



Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii

PL

ISSN 2314-9167

# Europejski raport narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2019





Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii

# | Europejski | raport | narkotykowy

Tendencje i osiągnięcia

2019

## Informacja prawna

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

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

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2019

|              |                        |                |                    |                   |
|--------------|------------------------|----------------|--------------------|-------------------|
| <b>Print</b> | ISBN 978-92-9497-411-2 | ISSN 1977-9941 | doi:10.2810/251039 | TD-AT-19-001-PL-C |
| <b>PDF</b>   | ISBN 978-92-9497-387-0 | ISSN 2314-9167 | doi:10.2810/546710 | TD-AT-19-001-PL-N |

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019  
Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Zalecany sposób podania źródła: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2019), *Europejski raport narkotykowy 2019: Tendencje i osiągnięcia*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.



Europejskie Centrum Monitorowania  
Narkotyków i Narkomanii

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

Tel.: +351 211210200

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | Spis treści

|    |  |
|----|--|
| 5  | Przedmowa  |
| 9  | Wprowadzenie i podziękowania   |
| 11 | KOMENTARZ<br><b>Zrozumienie sytuacji narkotykowej w Europie w 2019 r.</b>              |
| 21 | ROZDZIAŁ 1<br><b>Podaż narkotyków i rynek</b>  |
| 43 | ROZDZIAŁ 2<br><b>Rozpowszechnienie używania narkotyków i tendencje</b>                 |
| 65 | ROZDZIAŁ 3<br><b>Problemy związane z używaniem narkotyków oraz reakcje na zjawisko</b> |
| 89 | ZAŁĄCZNIK<br>Tabele z danymi krajowymi   |



## Przedmowa

Z przyjemnością oddajemy w ręce czytelników Europejski raport narkotykowy (EDR) 2019: Tendencje i osiągnięcia – sztandarowa publikacja EMCDDA. Raport przedstawia analizę najnowszych danych dotyczących sytuacji narkotykowej i odpowiedzi na nią w Unii Europejskiej, Norwegii i Turcji. Dodatkowo raport zawiera inne źródła informacji on-line, w tym pochodzące z Biuletynu Statystycznego zawierającego dane źródłowe. Pakiet EDR zawiera również 30 krajowych raportów narkotykowych przedstawiających przegląd obecnej sytuacji dla wszystkich państw uczestniczących w unijnej sieci informacji o narkotykach.

### Pakiet zawierający Europejski raport narkotykowy na rok 2019

Połączone ze sobą elementy umożliwiające dostęp do dostępnych danych i analizy dotyczącej problemu narkotykowego w Europie na szczeblu krajowym



Celem EMCDDA jest przyczynienie się do zdrowszej i bezpieczniejszej Europy. Aby osiągnąć ten cel, staramy się udostępnić jak najlepsze dowody na poparcie rozwoju przemyślanych i ukierunkowanych strategii narkotykowych i działań z nimi związanych. Nasz przewodni raport udostępnia podmiotom zainteresowanym aktualny przegląd sytuacji narkotykowej, koniecznej do opracowywania skutecznych odpowiedzi na dzisiejsze problemy. Ponadto zawiera on analizę nowych zagrożeń przez co pozwala nam przygotować się na nowe wyzwania w tej dynamicznej i złożonej dziedzinie.

Tegoroczny raport pojawia się w krytycznym momencie, w którym trzeba zastanowić się nad zmianami w strategii narkotykowej, mając na uwadze dyskusję na szczeblu międzynarodowym po sesji specjalnej ONZ poświęconej światowemu problemowi narkotykowemu w 2016 r. W przyszłym roku przeprowadzona zostanie ocena końcowa obecnej strategii narkotykowej UE (2013-20). W okresie tym w Europie zaszły radykalne zmiany, jeśli chodzi o wyzwania przed jakimi stoi obszar narkotyków, jednym z nich jest pojawienie się większej liczby niekontrolowanych substancji. Zaobserwowaliśmy również istotne zmiany na rynku narkotyków oraz w zakresie ich używania; mamy również większą świadomość, jak podejmować skuteczne interwencje. Rynek początkowo zdominowany przez substancje pochodzenia roślinnego importowane do Europy przekształcił się w rynek, gdzie silną pozycję zajmują narkotyki syntetyczne oraz ich produkcja. Globalizacja i postęp technologiczny wpłynęły na zmianę kwestii strategicznych, co europejscy decydenci muszą wziąć pod uwagę. Jesteśmy dumni z reputacji, jaką cieszy się EMCDDA

na szczeblu międzynarodowym w zakresie nadążania za tymi zmianami i udzielania informacji koniecznych w celu wsparcia współpracy i koordynacji strategii narkotykowej UE.

Unia Europejska i jej państwa członkowskie zobowiązują się do spełnienia celów przyjętych w agendzie na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030. Wiele aspektów zawartych w tych celach wiąże się bezpośrednio lub pośrednio z problemami narkotykowymi. Na przykład produkcja narkotyków i handel nimi może wyrządzić wielkie szkody środowisku fizycznemu, strukturom instytucjonalnym i jakości życia obywateli w państwach dotkniętych tym problemem. Cele nr 3.3 i 3.5 koncentrują się na zakończeniu epidemii chorób zakaźnych i zwiększaniu prewencji w zakresie zapobiegania problemom narkotykowym oraz leczenia ich skutków. W powyższym kontekście Europa zobowiązuje się w ciągu najbliższych 10 lat do osiągnięcia celu polegającego na wyeliminowaniu wirusowego zapalenia wątroby wśród osób wstrzykujących narkotyki. Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest wysoce rozpowszechnione wśród tej populacji, ale niedawne osiągnięcia, jeśli chodzi o dostępność leków do leczenia zakażeń, czynią wyeliminowanie wirusa realnym celem. Właśnie dlatego w tegorocznym europejskim raporcie narkotykowym szczególnie podkreśla się konieczność zwiększenia skali działań zapobiegawczych oraz dostępu do badań i leczenia, gdyż pierwszorzędnym celem jest zdrowie publiczne.

