA zlikwidowanych w Belgii i Niderlandach w 2013 r.

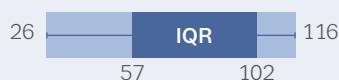
W 2012 r. w Unii Europejskiej skonfiskowano 4 mln tabletek ecstasy, głównie w Niderlandach (2,4 mln), Zjednoczonym Królestwie (0,5 mln) i Niemczech (0,3 mln). Ponadto w tym samym roku Turcja przechwyciła 3,0 mln tabletek ecstasy (wykresy 1.11 i 1.12). Ilość tabletek ecstasy przechwyconych w Unii Europejskiej w roku 2012 stanowi mniej niż jedną piątą ilości przechwyconych w roku 2002 (23 mln). Ogólnie, ilości skonfiskowanej ecstasy spadały w latach 2002-2009, aby potem powoli zacząć rosnąć (wykres 1.11). Tendencja ta odbija się także w danych na temat zawartości MDMA w analizowanych tabletkach ecstasy, która malała do roku 2009, a następnie rosnąć w ostatnich trzech latach sprawozdawczych.

Zarówno proszek, jak i kryształ MDMA wydają się być coraz bardziej powszechne, a w niektórych częściach Europy dostępny proszek jest wysokiej jakości

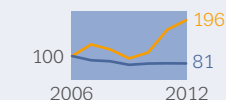
ECSTASY

4 mln skonfiskowanych tabletek
7 mln skonfiskowanych tabletek (UE + 2)

11 200 konfiskaty
16 000 liczba konfiskat (UE + 2)



Czystość (MDMA mg/tabletka)

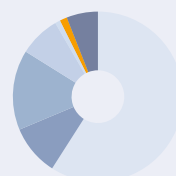


Wskaźniki dotyczące czystości i ceny



Cena (EUR/tabletka)

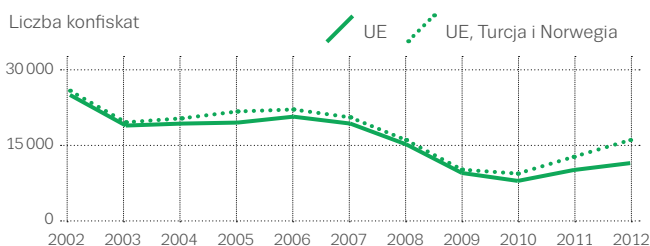
3 000 zgłoszonych przestępstw związanych z podażą ecstasy
1% zgłoszonych przestępstw związanych z podażą



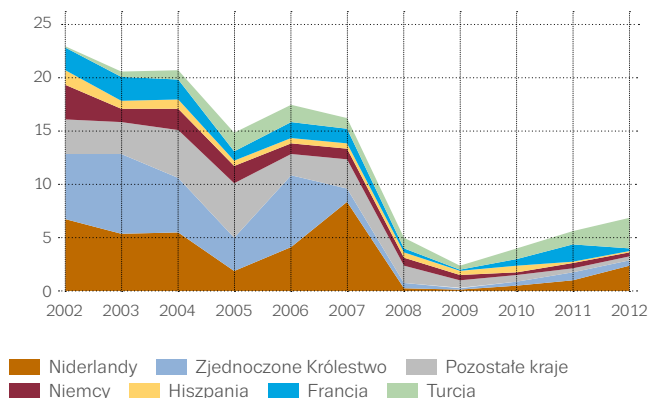
UE+ 2 oznacza państwa członkowskie UE, Turcję i Norwegię. Cena i czystość ecstasy: średnie wartości krajowe - minimum, maksimum i rozstęp międzykwartylowy (IQR). Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

WYKRES 1.11

Liczba konfiskat ecstasy i skonfiskowane ilości tabletek w latach 2002-2012



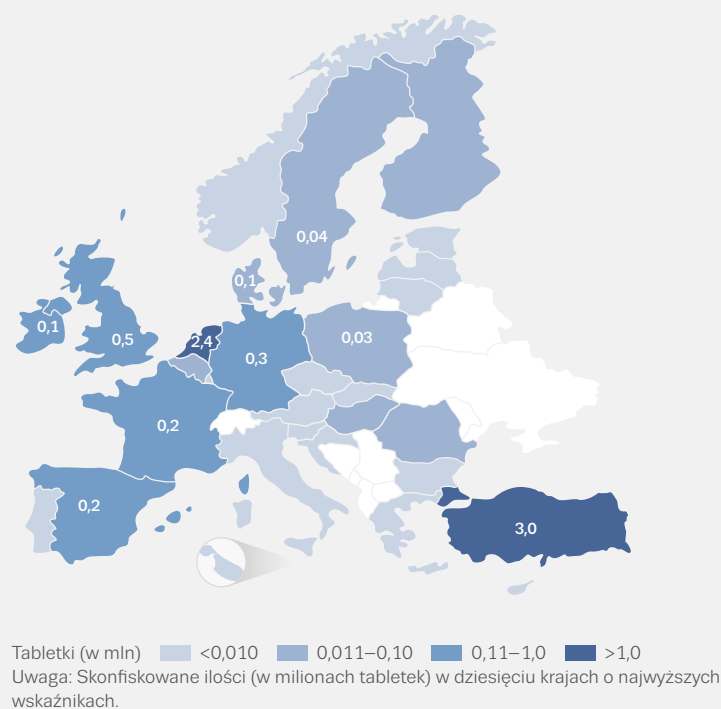
Tabletki (w mln)



Tendencje zaobserwowane dla podaży ecstasy można po części przypisać zaostrożnym kontrolom i ukierunkowanej konfiskacie PMK (ketonu piperonylowo-metylowego), podstawowego chemicznego prekursora do wytwarzania MDMA. Producenci ecstasy zareagowali prawdopodobnie na kontrole prekursora i zaczęli stosować „pre-prekursory” lub „prekursory maskowane” – podstawowe substancje chemiczne, które można legalnie przywozić jako substancje nieobjęte kontrolą i następnie przekształcać w prekursory chemiczne potrzebne do wytwarzania MDMA.

WYKRES 1.12

Ilość skonfiskowanej ecstasy, 2012 r.



Katynony, nowa klasa substancji pobudzających w Europie

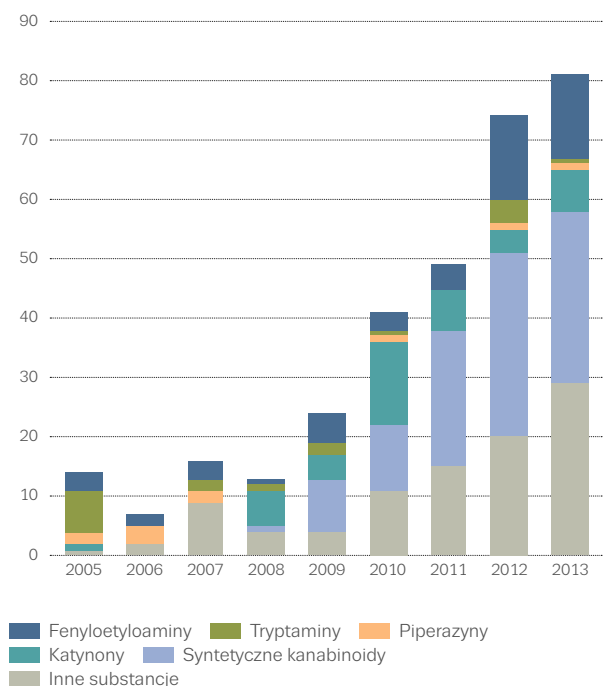
W ostatnich latach w Europie zidentyfikowano ponad 50 pochodnych katynonów. Najbardziej znany przykład, mefedron, ma już ustaloną pozycję na rynku stymulantów w niektórych krajach. Kolejny katynon, MDPV (3,4-metylenodioksyfawaleron), jest sprzedawany na rynku europejskim głównie w postaci proszku i tabletek jako „dopalacz”, ale także bezpośrednio na rynku narkotyków. W latach 2008-2013 zgłoszono ponad 5 500 konfiskat proszku MDPV w 29 krajach, co odpowiada ponad 200 kg narkotyku.

Coraz większa różnorodność wśród nowych narkotyków

Analizę rynku narkotyków utrudnia pojawianie się nowych środków odurzających (nowych substancji psychoaktywnych) – syntetycznych lub naturalnie występujących substancji, które nie są objęte kontrolą na mocy międzynarodowego prawa i wytwarzane są w celu naśladowania skutków narkotyków objętych kontrolą. W niektórych przypadkach nowe narkotyki wytwarza się w Europie w tajnych laboratoriach i sprzedaje bezpośrednio na rynku. Inne substancje chemiczne sprowadza się od dostawców, często z Chin lub Indii, po czym umieszcza w atrakcyjnych opakowaniach i sprzedaje jako „dopalacze”

WYKRES 1.13

Liczba i podstawowe grupy nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania UE, 2005-13



(ang. „legal highs” – legalne środki pobudzające). Nazwa „legal highs” jest myląca, gdyż w niektórych państwach członkowskich substancje te mogą być objęte kontrolą lub ich sprzedaż w celu konsumpcji może stanowić naruszenie przepisów dotyczących bezpieczeństwa konsumentów lub obrotu. Aby uniknąć kontroli, produkty często zaopatruje się w mylące etykiety, na przykład takie jak „substancje chemiczne do celów badań naukowych” lub „odżywki roślinne”, z adnotacją, że produkt nie jest przeznaczony do spożycia przez ludzi.

W 2013 r. za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania UE państwa członkowskie zgłosiły po raz pierwszy 81 nowych substancji psychoaktywnych (wykres 1.14). Dwadzieścia dziewięć z tych substancji było syntetycznymi kanabinoidami, a kolejne 30 związków nie odpowiadało żadnej z łatwo rozpoznawalnych grup chemicznych (łącznie z roślinami i lekami). Zgłoszono także 13 nowych feniloetyloamin, siedem syntetycznych katynonów, tryptaminę i piperazynę.

Ocena zagrożeń związanych z nowymi narkotykami

Ogólnoeuropejskie analizy ryzyka zostały przeprowadzone tylko dla 4-metyloamfetaminy (w 2012 r.) i 5-(2-aminopropyl)indolu (w 2013 r.) w odpowiedzi na doniesienia o szkodach, w tym ponad 20 zgonach, związanych z każdą z tych substancji w krótkim okresie czasu. Obie te substancje podlegają środkom kontroli w całej Europie. W kwietniu 2014 r. przeprowadzono oceny ryzyka dla czterech nowych substancji psychoaktywnych (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoksetamina).

25I-NBOMe to substancja z grupy feniloetyloamin będąca silnym i całkowitym agonistą receptorów serotoniny 5-HT_{2A}. Ma działanie halucynogenne. Jest dostępna na europejskim rynku narkotykowym co najmniej od maja 2012 r. Cztery państwa członkowskie zgłosiły przypadki ostrych zatruc związanych z używaniem tej substancji, w tym jeden zgon, w przypadku którego wykryto ślady tej substancji.

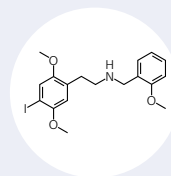
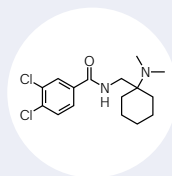
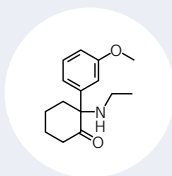
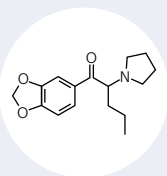
AH-7921 to syntetyczny opioid dostępny w Unii Europejskiej co najmniej od lipca 2012 r. W większości przypadków konfiskaty tego narkotyku dotyczyły małych ilości w postaci proszku. Opioid ten wykryto w przypadku sześciu zatruc nieskutkujących zgonem i piętnastu zgonów w Szwecji, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii.

MDPV to syntetyczna pochodna katynonu blisko spokrewniona z pirowaleronem. MDPV jest obecny na europejskim rynku narkotyków co najmniej od listopada 2008 r. i został wykryty w przypadku 107 zatruc nieskutkujących zgonem i 99 zgonów, w szczególności w Finlandii i Zjednoczonym Królestwie. Istnieją pewne przesłanki wskazujące na to, że substancja ta była sprzedawana jako „legalna” lub syntetyczna wersja kokainy; została też wykryta w tabletkach przypominających „ecstasy”.

Metoksetamina to arylocykloheksylamina blisko spokrewniona z ketaminą, dostępna na europejskim rynku narkotykowym co najmniej od września 2010 r. Przechwycono wielokilogramowe partie tej substancji w postaci proszku. Zgłoszono dwadzieścia zgonów i 110 zatruc nieskutkujących zgonem, związanych z używaniem tej substancji.

Nowe substancje psychoaktywne mogą się pojawiać na rynku albo jako narkotyki objęte kontrolą, albo jako alternatywa dla takich narkotyków. Na przykład, 4-metyloamfetamina była bezpośrednio sprzedawana na rynku narkotyków jako amfetamina, metoksetamina jest sprzedawana jako legalna alternatywa dla ketaminy, a 25I-NBOMe jest sprzedawana jako „legalna” alternatywa dla LSD.

CZTERY SUBSTANCJE PODDANE ANALIZIE RYZYKA W 2014 R.



MDPV	Metoksetamina	AH-7921	25I-NBOMe	Substancja
Katynony	Arylocykloheksylaminy	Opioidy	Fenyletyloaminy	Rodzina narkotyków
2008	2010	2012	2012	Rok pierwszego zgłoszenia w unijnym systemie wczesnego ostrzegania
99	20	15	1	Liczba zgonów związanych z substancją
107	110	6	15	Liczba zatruc nieskutkujących zgonem
29	24	8	24	Liczba krajów, w których substancja została wykryta (UE, Turcja i Norwegia)
22	9	1	6	Liczba krajów, w których substancja jest objęta kontrolą na mocy przepisów antynarkotykowych (UE, Turcja i Norwegia)

Internet jako rozwijający się rynek narkotyków

Internet odgrywa coraz większą rolę w kształtowaniu sprzedaży narkotyków i stanowi duże wyzwanie dla ograniczenia podaży zarówno „nowych”, jak i „starych” narkotyków. Fakt, że producenci, dostawcy, sprzedawcy detaliczni, usługi hostingowe i usługi przetwarzania płatności mogą wszystkie znajdować się w różnych krajach, sprawia, że trudno jest kontrolować tę działalność. Rosnąca popularność sieci anonimowych (tzw. „darknet”) używanych do celów sprzedaży narkotyków dilerom i konsumentom również utrudnia zadanie. Technologia niezbędna do wejścia na takie strony coraz częściej wbudowywana jest w oprogramowanie konsumenckie, co otwiera te rynki dla coraz większej liczby osób. Ponadto otwarta sprzedaż „dopalaczy” w Internecie przyczyniła się do zwiększenia ich dostępności dla dystrybutorów i konsumentów. W 2013 r. w ramach monitoringu EMCDDA zidentyfikowano 651 stron internetowych sprzedających Europejczykom „dopalacze”.

Wykryto więcej leków

Coraz więcej nowych narkotyków wykrywanych na rynku substancji psychoaktywnych to substancje stosowane legalnie jako leki. Niekiedy są one sprzedawane jako leki, w innych przypadkach potajemnie jako narkotyki, takie jak heroina, lub też jako „dopalacze”, „odczynniki chemiczne”, a nawet „suplementy diety”. Najnowsze przykłady takich substancji, z których wszystkie zgłoszono jako wstrzykiwane przez osoby używające opioidów, to: pregabalina stosowana w leczeniu bólów neuropatycznych,

padaczki i uogólnionego lęku; tropikamid stosowany do rozszerzania źrenic przy badaniu okulistycznym; oraz karfentanyli – opioid stosowany do sedacji dużych zwierząt.

Inne produkty lecznicze zgłoszone ostatnio do systemu wczesnego ostrzegania to: fenazepam – benzodiazepina sprzedawana jako „legalna” benzodiazepina, „odczynnik chemiczny” oraz objęty kontrolą lek diazepam, oraz fenibut – lek przeciwlękowy stosowany w Rosji do leczenia uzależnienia od alkoholu, sprzedawany w Internecie jako „suplement diety”. Leki te mogą być pozyskiwane na wiele sposobów: poprzez przekierowanie zarejestrowanych produktów leczniczych z rynku regulowanego oraz import niezarejestrowanych leków spoza Unii Europejskiej. Ponadto składniki leków mogą być importowane hurtem z krajów takich, jak Chiny, a następnie przetwarzane i pakowane w krajach europejskich i sprzedawane bezpośrednio na rynku narkotyków, „dopalaczy” lub poprzez handel w Internecie.

**Coraz więcej nowych
narkotyków wykrywanych
na rynku substancji
psychoaktywnych
to substancje stosowane
legalnie jako leki**

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

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

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

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

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Wspólne publikacje EMCDDA i Europolu

2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone).

2013

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

**Szacuje się, że prawie jedna
czwarta populacji osób dorosłych
w Unii Europejskiej, czyli ponad
80 mln dorosłych, przynajmniej
raz w życiu spróbowała narkotyków**

Używanie narkotyków i problemy związane z narkotykami

Termin „używanie narkotyków” obejmuje całe spektrum wzorów konsumpcji, od jednokrotnego użycia eksperymentalnego po używanie nałogowe i uzależnienie. Różne wzory konsumpcji wiążą się z różnymi poziomami ryzyka i szkód. Zasadniczo ryzyko, na jakie narażone są osoby używające narkotyków, zależy od takich czynników, jak: okoliczności używania narkotyków, przyjęta dawka, droga przyjmowania narkotyku, jednoczesne przyjmowanie innych substancji, liczba i czas trwania epizodów używania oraz indywidualna podatność na zagrożenia.

Monitorowanie używania narkotyków i problemów związanych z narkotykami

Wspólne podejście do monitorowania używania narkotyków w Europie opiera się na pięciu podstawowych wskaźnikach epidemiologicznych EMCDDA. Wskaźniki te obejmują: badania dotyczące używania narkotyków, szacunkowe dane dotyczące problemowego używania narkotyków, zgony związane z narkotykami, choroby zakaźne i zgłaszalność do leczenia. Łącznie wskaźniki te stanowią ważne zasoby służące do analizy tendencji i osiągnięć przez EMCDDA. Informacje techniczne na temat wskaźników można znaleźć na stronie internetowej w obszarze *Key indicators gateway* (Kluczowe wskaźniki) i *European Drug Report: Data and statistics* (Europejski raport narkotykowy: dane i statystyki).

Ponad 80 mln Europejczyków spróbowało narkotyków

Szacuje się, że prawie jedna czwarta populacji osób dorosłych w Unii Europejskiej, czyli ponad 80 mln dorosłych, przynajmniej raz w życiu spróbowała narkotyków. W większości przypadków były to konopie indyjskie (73,6 mln), w mniejszym stopniu przynajmniej jednokrotne użycie kokainy (14,1 mln), amfetamin (11,4 mln) i ecstasy (10,6 mln). Wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia są bardzo zróżnicowane w poszczególnych krajach – od około jednej trzeciej populacji dorosłych w Danii, Francji i Zjednoczonym Królestwie, po mniej niż jedną na dziesięć osób w Bułgarii, Grecji, na Cyprze, Węgrzech, w Portugalii, Rumunii i Turcji.

Używanie narkotyków wśród uczniów

Monitorowanie używania narkotyków wśród uczniów rzuca światło na aktualne zachowania ryzykowne wśród młodzieży i sygnalizuje potencjalne tendencje w przyszłości. Europejski projekt badań ESPAD stanowi ważne narzędzie służące do śledzenia trendów w używaniu narkotyków przez uczniów w wieku 15-16 lat. Najnowsze dane z 2011 r. wskazują, że prawdopodobnie jedna czwarta uczniów w wieku 15-16 lat spróbowała narkotyków, chociaż wskaźniki używania różnią się znacząco w poszczególnych krajach. Najczęściej używanym narkotykiem w tej grupie są konopie indyjskie: około 24% uczniów przyznaje się do co najmniej jednokrotnego użycia, 20% do użycia w ciągu ostatniego roku i 12% do użycia w ciągu ostatniego miesiąca przed przeprowadzeniem ankiety. W porównaniu z dziewczynkami o połowę więcej chłopców zgłaszało używanie konopi indyjskich w ciągu ostatniego miesiąca.

Wielu uczniów, którzy zgłosili użycie konopi indyjskich, spróbowało ich tylko raz czy dwa razy w życiu. Mniejszość uczniów zadeklarowała bardziej intensywne wzory używania, przy czym około 2% uczniów podało, że używali tego narkotyku więcej niż 10 razy w ciągu ostatniego miesiąca przed ankietą.

Wskaźniki używania narkotyków innych niż konopie indyjskie są znacznie niższe, chociaż w niektórych krajach rozpowszechnione jest używanie ecstasy i amfetamin.

Ogólnie rzecz biorąc, około 7% uczniów co najmniej raz użyło więcej niż jednego narkotyku. ESPAD dostarcza też danych na temat spożycia alkoholu i palenia tytoniu. Obie te substancje są o wiele częściej używane przez uczniów niż konopie indyjskie, przy czym osoby używające konopi częściej też regularnie piją alkohol i palą papierosy. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie sondażowe 19% uczniów wypaliło co najmniej jednego papierosa dziennie, przy czym 4% pali więcej niż 10 sztuk dziennie. Blisko dwie trzecie uczniów przyznaje się do spożycia alkoholu przynajmniej raz w ciągu poprzedzającego miesiąca, przy czym w tym okresie upiło się 20%.

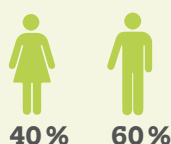
Konopie indyjskie: zróżnicowane trendy krajowe

Konopie indyjskie z reguły się pali, a w Europie powszechnie miesza z tytoniem. Wzory używania konopi indyjskich są różne – od okazjonalnego lub eksperymentalnego po używanie regularne i uzależnienie. Używanie problemowe wiąże się ściśle z częstym przyjmowaniem oraz używaniem narkotyku w większych ilościach.