Na koniec pragniemy podziękować naszym kolegom i koleżankom z krajowych punktów kontaktowych w sieci Reitox, pozostałym partnerom krajowym i międzynarodowym oraz członkom komitetu naukowego EMCDDA, bez których nie udałooby się stworzyć tego raportu. Jesteśmy również wdzięczni naszym partnerom na poziomie europejskim, w szczególności Komisji Europejskiej, Europolowi, Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz Europejskiej Agencji Leków. Ponadto dziękujemy wyspecjalizowanym sieciom, które współpracowały z nami i wzbogaciły nasz raport najnowszymi i innowacyjnymi danymi.

**Laura d'Arrigo**

Przewodnicząca zarządu EMCDDA

**Alexis Goosdeel**

Dyrektor EMCDDA









## Wprowadzenie i podziękowania

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

Jego celem jest ogólne omówienie i podsumowanie sytuacji narkotykowej w Europie oraz reakcji na nią. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2017 r. (lub ostatniego roku, za który są dostępne). Analiza tendencji dotyczy wyłącznie tych krajów, które dostarczyły danych wystarczających do określenia zmian we wskazanym okresie. Czytelnik powinien także mieć świadomość, że monitorowanie prawidłowości i tendencji w odniesieniu do ukrytego oraz piętnowanego zachowania, jakim jest zażywanie narkotyków, stanowi wyzwanie zarówno praktyczne, jak i metodologiczne. Z tego powodu w analizie zawartej w niniejszym raporcie wykorzystano wiele źródeł danych. Chociaż można zauważyć znaczną poprawę zarówno w skali krajowej, jak i w odniesieniu do możliwości analizy na poziomie europejskim, należy podkreślić trudności metodologiczne w tym obszarze. Dlatego też nieodzowna jest ostrożność w interpretacji, zwłaszcza przy porównaniach poszczególnych wskaźników między krajami. Zastrzeżenia dotyczące danych wskazano w internetowej wersji niniejszego raportu oraz w [Statistical Bulletin \(Biuletynie Statystycznym\)](#), gdzie zamieszczono szczegółowe informacje na temat metodologii, komentarze związane z analizą oraz uwagi odnoszące się do ograniczeń dostępnych informacji. Podano także informacje o metodach i danych będących podstawą oszacowań na poziomie europejskim, w których może być wykorzystywana interpolacja.

Okres odniesienia dla wszelkich rysunków, analiz i danych zawartych w niniejszym raporcie obejmuje sytuację narkotykową do końca 2018 r. Wszelkie liczby, statystyki i oznaczenia odzwierciedlają zatem sytuację z 2018 r., jeśli chodzi o skład Unii Europejskiej i państw uczestniczących w ćwiczeniach sprawozdawczych EMCDDA. Ze względu na czas konieczny na zgromadzenie i przedłożenie danych wiele z rocznych zestawów danych zawartych w raporcie pochodzi z rocznika referencyjnego od stycznia do grudnia 2017 r.

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 Przemocności, Biuru Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, Europejskiemu projektowi badań ankietowych w szkołach na temat spożywania alkoholu i innych narkotyków (ESPAD), Europejskiej Grupie Podstawowej ds. Badania Ścieków (SCORE), Europejskiej Sieci ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN Plus), Sieci Europejskiego Przedsiębiorstwa Projektu Zbioru i Analizy Strzykawek (ESCAPE), Sieci Transeuropejskiej Informacji o Narkotykach (TEDI), grupie ds. europejskiej ankiety internetowej na temat narkotyków;
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej oraz Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

### Krajowe punkty kontaktowe Reitox

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

# Komentarz

**Europejski raport narkotykowy 2019**

**przedstawia obraz sytuacji narkotykowej w Europie**

# Zrozumienie sytuacji narkotykowej w Europie w 2019 r.

Ostatnia analiza EMCDDA dotycząca zjawiska narkomanii w Europie wskazuje na istnienie rynku, który jednocześnie odzwierciedla zdarzenia mające miejsce na szczeblu globalnym, ale i jest na nie odporny. Utrzymujące się problemy w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa powodowane przez znane i nowsze niedozwolone środki odurzające tworzą stanowiący wyzwanie kontekst polityczny dla kształtowania i wdrażania skutecznych odpowiedzi. Europejski raport narkotykowy 2019 przedstawia obraz sytuacji narkotykowej w Europie na podstawie najnowszych dostępnych danych. W niniejszym wprowadzeniu zawarto krótki komentarz analityczny dotyczący pewnych ważnych zagadnień, które są obecnie elementem programu europejskiej polityki narkotykowej.

## Opioidy: konieczne są dalsze działania w odpowiedzi na rozwijający się problem

Niegdyś europejski problem narkotykowy definiowano poprzez przyjmowanie heroiny drogą iniekcji. Dzisiaj poziom zapotrzebowania na leczenie nowych osób uzależnionych od heroiny w świetle danych historycznych jest niski, poziom przyjmowania drogą iniekcji spada, a liczba nowych przypadków HIV wywołanych każdego roku dożywotnim przyjmowaniem narkotyków zmniejszyła się o ok. 40% na przestrzeni ostatniej dekady. Zauważalny jest sukces państw europejskich w sprawie wprowadzenia pragmatycznej redukcji szkód i sposobów leczenia. Z drugiej strony narasta problem używania opioidów skutkujący wzrostem kosztów zdrowia publicznego zarówno w Ameryce Północnej, jak i w niektórych państwach graniczących z Unią Europejską. Jednak pomimo poprawy sytuacji w Europie, używanie opioidów nadal stanowi ważną składową kosztów zdrowotnych i społecznych ponoszonych w związku z zażywaniem narkotyków w Europie, a zagrożenia powodowane przez tę grupę narkotyków mogą nawet narastać.