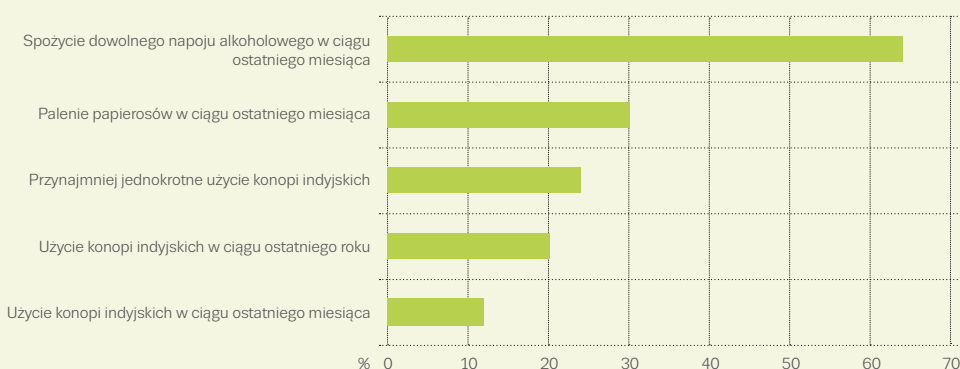
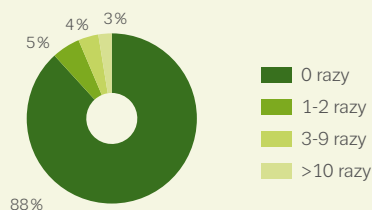
Konopie indyjskie to narkotyk, po który najczęściej sięgają osoby we wszystkich grupach wiekowych. Szacuje się, iż w ubiegłym roku 14,6 mln młodych Europejczyków (15.-34. rok życia), czyli 11,2 % tej grupy wiekowej, używało konopi indyjskich, z czego 8,5 mln z nich to osoby między 15. a 24. rokiem życia (13,9%). Konopie indyjskie są częściej

UŻYWANIE SUBSTANCJI PRZEZ UCZNIÓW W WIEKU 15-16 LAT W EUROPIE (ESPAD, 2011 R.)

Użycie konopi indyjskich w ciągu ostatniego miesiąca według płci

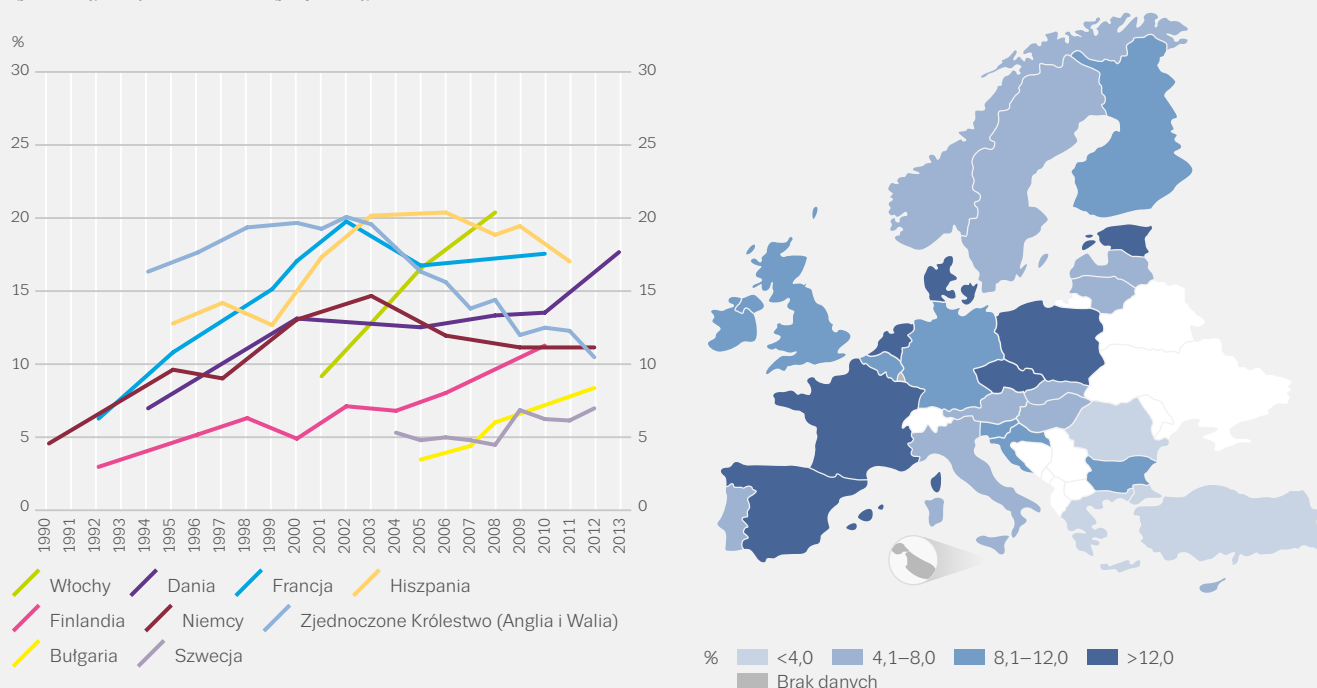


Częstotliwość używania konopi indyjskich w ostatnim miesiącu



WYKRES 2.1

Używanie konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15.-34. r.ż.): kraje wykazujące tendencje istotne statystycznie (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



używane przez osoby płci męskiej, szczególnie w przypadku bardziej intensywnych lub regularnych wzorów używania. Aktualne tendencje w używaniu są różne, o czym świadczy fakt, że wśród krajów, które zgłosiły nowe badania po roku 2011, osiem zgłosiło spadek, a pięć wzrost wskaźnika używania narkotyku w ciągu ostatniego roku. W badaniach przeprowadzonych w kilku krajach wskazuje się również na używanie syntetycznych agonistów receptorów kanabinoidowych, wskaźniki ich używania są jednak na ogół niskie.

Coraz więcej krajów dysponuje już wystarczającymi danymi sondażowymi, aby umożliwić statystyczną analizę długoterminowych trendów dotyczących używania konopi indyjskich przez młode osoby dorosłe (15-34). W Danii, Finlandii i Szwecji zaobserwowano wzrost wskaźników używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych, chociaż poziomy tych wskaźników są różne (wykres 2.1). Z kolei wskaźniki używania w Norwegii pozostały stosunkowo stabilne. Co ciekawe, Niemcy, Francja i Zjednoczone Królestwo zaobserwowały w ostatnim dziesięcioleciu tendencje stabilne lub spadkowe, chociaż wcześniej odnotowywały wzrost. Hiszpania również zgłosiła niższe wskaźniki używania w ostatnim dziesięcioleciu. Te cztery kraje łącznie stanowią prawie połowę ludności UE. Bułgaria i Włochy odnotowały trend wzrostowy, ale dla krótszych okresów. Ostatnio niższe wskaźniki używania zgłosiły także Włochy, ale badania te nie są bezpośrednio porównywalne ze względu na różnice w metodologii.

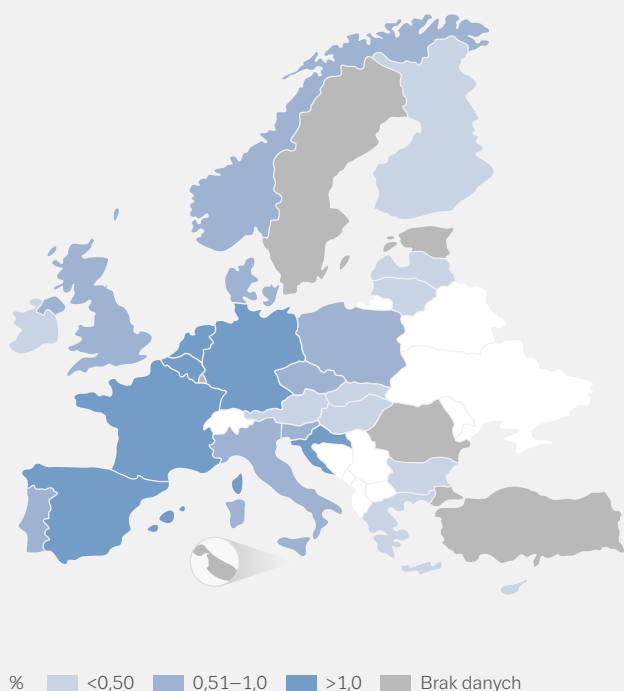
Obawy dotyczące osób używających konopi indyjskich

Wśród użytkowników konopi osoby intensywnie przyjmujące tę substancję stanowią mniejszość. Codzienne lub prawie codzienne używanie konopi indyjskich definiowane jest jako przyjmowanie tej substancji przez 20 lub więcej dni w ostatnim miesiącu. Zgodnie z tymi kryteriami niecały 1% dorosłych Europejczyków to osoby używające konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie. Ponad dwie trzecie z nich to osoby od 15. do 34. roku życia, a ponad trzy czwarte osób z tej grupy wiekowej to mężczyźni. Wśród krajów przekazujących dane szacunkowy odsetek osób używających konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie wśród młodych osób dorosłych (15-34) waha się od 0,1% w Słowacji po 4,4% w Hiszpanii (wykres 2.2).

W 2012 r. konopie indyjskie były głównym narkotykiem, z powodu którego pacjenci rozpoczynali leczenie uzależnienia od narkotyków. Ogólna liczba osób dorosłych rozpoczynających leczenie wzrosła w latach 2006-2011 z 45 000 do 61 000, a następnie ustabilizowała się w roku 2012 (59 000). W 2012 r. konopie indyjskie stanowiły drugi w kolejności narkotyk będący przyczyną wszystkich przypadków zgłaszania się do leczenia (110 000). Dane te różnią się jednak w zależności od kraju – np. w Bułgarii 2% wszystkich pacjentów zgłaszających się na leczenie podaje konopie jako narkotyk podstawowy, a na Węgrzech

WYKRES 2.2

Codziennie oraz niemal codziennie używanie konopi indyjskich wśród młodych dorosłych (15.–34. r.ż.)



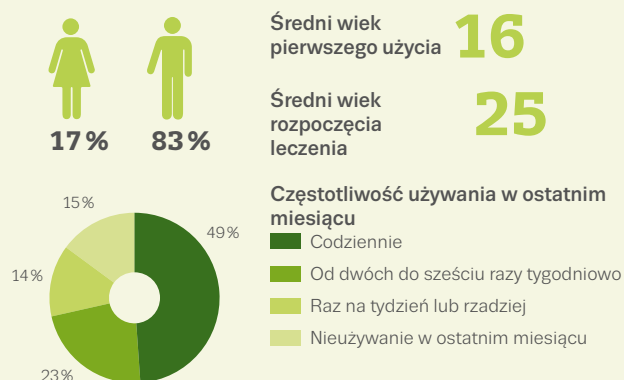
Wskaźnik ten wynosi 66%. Rozbieżności te można wytłumaczyć różnicami krajowymi w praktykach kierowania na leczenie, przepisach, dostępie do leczenia oraz poziomach używania konopi indyjskich.

Nagłe interwencje medyczne związane z konopiami indyjskimi i produktami zawierającymi syntetyczne kanabinoidy

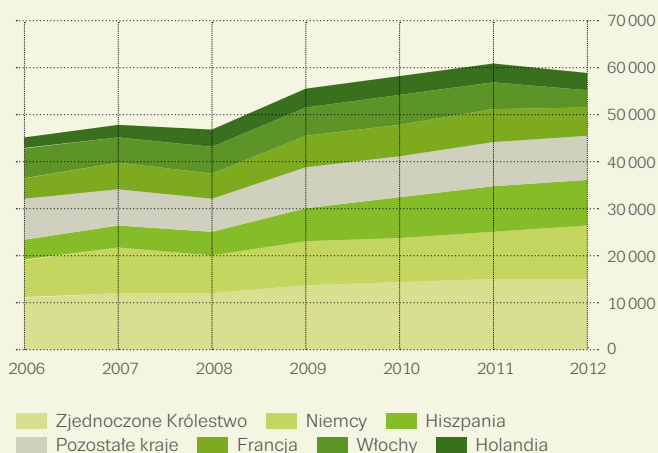
Chociaż jest to rzadko spotykane, spożycie konopi indyjskich może spowodować konieczność nagłej interwencji medycznej, w szczególności w przypadku dużych dawek. W krajach o wysokich wskaźnikach używania interwencje medyczne związane z konopiami indyjskimi stają się rosnącym problemem. Ostatnio wzrost nagłych wypadków związanych z konopiami indyjskimi zgłosiły takie kraje, jak Republika Czeska, Dania i Hiszpania. Większość tych wypadków dotyczy młodych mężczyzn i często wiąże się z jednoczesnym upojeniem alkoholowym. Objawy obejmują lęk, psychozę lub inne objawy psychiatryczne; w większości przypadków hospitalizacja nie jest konieczna. Kolejne niepokojące zjawisko to pojawienie się syntetycznych kanabinoidów. Substancje te mogą być bardzo silne, ale nie są chemicznie podobne do konopi indyjskich, dlatego mogą powodować inne i potencjalnie cięższe skutki zdrowotne. Chociaż w chwili obecnej niewiele wiadomo na temat skutków zdrowotnych spożywania takich substancji, doniesienia na temat ostrych niepożądanych skutków ich używania budzą obawy.

OSOBY UŻYWAJĄCE KONOPI INDYJSKICH ZGŁASZAJĄCE SIĘ DO LECZENIA

Charakterystyka



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



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

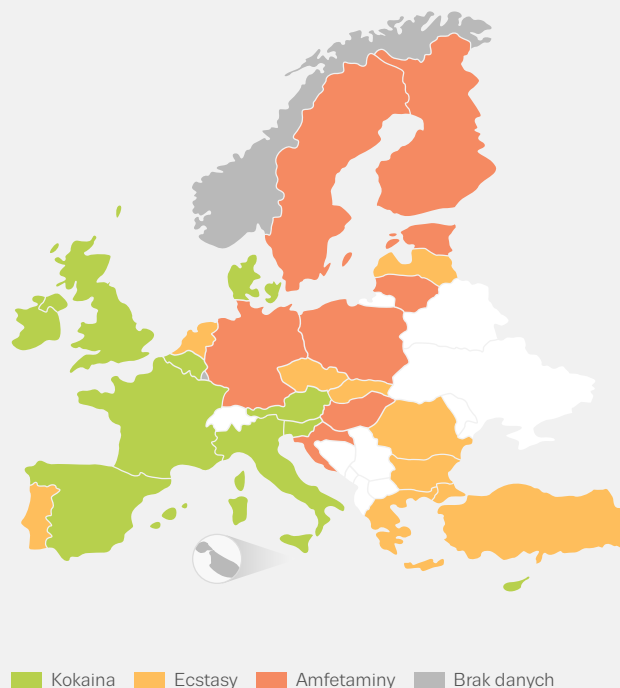
Geograficzne zróżnicowanie wzorów używania substancji pobudzających

Do najczęściej stosowanych nielegalnych substancji pobudzających w Europie należą kokaina, substancje z grupy amfetamin oraz ecstasy. Inne, mniej znane substancje, takie jak piperazyny (np. BZP – benzylopiperazyna) oraz syntetyczne katynony (np. mefedron i MDPV), mogą być również stosowane ze względu na swoje działanie pobudzające. Wysokie poziomy używania substancji pobudzających można kojarzyć z określonymi klubami tanecznymi, muzycznymi i nocnymi, w których często używa się tych narkotyków w zestawieniu z alkoholem.

Badania sondażowe ilustrują różnice geograficzne we wzorach używania substancji pobudzających w Europie. W Europie Zachodniej i Południowej bardziej popularna jest kokaina, z kolei w krajach Europy Środkowej i Północnej – amfetamina. Na wschodzie i południu najczęściej używana jest ecstasy, chociaż przy niskich wskaźnikach używania (wykres 2.3). Analiza ścieków przeprowadzona w ramach badania obejmującego wiele europejskich miast również wskazuje na różnice w regionalnych wzorach

WYKRES 2.3

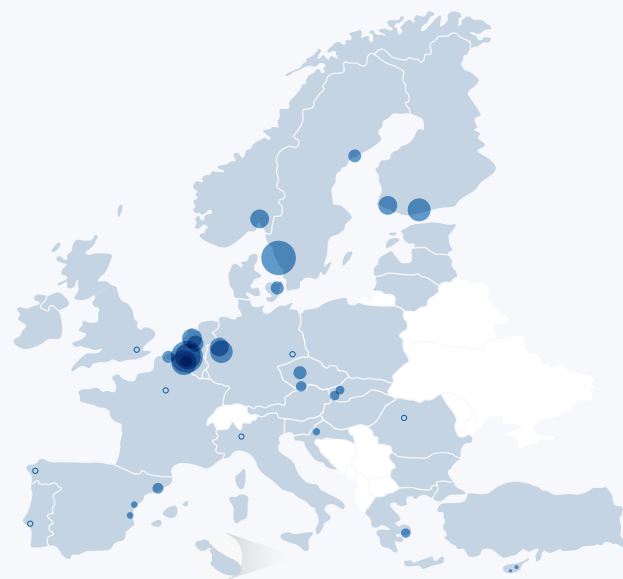
Dominujący narkotyk pobudzający w oparciu o wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15.-34. r.ż.)



WYKRES 2.4

Substancje z grupy amfetamin w ściekach wybranych europejskich miast

Amfetamina



Metamfetamina

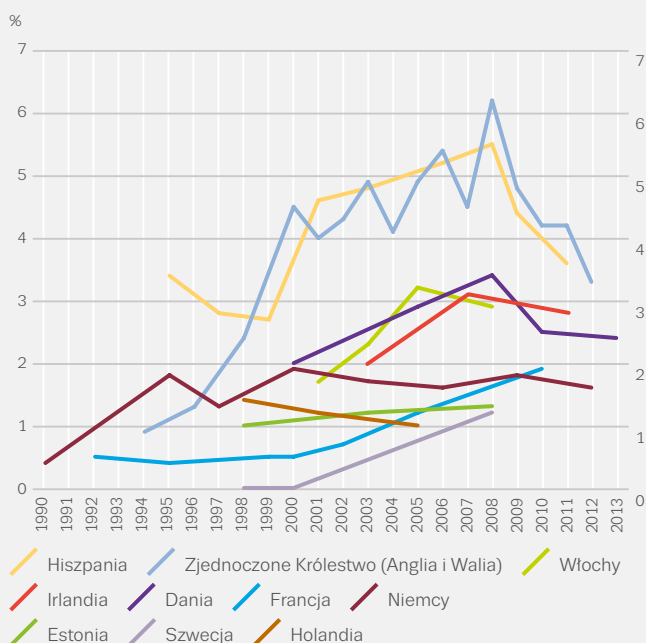


mg/1000 osób/dzień 0 10 50 100 200 300

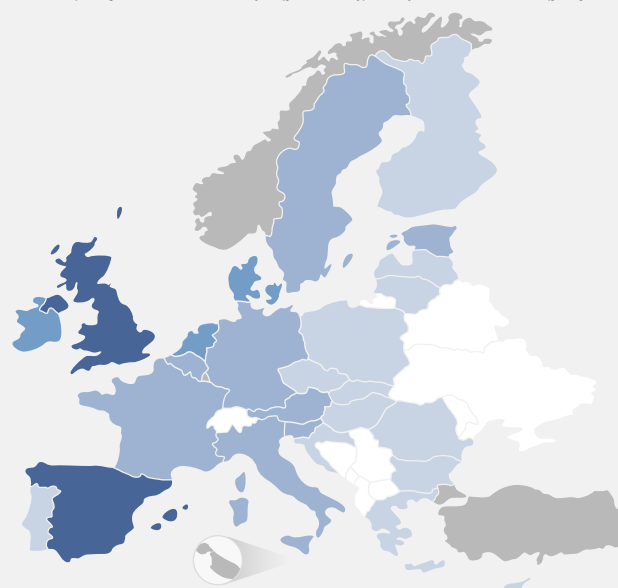
Uwaga: średnie dzienne ilości amfetamin w miligramach na 1000 osób, na podstawie próbek pobieranych w okresie jednego tygodnia w 2013 r.
Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

WYKRES 2.5

Używanie kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15.–34. r.ż.): wybrane tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



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



% 0,1–1,0 1,1–2,0 2,1–3,0 >3,0 Brak danych

używania. Stosunkowo wysokie stężenia amfetaminy wykryto w próbkach ścieków z kilku miast położonych na północy oraz na północnym zachodzie Europy, podczas gdy najwyższe stężenia metamfetaminy odnotowano w miastach na terytorium Republiki Czeskiej i Słowacji (wykres 2.4).

Kokaina: wskaźniki używania wciąż maleją

Kokaina w proszku jest przede wszystkim wciągana przez nos, choć może być również wstrzykiwana, podczas gdy kokaina w postaci cracku jest z reguły palona. Osoby regularnie używające kokainy można podzielić na dwie grupy. Pierwsza to osoby rekreacyjnie używające narkotyku, które są dobrze zintegrowane ze społeczeństwem, druga natomiast to bardziej zmarginalizowani społecznie uzależnieni użytkownicy, przyjmujący kokainę często w połączeniu z opioidami. Regularne używanie kokainy może się wiązać z chorobami układu sercowo-naczyniowego, nerwowego oraz problemami ze zdrowiem psychicznym, jak również większym zagrożeniem wypadkami i uzależnieniem. Iniekcyjne używanie kokainy i używanie cracku stanowi największe zagrożenie dla zdrowia, w tym zagrożenie chorobami zakaźnymi.

Kokaina to najpopularniejszy nielegalny narkotyk pobudzający używany w Europie, chociaż większość jej użytkowników skoncentrowana jest w stosunkowo nielicznej grupie państw. Szacuje się, że w ubiegłym roku kokainy użyło około 2,2 mln młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 34 lat (1,7% tej grupy wiekowej).

Jeżeli chodzi o długoterminowe trendy w używaniu kokainy, Dania, Hiszpania i Zjednoczone Królestwo, czyli kraje o stosunkowo wysokich wskaźnikach używania, odnotowały spadek po szczycie w 2008 r. (wykres 2.5). Większość pozostałych krajów wykazuje tendencje stabilne lub spadkowe.

Również najnowsze dane wskazują na mniejsze spożywanie kokainy: 11 z 12 krajów, które przeprowadziły badania w latach 2011-2013, zgłosiły spadek wskaźników używania.

**Kokaina to najpopularniejszy
nielegalny narkotyk
pobudzający używany
w Europie**

Dalszy spadek zgłaszalności do leczenia z powodu uzależnienia od kokainy

Tylko cztery kraje dysponują stosunkowo aktualnymi danymi szacunkowymi dotyczącymi intensywnego lub problemowego używania kokainy, a z uwagi na różnice w definicjach dane te jest trudno porównać. W 2012 r. wśród populacji dorosłych: „uzależnienie od kokainy” w Niemczech oszacowano na 0,20%; dane szacunkowe dotyczące „osób wymagających leczenia ze względu na używanie kokainy” we Włoszech wskazują na 0,26%; natomiast w 2011 r. Hiszpania oszacowała „wysokie ryzykowne używanie kokainy” na 0,4%. W 2010/2011 r. Zjednoczone Królestwo oszacowało poziom używania cracku przez osoby dorosłe w Anglii na 0,49%, ale większość osób w tej grupie używała także opioidów.

Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie uzależnienia w 2012 r., 14% (55 000) podało kokainę jako narkotyk podstawowy, a spośród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy - 18% (26 000). Między poszczególnymi krajami występują różnice i tylko pięć państw (Niemcy, Hiszpania, Włochy, Niemcy, Zjednoczone Królestwo) zgłosiło około 90% wszystkich pacjentów objętych leczeniem uzależnienia od kokainy. Tych pięć krajów stanowi łącznie nieco ponad połowę ludności UE. W ostatnich latach zmalała liczba pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w życiu z powodu używania kokainy jako narkotyku podstawowego,

od wartości szczytowej wynoszącej 38 000 w 2008 r. do 26 000 w 2012 r. Za ten spadek odpowiada przede wszystkim zmniejszenie liczby pacjentów we Włoszech. W 2012 r. w Europie tylko niewielka liczba (2 300) osób rozpoczynających leczenie podała crack jako narkotyk podstawowy, z czego około dwie trzecie w Zjednoczonym Królestwie, a reszta przede wszystkim w Hiszpanii i Niemczech.

Kokaina jest także przyczyną nagłych hospitalizacji i zgonów. Narkotyk ten może się też przyczyniać do umieralności związanej z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Chociaż dane w tym zakresie są ograniczone, w 2012 r. 19 krajów zgłosiło zgony związane z używaniem kokainy, przy czym zidentyfikowano ponad 500 przypadków.

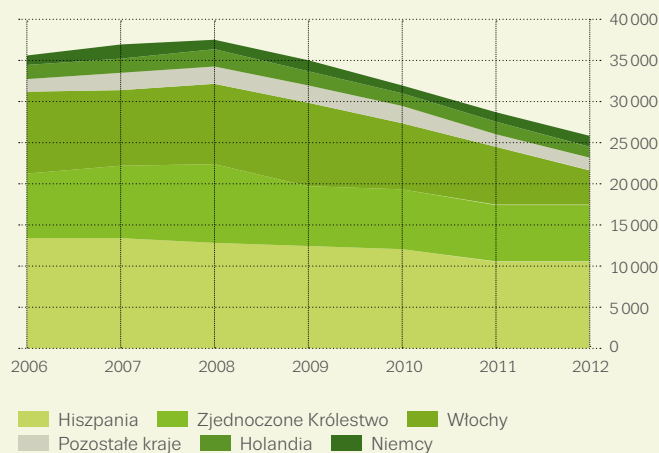
W 2012 r. 19 krajów zgłosiło zgony związane z używaniem kokainy, przy czym zidentyfikowano ponad 500 przypadków

OSOBY UŻYWAJĄCE KOKAINY ZGŁASZAJĄCE SIĘ DO LECZENIA

Charakterystyka

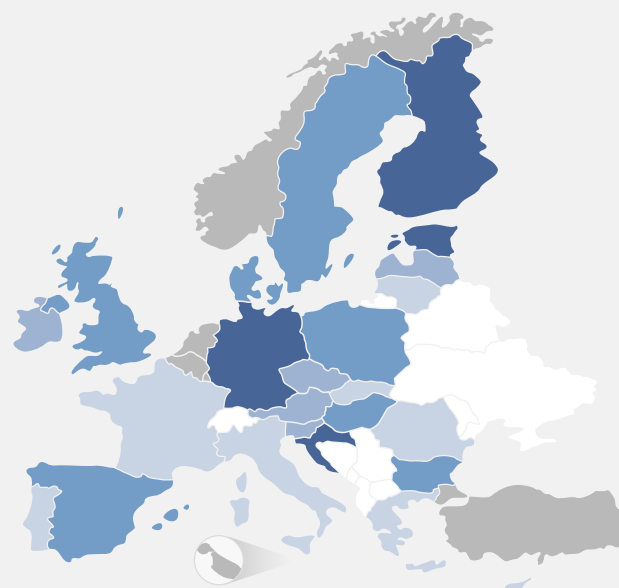
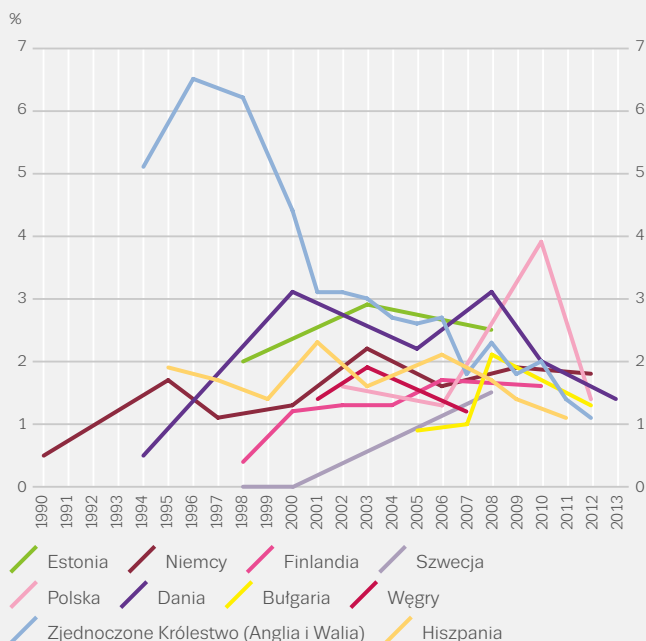


Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



WYKRES 2.6

Używanie substancji z grupy amfetamin w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15.–34. r.ż.): wybrane tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



% <0,5 0,51–1,0 1,1–1,5 >1,5
Brak danych

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

Amfetamina i metamfetamina, dwie blisko spokrewnione substancje pobudzające, są obie używane w Europie, chociaż amfetamina jest dużo bardziej dostępna. Używanie metamfetaminy ograniczało się dawniej do Republiki Czeskiej, a później Słowacji, ale obecnie sytuacja ta ulega zmianie.

Oba narkotyki można przyjmować doustnie lub wciągać przez nos, poza tym w niektórych krajach wśród osób używających tych narkotyków problemowo dość powszechne jest wstrzykiwanie. Metamfetaminę można też palić, ale ta droga przyjmowania została odnotowana w Europie dopiero niedawno.

Niepożądane skutki zdrowotne związane z używaniem amfetaminy obejmują problemy sercowo-naczyniowe, oddechowe, neurologiczne i psychiatryczne, poza tym, tak jak w przypadku innych narkotyków, wstrzykiwanie jest czynnikiem ryzyka pod względem chorób zakaźnych. Podobnie jak w przypadku innych substancji pobudzających, zgony związane z amfetaminami mogą być trudne do zidentyfikowania. Niemniej jednak co rok odnotowuje się nieliczne przypadki, z reguły w krajach o wysokich wskaźnikach używania.

Szacuje się, że w ciągu poprzedniego roku amfetamin używało 1,2 mln (0,9%) młodych osób dorosłych (15-34 lata). W latach 2007-2012 szacunkowe wskaźniki używania substancji z grupy amfetamin w ciągu ostatniego roku przez młodych dorosłych utrzymywały się na stosunkowo niskim i stałym poziomie w większości państw europejskich i wynosiły 2,5% lub mniej we wszystkich krajach, które zgłosiły dane. Spośród 12 krajów, które prowadzą badania od 2011 r., 11 zgłosiło malejące wskaźniki używania amfetaminy (wykres 2.6).

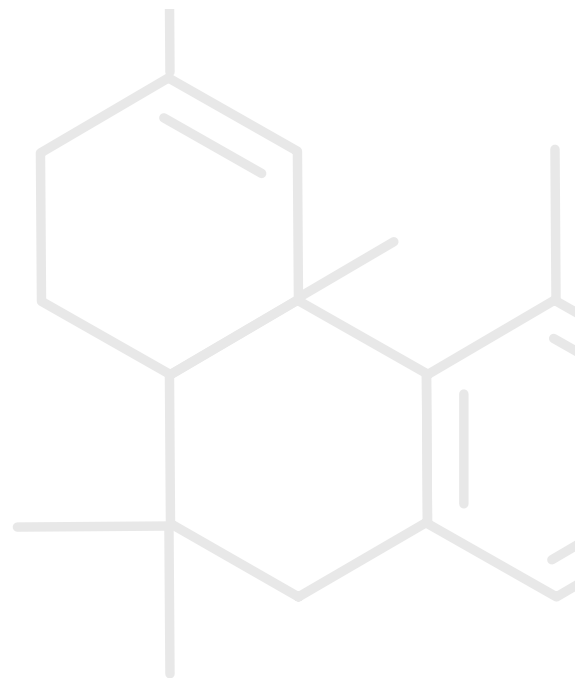


Używanie substancji z grupy amfetamin – wieloaspektowe zjawisko

Zarówno Republika Czeska, jak i Słowacja zgłosiły długoterminowe ugruntowane wzory używania metamfetaminy, przy czym najnowsze dane szacunkowe dotyczące używania problemowego wśród osób dorosłych (15-64) to 0,42% dla Republiki Czeskiej (2012) i 0,21% dla Słowacji (2007). Ostatnio zgłoszono także sygnały dotyczące problemowego używania metamfetaminy wśród osób używających narkotyków w sposób wysoce ryzykowny w niektórych rejonach Niemiec oraz w Grecji, na Cyprze, Łotwie i w Turcji. Należą do nich niepokojące oznaki z krajów południowoeuropejskich, gdzie wśród subpopulacji osób wstrzykujących opioidy pojawiło się zjawisko palenia krystalicznej metamfetaminy. Ponadto pojawiły się nowe trendy dotyczące wstrzykiwania wśród niewielkich grup mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami w niektórych dużych miastach europejskich.

Okolo 6% pacjentów rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie w 2012 r. zgłosiło substancje z grupy amfetamin jako narkotyk podstawowy (w przybliżeniu 25 000 pacjentów, z czego 10 000 rozpoczęło leczenie po raz pierwszy w życiu). Osoby używające amfetaminy jako narkotyku podstawowego stanowią znaczny odsetek osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy tylko w

Niemczech, na Łotwie i w Polsce. Metamfetaminę jako narkotyk podstawowy podaje liczna grupa pacjentów zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy w Republice Czeskiej i na Słowacji. Za niedawny wzrost liczby osób zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie z powodu amfetamin odpowiadają przede wszystkim przypadki z Niemiec i wzrost liczby osób zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie z powodu metamfetaminy w Republice Czeskiej i Słowacji.

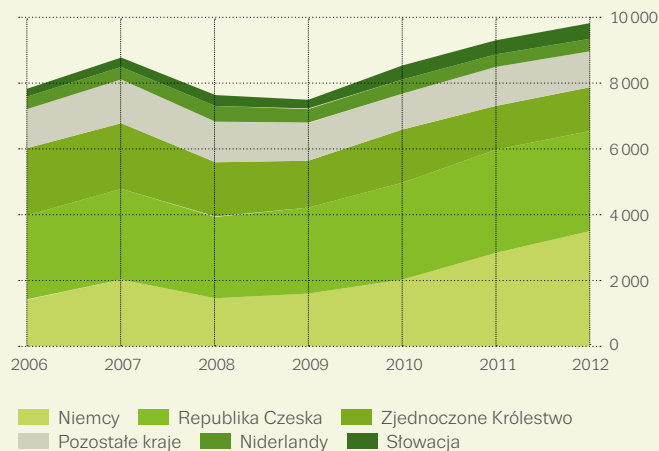


OSOBY UŻYWAJĄCE AMFETAMIN ZGŁASZAJĄCE SIĘ DO LECZENIA

Charakterystyka



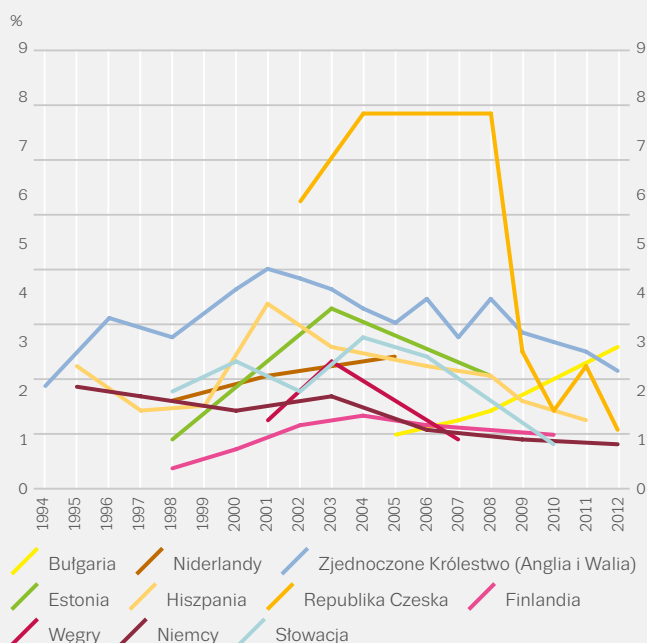
Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



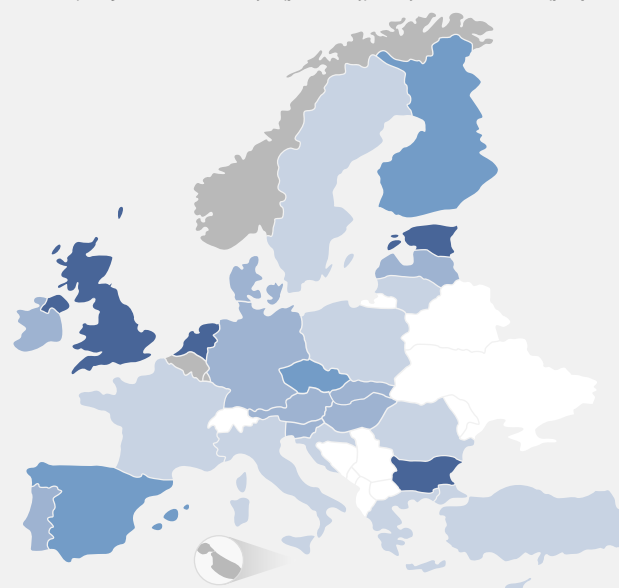
Uwaga: cechy charakterystyczne dla wszystkich osób rozpoczynających leczenie, dla których substancje z grupy amfetamin są narkotykiem podstawowym. Tendencje dotyczą osób rozpoczynających leczenie, dla których substancje z grupy amfetamin są narkotykiem podstawowym. Wskaźniki dla poszczególnych krajów są różne.

WYKRES 2.7

Używanie ecstasy w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15.–34. r.ż.): wybrane tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



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



% <0,5 0,51–1,0 1,1–2,0 >2,0
Brak danych

Używanie ecstasy: tendencje w populacji ogólnej na niskim i stałym poziomie

Nazwa „ecstasy” odnosi się zazwyczaj do substancji syntetycznej MDMA. Narkotyk ten jest powszechnie stosowany w postaci tabletek, ale dostępny jest także w postaci krystalicznej lub proszku; z reguły jest połykany lub wdychany przez nos. Używanie ecstasy zawsze związane było ze sceną muzyki elektronicznej i jest popularne głównie wśród młodych osób dorosłych, zwłaszcza młodych mężczyzn. Używanie tego narkotyku może skutkować ostrą hipertermią oraz problemami ze zdrowiem psychicznym. Zgony związane z ecstasy należą do rzadkości, ale występują.

Szacowana liczba młodych osób dorosłych (15-34), które używały ecstasy w ciągu ostatniego roku wynosi 1,3 mln (1,0% tej grupy wiekowej), natomiast szacunki w poszczególnych państwach wahają się od mniej niż 0,1% do 3,1%. Konsumpcja tego narkotyku w Europie osiągnęła szczytowy poziom w okresie od początku do połowy pierwszej dekady XXI w., po czym zmalała (wykres 2.7). W latach 2007-2012 większość krajów zgłaszała stabilną sytuację lub tendencje spadkowe w odniesieniu do używania ecstasy. Za wyjątkiem Bułgarii, która od 2005 r. wykazuje rosnące wskaźniki używania, malejąca konsumpcja ecstasy jest wciąż widoczna dla 12 krajów, które przeprowadzają badania od 2011 r. W 2012 r.

niewiele osób rozpoczęło leczenie wskutek problemów związanych z ecstasy: jako podstawowy narkotyk ecstasy wymieniło mniej niż 1% Europejczyków (około 550 pacjentów) zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy.

**W latach 2007-2012
większość krajów zgłaszała
stabilną sytuację lub
tendencje spadkowe
w odniesieniu do
używania ecstasy**

Syntetyczne katynony: wstrzykiwanie budzi obawy

Syntetyczne katynony, w tym mefedron i MPDV, znalazły swoje miejsce na rynkach nielegalnych substancji pobudzających w niektórych krajach. Ograniczone dostępne informacje wskazują na to, że wskaźniki używania pozostają niskie. Powtórzone badania obejmujące katynony są dostępne tylko dla Zjednoczonego Królestwa (Anglii i Walii). Według najnowszych badań sondażowych (2012/13) szacuje się, że w ostatnim roku wśród osób dorosłych w wieku od 16 do 59 lat mefedronu używało 0,5% populacji, co stanowi spadek w stosunku do 1,1% z lat 2011/12 i 1,4% z lat 2010/11. Wyniki niereprezentatywnego badania osób regularnie uczęszczających do klubów w Zjednoczonym Królestwie również wykazują spadek używania mefedronu w ostatnim roku (z 19,5% w roku 2011 do 13,8% w roku 2012).

Niepokój dalej wzbudza wstrzykiwanie katynonów, w tym mefedronu, MDPV i pentedronu, co odnotowano wśród różnych populacji, w tym osób wstrzykujących opioidy, pacjentów placówek leczenia uzależnienia od narkotyków, więźniów i niewielkich populacji mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. Wzrost zgłaszalności do leczenia uzależnienia od syntetycznych katynonów odnotowano na Węgrzech, w Rumunii i Zjednoczonym Królestwie. W Rumunii więcej osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy zgłosiło jako podstawowy narkotyk nowe substancje psychoaktywne (37%) niż heroinę (21%). W latach 2011/12 w Zjednoczonym Królestwie do leczenia po raz pierwszy zgłosiło się około 1900 osób używających mefedronu, przy czym ponad połowa z nich to były osoby poniżej 18. roku życia.

Niski poziom używania halucynogenów, GHB i ketaminy

Na europejskim rynku narkotykowym dostępnych jest wiele substancji o działaniu halucynogennym, znieczulającym i uspokajającym: mogą być one używane same, w połączeniu z innymi bardziej popularnymi substancjami psychoaktywnymi lub zamiast nich. Ogólnie poziom używania grzybów halucynogennych i LSD (dietyloamidu kwasu lizergowego) w Europie jest niski i utrzymuje się na stałym poziomie od wielu lat. Według dostępnych krajowych badań ankietowych wskaźnik używania grzybów halucynogennych w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat) wynosi od 0% do 0,8%, natomiast w przypadku LSD wynosi on od 0% do 0,7%.

Od połowy lat 90. XX w. rekreacyjne używanie ketaminy i kwasu gamma-hydroksymasłowego (GHB) było zgłaszane

w pewnych podgrupach użytkowników narkotyków w Europie. Wzrasta świadomość problemów zdrowotnych związanych z tymi substancjami, na przykład uszkodzeń pęcherza moczowego będących wynikiem długotrwałego używania ketaminy. Do zagrożeń wynikających z używania GHB zalicza się utraty przytomności, zespół abstynencyjny i uzależnienie. Belgia i Niemcy zgłosiły pewne zapotrzebowanie na leczenie.

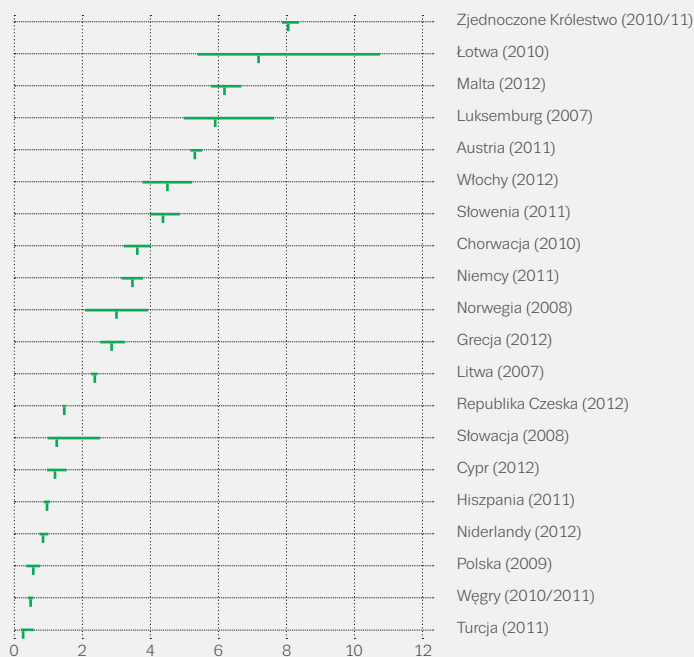
W przypadkach gdy dostępne są krajowe dane dotyczące używania przez osoby dorosłe i młodzież w wieku szkolnym GHB i ketaminy, wskaźniki używania tych substancji utrzymują się na niskim poziomie. W Danii wskaźnik używania ketaminy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15-34 lata) wynosił 0,3%, a w Zjednoczonym Królestwie używanie ketaminy w ciągu ostatniego roku zgłosiło 0,8% osób w wieku 16-24 lata, co stanowi spadek w stosunku do szczytowej wartości 2,1% z roku 2010. Ukierunkowane badania sondażowe prowadzone w klubach nocnych z reguły wykazują wyższe wskaźniki używania. W 2013 r. wśród respondentów badania internetowego adresowanego do częstych bywalców klubów w Zjednoczonym Królestwie 31% wskazało na używanie ketaminy w ciągu ostatniego roku. W przypadku GHB wskaźnik ten wyniósł 2%.

**Na europejskim rynku
narkotykowym dostępnych
jest wiele substancji
o działaniu
halucynogennym,
znieczulającym i
uspokajającym**

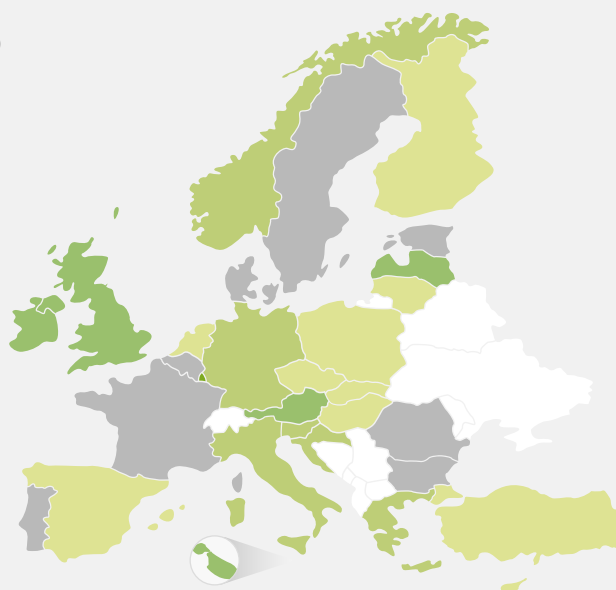
WYKRES 2.8

Krajowe oszacowania dotyczące problemowego używania opioidów w ciągu ostatniego roku

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



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



Liczba przypadków na 1 000: <2,50 (ciemnoniebieski), 2,51–5,0 (ciemnoniebieski), >5,0 (ciemnoniebieski). Brak danych (szary).