Analiza reakcji na problemy związane z opioidami pokazuje, że w wielu państwach, szczególnie we wschodnich częściach Europy, zapewnienie skutecznej redukcji szkód oraz leczenia jest nadal nieadekwatne. W niektórych państwach, gdzie zakres usług był stosunkowo dobry, sytuacja uległa pogorszeniu. Jednocześnie rosną potrzeby starzejącej się i często coraz bardziej podatnej na zagrożenia grupy osób używających opioidów od długiego czasu. Świadczą o tym statystyki

zgonów spowodowanych przedawkowaniem wskazujące, że ofiary mają obecnie średnio 39 lat, jak również powszechne występowanie problemów ze zdrowiem fizycznym i psychicznym w tej grupie. Co więcej, w ciągu ostatnich 5 lat zaobserwowano ogólny wzrost liczby zgonów związanych z używaniem narkotyków, a tendencje wzrostowe odnotowano we wszystkich grupach wiekowych powyżej 30 roku życia. Wskaźniki podaży sugerują, że zagrożenie to może być coraz większe. Ilość skonfiskowanej heroiny wzrasta, czystość narkotyku pozostaje odnośnie wysoka, a cena stosunkowo niska, co wskazuje na powszechną dostępność w wielu częściach Europy. Powodem do zaniepokojenia stało się wykrycie laboratoriów przetwarzających heroinę, w niektórych państwach europejskich..

### Walka z wirusowym zapaleniem wątroby

Europa jest zaangażowana w międzynarodową Agendę na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030. Te globalne ramy polityki obejmują zwalczanie wirusowego zapalenia wątroby. W Unii Europejskiej ma to szczególne znaczenie dla iniekcyjnych użytkowników narkotyków, ponieważ są to nie tylko osoby najbardziej obciążone tą chorobą, ale również ci, wśród których ryzyko jej przenoszenia jest najwyższe. Rozwiązanie problemu skutków zdrowotnych wirusowego zapalenia wątroby do 2030 r. będzie zatem zależne od zwiększenia skali działań zapobiegawczych oraz dostępu do badań i leczenia WZW typu B i C dla tej grupy.

Strategie związane z wirusowym zapaleniem wątroby istnieją obecnie w 17 państwach UE i Norwegii, a coraz większa liczba państw zapewnia nieograniczony dostęp do lepiej tolerowanych i skuteczniejszych leków antywirusowych o działaniu bezpośrednim. Niemniej jednak nie można na tym poprzestać. Badania przesiewowe na obecność HCV stanowią krytyczny punkt wyjścia do skutecznego leczenia wirusowego zapalenia wątroby i pomagają w zapobieganiu dalszemu przenoszeniu wirusa. Ważną rolę mogą tu odegrać służby zajmujące się narkotykami działające na szczeblu społeczności lokalnej. W wielu państwach nie istnieją jednak skuteczne strategie badań ani stosowne ścieżki skierowań. Zaobserwować można również zawodowy opór wobec leczenia osób przyjmujących narkotyki, a korzyści z inwestowania w leczenie zarówno indywidualnych osób, jak i szerszej społeczności, nie zawsze są dostrzegane. EMCDDA rozwija narzędzia służące wspieraniu wdrażania leczenia wirusowego zapalenia wątroby w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków. Obejmują one listę kontrolną pozwalającą ustalić przeszkody w aktualizacji badań na obecność HCV i leczenia, kwestionariusz wiedzy

dla personelu oraz ilustracyjne opisy przypadków pokazujące, w jaki sposób innowacyjne podejście do wykonywania badań realizowane na szczeblu lokalnej społeczności może znacząco przyczynić się do reagowania na tę chorobę.

### Większą rolę odgrywają obecnie opioidy syntetyczne

Obecną epidemię opioidów w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie napędza używanie opioidów syntetycznych, w szczególności pochodnych fentanylu. Sytuacja tego typu nie występuje w Europie, ale istnieją powody do niepokoju w tym zakresie. Do unijnego systemu wczesnego ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych zgłoszono około 50 nowych opioidów syntetycznych. Wiele z tych substancji powiązanych z groźnymi zatruciami i zgonami. Niektóre z nich, jak karfentanyl, są szczególnie silne, przez co mogą być rozprowadzone w bardzo niewielkich trudnych do wykrycia ilościach, które przekładają się na tysiące dawek. Co więcej, coraz większą rolę w problemie narkotykowym w wielu częściach Europy zdają się odgrywać opioidy syntetyczne stosowane zazwyczaj jako produkty lecznicze, w tym substancje wykorzystywane w leczeniu substytucyjnym i leczeniu bólu. Jedna na pięć osób przyjmowanych na leczenie uzależnienia od narkotyków w związku z uzależnieniem od opioidów wymienia jako główną substancję, od której jest uzależniona, opioid syntetyczny, a nie heroinę; substancje te coraz częściej są też wykrywane w przypadkach przedawkowania. Pomimo takiego zagrożenia obecne możliwości w zakresie wykrywania i zgłaszania dostępności, stosowania i konsekwencji opioidów syntetycznych pozostają ograniczone. Za priorytet należy zatem uznać poprawę uwrażliwienia źródeł informacji w tym zakresie.

### Wartość toksykologicznych i kryminalistycznych źródeł danych

Zgony związane z przedawkowaniem rzadko są spowodowane zażyciem wyłącznie jednej substancji. Współczesne prawidłowości w konsumpcji narkotyków są bardzo dynamiczne; na rynku pojawia się coraz więcej