Uwaga: Dane dla Finlandii pochodzą z 2005 r., a dla Irlandii z 2006 r.

Opioidy: 1,3 miliona problemowych użytkowników

Nielegalnie stosowane opioidy mają nieproporcjonalnie duży udział, jeśli chodzi o śmiertelność i zachorowalność z powodu używania narkotyków w Europie. Podstawowym opioidem używanym w Europie jest heroina, którą można palić, wciągać przez nos lub wstrzykiwać. Na rynku narkotykowym dostępnych jest także wiele syntetycznych opioidów, takich jak buprenorfina, metadon i fentanyl. Używanie opioidów występuje najczęściej wśród zmarginalizowanych populacji na obszarach miejskich.

Europa doświadczyła dwóch fal uzależnienia od heroiny. Pierwsza dotknęła wiele krajów Europy Zachodniej, począwszy od połowy lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, a druga dotarła do Europy Środkowej i Wschodniej w połowie i pod koniec lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Mimo zmieniających się w ostatnim dziesięcioleciu trendów wydaje się, że ogólna liczba osób rozpoczynających używanie heroiny spada.

Szacuje się, że średnie roczne rozpowszechnienie problemowego używania opioidów przez osoby dorosłe (w wieku 15-64 lat) wynosi około 0,4%, co odpowiada 1,3 mln osób używających problemowo opioidów w Europie w

2012 r. Dane szacunkowe dotyczące wskaźników problemowego używania opioidów w krajach europejskich wahają się od mniej niż jednego do około ośmiu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15. do 64. roku życia (wykres 2.8).

Heroina: dalszy spadek zgłaszalności do leczenia

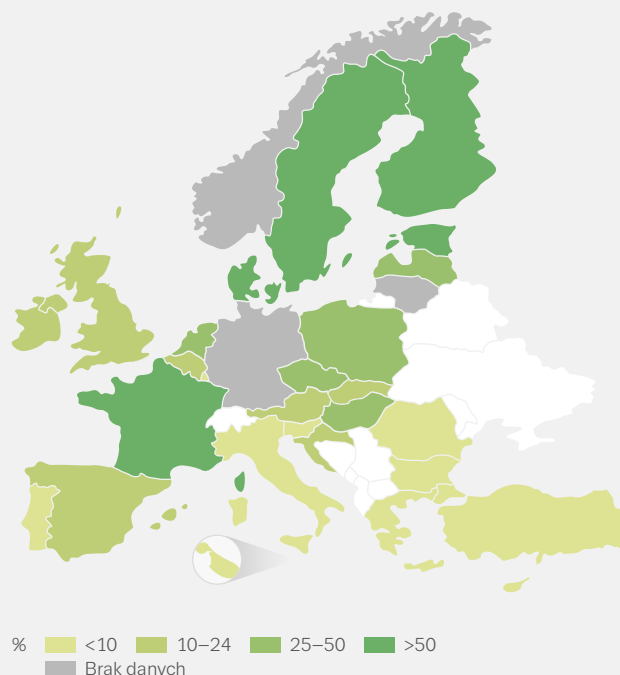
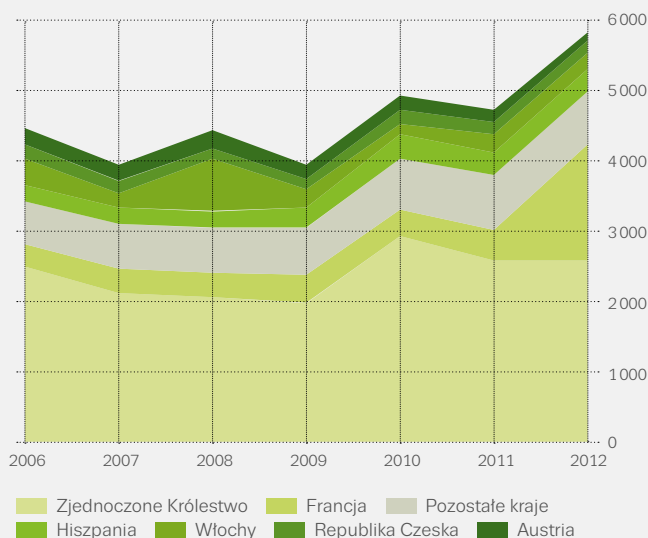
Osoby używające opioidów (głównie heroiny) jako podstawowego narkotyku stanowią 46% wszystkich użytkowników narkotyków, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie w 2012 r. w Europie (180 000 pacjentów) i około 26% pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie po raz pierwszy w życiu. Ogólna liczba osób rozpoczynających używanie heroiny w Europie spada. W 2007 r. było ich najwięcej (59 000), a w 2012 r. już prawie dwa razy mniej (31 000). Ogólnie wydaje się, że liczba osób rozpoczynających używanie heroiny spada, co ma wpływ na zapotrzebowanie na leczenie.

Opioidy inne niż heroina: coraz większe obawy

W 2012 r. w większości krajów europejskich (17) ponad 10% osób rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od opioidów nadużywało opioidów innych niż heroina (wykres 2.9). Były to takie substancje, jak metadon,

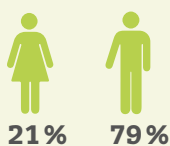
WYKRES 2.9

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

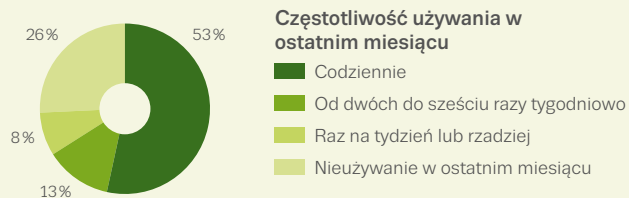


OSOBY UŻYWAJĄCE HEROINY ZGŁASZAJĄCE SIĘ DO LECZENIA

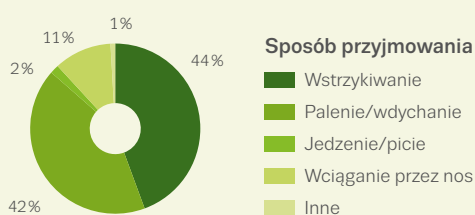
Charakterystyka



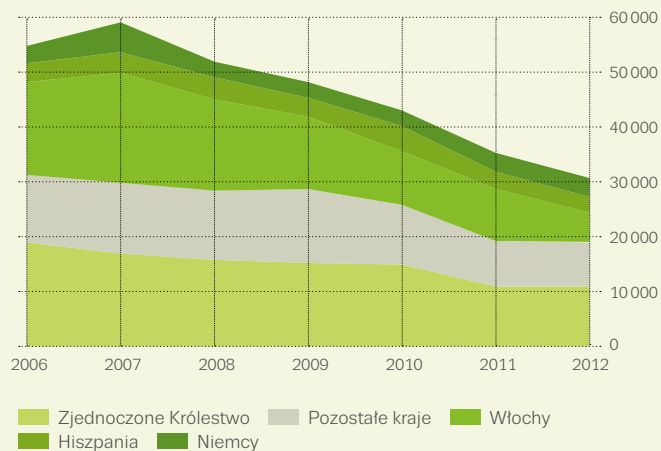
Średni wiek pierwszego użycia **22**
Średni wiek rozpoczęcia leczenia **36**



Sposób przyjmowania substancji



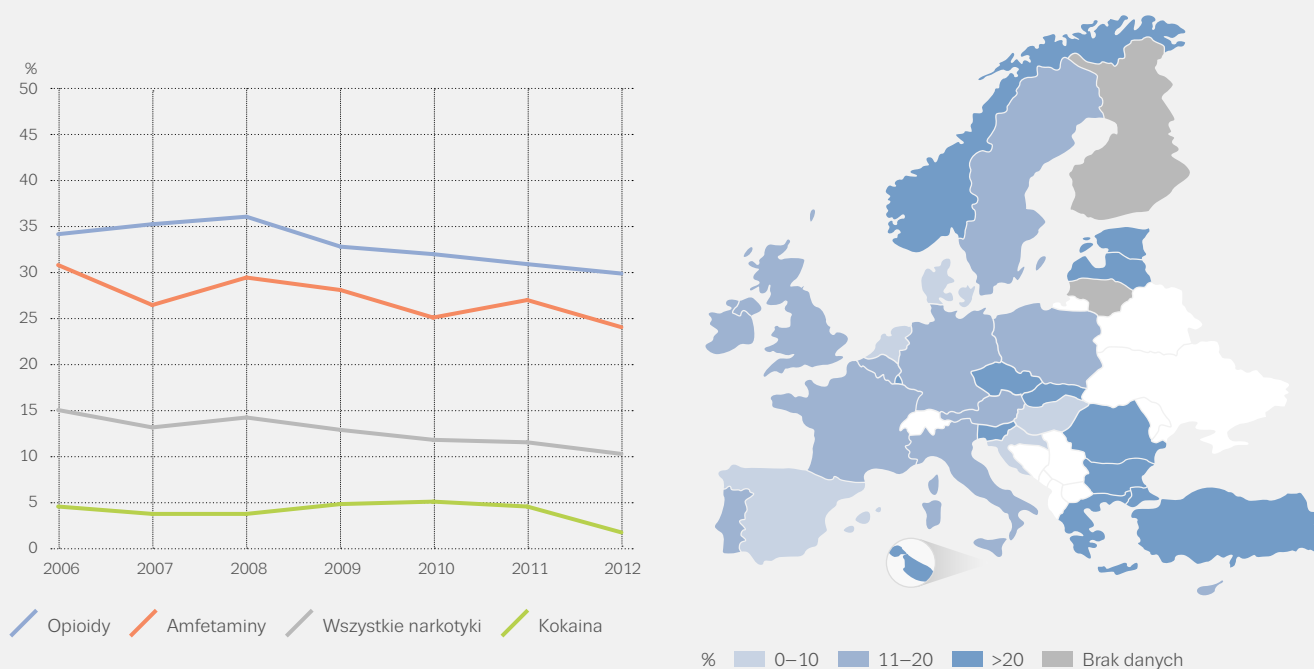
Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



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

WYKRES 2.10

Wskaźnik używania poprzez wstrzykiwanie w ciągu ostatniego miesiąca wśród osób objętych leczeniem: tendencje wśród osób rozpoczynających leczenie (po lewej) oraz wskaźniki krajowe dla wszystkich osób objętych leczeniem (po prawej)

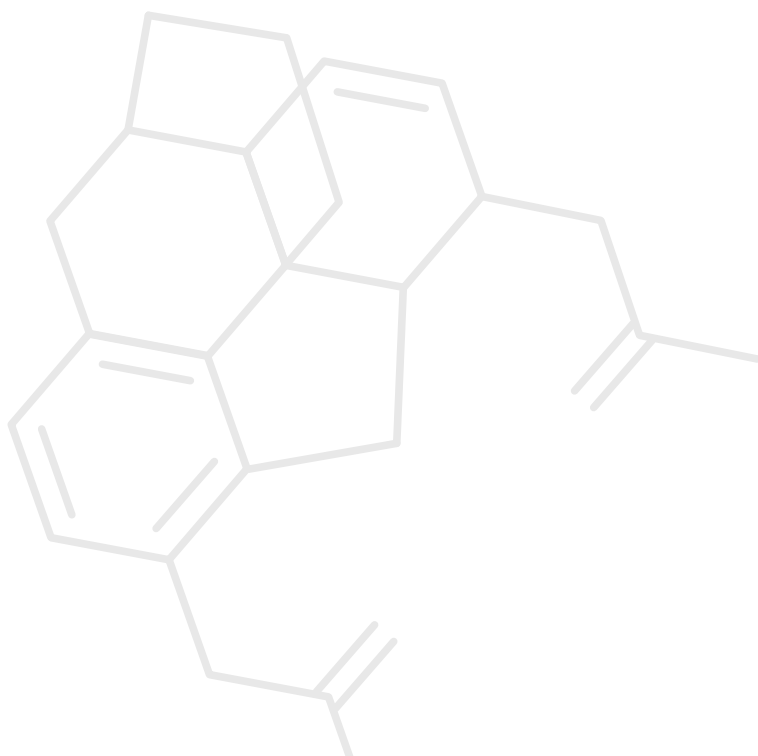


buprenorfina i fentanyl. W niektórych krajach używanie tych właśnie substancji stanowi obecnie najpowszechniejszą formę przyjmowania opioidów. W Estonii większość osób rozpoczynających leczenie z powodu opioidów używała fentanylu, natomiast w Finlandii większość pacjentów uzależnionych od opioidów zgłosiła jako narkotyk podstawowy buprenorfinę.

Analiza trendów czasowych wśród osób rozpoczynających leczenie w Europie wskazuje, że od 2006 r. wstrzykiwanie jako główna droga przyjmowania jest coraz rzadsze. Udział osób nowo przyjmowanych do leczenia, które zgłaszają wstrzykiwanie amfetamin, kokainy lub opioidów w ciągu ostatniego miesiąca, również zmniejszył się w tym samym okresie.

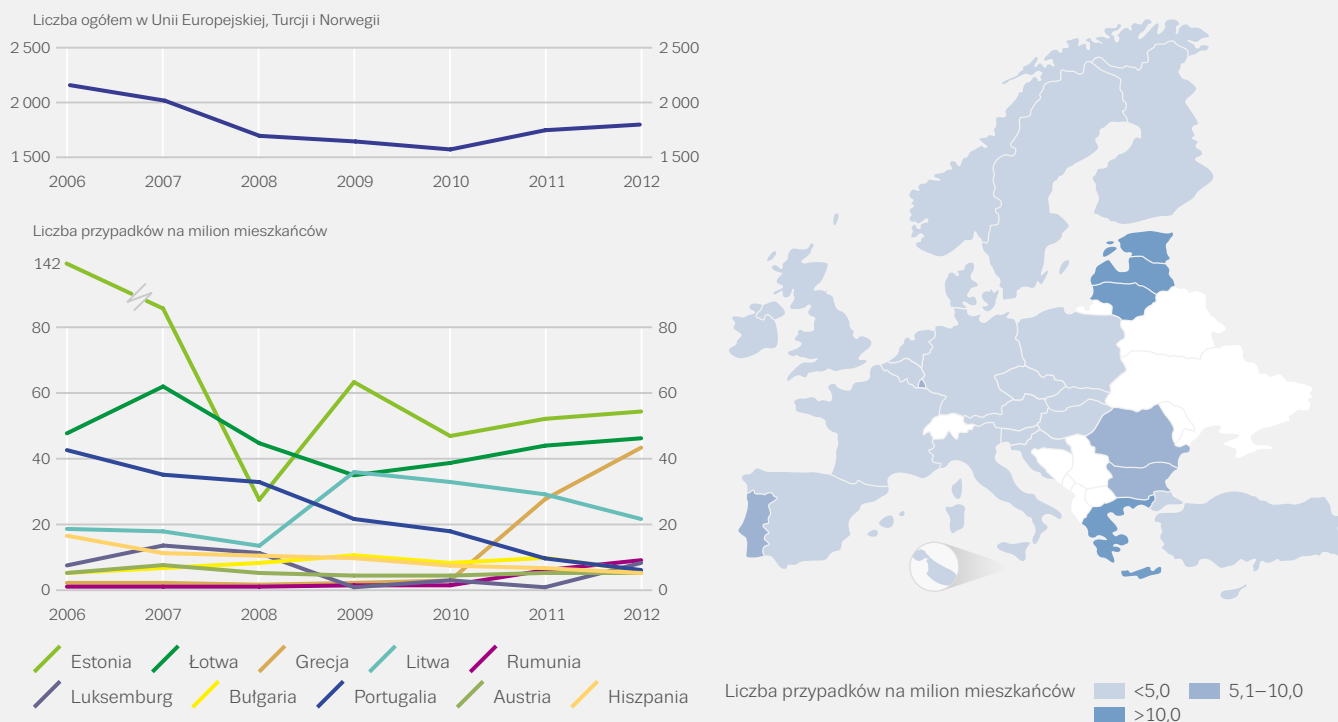
Przyjmowanie narkotyków przez wstrzykiwanie: długotrwały trend spadkowy

Osoby używające narkotyków drogą wstrzykiwania są w najwyższym stopniu narażone na problemy zdrowotne, takie jak zakażenia przenoszone przez krew lub przedawkowanie. Wstrzykiwanie najczęściej wiąże się z używaniem opioidów, chociaż w kilku krajach dużym problemem jest wstrzykiwanie amfetamin. Według dostępnych w 12 krajach oszacowań dotyczących przyjmowania narkotyków drogą wstrzykiwania liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków wahają się od mniej niż jednego do około sześciu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 lat. Spośród pacjentów rozpoczynających specjalistyczne leczenie 38% osób używających opioidów oraz 23% osób używających amfetaminy wskazało na przyjmowanie narkotyku drogą wstrzykiwania. Wśród użytkowników opioidów odsetek osób przyjmujących je drogą wstrzykiwania różni się w zależności od kraju i wynosi od niespełna 6% w Niderlandach do 100% na Litwie.



WYKRES 2.11

Nowo rozpoznane przypadki HIV związane z używaniem narkotyków drogą wstrzykiwania: tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



HIV: ogniska zakażeń mają wpływ na trendy ogólnounijne

Wstrzykiwanie narkotyków nadal odgrywa istotną rolę w przenoszeniu chorób zakaźnych przekazywanych przez krew, takich jak zapalenie wątroby typu C i, w niektórych krajach, HIV/AIDS. Według najnowszych danych długofalowy spadek liczby zdiagnozowanych przypadków HIV w Europie może zostać przerwany za sprawą ognisk zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki drogą wstrzykiwania w Grecji i Rumunii (wykres 2.11). W 2012 r. średni wskaźnik nowo zdiagnozowanych przypadków HIV związanych z przyjmowaniem narkotyków przez wstrzykiwanie wyniósł 3,09 na milion mieszkańców. Chociaż dokładne wartości wciąż podlegają weryfikacji, w 2012 r. odnotowano 1 788 nowych przypadków zakażenia HIV, nieco więcej niż w roku 2011 (1 732), co oznacza kontynuację trendu wzrostowego obserwowanego od 2010 r.

Podczas gdy w 2010 r. tylko nieco ponad 2% ogólnej liczby nowych przypadków HIV pochodziło z Grecji i Rumunii, do roku 2012 odsetek ten wzrósł do 37%. W innych krajach, takich jak Hiszpania i Portugalia, w których w przeszłości występowały okresy z dużą liczbą nowych zakażeń, tendencje dotyczące nowych rozpoznań są nadal spadkowe. Sytuacja jest jednak mniej pozytywna w Estonii,

gdzie wskaźnik nowych zakażeń pozostaje wysoki, oraz na Łotwie, gdzie wskaźniki roczne rosną od 2009 r.

Śmiertelność związana z HIV to najlepiej udokumentowana pośrednia przyczyna zgonów wśród osób używających narkotyków. Według najnowszych szacunków w 2010 r. w Europie na HIV/AIDS powiązany z przyjmowaniem narkotyków drogą wstrzykiwania zmarło około 1 700 osób. Mamy tutaj do czynienia z tendencją spadkową. Znacząca i rosnąca liczba zgonów wśród osób wstrzykujących narkotyki może być spowodowana również przez choroby wątroby, głównie związane z zakażeniem wirusem typu C (HCV) i często zaostrzone wskutek nadużywania alkoholu.

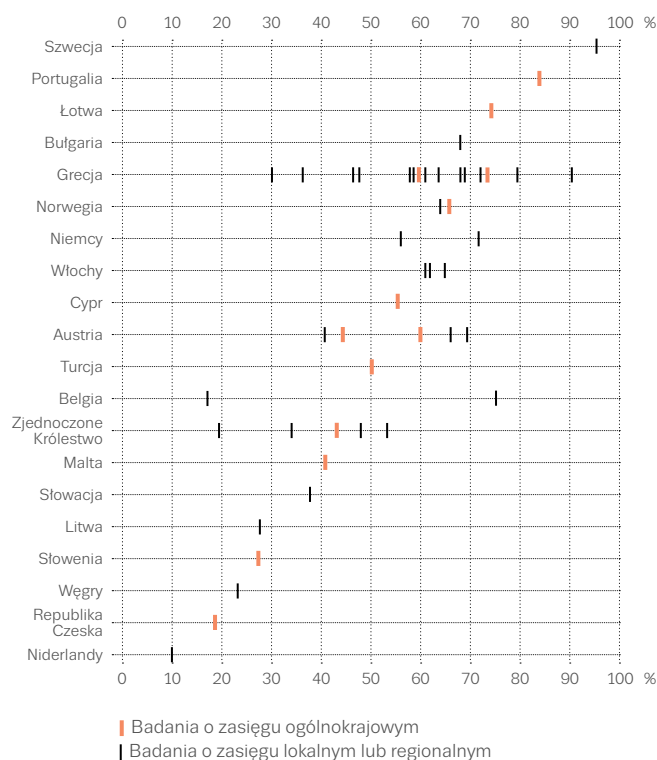
Śmiertelność związana z HIV to najlepiej udokumentowana pośrednia przyczyna zgonów wśród osób używających narkotyków

Wirusowe zapalenie wątroby i inne choroby zakaźne: poważne problemy zdrowotne

Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności zakażenie wywołane wirusem typu C (HCV), jest wysoce rozpowszechnione w całej Europie wśród osób przyjmujących narkotyki drogą wstrzykiwania. W latach 2011-2012 poziom rozpowszechnienia HCV w krajowych próbkach pobranych od osób przyjmujących narkotyki drogą wstrzykiwania wynosił od 19% do 84%, przy czym siedem z 11 krajów dysponujących danymi zgłaszało rozpowszechnienie HCV przekraczające 50% (wykres 2.12). Spośród krajów dysponujących krajowymi danymi dotyczącymi trendów w latach 2007-2012 Norwegia zgłosiła malejącą liczbę przypadków zakażenia HCV przez osoby przyjmujące narkotyki drogą wstrzykiwania, natomiast w siedmiu pozostałych krajach odnotowano wzrost.

WYKRES 2.12

Rozpowszechnienie występowania HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą wstrzykiwania, 2011/2012



Z reguły osoby umierające z przedawkowania mają trzydzieści kilka lat lub więcej, a ich średni wiek w chwili zgonu podnosi się

W 18 krajach, w odniesieniu do których dostępne są dane za lata 2011-2012, wstrzykiwanie narkotyków było przyczyną 64% wszystkich rozpoznanych przypadków HCV oraz 50% ostrych przypadków HCV (w przypadku gdy znana jest kategoria ryzyka). W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B osoby wstrzykujące narkotyki stanowią 9% wszystkich zgłoszonych przypadków oraz 21% przypadków ostrych. Używanie narkotyków może być czynnikiem ryzyka w przypadku innych chorób zakaźnych, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu A i D, chorób przenoszonych drogą płciową, gruźlicy, tężca i botulizmu. W Europie sporadycznie zgłaszane są także przypadki ognisk zakażeń wąglikiem, prawdopodobnie powodowanych zanieczyszczoną heroiną. Od czerwca 2012 r. do marca 2013 r. zgłoszono 15 przypadków zakażeń wąglikiem związanych z używaniem narkotyków, z czego siedem śmiertelnych.