**Europa jest zaangażowana  
w międzynarodową Agendę  
na rzecz zrównoważonego  
rozwoju 2030**

## WYKRES 1

narkotyków, a ich konsumenci zazwyczaj – czy to świadomie, czy nieświadomie – zażywają szereg różnych substancji. Oznacza to, że bez dobrych ekspertyz kryminalistycznych i toksykologicznych można przeoczyć nowe zagrożenia. Istnieje zatem ryzyko, że rola nowych substancji psychoaktywnych o dużej sile działania takich jak pochodne fentanylu w zgonach związanych z przedawkowaniem może zostać przeoczona, szczególnie jeżeli zostały zażyte razem ze znanymi narkotykami takimi jak heroina. Niektóre państwa członkowskie UE, w szczególności na północy Europy, zainwestowały w zwiększenie dostępności i wrażliwości danych toksykologicznych, co pozwala teraz na lepsze rozumienie tendencji związanych z narkotykami i zagrożeń dla zdrowia. Wprowadzenie kompleksowych badań przesiewowych oraz zwiększenie wrażliwości testów w Szwecji poskutkowało przykładowo podwojeniem liczby przypadków wykrycia fentanylu w analizowanych próbkach pobranych w przypadkach zgonów związanych z zażyciem narkotyków. Ostatnie badanie EMCDDA pokazuje jednak, że nie wszystkie laboratoria mają możliwość wykrywania mniej typowych substancji. Do badania kryminalistycznego i toksykologicznego niezbędna jest dostępność wzorców substancji; w wielu laboratoriach nie są one jednak dostępne dla nowych substancji psychoaktywnych. Co więcej, brak europejskich wytycznych kryminalistyczno-toksykologicznych na potrzeby badania przypadków zgonów związanych z narkotykami stanowi przeszkodę w poprawie monitorowania i praktyk w tym zakresie. Ogólniej rzecz ujmując, jako że syntetyczne substancje psychoaktywne będą najprawdopodobniej nabierać znaczenia, konieczne będą większe inwestycje w źródła danych toksykologicznych i kryminalistycznych.

### Innowacyjne narzędzia monitorowania dają wgląd w pojawiające się tendencje

Tegoroczny europejski raport narkotykowy wykorzystuje szereg nowszych ukierunkowanych źródeł danych. Najnowocześniejsze wskaźniki nie są reprezentatywne dla ogółu populacji i mają inne ograniczenia, jednak zapewniają użyteczne, aktualne i uzupełniające dane, które oferują cenną wiedzę na temat używania narkotyków w Europie (zob. wykres 1). Przykładowo analiza ścieków daje pewien obraz ilości narkotyków konsumowanych przez lokalne społeczności w miastach europejskich. Jedną z zalet tego źródła danych jest to, że informacje mogą być zgłaszane szybko, dzięki czemu mogą stanowić potencjalnie skuteczne ostrzeżenie o zmianach poziomu konsumpcji narkotyków. Ilustrują to nowe dane za 2018 r. opublikowane ostatnio przez grupę SCORE i EMCDDA, które wskazują na większe rozproszenie geograficzne oraz ogólny wzrost konsumpcji wszystkich powszechnie

#### Nowe wskaźniki uzupełniające istniejące źródła danych



stosowanych klas substancji pobudzających (stymulantów).

Do innych nowych źródeł danych uwzględnionych w tegorocznym raporcie należy europejska ankieta internetowa na temat narkotyków. Wyniki tej ankiety przeprowadzonej na próbie osób przyjmujących narkotyki rekrutowanych przez internet dostarczają informacji o prawidłowościach w przyjmowaniu i kupowaniu powszechnie stosowanych niedozwolonych środków odurzających. Przeglądowi poddawano również informacje dostępne dzięki usługom sprawdzania narkotyków, które umożliwiają zbadanie substancji i uzyskanie informacji o składzie, co pozwala uzyskać wiedzę na temat używania narkotyków w konkretnych okolicznościach rekreacyjnych.

Dane dotyczące ostrych zatruc leczonych szpitalnie związanych z zażywaniem narkotyków mogą pomóc nam lepiej zrozumieć wpływ używania narkotyków na zdrowie publiczne w Europie. Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN Plus) monitoruje ciężkie przypadki toksyczności związane z narkotykami w wybranych szpitalach w 18 państwach europejskich. Ustalenia z tegorocznej analizy pokazują różnice między substancjami doprowadzającymi do stanów wymagających nagłej interwencji medycznej na terenie Europy. Substancje pobudzające są przykładowo powiązane z dużą liczbą sytuacji wyjątkowych, za to przypadki związane z amfetaminami były częściej spotykane na północy i na wschodzie Europy, gdy kokaina

była dominującą substancją pobudzającą w państwach południowych i zachodnich.

Na rolę, jaką stymulanty mogą odgrywać w przyjmowaniu narkotyków drogą iniekcji, wskazuje również nowe badanie pilotażowe, w którym przeanalizowano pozostałości narkotyków uzyskane ze zużytych strzykawek zebranych w punktach wymiany igieł w pięciu miastach europejskich. Tylko w jednym z nich substancje pobudzające nie były wykrywane najczęściej. Połowa zbadanych strzykawek zawierała co najmniej dwa narkotyki, a najczęściej była to mieszanka substancji pobudzającej i opioidu. Te nowe zasoby informacji dają szansę wzbogacenia i uzupełnienia istniejących źródeł danych, poprawiając naszą świadomość na temat mniej poznanych form przyjmowania narkotyków.

### Europejski rynek kokainy wciąż się rozwija

Aktualne dane dotyczące kokainy pokazują, że zarówno liczba konfiskat, jak i skonfiskowane ilości to historyczne rekordy. Kokaina wwożona jest do Europy licznymi szlakami i na różne sposoby, ale uwagę zwraca przede wszystkim wzrost wielkoskalowego przemytu przez ważne porty z wykorzystaniem kontenerów. O zwiększonej dostępności narkotyku świadczą również najwyższe w skali dekady dane szacunkowe dotyczące czystości kokainy na poziomie detalicznym. Reorganizacja łańcucha podaży kokainy i zaangażowanych podmiotów dostrzegalna jest na szczeblu pośrednim i detalicznym, co przejawia się we fragmentarycznych, luźniejszych i bardziej horyzontalnych strukturach organizacyjnych. Mniejsze grupy są w stanie wejść na rynek, korzystając z różnych technologii informatycznych, takich jak szyfrowanie, rynki darknetu, dealerskie media społecznościowe czy rynek kryptowalut. O przedsiębiorczości na konkurencyjnym rynku kokainy dobitnie świadczą innowacyjne strategie dystrybucyjne, takie jak centra obsługi telefonicznej dedykowane kokainie. Te nowe metody zdają się odzwierciedlać w pewnym stopniu rodzaj zakłócenia widocznego w innych obszarach, wynikającego z powszechnego korzystania ze smartfonów, jakim jest potencjalna „uberyzacja” handlu kokainą; mamy do czynienia z konkurencyjnym rynkiem, na którym sprzedający konkurują ze sobą, oferując dodatkowe usługi, takie jak szybkie i elastyczne opcje dostawy.