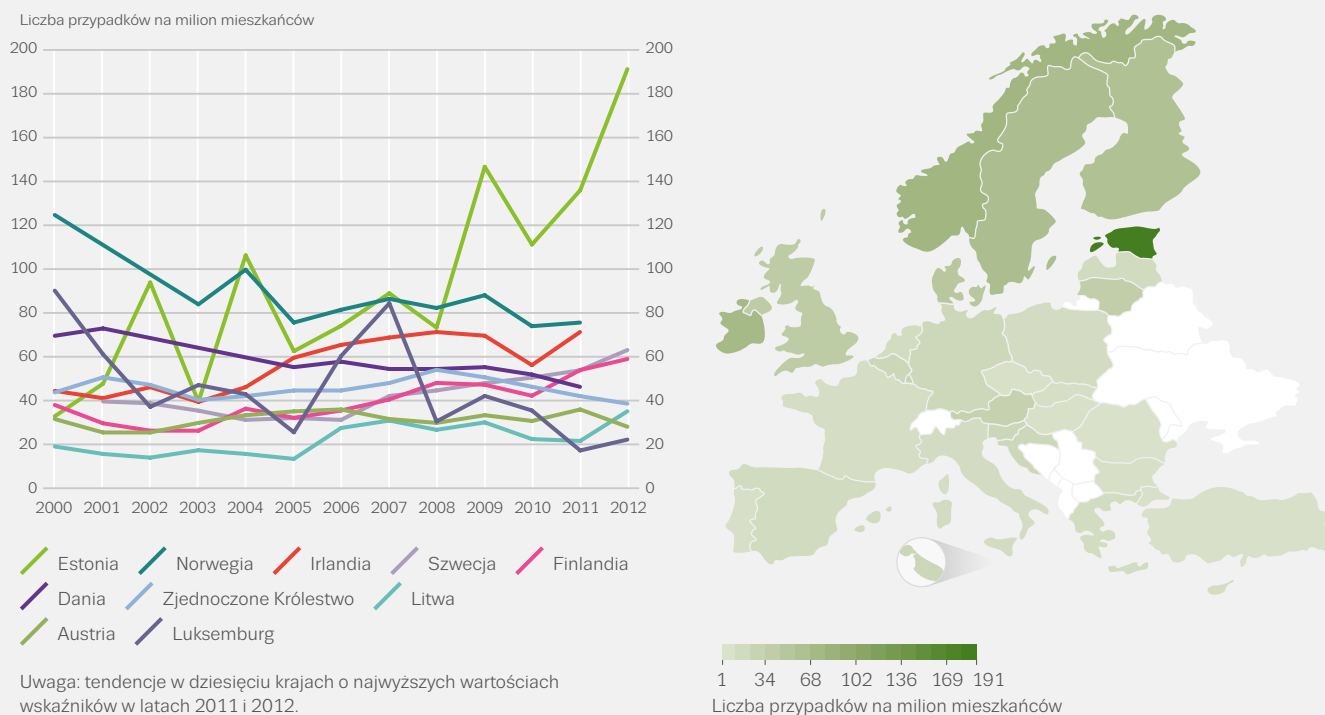
Liczba zgonów z przedawkowania: ogólny spadek, ale wzrost w niektórych krajach

Używanie narkotyków to jedna z głównych przyczyn umieralności młodych osób w Europie, zarówno bezpośrednio wskutek przedawkowania (zgony związane z narkotykami) lub pośrednio w następstwie chorób, wypadków, zachowań agresywnych i samobójstw związanych z narkotykami. Większość badań na kohortach osób problemowo używających narkotyków wykazuje śmiertelność rzędu 1-2% rocznie i szacuje się, że co rok w Europie umiera od 10 000 do 20 000 osób używających opioidów. Ogólnie rzecz biorąc, osoby używające opioidów są co najmniej 10 razy bardziej narażone na śmierć niż inne osoby w tym samym wieku i tej samej płci. W przypadku kobiet nadużywających opioidów ryzyko to w niektórych krajach może być nawet 30 razy większe.

Przedawkowanie pozostaje główną przyczyną zgonów wśród osób problemowo używających narkotyków. Heroina lub jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami, takimi jak alkohol lub benzodiazepiny, wykrywane są w większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym. Poza heroiną w raportach toksykologicznych regularnie pojawiają się także

WYKRES 2.13

Śmiertelność osób dorosłych (15-64 r.ż.) wskutek używania narkotyków: wybrane tendencje (po lewej) i najnowsze dane (po prawej)



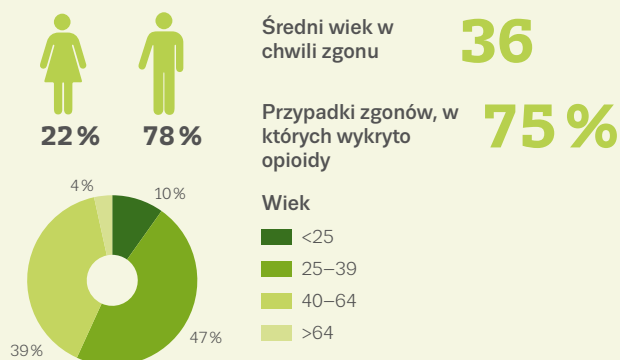
inne opioidy. Należą do nich metadon, buprenorfina, fentanyl i tramadol, a niektóre kraje zgłaszają, że substancje te są odpowiedzialne za znaczącą liczbę przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym. W dwóch krajach liczba przedawkowań związanych z metadonem przekracza liczbę tych związanych z heroiną. W większości przypadków, w których wykryto metadon, ofiara w chwili śmierci nie przyjmowała leczenia

substytucyjnego, tylko używała metadonu nielegalnie w kontekście używania wielu różnych narkotyków.

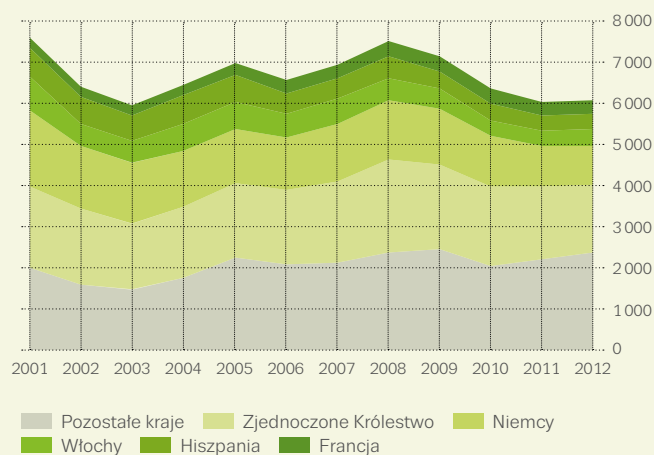
Chociaż zgony związane z narkotykami wśród bardzo młodych osób budzą duże obawy, tylko 10% zgonów z przedawkowania w Europie dotyczy osób poniżej 25. roku życia. Z reguły osoby umierające z przedawkowania mają trzydzieści kilka lat lub więcej, a ich średni wiek w chwili

ZGONY ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI

Charakterystyka



Tendencje dotyczące zgonów z przedawkowania



zgonu się podnosi, co wskazuje na starzejącą się kohortę osób problemowo używających opioidów. Większość zgłoszonych zgonów wskutek przedawkowania dotyczy mężczyzn (78%).

Średni wskaźnik umieralności wskutek przedawkowania w 2012 r. w Europie wynosi 17 zgonów na milion mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat. Krajowe wskaźniki umieralności są bardzo różne i mają na nie wpływ takie czynniki, jak wzory używania, w szczególności używanie przez wstrzykiwanie, charakterystyka populacji używających narkotyków oraz praktyki dotyczące zgłaszania. Sześć krajów zgłosiło wskaźniki wynoszące powyżej 40 zgonów na milion mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zgonów odnotowano w Norwegii (76 na milion mieszkańców) i Estonii (191 na milion mieszkańców) (wykres 2.13). Gwałtownie wzrosła liczba zgonów z przedawkowania w Estonii, co ilustruje wpływ różnych wzorów spożywania narkotyków na wyniki krajowe – w Estonii zgony z przedawkowania są związane przede wszystkim z używaniem fentanyli, czyli silnych opioidów syntetycznych.

W większości krajów w okresie od 2003 r. do 2008/2009 r. odnotowano tendencję wzrostową, jeśli chodzi o zgony spowodowane przedawkowaniem. W późniejszym okresie ogólny poziom zgonów ustabilizował się, a następnie zaczął spadać. Ogólnie w roku 2012 zgłoszono około 6 100 zgonów z przedawkowania. Liczba ta jest zbliżona do danych z 2011 r. i stanowi spadek w porównaniu z liczbą 7 100 przypadków w roku 2009. Sytuacja różni się jednak w zależności od kraju. Niektóre państwa wciąż odnotowują wzrost tego wskaźnika.

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA**2014**

Injection of cathinones, Perspectives on drugs.

2013

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

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

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

2012

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

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

Wspólne publikacje EMCDDA i ESPAD**2012**

Streszczenie – Raport ESPAD z 2011 r.

Wspólne publikacje EMCDDA i ECDC**2012**

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

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

3

**Niniejszy rozdział dotyczy
interwencji mających na celu
zapobieganie, naprawę i redukcję
szkód związanych z używaniem narkotyków**

Reakcje na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym

Niniejszy rozdział dotyczy interwencji mających na celu zapobieganie, naprawę i redukcję szkód związanych z używaniem narkotyków. W rozdziale tym przeanalizowano, czy kraje przyjęły wspólne podejście, do jakiego stopnia opierają się na dowodach naukowych oraz, czy dostępność świadczeń odpowiada szacunkowym potrzebom.

Monitorowanie reakcji w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym

Niniejszy rozdział opiera się na rocznych ocenach krajowych przekazywanych przez punkty kontaktowe EMCDDA. Ich uzupełnienie stanowią dane na temat zapotrzebowania na leczenie, leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów oraz dostarczania igieł i strzykawek. W przypadku gdy niedostępne są bardziej sformalizowane dane, uzupełniające informacje na temat dostępności usług pochodzą z ekspertyz. Niniejszy rozdział wykorzystuje także przeglądy dostępnych dowodów naukowych na temat skuteczności interwencji w zakresie zdrowia publicznego.

Informacje uzupełniające można znaleźć na stronie internetowej EMCDDA w zakładce *Health and social responses profiles* (Profile reakcji w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym), w obszarze *European Drug Report: Data and statistics* (Europejski raport narkotykowy: dane i statystyki) oraz na portalu najlepszych praktyk *Best practice portal*.

Profilaktyka antynarkotykowa w przypadku szczególnie narażonych grup młodych osób

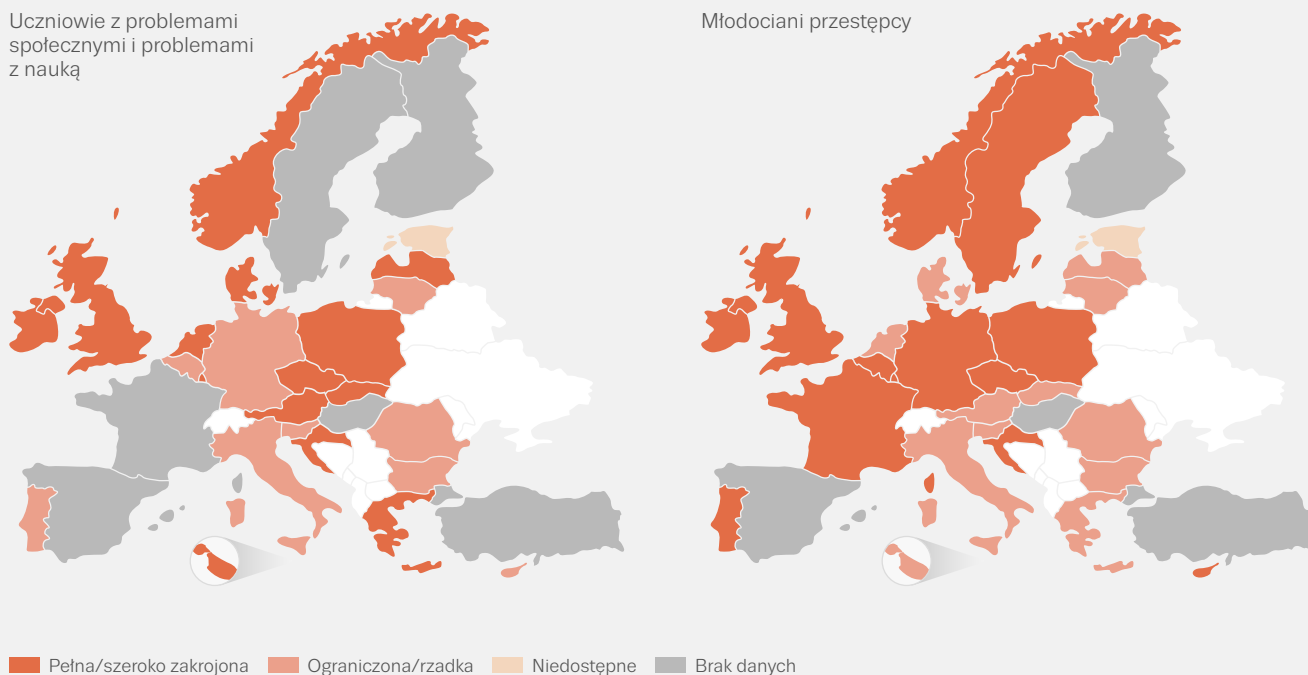
W celu przeciwdziałania używaniu narkotyków oraz rozwiązywania problemów związanych z narkotykami stosuje się liczne strategie profilaktyczne. Strategie środowiskowe i uniwersalne ukierunkowane są na całą populację; profilaktyka selektywna dotyczy grup szczególnie wrażliwych, które mogą być bardziej narażone na problemowe używanie narkotyków, natomiast profilaktyka wskazująca koncentruje

WYKRES 3.1

Dostępność specjalnych interwencji w ramach profilaktyki antynarkotykowej skierowanych do wybranych grup szczególnie narażonych (ekspertyzy, 2012)

Uczniowie z problemami społecznymi i problemami z nauką

Młodociani przestępcy



się na osobach zagrożonych. Tegoroczny raport koncentruje się na profilaktyce selektywnej, ponieważ istnieje coraz więcej dowodów na skuteczność programów, które skupiają się na ustalaniu norm, restrukturyzacji środowiskowej, motywowaniu, umiejętnościach i podejmowaniu decyzji. Wiele programów wciąż opiera się jednak na informowaniu, zwiększaniu świadomości i doradztwie, chociaż dowody na skuteczność takiego podejścia są skąpe.

Dwie najważniejsze grupy docelowe interwencji z zakresu profilaktyki selektywnej to uczniowie z problemami w nauce i problemami społecznymi oraz młodociani przestępcy (wykres 3.1). Zgodnie z ocenami ekspertów w latach 2007-2010 zwiększyła się ogólna ilość interwencji skierowanych do tych grup, chociaż nie zaobserwowano dalszych zmian w roku 2013.

Jeżeli chodzi o interwencje skierowane do uczniów, to dowody wskazują na to, że strategie poprawiające atmosferę w szkole mogą prowadzić do mniejszego używania narkotyków. Strategie w tym obszarze obejmują szkolenie nauczycieli oraz środki mające na celu zwiększenie zaangażowania uczniów oraz promowanie pozytywnego etosu szkoły. Inne strategie profilaktyczne ukierunkowane na uczniów mają zwiększyć ich samokontrolę i pomagać w zdobywaniu kompetencji społecznych, a strategie ukierunkowane na rodzinę mają zwiększyć umiejętności wychowawcze rodziców.

W przypadku młodocianych przestępców większość krajów zgłosiła wprowadzenie środków alternatywnych wobec sankcji karnych. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj program FreD – zestaw podręcznikowych interwencji, który został już wdrożony w 15 państwach członkowskich UE. Oceny tego programu wskazują na spadek wielokrotnych wykroczeń.

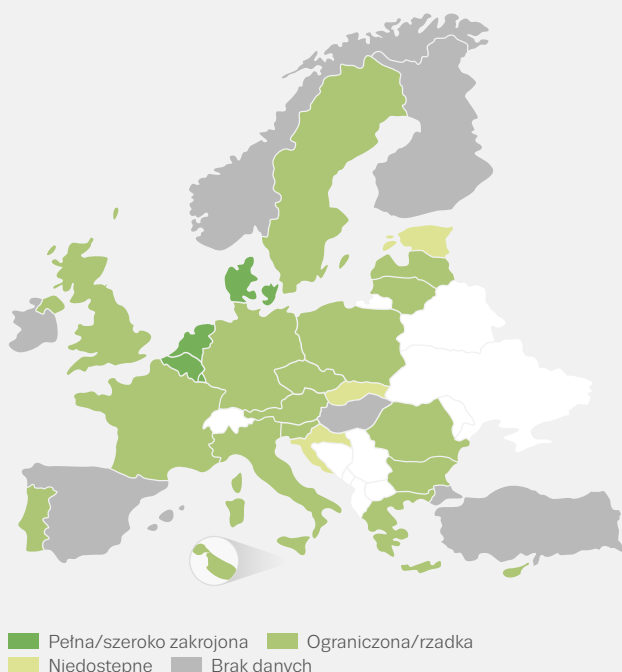
Redukcja szkód w klubach nocnych: potrzebne jest zintegrowane podejście

Powiązanie między nocną sceną klubową a niektórymi wzorami wysoko ryzykownego używania narkotyków i alkoholu jest dobrze znane. Mimo to, tylko niewielka część krajów europejskich wdrożyła strategie prewencyjne w tym obszarze (wykres 3.2), a ekspertyzy wskazują na ogólny spadek działań w latach 2010-2013.

Na szczeblu europejskim standardy wypracowane przez Club Health i Safer Nightlife oferują wytyczne w zakresie wdrażania programów prewencyjnych w środowisku klubowym. Jeżeli chodzi o redukcję szkód, to uzyskano pozytywne wyniki zintegrowanych, środowiskowych strategii profilaktycznych, które obejmują takie elementy, jak odpowiedzialne serwowanie, szkolenie pracowników obsługi baru i pracowników ochrony oraz współpraca z organami ścigania.

WYKRES 3.2

Dostępność interwencji z zakresu profilaktyki antynarkotykowej w klubach nocnych (ekspertyzy, 2012)



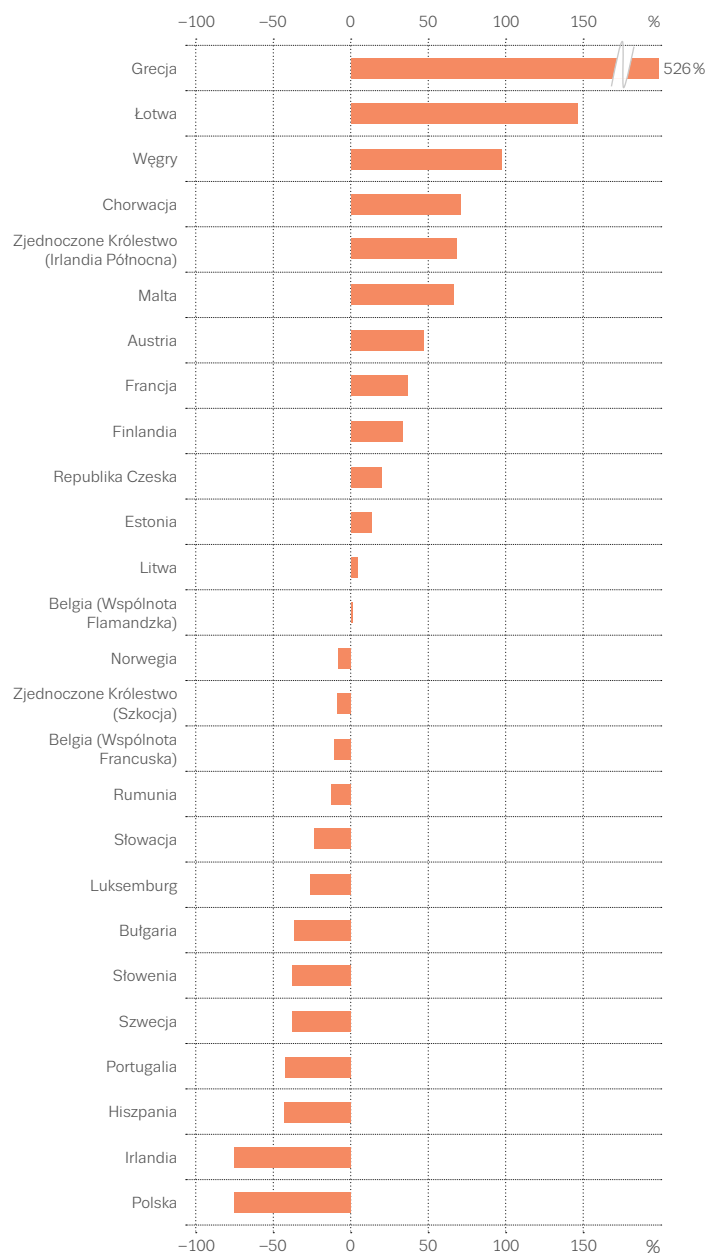
Szczególne obawy budzi ryzyko, na jakie narażeni są młodzi ludzie wracający z nocnych klubów do domu po spożyciu alkoholu i narkotyków. Ostatnie badania wskazują, że ukierunkowane kampanie medialne, wraz z ofertą bezpłatnego nocnego transportu, mogą ograniczyć liczbę wypadków drogowych spowodowanych jazdą pod wpływem alkoholu. Niemniej jednak, interwencje ukierunkowane na jazdę pod wpływem narkotyków są rzadkie.

Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych

Osoby używające narkotyków, zwłaszcza przez wstrzykiwanie, są zagrożone chorobami zakaźnymi wskutek dzielenia się sprzętem do przyjmowania narkotyków oraz nawiązywania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia. W związku z tym zapobieganie przenoszeniu się HIV, wirusowego zapalenia wątroby oraz innych zakażeń to ważny cel europejskiej polityki antynarkotykowej. W przypadku osób używających opioidów przez wstrzykiwanie wykazano, że leczenie substytucyjne ogranicza zachowania ryzykowne, a inne badania wskazują, że skutek ochronny zwiększa się w połączeniu z programami wymiany igieł i strzykawek.