### Kokaina: bardziej widoczne szkody dla zdrowia

Oszacowanie rozpowszechnienia problemowego używania kokainy jest szczególnie trudne, ponieważ narkotyk ten jest mniej widoczny w utrwalonych wskaźnikach, które na ogół skoncentrowane są na problemach związanych

z opioidami. Tym niemniej istnieją sygnały, iż zwiększona dostępność kokainy skutkuje wzrostem kosztów zdrowotnych. Od 2014 r. liczba nowych pacjentów rozpoczynających leczenie w związku z problemami kokainowymi, choć nadal pozostaje stosunkowo niska, wzrosła o ponad 35% w dwóch trzecich państw, w których odnotowano wzrost. W niektórych państwach kokainę powiązano z obserwowanym niedawno wzrostem liczby zgonów związanych z narkotykami. Substancją tą często wykrywa się obok opioidów w przypadkach zgonów związanych z przedawkowaniem w tych częściach Europy, w których jest ona dominującą substancją pobudzającą. Co więcej, nieuchwytna w raportach może być rola, jaką kokaina odgrywa w przypadku zgonów związanych z chorobami układu krążenia. Tam, gdzie dostępne są dane, świadczą one o ogólnym wzroście przypadków sytuacji nagłych interwencji medycznych związanych z kokainą, a sama kokaina jest najczęściej zgłaszanym niedozwolonym środkiem odurzającym w 18 państwach objętych badaniem Euro-DEN. Kokainę wykryto również w co najmniej jednej czwartej strzykawek przebadanych w trzech z pięciu miast uczestniczących w pilotażowym badaniu użyteczności analizy pozostałości ze strzykawek dla mapowania prawidłowości w przyjmowaniu narkotyków drogą iniekcji. Nowe dostępne dane sugerują również, że zyskiwać na popularności może przyjmowanie cracku – postaci kokainy przeznaczonej do palenia, która szczególnie wiąże się z problemem narkotykowym. Od 2014 r. wzrost liczby osób przyjmujących crack rozpoczynających leczenie odnotowano w Belgii, Irlandii, Francji, Włoszech, Portugalii, a także w Wielkiej Brytanii, a więc państwie najsilniej związanym z przyjmowaniem tej substancji.

Dostępne dowody potwierdzające skuteczne usługi dla osób przyjmujących kokainę są stosunkowo nieprzekonujące, a ukierunkowane programy dla takich osób są obecnie w Europie ograniczone. Zaczyna się to zmieniać, ponieważ niektóre państwa wprowadzają obecnie bardziej wyspecjalizowane interwencje służące redukcji szkód. Ogólnie rzecz biorąc, ponieważ potrzeby w tym zakresie zdają się narastać, jeżeli służby mają być lepiej dostosowane do pomyślnej obsługi tej grupy pacjentów, konieczne są pilne inwestycje w rozwój i ocenę interwencji wszelkiego rodzaju, jednak w szczególności skutecznych modeli leczenia.

**Oszacowanie rozpowszechnienia problematycznego używania kokainy jest szczególnie trudne**



W SKRÓCIE — SZACUNKOWE DANE DOTYCZĄCE UŻYWANIA NARKOTYKÓW W UNII EUROPEJSKIEJ

## Konopie indyjskie



### Osoby dorosłe (15-64 lat)

Używanie w ciągu ostatniego roku **24,7 mln**  
7,4 %



Przynajmniej jednokrotne użycie w ciągu całego życia **91,2 mln**  
27,4 %

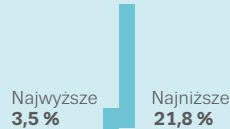


### Młode osoby dorosłe (15-34 lat)

Używanie w ciągu ostatniego roku **17,5 mln**  
14,4 %



Krajowe oszacowania dotyczące używania w ciągu ostatniego roku



## Kokaina



### Osoby dorosłe (15-64 lat)

Używanie w ciągu ostatniego roku **3,9 mln**  
1,2 %



Przynajmniej jednokrotne użycie w ciągu całego życia **18 mln**  
5,4 %

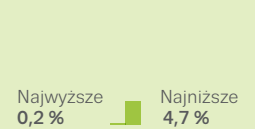


### Młode osoby dorosłe (15-34 lat)

Używanie w ciągu ostatniego roku **2,6 mln**  
2,1 %



Krajowe oszacowania dotyczące używania w ciągu ostatniego roku



## MDMA



### Osoby dorosłe (15-64 lat)

Używanie w ciągu ostatniego roku **2,6 mln**  
0,8 %



Przynajmniej jednokrotne użycie w ciągu całego życia **13,7 mln**  
4,1 %



### Młode osoby dorosłe (15-34 lat)

Używanie w ciągu ostatniego roku **2,1 mln**  
1,7 %



Krajowe oszacowania dotyczące używania w ciągu ostatniego roku



## Amfetaminy



### Osoby dorosłe (15-64 lat)

Używanie w ciągu ostatniego roku **1,7 mln**  
0,5 %



Przynajmniej jednokrotne użycie w ciągu całego życia **12,4 mln**  
3,7 %

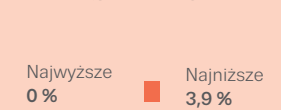


### Młode osoby dorosłe (15-34 lat)

Używanie w ciągu ostatniego roku **1,2 mln**  
1 %



Krajowe oszacowania dotyczące używania w ciągu ostatniego roku



## Opioidy



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

**654 000** W 2017 r. 654 000 osób używających opioidów otrzymało leczenie substytucyjne

Zgłoszenia na leczenie uzależnienia

Główny narkotyk dotyczący około **35%** wszystkich wniosków o leczenie uzależnienia od narkotyków w Unii Europejskiej



Przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym

**85%**

Opioidy wykrywa się w **85%** przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym



## Międzynarodowa rola Europy w produkcji narkotyków syntetycznych

Produkcja narkotyków syntetycznych w Europie, chociaż trudna do monitorowania, zdaje się wzrastać, dywersyfikować i nabierać innowacyjnych cech. Taką ekspansję widać w nowych danych dokumentujących zwiększone konfiskaty substancji chemicznych będących prekursorami. Sprawozdanie na temat europejskich rynków narkotykowych opracowane przez EMCDDA i Europol, które zostanie opublikowane w 2019 r., będzie zawierało pogłębioną analizę tej sytuacji. Wykrywanie laboratoriów produkcyjnych, miejsc składowania odpadów oraz siła działania i różnorodność narkotyków syntetycznych dostępnych na rynku europejskim to kluczowe powody do niepokoju w tym obszarze,

Obserwuje się również natężone sygnały świadczące o znaczeniu Europy na globalnym rynku narkotyków syntetycznych. Należą do nich istotne konfiskaty różnych substancji na granicach UE; fakt, iż więcej MDMA konfiskuje się obecnie w Turcji niż w całej Unii Europejskiej; a także wykrywanie w Europie placówek produkujących metamfetaminę i inne narkotyki syntetyczne przeznaczone na eksport. Infrastruktura, która umożliwia szybkie przemieszczanie towarów między państwami, jest w coraz większym stopniu wykorzystywana do usprawniania przemytu kontrolowanych środków odurzających, nowych substancji psychoaktywnych, prekursorów oraz innych substancji chemicznych niezbędnych do produkcji narkotyków na teren Unii Europejskiej. Ta sama infrastruktura jest czasem wykorzystywana do przemytu do państwa poza UE narkotyków syntetycznych, w szczególności MDMA, ale również innych substancji.

Wygląda na to, że produkcja narkotyków syntetycznych stymuluje również rozprzestrzenianie używania metamfetaminy w nowych państwach w obrębie Unii Europejskiej. W ujęciu globalnym metamfetamina stanowi największe wyzwanie w dziedzinie narkotyków syntetycznych. W Europie stosowanie metamfetaminy było ograniczone do kilku państw z długotrwałymi problemami w tym zakresie. W dużej mierze jest tak i dzisiaj, ale pomimo szerokiej dostępności innych substancji pobudzających, analiza ścieków wskazuje, że narkotyk ten zaczyna rozprzestrzeniać się na nowe państwa. Również wykryte laboratoria świadczą o rozszerzeniu skali produkcji oraz produkcji dla rynków poza UE.

## Konopie indyjskie: nowa sytuacja dotycząca najbardziej znanego narkotyku Europy

Konopie indyjskie to jeden z najbardziej znanych narkotyków w Europie. Jest to najpowszechniej stosowany niedozwolony środek odurzający, a blisko 20% osób w wieku 15–24 lata przyznaje, że używało konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku. Zarówno w wymiarze międzynarodowym, jak i w Europie używanie konopi indyjskich to wciąż temat budzący istotne zainteresowanie polityczne i publiczne, ponieważ nowa sytuacja wywołuje debatę na temat tego, jak społeczeństwo powinno reagować na tę substancję.

Toczy się dyskusja na temat leczniczych właściwości konopi indyjskich, preparatów z konopi indyjskich oraz produktów leczniczych z roślin konopi. W niektórych państwach zalegalizowano konopie indyjskie, co wywołuje obawy o koszty i korzyści różnych opcji regulacyjnych i opcji kontroli. To złożone zagadnienie. Na terenie Europy znaczna część zasobów policyjnych zaangażowana jest w kontrolowanie spożywania konopi indyjskich, a przeszło połowa z 1,2 mln przestępstw używania lub posiadania na użytek własny zgłoszonych w 2017 r. dotyczyło właśnie konopi. Zaangażowanie w rynek konopi indyjskich może również stanowić czynnik wpływający na przestępczość młodzieży oraz główne źródło dochodu dla przestępczości zorganizowanej. Co więcej, wzrosło nasze zrozumienie potencjalnych zagrożeń zdrowotnych powodowanych używaniem konopi indyjskich, szczególnie wśród młodzieży. Konopie indyjskie są obecnie substancją najczęściej wymienianą jako powód zwrócenia się o pomoc przez osoby przyjmowane po raz pierwszy na specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków. To niepokojące, ponieważ w ciągu ostatnich kilku lat z ogólnej oceny EMCDDA wynikało, że tendencje dotyczące konopi indyjskich pozostają w dużej mierze stabilne. Twierdzenie to stoi jednak teraz pod znakiem zapytania ze względu na nowe dane, z których wynika, że szereg państw zgłasza zwiększone użycie w młodszych grupach wiekowych.

Ponadto w ostatnich latach ze względu na postęp w technikach uprawy, ekstrakcji i produkcji rozwinięto nowe postacie konopi indyjskich. Rośliny hybrydowe oparte na wielu szczepach dające konopie indyjskie o silniejszym działaniu zaczęły zastępować znane dotąd postacie roślin zarówno w Europie, jak i w Maroku, skąd pochodzi znaczna część haszyszu używanego w Europie. Zrealizowane niedawno przy wsparciu EMCDDA badanie pokazuje, że w ostatniej dekadzie wzrosła siła działania zarówno haszyszu, jak i marihuany. Stworzenie legalnych rynków rekreacyjnych konopi indyjskich, gdzie narkotyk zalegalizowano, również kształtuje innowacje w postaci rozwoju nowych produktów z konopi indyjskich, takich jak

produkty jadalne, e-płyny i koncentraty. Niektóre z nich pojawiają się obecnie na europejskim rynku, gdzie stanowią nowe wyzwanie dla organów zajmujących się wykrywaniem i kontrolą narkotykową.