WYKRES 3.3

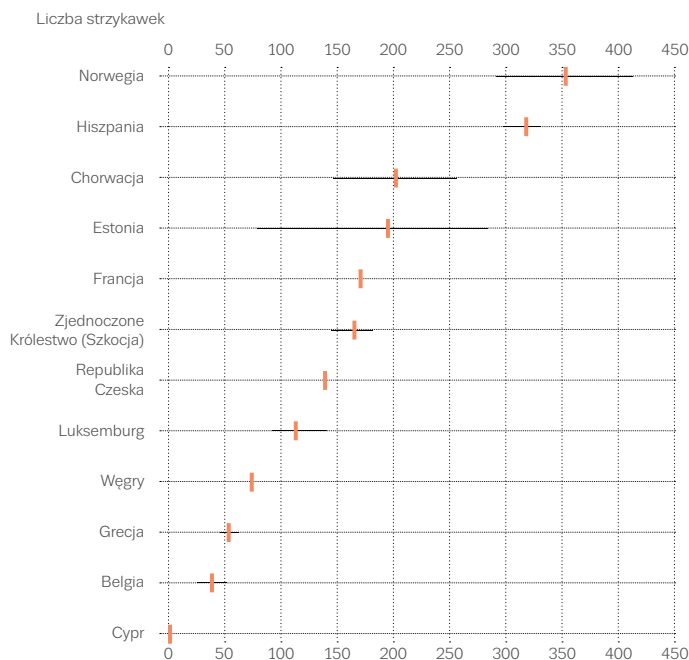
Zmiana liczby strzykawek rozdawanych w ramach specjalistycznych programów w latach 2007-2012



Liczba strzykawek rozdanych w Europie w ramach specjalnych programów wzrosła (w 26 krajach), od 42,9 mln strzykawek w 2007 r. do 46,0 mln w 2012 r. Na poziomie krajowym widoczne są już rozbieżności – w około połowie krajów liczba ta wzrosła, a w połowie spadła (wykres 3.3). Wzrost można wytłumaczyć zwiększeniem dystrybucji, niekiedy od niskiego poziomu. Spadek można wytłumaczyć spadkiem dostępności świadczeń lub spadkiem liczby klientów. Wśród 12 krajów posiadających aktualne dane na temat liczby osób wstrzykujących średnia liczba strzykawek rozdanych w 2012 r. w ramach specjalistycznych programów, przypadająca na jedną osobę wstrzykującą narkotyki, wyniosła od zera na Cyprze do ponad 300 w Hiszpanii i Norwegii (wykres 3.4).

WYKRES 3.4

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



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

Ogniska nowych zakażeń HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki zostały zgłoszone przez Grecję i Rumunię, jak zauważono w rozdziale 2. Był to bodziec do przeprowadzenia oceny ryzyka, aby sprawdzić, czy inne kraje również mogą być narażone na nowe ogniska zakażeń HIV. Przegląd najważniejszych wskaźników potencjalnego ryzyka pokazano na wykresie 3.5. W oparciu o wyniki tej prostej analizy można stwierdzić, że w około jednej trzeciej krajów istnieją pewne czynniki ryzyka, co wskazuje na konieczność zachowania czujności i ewentualnego rozszerzenia zakresu profilaktyki HIV.

Środki profilaktyczne przeciwko rozprzestrzenianiu się wirusowego zapalenia wątroby typu C są podobne do tych dotyczących HIV. Na szczeblu strategicznym coraz więcej krajów przyjmuje lub przygotowuje specjalne strategie dotyczące WZW typu C. Inicjatywy skierowane na badanie i doradztwo w zakresie WZW typu C dla osób wstrzykujących narkotyki pozostają ograniczone. Pomimo rosnących dowodów na skuteczność leczenia przeciwwirusowego WZW C w przypadku osób wstrzykujących narkotyki, takie leczenie jest rzadko oferowane.

WYKRES 3.5

Podsumowanie wskaźników podwyższonego ryzyka zakażeń HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki

	Belgia	Bułgaria	Republika Czeska	Dania	Niemcy	Estonia	Irlandia	Grecja	Hiszpania	Francja	Chorwacja	Włochy	Cypr	Łotwa	Litwa	Luksemburg	Węgry	Malta	Niderlandy	Austria	Polska	Portugalia	Rumunia	Słowenia	Słowacja	Szwecja	Finlandia	Wielka Brytania	Turcja	Norwegia
Rozpowszechnienie HIV i tendencje																														
Rozpowszechnienie wstrzykiwania narkotyków i tendencje (ryzyko przenoszenia)																														
Objęcie leczeniem substytucyjnym – mniej niż 30%																														
Zapewnienie igieł i strzykawek – mniej niż 100 strzykawek na jedną osobę przyjmującą narkotyki drogą wstrzykiwania																														

Nie zidentyfikowano żadnego z następujących czynników ryzyka: wzrost liczby przypadków HIV lub rozpowszechnienia HIV lub HCV; wzrost ryzyka przenoszenia choroby; niski stopień interwencji.

Możliwe występowanie czynników ryzyka: regionalny wzrost rozpowszechnienia lub ryzyka przenoszenia HIV lub HCV; odpowiedni, ale nieistotny wzrost na szczeblu krajowym.

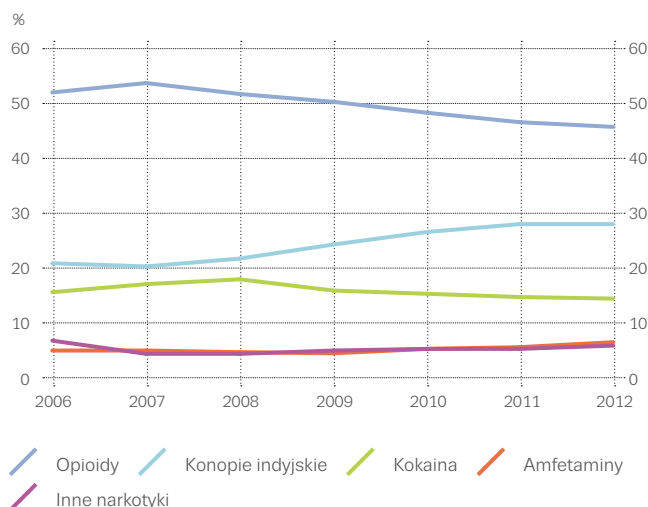
Występowanie czynników ryzyka: istotny wzrost liczby przypadków HIV lub rozpowszechnienia HIV lub HCV; wzrost ryzyka przenoszenia choroby; niski stopień interwencji.

ECDC lub EMCDDA nie mają dostępu do danych.

Na podstawie Eurosurveillance 2013;18(48):pii=20648.

WYKRES 3.6

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



Zapobieganie przedawkowaniom i zgonom związanym z narkotykami

Zmniejszenie liczby przypadków przedawkowania narkotyków ze skutkiem śmiertelnym i innych zgonów związanych z narkotykami pozostaje podstawowym wyzwaniem dla europejskiej polityki w obszarze zdrowia publicznego. Ukierunkowane reakcje w tym obszarze skupiają się albo na zapobieganiu przedawkowaniom, albo na zwiększaniu prawdopodobieństwa przeżycia przedawkowania. Leczenie uzależnienia od narkotyków, w szczególności leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów, zapobiega przedawkowaniom i zmniejsza ryzyko zgonu u osób używających narkotyków. Szkolenie w zakresie reagowania w przypadku przedawkowania oraz dystrybucja naloksonu, będącego antagonistą opioidów, mogą uratować życie w sytuacji przedawkowania. Jedną z interwencji, której celem jest ograniczenie przypadków przedawkowania i zwiększenie szans na przeżycie w przypadku przedawkowania, jest udostępnianie nadzorowanych pomieszczeń do konsumpcji narkotyków. Takie pomieszczenia dostępne są obecnie w sześciu państwach członkowskich UE i w Norwegii – w sumie istnieją 73 takie obiekty. W ciągu ostatnich trzech lat kilka takich obiektów w Niderlandach zostało zamkniętych ze względu na spadek zapotrzebowania, a z kolei w Danii otwarto cztery nowe i jeden w Grecji.

Ponad milion Europejczyków objętych leczeniem uzależnienia od narkotyków

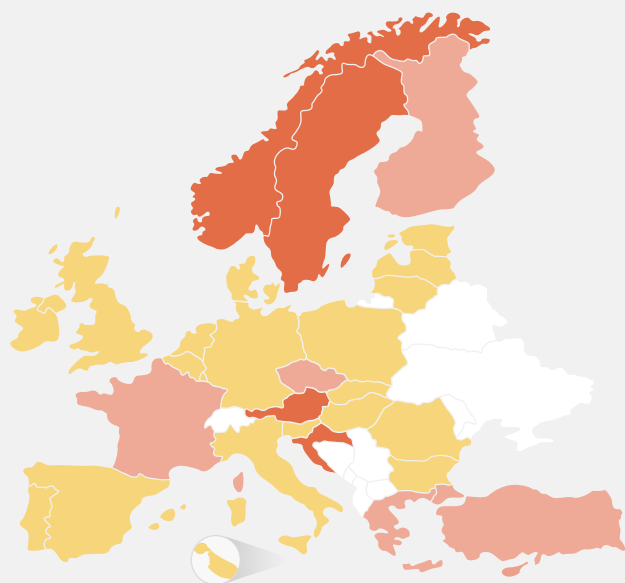
Szacuje się, że w Europie w 2012 r. co najmniej 1,3 mln osób poddano leczeniu uzależnienia od narkotyków. Najliczniejszą grupę objętą leczeniem stanowią osoby używające opioidów. Ponadto dane dotyczące podejmowania leczenia (wykres 3.6) wskazują, że osoby używające konopi indyjskich i kokainy stanowią odpowiednio drugą i trzecią pod względem liczebności grupę podejmującą leczenie, aczkolwiek dostrzegalne są różnice między poszczególnymi krajami.

W większości leczenie odbywa się w warunkach ambulatoryjnych, w takich placówkach jak ośrodki specjalistyczne, zakłady ogólnej opieki zdrowotnej, w tym gabinety lekarzy pierwszego kontaktu, i programy niskoprogowe. Duża część leczenia uzależnień odbywa się też w placówkach stacjonarnych, takich jak specjalistyczne ośrodki leczenia uzależnień, społeczności terapeutyczne i placówki szpitalne (np. szpitale psychiatryczne). Nowym i innowacyjnym podejściem do leczenia jest świadczenie usług przez Internet, co umożliwia osobom poszukującym pomocy uczestnictwo w programach leczenia we własnym domu.

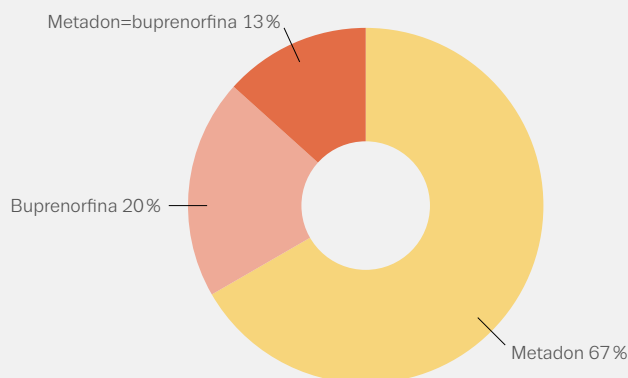
Najbardziej powszechnym rodzajem leczenia uzależnienia od opioidów w Europie jest leczenie substytucyjne, na ogół zintegrowane z interwencjami psychospołecznymi. Dostępne dowody przemawiają za stosowaniem takiego łączonego podejścia, które zachęca pacjentów do kontynuacji terapii, a także pozwala na ograniczenie używania nielegalnych opioidów oraz zmniejszenie skali występowania szkód i zgonów związanych z narkotykami. Interwencje psychospołeczne to podstawowy rodzaj leczenia stosowany w przypadku osób uzależnionych od substancji pobudzających, przy czym badania wskazują, że pozytywne rezultaty przynosi zarówno terapia poznawczo-behawioralna, jak i wzmacnianie motywacji do pozytywnych zachowań. Coraz więcej krajów oferuje już leczenie przeznaczone specjalnie dla osób uzależnionych od konopi indyjskich, a dostępne dane wspierają stosowanie kombinacji terapii poznawczo-behawioralnej, wywiadu motywacyjnego i wzmacniania motywacji do pozytywnych zachowań. Są również dowody wskazujące na skuteczność wielowymiarowej terapii rodzinnej w przypadku młodych osób używających konopi indyjskich.

WYKRES 3.7

Podstawowy lek stosowany w leczeniu substytucyjnym uzależnienia od opiatów na szczeblu krajowym (po lewej) i udział poszczególnych leków w leczeniu wszystkich pacjentów w Europie (po prawej)



Metadon Buprenorfina Metadon=buprenorfina



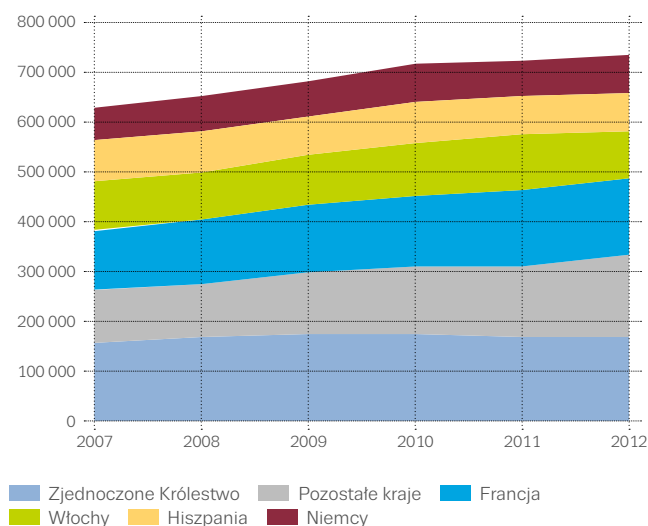
Leczenie substytucyjne: podstawowa metoda leczenia pacjentów w trybie ambulatoryjnym

Najczęściej przepisywanym lekiem substytucyjnym jest metadon – otrzymuje go do dwóch trzecich pacjentów, podczas gdy większości pozostałych pacjentów (około 20%) przepisuje się buprenorfinę, która jest podstawowym lekiem substytucyjnym w sześciu krajach (wykres 3.7). Około 6% lecznictwa substytucyjnego w Europie opiera się na przepisywaniu innych substancji, takich jak morfina o powolnym uwalnianiu lub diacetylmorfina (heroina).

W 2012 r. w Europie leczenie substytucyjne otrzymało około 734 000 osób używających opioidów. Liczba ta niewiele odbiega od wartości z 2011 r. (726 000), ale przewyższa dane szacunkowe dla roku 2007 (630 000, zob. wykres 3.8). W 2012 r. pięć krajów zgłosiło ponad 25%-owy wzrost liczby pacjentów w porównaniu z danymi szacunkowymi za poprzedni rok. Największy procentowy wzrost zgłosiła Turcja (250%), następnie Grecja (45%) i Łotwa (28%). Wzrost w tych trzech krajach nastąpił jednak w odniesieniu do stosunkowo niskich wartości podstawowych. Z kolei w tym samym okresie w Rumunii odnotowano największy procentowy spadek szacunkowej liczby pacjentów (-30%).

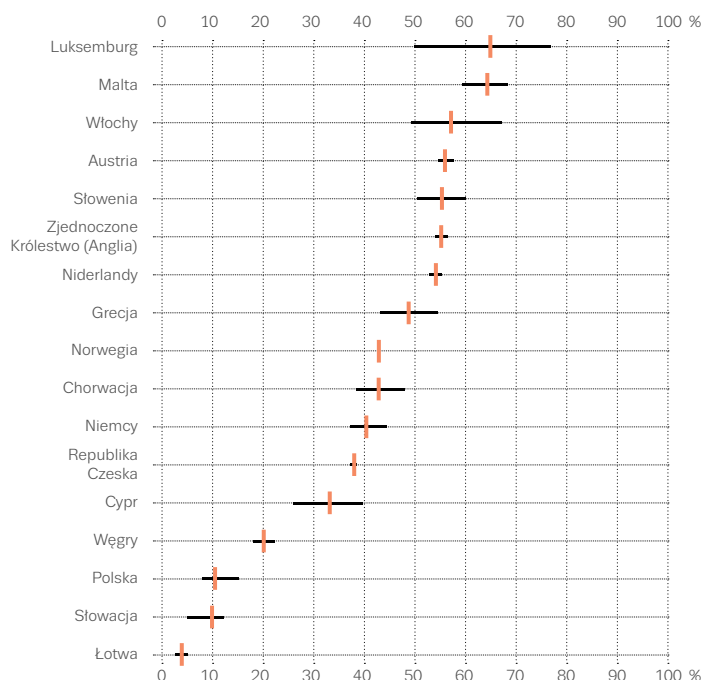
WYKRES 3.8

Trendy dotyczące liczby pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów



WYKRES 3.9

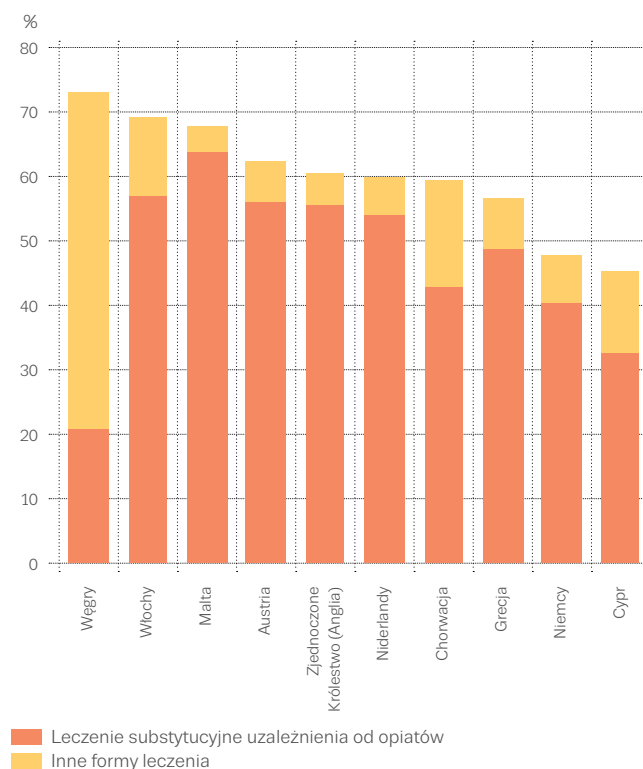
Odsetek osób problemowo używających opioidów objętych leczeniem substytucyjnym (dane szacunkowe)



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

WYKRES 3.10

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



■ Leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów
■ Inne formy leczenia

Dostępność leczenia: ponad połowa osób używających opioidów otrzymuje leczenie substytucyjne

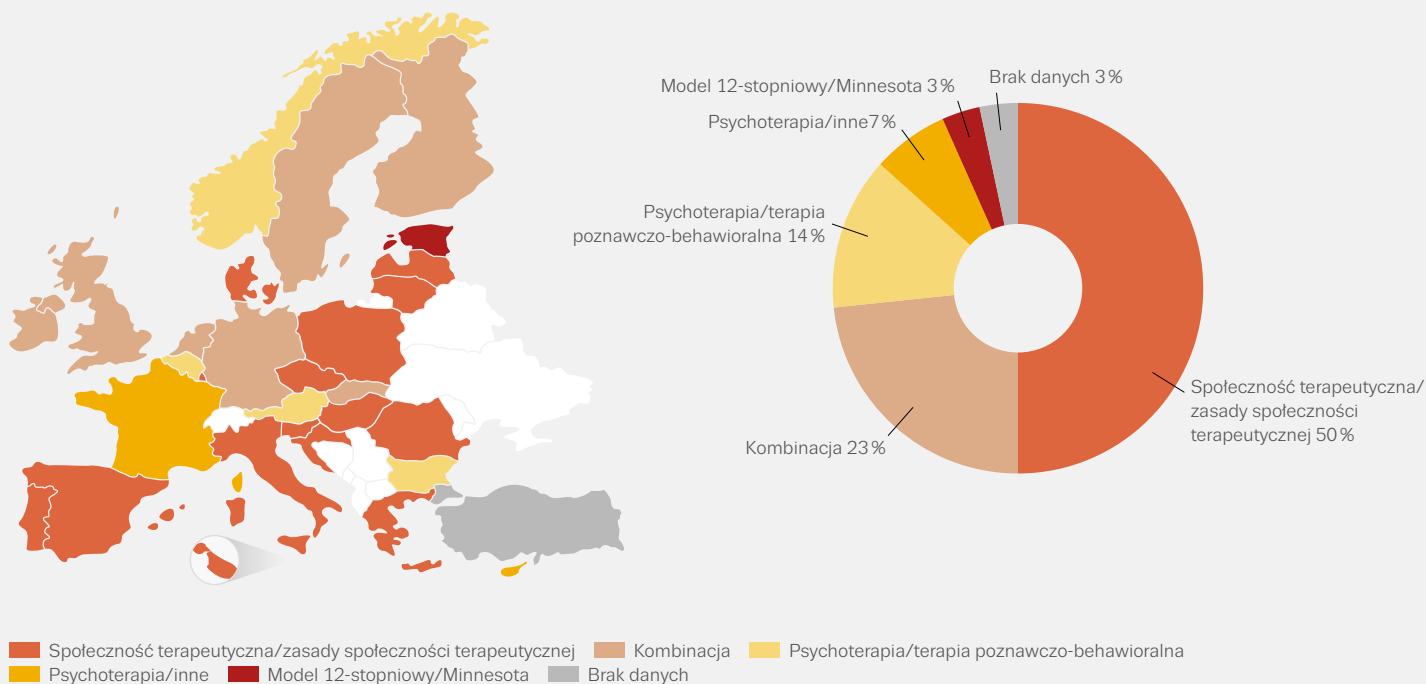
Szacuje się, że wskaźnik pokrycia leczeniem substytucyjnym uzależnienia od opiatów, czyli udział osób potrzebujących objętych interwencją, wynosi ponad 50% osób problemowo używających opioidów w Europie. Oszacowanie to należy traktować ostrożnie ze względów metodologicznych, ale w wielu krajach większość osób używających opioidów ma lub miała kontakt z leczeniem. Wciąż istnieją jednak duże różnice dotyczące wskaźnika pokrycia w poszczególnych krajach. Najniższy wskaźnik pokrycia (około 10% lub mniej) odnotowano na Łotwie, Słowacji i w Polsce (wykres 3.9).

We wszystkich krajach europejskich stosuje się leczenie osób używających opioidów bez podawania leków substytucyjnych. W dziesięciu krajach, które dysponują wystarczającymi danymi, dostępność innych form leczenia niż leczenie substytucyjne obejmuje zasadniczo od 3% do 17% wszystkich osób problemowo używających opioidów, osiągając 50% na Węgrzech (wykres 3.10).