Uznając dynamiczny i złożony charakter sfery polityki związanej z konopiami indyjskimi, EMCDDA uruchomiła nową serię publikacji, które zawierają oparte na dowodach opinie i analizy w tym zakresie. Obejmuje ona przegląd zmian w zakresie dostępu do konopi leczniczych w Unii Europejskiej. Świadomą debatę na ten temat hamuje brak wspólnego rozumienia pojęcia konopi leczniczych. Sytuację komplikuje różnorodność dostępnych produktów, które mogą obejmować spektrum od produktów leczniczych zawierających mieszanki pochodzące z roślin konopi po surowe preparaty z konopi indyjskich.

### Produkty z konopi indyjskich o niskiej zawartości THC powodują problemy regulacyjne

Innym przykładem szybkich zmian pojawiających się w związku z konopiami indyjskimi jest pojawienie się na przestrzeni ostatnich dwóch lat marihuany i oleju z konopi indyjskich o niskiej sile działania w sklepach ze zdrową żywnością lub w sklepach specjalistycznych w niektórych państwach UE. Sprzedaż odbywa się w oparciu o twierdzenia, iż produkty te mają niewielki efekt odurzający lub nie mają go wcale, a zatem nie są to produkty kontrolowane w świetle przepisów dotyczących środków odurzających. Konopie indyjskie zawierają wiele różnych związków chemicznych, ale największą uwagę przyciągają dwa kannabinoidy, tetrahydrokannabinol i kannabidiol (CBD). THC to główna substancja znajdująca się w konopiach indyjskich odpowiedzialna za działanie psychoaktywne. Produkty zawierające CBD coraz częściej pojawiają się na rynku jako produkty rzekomo przynoszące korzystne skutki. Złożona i rozwijająca się literatura zawierająca dowody dotyczące medycznego wykorzystania THC i CBD to zagadnienie podniesione w ostatniej publikacji EMCDDA. Nowe produkty mają mieć mniej niż 0,2% lub 0,3% THC i ogólnie wpisują się w dwie kategorie produktów: produkty przeznaczone dla użytkowników konopi indyjskich przeznaczone do palenia oraz produkty – w postaci olejów i kremów – skierowane do osób zainteresowanych ewentualnym zastosowaniem zdrowotnym. W niektórych państwach członkowskich produkty o niskiej zawartości THC są postrzegane jako wyciąg z konopi indyjskich i podlegają karom przewidzianym przepisami karnymi; w innych uznaje się je za produkty lecznicze, które nie mogą być sprzedawane bez zezwolenia; w nielicznych zaklasyfikowano je jako produkty, które nie stanowią zagrożenia dla zdrowia publicznego i w związku z tym nie jest konieczne żadne

pozwolenie na obrót nimi. Taka sytuacja powoduje problemy regulacyjne na szczeblu zarówno unijnym, jak i krajowym.

### Wykorzystywanie cyfryzacji z korzyścią dla zdrowia

Ważną grupą docelową wielu interwencji związanych z narkotykami są młodzi ludzie. Z dużym prawdopodobieństwem ta właśnie część społeczeństwa jest najbardziej zaznajomiona z technologią informacyjno-komunikacyjną w wielu obszarach życia i otwarta na jej wykorzystywanie. Istnieje również wysokie prawdopodobieństwo, że ta grupa jest najbardziej skłonna zaakceptować wykorzystanie takiej technologii w profilaktyce narkotykowej, leczeniu i interwencjach służących redukcji szkód oraz czerpać korzyści z takich rozwiązań. Tegoroczny europejski raport narkotykowy zawiera omówienie rozwoju sytuacji w dziedzinie m-zdrowia, które ma stanowić odpowiedź na szereg problemów, począwszy od dostępu do usług po zapewnienie doskonalenia umiejętności wśród osób pracujących w obszarze narkotykowym. Zmiany w tej dziedzinie zachodzą pod wpływem zasobów internetowych i aplikacji mobilnych, a w najnowszych, innowacyjnych podejściach analizuje się możliwość wykorzystania wirtualnej rzeczywistości w leczeniu uzależnienia od narkotyków, pomaganiu pacjentom w budowaniu odporności na pokusy narkotykowe oraz ograniczeniu głodu narkotykowego. Należy przy tym zachować ostrożność, ponieważ nowe aplikacje w tej dziedzinie nie zawsze spełniają rzetelne standardy jakościowe i przepisy w zakresie ochrony danych, a ich ocena nie zawsze jest obiektywna. Podobnie jak w innych obszarach opieki zdrowotnej, będą to kluczowe elementy niezbędne do osiągnięcia potencjalnych korzyści obiecanych przez nową technologię.

**Ważną grupą docelową wielu interwencji związanych z narkotykami są młodzi ludzie**

## **Ulepszenie unijnego systemu wczesnego ostrzeżenia oraz oceny ryzyka nowych substancji psychoaktywnych**

W 2018 r. nowe substancje psychoaktywne były zgłaszane do unijnego systemu wczesnego ostrzeżenia o nowych substancjach psychoaktywnych w tempie około jedna na tydzień. Wynosząca 55 liczba nowych substancji wykrytych w 2018 r. jest podobna do liczby z 2017 r., ale dużo niższa niż w 2013 r. i 2014 r. Chociaż może to sugerować spadek innowacyjności w tej dziedzinie, należy zauważyć, że duża liczba substancji już zgłoszonych nadal pojawiała się każdego roku na europejskim rynku narkotykowym, co wskazuje, że substancje te mogą utrzymywać się przez pewien czas na rynku. Zaobserwowano również zmiany z rodzajach substancji, co stanowi potencjalny sygnał, że nowe substancje psychoaktywne są w coraz większym stopniu skierowane do osób zażywających narkotyki od długiego czasu i osób, których dotyczy problemowe używanie środków odurzających. Tymczasem przykładowo do unijnego systemu wczesnego ostrzeżenia o nowych substancjach psychoaktywnych trafiają teraz zgłoszenia o różnicowanych substancjach, pojawia się więcej opioidów syntetycznych i benzodiazepin.