WYKRES 3.11

Najważniejsze modele terapeutyczne stosowane we wszystkich programach stacjonarnych według ogólnej liczby na szczeblu krajowym (po lewej) i europejskim (po prawej), 2011 r.



Leczenie stacjonarne: przeważa podejście oparte na społecznościach terapeutycznych

W większości europejskich krajów programy leczenia stacjonarnego stanowią ważny element leczenia i rehabilitacji osób używających narkotyków. Według ostatniego badania EMCDDA w Europie działa 2 500 ośrodków leczenia, przy czym ponad dwie trzecie z nich znajduje się tylko w sześciu krajach: w Niemczech, Hiszpanii, Irlandii, we Włoszech, w Szwecji i w Zjednoczonym Królestwie. Największą grupę stanowią placówki oparte na społecznościach (2 330), przy czym w 17 krajach wszystkie ośrodki leczenia to placówki tego typu. Ponadto w Europie zidentyfikowano także 170 szpitalnych programów leczenia.

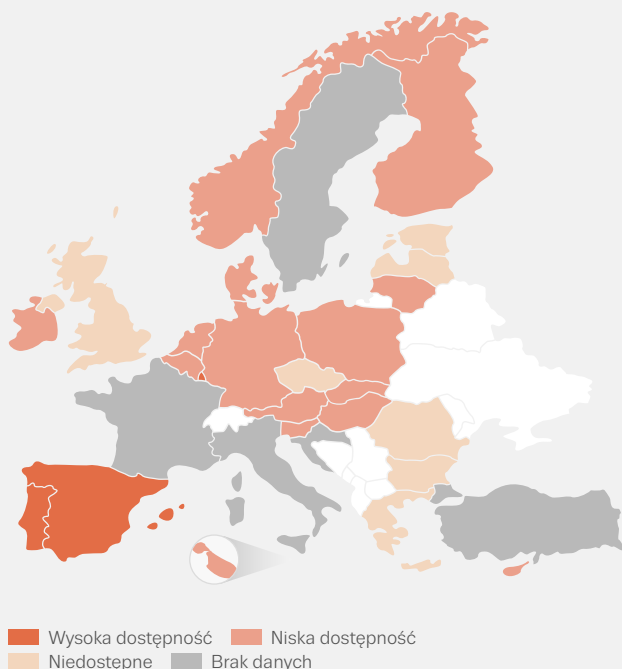
Wiele programów leczenia stacjonarnego koncentruje się na zdrowiu, funkcjonowaniu osobistym i społecznym oraz na lepszej jakości życia. Wśród programów stacjonarnych można wyróżnić cztery główne podejścia terapeutyczne: 12-stopniowy model Minnesota; podejście oparte na społecznościach terapeutycznych; psychoterapia przy użyciu terapii poznawczo-behawioralnej oraz psychoterapia przy użyciu innych modeli opieki. Z powyższych opcji „model społeczności terapeutycznej” przeważa w 15 krajach (wykres 3.11).

Brak jest niezbitych dowodów, które potwierdzałyby skuteczność leczenia przy całkowitym odstawieniu narkotyków w ramach społeczności terapeutycznych, częściowo ze względu na trudności metodologiczne w analizie wyników leczenia w tym obszarze. Większość badań na ten temat w Europie ogranicza się do badań obserwacyjnych, których wnioski z konieczności muszą być orientacyjne. Zasadniczo jednak badania te wskazują na pozytywne wyniki leczenia w przypadku dłuższego pobytu w ośrodku i ukończenia leczenia. Prawie wszystkie badania obserwacyjne donoszą, że członkowie społeczności terapeutycznych używają mniej narkotyków i rzadziej są zatrzymywani przez policję, a także poprawia się ich jakość życia.

Chociaż w przeszłości wszystkie programy leczenia stacjonarnego odbywały się przy całkowitym wykluczeniu używania narkotyków, aktualne dane wskazują, że coraz częściej stosuje się leczenie substytucyjne jako część programów leczenia stacjonarnego dla osób używających opioidów. Osiemnaście z 25 krajów przekazujących dane zgłosiło pewien poziom włączenia substytucji opioidowej do programów leczenia stacjonarnego (wykres 3.12).

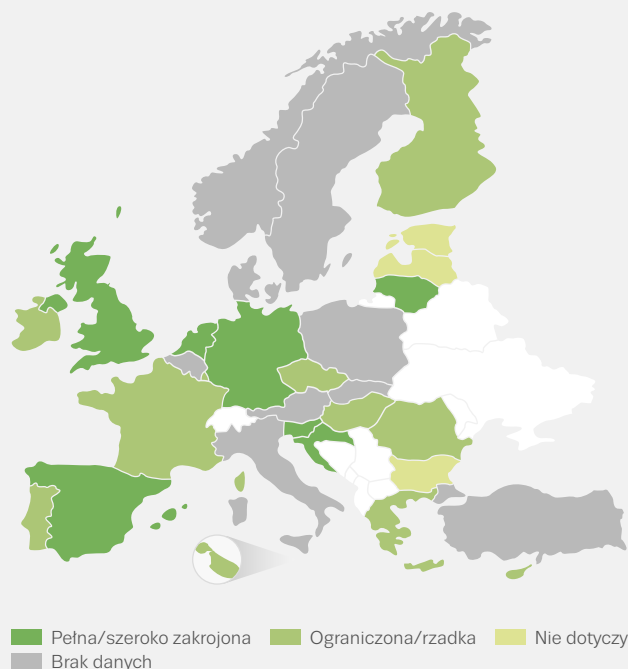
WYKRES 3.12

Dostępność substytucji opiatowej w programach stacjonarnych, 2011 r.



WYKRES 3.13

Dostępność interwencji w zakresie pośredniego rynku pracy dla osób leczących się z uzależnienia od narkotyków (ekspertyzy, 2011)



Reintegracja społeczna: nacisk na możliwość zatrudnienia

Usługi w zakresie reintegracji społecznej stanowią wsparcie dla terapii i zapobiegają powrotom do nałogu poprzez przeciwdziałanie najważniejszym formom wykluczenia społecznego osób używających narkotyków. W 2012 r. w Europie około połowa pacjentów, którzy podjęli specjalistyczne leczenie z powodu problemów narkotykowych, była bezrobotna (47%) i blisko jedna na dziesięć osób nie miała stałego miejsca zamieszkania (9%). Wśród tej grupy powszechny był także niski poziom wykształcenia. Chociaż reintegracja społeczna osób używających narkotyków jest wymieniana jako kluczowy cel krajowych strategii antynarkotykowych, dostęp do takich interwencji znacząco się różni w poszczególnych krajach.

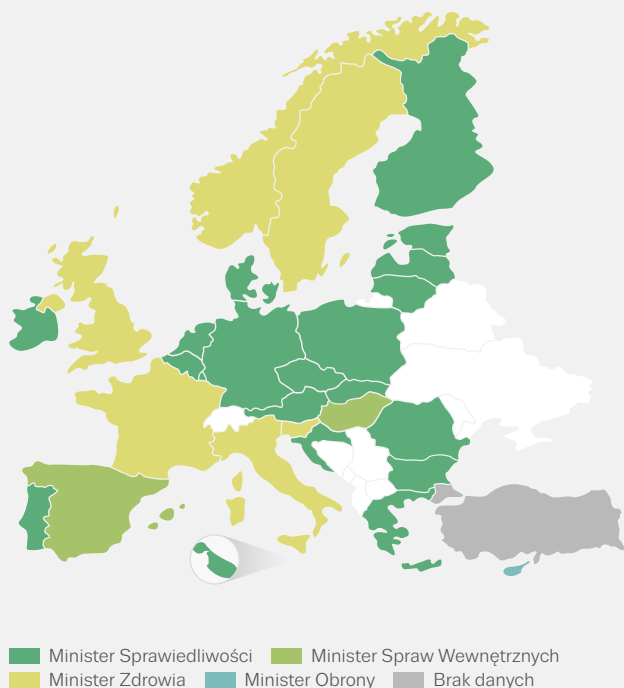
Zwiększenie możliwości zatrudnienia pacjentów lecznictwa uzależnienia od narkotyków pomaga im wrócić do społeczeństwa. W przypadku poszczególnych osób szanse zatrudnienia zależą od ich wiedzy, umiejętności i nastawienia, sposobu wykorzystania tych atutów oraz kontekstu, w jakim osoby te poszukują pracy. Jednym ze sposobów na zwiększenie możliwości zatrudnienia jest system wsparcia skierowany do osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej, którego celem jest likwidacja przepaści między długotrwałym bezrobociem a rynkiem pracy. System ten nazywany jest często pośrednim rynkiem pracy. Pacjentom oferuje się zatrudnienie czasowe

oraz szkolenia i wsparcie w zakresie zdobywania doświadczenia zawodowego, rozwoju osobistego i poszukiwania pracy. Do takich inicjatyw należą często projekty oparte na przedsiębiorstwach społecznych. Przedsiębiorstwa te wytwarzają społecznie użyteczne towary lub usługi i zatrudniają osoby należące do grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji na rynku pracy. Chociaż tego rodzaju interwencje są dostępne w większości państw członkowskich (zob. wykres 3.13), dostęp dla osób leczących się z uzależnienia narkotykowego wydaje się być ograniczony, a sytuację może komplikować wysoka stopa bezrobocia w populacji ogólnej.

Usługi w zakresie reintegracji społecznej stanowią wsparcie dla terapii i zapobiegają powrotom do nałogu poprzez przeciwdziałanie najważniejszym formom wykluczenia społecznego osób używających narkotyków

WYKRES 3.14

Odpowiedzialność ministerialna za opiekę zdrowotną w zakładach karnych



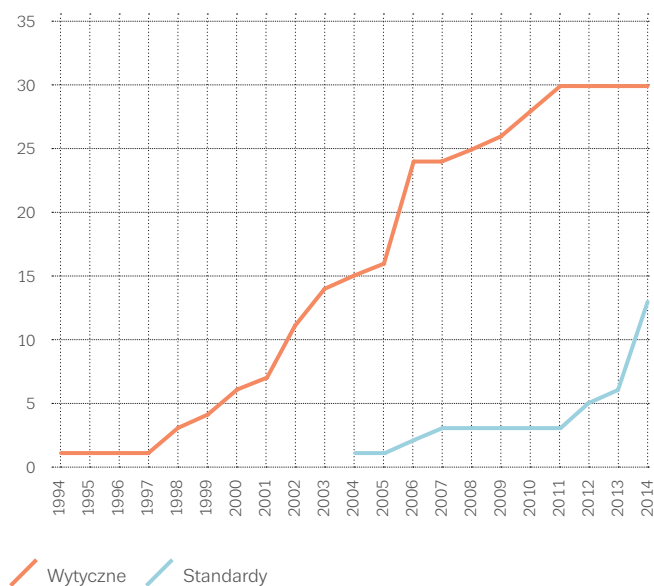
Opieka zdrowotna w zakładach karnych pozostaje przede wszystkim w gestii ministrów sprawiedliwości i spraw wewnętrznych

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

W większości krajów funkcjonują obecnie partnerstwa międzyzakładowe między służbami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną w zakładach karnych a zewnętrznymi placówkami medycznymi. Takie partnerstwa mają na celu

WYKRES 3.15

Łączna liczba krajów, które opublikowały wytyczne i standardy jakości w zakresie interwencji zdrowotnych i społecznych w obszarze uzależnienia od narkotyków, według roku publikacji

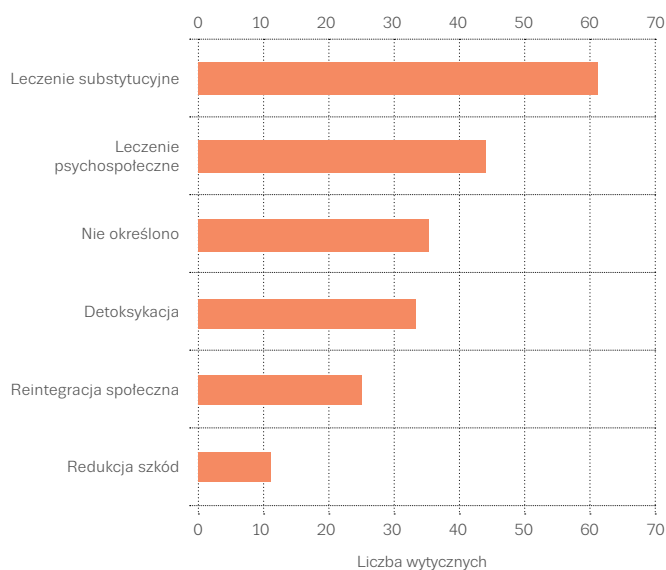


interwencje ukierunkowane na edukację zdrowotną i leczenie w zakładach karnych oraz kontynuację opieki w trakcie pobytu w zakładzie i po jego opuszczeniu. Zasadniczo opieka zdrowotna w zakładach karnych pozostaje w gestii ministrów sprawiedliwości lub spraw wewnętrznych. Jednakże w niektórych krajach odpowiedzialność za opiekę zdrowotną w zakładach karnych przejął odpowiedni minister zdrowia (wykres 3.14), co umożliwia lepszą integrację tej opieki z ogólną służbą zdrowia.

Leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów w zakładach karnych jest obecnie dostępne w 26 z 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA, chociaż z reguły wprowadzono je później niż w przypadku ogółu społeczeństwa. Mogą również obowiązywać pewne ograniczenia. Na przykład w czterech krajach leczenie substytucyjne ogranicza się tylko do tych osób, którym zostało ono przepisane przed wyrokiem pozbawienia wolności.

WYKRES 3.16

Krajowe wytyczne w zakresie interwencji zdrowotnych i społecznych w obszarze uzależnienia od narkotyków zgłoszone w Europie do 2013 r.



Reagowanie oparte na dowodach: stosowanie wytycznych i norm

Reakcje na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym w Europie opierają się w coraz większym stopniu na wytycznych i standardach jakości, których celem jest przełożenie dowodów na zadowalające i trwałe wyniki. Zasadniczo można zaobserwować proces, w którym wytyczne stosuje się na kilka lat przed wprowadzeniem standardów jakości (wykres 3.15).

Wytyczne to stwierdzenia zawierające zalecenia, które mają poprawić opiekę nad pacjentem. Są one z reguły oparte na systematycznym przeglądzie dowodów oraz na ocenie korzyści i szkód związanych z alternatywnymi możliwościami opieki. Celem wytycznych jest pomoc dla osób uzależnionych, ich opiekunów oraz służby zdrowia w podejmowaniu decyzji na temat właściwego rodzaju interwencji. W ciągu ostatnich 20 lat opublikowano ponad 150 zbiorów wytycznych z zakresu polityki antynarkotykowej, a od 2011 r. takie wytyczne dostępne są we wszystkich państwach członkowskich. Wytyczne obejmują pełen zakres interwencji zdrowotnych i społecznych w obszarze uzależnienia od narkotyków, chociaż istnieje więcej wytycznych na temat możliwości leczenia, takich jak leczenie substytucyjne i detoksykacja, niż na temat redukcji szkód i reintegracji społecznej (wykres 3.16).

Standardy jakości to zasady i zbiory reguł oparte na dowodach, które umożliwiają wdrożenie interwencji zalecanych w wytycznych. Mogą dotyczyć treści, procesów lub aspektów strukturalnych zapewnienia jakości, takich jak środowisko robocze lub skład personelu. Jeżeli chodzi o profilaktykę antynarkotykową, dostępny jest zbiór europejskich standardów jakości ułatwiających tworzenie odpowiednich programów. Standardy te zwracają uwagę na takie czynniki, jak zapewnienie właściwych działań dla danej populacji docelowej, przestrzeganie uznanych zasad etycznych oraz integrację i promocję bazy dowodów naukowych.

Reakcje na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym w Europie opierają się w coraz większym stopniu na wytycznych i standardach jakości



WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on drugs.

2013

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on drugs.

2012

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

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Thematic papers.

2008

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

Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues.

Wspólne publikacje EMCDDA i ECDC

2011

ECDC i EMCDDA - wytyczne. Leczenie i profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób iniekcyjnie używających narkotyków.

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

4

**Międzynarodowe ramy kontroli
wytwarzania i posiadania narkotyków
oraz obrotu narkotykami w odniesieniu
do ponad 240 substancji
psychoaktywnych zostały określone w
trzech konwencjach ONZ**

Polityka narkotykowa

Na szczeblu europejskim ramy skoordynowanych działań zapewnione są przez prawodawstwo UE w zakresie narkotyków oraz wieloletnie strategie i plany działań. Na szczeblu krajowym to rządy i parlamenty są odpowiedzialne za przyjmowanie prawnych, strategicznych, organizacyjnych oraz budżetowych ram niezbędnych do reagowania na problemy narkotykowe.

Monitorowanie polityki narkotykowej

Do kluczowych obszarów polityki, które można monitorować na poziomie europejskim, należą: prawodawstwo narkotykowe i przestępstwa związane z narkotykami, krajowe strategie narkotykowe i plany działań, koordynacja polityki i mechanizmy ewaluacji, a także budżety i wydatki publiczne na działania związane z narkotykami. Dane są zbierane przez dwie sieci EMCDDA: krajowe punkty kontaktowe oraz korespondentów w zakresie prawa i polityki. Dane wraz z uwagami metodologicznymi dotyczącymi przestępstw związanych z narkotykami można znaleźć na stronie internetowej w *European Drug Report: Data and statistics* (Europejski raport narkotykowy: dane i statystyki), wyczerpujące informacje na temat Europejskiej polityki narkotykowej i prawa narkotykowego są również dostępne online.

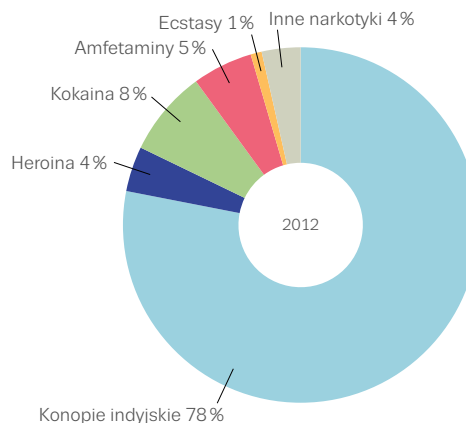
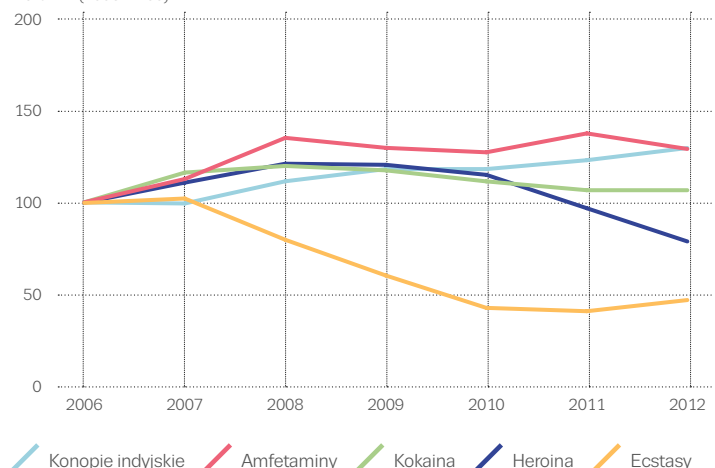
Prawodawstwo narkotykowe: wspólne ramy

Międzynarodowe ramy kontroli wytwarzania i posiadania narkotyków oraz obrotu narkotykami w odniesieniu do ponad 240 substancji psychoaktywnych zostały określone w trzech konwencjach ONZ. Konwencje zobowiązują każdy kraj do traktowania niedozwolonej podaży w kategoriach przestępstwa kryminalnego. Taki sam wymóg odnosi się do posiadania narkotyków na własny użytek, jednak z zastrzeżeniem zależności od konstytucyjnych zasad poszczególnych krajów oraz podstawowych założeń ich systemu prawnego. Klauzula ta nie jest interpretowana w jednolity sposób, co znajduje odzwierciedlenie w różnych podejściach prawnych stosowanych przez kraje europejskie i inne.

WYKRES 4.1

Zgłoszone przestępstwa związane z używaniem narkotyków lub ich posiadaniem w celu użycia w Europie, trendy i podział na narkotyki

Wskaźnik (2006 = 100)



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

W większości krajów europejskich posiadanie narkotyków na własny użytek — i niekiedy ich używanie — jest przestępstwem, które może podlegać karze pozbawienia wolności. W wielu europejskich krajach kara pozbawienia wolności jest jednak rzadko stosowana, a począwszy mniej więcej od 2000 r. w całej Europie mamy do czynienia z powszechną tendencją do ograniczania możliwości

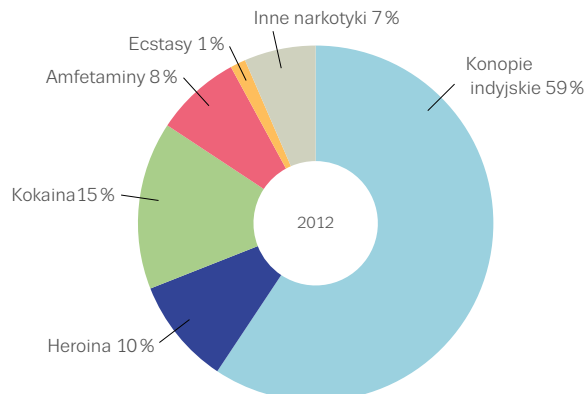
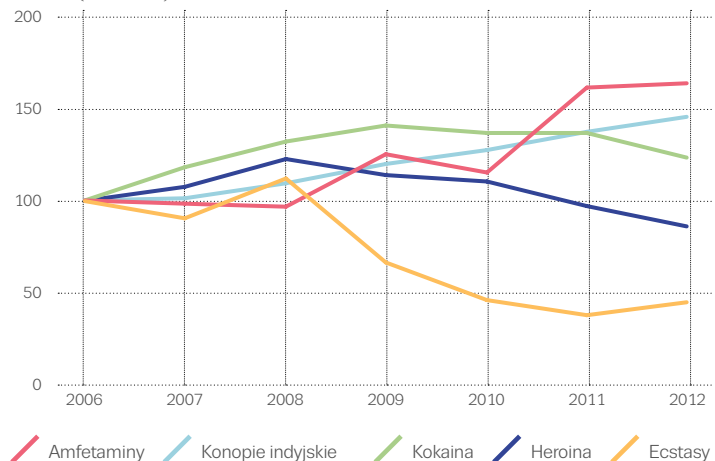
skazywania na karę pozbawienia wolności za przestępstwa związane z użytkowaniem własnym. Niektóre kraje całkowicie zrezygnowały z kary pozbawienia wolności, a inne poszły jeszcze dalej i posiadanie narkotyków na własny użytek traktują jedynie jako wykroczenie podlegające np. karze grzywny.

W większości krajów europejskich przeważająca część doniesień na temat przestępstw związanych z narkotykami dotyczy używania narkotyków lub ich posiadania w celu użycia. Szacuje się, że w 2012 r. w Europie odnotowano w sumie ponad milion takich przestępstw, czyli o 17% więcej niż w 2006 r. Ponad trzy czwarte tych przestępstw związanych było z konopiami indyjskimi (wykres 4.1).

WYKRES 4.2

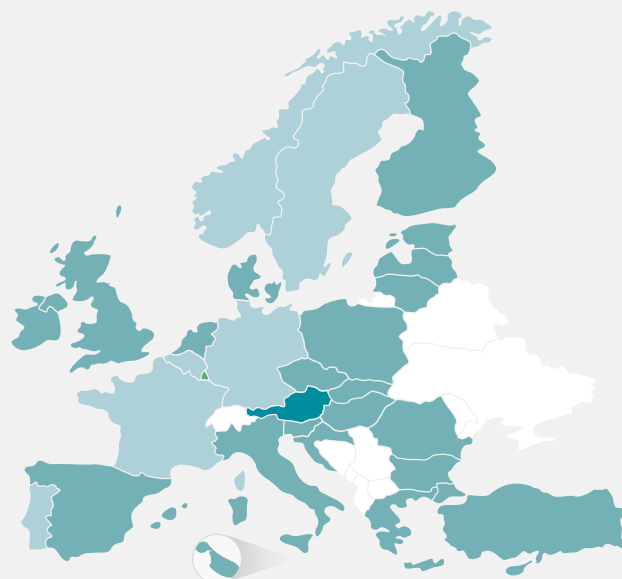
Zgłoszone w Europie przestępstwa związane z podażą narkotyków, trendy i podział na narkotyki

Wskaźnik (2006 = 100)



WYKRES 4.3

Krajowe strategie antynarkotykowe i plany działania: dostępność i zakres



— Strategia obejmująca legalne i nielegalne substancje psychoaktywne
 — Strategia obejmująca nielegalne substancje psychoaktywne
 — Brak krajowej strategii antynarkotykowej

Uwaga: Wielka Brytania posiada strategię obejmującą nielegalne substancje psychoaktywne, natomiast Walia i Irlandia Północna posiadają strategię łączoną, które uwzględniają również alkohol.

Podaż narkotyków: duże zróżnicowanie kar

W Europie podaż narkotyków zawsze traktuje się w kategoriach przestępstwa, niemniej możliwe są bardzo zróżnicowane. W niektórych krajach przestępstwo związane z podażą może podlegać jednej karze o szerokiej rozpiętości (z dożywociem włącznie). Inne kraje natomiast rozróżniają przestępstwa drobne i poważniejsze, w zależności od ilości znalezionej substancji, co znajduje odzwierciedlenie w minimalnym i maksymalnym wymiarze kary.

Od 2006 r. liczba zgłoszonych przestępstw związanych z podażą wzrosła o 28% i w 2012 r. wyniosła ponad 230 000. Podobnie jak w przypadku przestępstw związanych z posiadaniem, większość dotyczyła konopi indyjskich. Kokaina, heroina i substancje z grupy amfetamin mają jednak większy udział w przestępstwach związanych z podażą niż w przestępstwach związanych z posiadaniem na własny użytek. Obserwuje się dalszy spadek liczby przestępstw związanych z podażą kokainy i heroiny (wykres 4.2).

Nowe substancje psychoaktywne: rozwijające się systemy kontroli

Szybkość, z jaką substancje niedawno objęte kontrolą zastępowane są nowymi substancjami, oraz różnorodność dostępnych produktów okazały się ogromnym wyzwaniem dla prawodawców w Europie.

Na szczeblu krajowym wyzwania te doprowadziły do różnorodnych, innowacyjnych kroków prawnych podejmowanych przez kraje europejskie. Ogólnie rzecz biorąc, można zidentyfikować trzy rodzaje takich środków. Po pierwsze, kraje mogą wykorzystywać istniejące przepisy dotyczące kwestii niezwiązanych z substancjami objętymi kontrolą, np. dotyczące bezpieczeństwa konsumentów lub nadzoru nad lekami; w Polsce w czasie jednego weekendu w 2010 r. zamknięto ponad 1 000 sklepów na mocy istniejących uprawnień z dziedziny ochrony zdrowia. Po drugie, kraje mogą rozszerzać lub dostosowywać istniejące przepisy lub procesy antynarkotykowe: w Zjednoczonym Królestwie w 2011 r. wprowadzono tymczasowe przepisy antynarkotykowe umożliwiające kontrolę podaży na czas trwania badania zagrożeń zdrowotnych powodowanych przez daną substancję. Po trzecie, kraje mogą opracować nowe przepisy: w 2013 r. Portugalia i Słowacja wprowadziły przepisy zakazujące nieuprawnionej sprzedaży określonych nowych substancji.

Ta dynamiczna dziedzina prawa wciąż się rozwija. W ramach ostatnich osiągnięć Polska i Rumunia zastryżły obowiązujące przepisy poprzez wprowadzenie nowych

przepisów specjalnych; stare i nowe przepisy są teraz stosowane równolegle. W 2012 r. Cypr zmienił brzmienie stosowanych w swoim prawodawstwie definicji generycznych, aby objąć nimi dotychczas nieuwzględnione substancje, a w tym samym roku Niderlandy odrzuciły koncepcję definicji generycznych ze względu na to, że nie są one dość ukierunkowane.

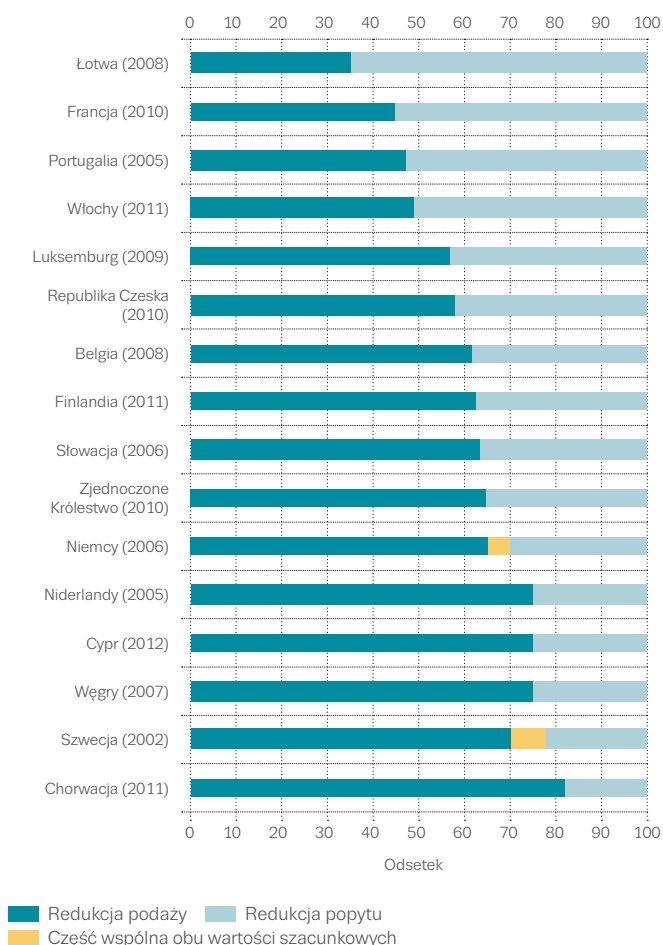
W ramach takich różnych strategii reagowania stosowane są bardzo różne kryteria podejmowania działań legislacyjnych oraz różne kary za nieprzestrzeganie przepisów. Niemniej jednak daje się zauważyć tendencja, zgodnie z którą kraje koncentrują się bardziej na karaniu podaży niż posiadania takich substancji.

Krajowe strategie antynarkotykowe

Rządy krajowe w Europie rutynowo stosują praktykę polegającą na przyjmowaniu strategii antynarkotykowych i planów działania. Dokumenty te zawierają zbiór ogólnych zasad, celów oraz priorytetów i określają działania oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Obecnie prawie wszystkie kraje posiadają krajowe strategie antynarkotykowe lub plany działania. Wyjątek stanowi Austria, która posiada plany na poziomie regionów. Siedem krajów przyjęło krajowe strategie oraz plany działania

WYKRES 4.4

Podział wydatków publicznych związanych z przeciwdziałaniem narkomanii na redukcję popytu i redukcję podaży



zarówno w odniesieniu do legalnych, jak i nielegalnych substancji psychoaktywnych (wykres 4.3). Coraz więcej krajów przeprowadza już systematyczną ewaluację własnych strategii antynarkotykowych lub planów działania. Jej głównym celem jest zarówno ocena poziomu ich wdrożenia, jak też zmian w ogólnej sytuacji w obszarze narkotyków.

Różnorodne organizacje na rzecz polityki narkotykowej

W ostatnich latach wzrosło zaangażowanie organizacji społecznych, w tym organizacji na rzecz polityki narkotykowej, w tworzenie strategii antynarkotykowych. W ramach ostatniego badania EMCDDA zidentyfikowano ponad 200 organizacji zaangażowanych w działalność na rzecz polityki narkotykowej w Europie, z których około 70% działa na szczeblu krajowym, a pozostałe po równo na szczeblu lokalnym lub europejskim. Blisko dwie trzecie tych organizacji deklaruje cele związane z opracowywaniem działań praktycznych, 39% działa na rzecz redukcji szkód, a 26% na rzecz profilaktyki antynarkotykowej i redukcji używania narkotyków. Pozostałe organizacje zajmują się zmianami w prawodawstwie, przy czym 23% opowiada się za zmniejszeniem kontroli substancji psychoaktywnych, a 12% chce zwiększenia kontroli.

Większość organizacji zajmuje się ukierunkowanymi działaniami, których celem jest wpłynięcie na postawy oraz opinię społeczeństwa i prawodawców w zakresie dostępności do leczenia i kontroli substancji psychoaktywnych. Organizacje te prowadzą działania uświadamiające, takie jak uczestnictwo w debacie publicznej czy prowadzenie stron w serwisach społecznościowych, aby wpłynąć na politykę narkotykową. Organizacje głoszące zmniejszenie kontroli lub redukcję szkód działają przede wszystkim w imieniu osób używających narkotyków, podczas gdy organizacje opowiadające się za zmniejszeniem używania narkotyków i zaostrzeniem kontroli reprezentują szersze społeczeństwo i, w szczególności, osoby młode i ich rodziny.

Ocena gospodarcza: fundusze na interwencje ucierpiały wskutek kryzysu

Wiele europejskich krajów nadal zmagają się ze skutkami niedawnego kryzysu ekonomicznego. W poszczególnych krajach Europy występują duże różnice w zakresie konsolidacji fiskalnej lub środków oszczędnościowych oraz ich skutków. Wśród 18 krajów dysponujących danymi wystarczającymi do porównania odnotowano cięcia

budżetowe w obszarze zdrowia, porządku publicznego i bezpieczeństwa – czyli obszarach obejmujących większość wydatków publicznych związanych z polityką narkotykową. Ogólnie w latach 2009-2011 odnotowano większe cięcia budżetowe w obszarze zdrowia.

Europejskie kraje zgłosiły też redukcję funduszy na programy i świadczenia związane z problemami narkotykowymi, co miało największy wpływ na interwencje profilaktyczne i badania dotyczące używania narkotyków. Kilka krajów zgłosiło również, że próby alternatywnego finansowania leczenia uzależnienia od narkotyków nie zawsze były udane.

Analiza ekonomiczna może być ważnym narzędziem oceny polityki, chociaż ograniczona ilość informacji na temat wydatków publicznych związanych z przeciwdziałaniem narkomanii w Europie stanowi istotną przeszkodę utrudniającą porównania między krajami. W przypadku 16 krajów, które przekazały dane szacunkowe od 2002 r., wydatki publiczne związane z przeciwdziałaniem narkomanii wynoszą od 0,01% do 0,5% produktu krajowego brutto (PKB). Z dostępnych informacji wynika,

że w większości krajów największy udział w wydatkach publicznych związanych z przeciwdziałaniem narkomanii stanowią wydatki poniesione na działalność związaną z redukcją podaży narkotyków (wykres 4.4).

Wydatki publiczne związane z redukcją podaży obejmują m.in. wydatki ponoszone z tytułu osób przebywających w zakładach karnych z powodu przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu. EMCDDA obliczyła zakres szacunkowy, gdzie szacunki niskie uwzględniają tylko osoby skazane na karę pozbawienia wolności za przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu, a szacunki wysokie obejmują również osoby przebywające w areszcie, które mogą być skazane za ww. przestępstwa. Zgodnie z tymi kryteriami w 2010 r. kraje europejskie wydały około 0,03% PKB, czyli 3,7 mld euro, z tytułu osób skazanych na karę pozbawienia wolności za przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu. Po uwzględnieniu osób przebywających w areszcie kwota ta wzrasta do 0,05% PKB, czyli 5,9 mld euro.

WIĘCEJ INFORMACJI

Publikacje EMCDDA

2014

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

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

2012

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

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issues.

2008

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

Wspólne publikacje EMCDDA i Komisji Europejskiej

2010

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

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

Załącznik

Poniższe dane krajowe pochodzą
z portalu internetowego *European
Drug Report: Data and statistics*
(Europejski raport narkotykowy:
dane i statystyki) gdzie dostępne są
dalsze dane, lata, uwagi i metadane

TABELA 1

OPIOIDY

	Dane szacunkowe dotyczące problemowego używania opioidów	Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy				Pacjenci objęci leczeniem substytucyjnym
		% pacjentów uzależnionych od opioidów na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		% pacjentów przyjmujących opioidy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)		
		Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	
Kraj	Liczba przypadków na 1 000 osób	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	liczba
Belgia	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bułgaria	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Republika Czeska	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Dania	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Niemcy	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estonia	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irlandia	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Grecja	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Hiszpania	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Francja	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Chorwacja	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Włochy	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Cypr	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Łotwa	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Litwa	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Luksemburg	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Węgry	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Holandia	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Austria	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Polska	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugalia	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Rumunia	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Słowenia	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Słowacja	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finlandia	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Szwecja	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Wielka Brytania	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Turcja	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Norwegia	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Unia Europejska	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
UE, Turcja i Norwegia	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

TABELA 2

KOKAINA

	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy			
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od kokainy na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		% pacjentów przyjmujących kokainę drogą iniekcji (podstawowa droga podania)	
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy
Kraj	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bułgaria	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Republika Czeska	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Dania	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Niemcy	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estonia	–	1,3	2	–	–	–	–
Irlandia	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Grecja	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Hiszpania	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Francja	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Chorwacja	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Włochy	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Cypr	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Łotwa	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Litwa	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luksemburg	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Węgry	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Holandia	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Austria	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Polska	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugalia	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumunia	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Słowenia	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Słowacja	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finlandia	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Szwecja	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Wielka Brytania	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Turcja	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Norwegia	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Unia Europejska	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

TABELA 3

AMFETAMINY

	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy			
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od amfetamin na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie		% pacjentów przyjmujących amfetaminy drogą iniekcji (podstawowa droga podania)	
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15–34)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy
Kraj	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bułgaria	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Republika Czeska	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Dania	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Niemcy	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estonia	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irlandia	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Grecja	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Hiszpania	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Francja	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Chorwacja	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Włochy	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Cypr	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Łotwa	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Litwa	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luksemburg	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Węgry	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Holandia	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Austria	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Polska	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugalia	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumunia	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Słowenia	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Słowacja	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finlandia	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Szwecja	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Wielka Brytania	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Turcja	0,3	–	–	–	–	–	–
Norwegia	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Unia Europejska	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

TABELA 4

ECSTASY

	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy	
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od ecstasy na tle wszystkich pacjentów	
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe 15–34)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy
Kraj	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bułgaria	2,0	2,9	4	–	–
Republika Czeska	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Dania	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Niemcy	2,7	0,9	2	–	–
Estonia	–	2,3	3	–	–
Irlandia	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Grecja	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Hiszpania	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Francja	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Chorwacja	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Włochy	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Cypr	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Łotwa	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Litwa	1,3	0,3	2	–	–
Luksemburg	–	–	–	–	–
Węgry	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Holandia	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Austria	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Polska	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugalia	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumunia	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Słowenia	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Słowacja	1,9	0,9	4	–	–
Finlandia	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Szwecja	2,1	0,2	1	–	–
Wielka Brytania	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Turcja	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Norwegia	–	–	1	–	–
Unia Europejska	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

TABELA 5

KONOPIE INDYJSKIE

	Szacunkowe wskaźniki używania			Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, narkotyk podstawowy	
	Ogólna populacja		Młodzież szkolna	% pacjentów uzależnionych od konopi indyjskich na tle wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie	
	Przynajmniej jednokrotne użycie, dorośli (15–64)	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe 15–34)	Przynajmniej jednokrotne użycie, uczniowie (15–16)	Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie	Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy
Kraj	%	%	%	% (liczba)	% (liczba)
Belgia	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bułgaria	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Republika Czeska	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Dania	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Niemcy	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estonia	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irlandia	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Grecja	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Hiszpania	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Francja	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Chorwacja	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Włochy	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Cypr	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Łotwa	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Litwa	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luksemburg	–	–	–	26 (72)	–
Węgry	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Holandia	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Austria	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Polska	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugalia	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumunia	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Słowenia	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Słowacja	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finlandia	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Szwecja	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Wielka Brytania	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Turcja	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Norwegia	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Unia Europejska	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
UE, Turcja i Norwegia	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

TABELA 6

INNE WSKAŹNIKI

	Zgony związane z narkotykami (osoby w wielu 15–64 lat)	Przypadki zdiagnozowanego zakażenia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (ECDC)	Dane szacunkowe dotyczące przyjmowania narkotyków drogą iniekcji	Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów
Kraj	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Liczba przypadków na milion osób (liczba)	Liczba przypadków na 1 000 osób	liczba
Belgia	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bułgaria	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Republika Czeska	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Dania	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Niemcy	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estonia	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irlandia	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Grecja	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Hiszpania	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Francja	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Chorwacja	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Włochy	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Cypr	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Łotwa	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Litwa	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luksemburg	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Węgry	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Holandia	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Austria	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Polska	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugalia	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Rumunia	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Słowenia	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Słowacja	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finlandia	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Szwecja	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Wielka Brytania	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Turcja	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Norwegia	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Unia Europejska	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
UE, Turcja i Norwegia	–	3,1 (1 788)	–	–

TABELA 7

KONFISKATY

	Heroina		Kokaina		Substancje z grupy amfetamin		Ecstasy	
	Skonfis- kowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfis- kowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfis- kowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfis- kowana ilość	Liczba konfiskat
Kraj	kg	liczba	kg	liczba	kg	liczba	tabletki (kg)	liczba
Belgia	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (–)	1 015
Bułgaria	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Rep. Checa	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Dania	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (–)	523
Niemcy	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (–)	1 786
Estonia	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irlandia	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Grecja	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Hiszpania	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (–)	2 128
Francja	701	–	5 602	–	307	–	156 337 (–)	–
Chorwacja	30	192	6	132	3	268	– (1,1)	105
Włochy	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Cypr	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Łotwa	1	427	1	28	30	820	847 (–)	24
Litwa	0,5	112	120	10	80	119	54 (–)	8
Luksemburg	3	190	2	122	1	13	137 (–)	10
Węgry	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (–)	27
Holandia	750	–	10 000	–	681	–	2 442 200 (61)	–
Austria	222	393	65	912	35	607	8 998 (–)	113
Polska	36	–	213	–	618	–	31 092 (0,01)	–
Portugalia	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Rumunia	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Słowenia	20	439	27	251	9	203	960 (–)	16
Słowacja	0,3	82	2	19	11	607	529 (–)	16
Finlandia	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (–)	513
Szwecja	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Wielka Brytania	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6515	473 000 (–)	3 716
Turcja	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Norwegia	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Unia Europejska	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
UE, Turcja i Norwegia	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

TABELA 7

KONFISKATY (c.d.)

	Haszysz		Marihuana		Konopie indyjskie (rośliny)	
	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat	Skonfiskowana ilość	Liczba konfiskat
Kraj	kg	liczba	kg	liczba	rośliny (kg)	liczba
Belgia	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bułgaria	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Rep. Checa	21	24	563	558	90 091 (–)	259
Dania	1 334	9 239	223	1 287	– (1 401)	675
Niemcy	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (–)	2 204
Estonia	5	48	25	466	– (7)	12
Irlandia	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (–)	542
Grecja	44	145	22 383	6 262	34 040 (–)	831
Hiszpania	325 563	179 993	10 457	150 206	– (39 932)	1 677
Francja	51 118	–	3 270	–	131 307 (–)	–
Chorwacja	23	343	1 070	4 098	6 703 (–)	211
Włochy	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (–)	1 216
Cypr	0,1	20	100	863	385 (–)	39
Łotwa	117	64	74	414	– (335)	4
Litwa	424	23	96	242	– (–)	–
Luksemburg	1	83	30	774	39 (–)	9
Węgry	3	103	1 777	2 092	7 382 (–)	193
Malta	16	96	3	50	46 (–)	5
Holandia	2 200	–	12 600	–	1 400 000 (–)	–
Austria	174	1 192	812	5 732	– (173)	210
Polska	39	–	1 489	–	61 585 (–)	–
Portugalia	18 304	3 298	49	554	7 788 (–)	397
Rumunia	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Słowenia	3	66	706	3 350	11 166 (–)	174
Słowacja	1	17	177	1 242	2 927 (–)	38
Finlandia	714	1 870	–	5 036	18 150 (66)	3 339
Szwecja	1 091	6 761	641	7 611	–	–
Wielka Brytania	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Turcja	27 413	6 881	124 673	57 744	–	3 646
Norwegia	1 605	10 985	314	4 402	– (133)	364
Unia Europejska	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
UE, Turcja i Norwegia	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i
Narkomanii

**Europejski raport narkotykowy 2014: Tendencje i
osiągnięcia**

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej
2014 — 80 str. — 21 x 29.7 cm

ISBN: 978-92-9168-706-0

doi:10.2810/37581

JAK OTRZYMAĆ PUBLIKACJE UE

Publikacje bezpłatne

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

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

Publikacje płatne

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

Płatne subskrypcje

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

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

O niniejszym raporcie

Raport pt. „Tendencje i osiągnięcia” stanowi ogólny przegląd zjawiska narkomanii w Europie i porusza takie tematy jak: podaż narkotyków, używanie narkotyków, problemy związane ze zdrowiem publicznym oraz polityka narkotykowa i reagowanie na zjawisko używania narkotyków. Raport ten, wraz z dostępnymi online *Danymi i statystykami*, *Przeglądami krajowymi* oraz *Prognozami dotyczącymi sytuacji narkotykowej*, tworzy pakiet „Europejski raport narkotykowy na rok 2014”.

O EMCDDA

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

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