Wczesne ostrzeżenie oraz ocena ryzyka to kluczowe elementy europejskiej reakcji na rozwój sytuacji w dziedzinie nowych substancji psychoaktywnych. W 2018 r. przekształcono europejski system tak, aby zapewnić ulepszyć i przyspieszyć możliwości UE w zakresie wykrywania zagrożeń zdrowotnych i społecznych powodowanych przez nowe narkotyki, ich oceny i reakcji na nie. Przewidziano nie tylko wczesne ostrzeżenie w całej Europie, ale również możliwość dokonywania szybszej oceny ryzyka oraz kontroli substancji na szczeblu europejskim. Zmiany te wzmacniają również sieć wspierającą działania EMCDDA i Europol poprzez formalne uzgodnienia robocze funkcjonujące obecnie między EMCDDA a Europejską Agencją ds. Oceny Produktów Leczniczych (EMA), Europejskim Urzędem ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA), Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Europejską Agencją Chemikaliów (ECHA).



1

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

# Podaż narkotyków i rynek

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

## Monitorowanie rynków narkotyków, podaży i przepisów

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

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

## WYKRES 1.1

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

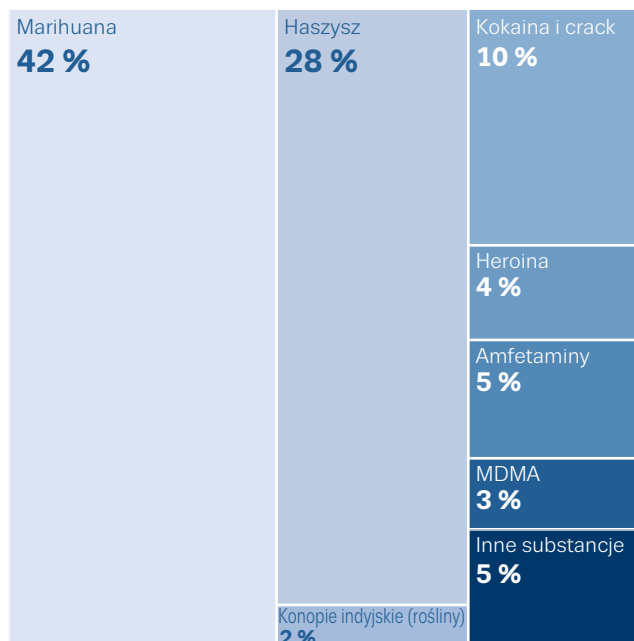
### Rynki niedozwolonych substancji odurzających w Europie: złożone i wielopoziomowe

Rynki narkotykowe obejmują złożony zestaw wzajemnie powiązanych działań, w tym produkcję, przemyt, dystrybucję i sprzedaż konsumentowi końcowemu. Rozciągają się one na rozległe obszary geograficzne. Na różnych etapach mogą być w nie zaangażowane różne podmioty, ale dominującą rolę w wartej miliardy euro rocznie działalności związanej z niedozwolonymi środkami odurzającymi odgrywają zorganizowane grupy przestępcze.

Na poziomie detalicznym sprzedaż narkotyków prowadzona jest przede wszystkim w drodze bezpośredniego kontaktu między dostawcami a konsumentami. Siatki prowadzące handel narkotykami w coraz większym stopniu wykorzystują jednak technologie mobilną i szyfrowanie. Internetowe platformy sprzedaży niedozwolonych środków odurzających, choć nadal stanowią stosunkowo niewielką część całego rynku, w ostatnich latach rosną w siłę. Rynki internetowe można znaleźć w sieci widocznej – a więc możliwej do przeszukania zindeksowanej części sieci, w tym w sklepach internetowych i w mediach społecznościowych, lub w darknet – zaszyfrowanej sieci, do której dostęp wymaga specjalnych narzędzi, a sprzedający i kupujący mogą ukryć swoją tożsamość.

Od czasu pojawienia się anonimowych rynków internetowych w 2010 r. w różnych momentach istniało ponad 100 globalnych rynków darknetu. W lipcu 2017 r. w ramach międzynarodowej operacji policji zlikwidowano największą istniejącą do tej pory giełdę tego rodzaju, AlphaBay, jak również inny duży rynek podziemny – Hansę. Operacja organów ścigania mogła podważyć zaufanie konsumentów do bezpieczeństwa tego rodzaju rynków. Tym niemniej analiza EMCDDA i Europolu wskazuje, że wolumen obrotu narkotykami w darknecie) oraz przychody

Liczba zgłoszonych konfiskat narkotyków w podziale na rodzaj substancji, 2017 r.



z nim związane wróciły do poziomu sprzed operacji już rok później.

### Ponad milion konfiskat niedozwolonych środków odurzających

Konfiskaty niedozwolonych środków odurzających przez organy ścigania stanowią ważny wskaźnik rynków narkotykowych – w 2017 r. w Europie zgłoszono ponad 1,1 miliona konfiskat narkotyków. Większość zgłoszonych konfiskat dotyczy niewielkich ilości narkotyków przejętych od użytkowników. Na większość łącznej ilości skonfiskowanych narkotyków składają się jednak niewielkie liczby wielokilogramowych przesyłek. Ponad dwie trzecie wszystkich konfiskat narkotyków w Unii Europejskiej zostało zgłoszonych przez trzy kraje zgłaszające największą liczbę konfiskat – Hiszpanię, Wielką Brytanię i Francję. Jednakże dane dotyczące liczby konfiskat nie są dostępne dla Holandii, zaś najnowsze dane dotyczące Niemiec i Słowenii pochodzą z 2015 r., co zwiększa niepewność analizy. Najczęściej konfiskowanym narkotykiem są konopie indyjskie, których dotyczy prawie trzy czwarte przypadków konfiskat w Europie (wykres 1.1).



## Konopie indyjskie: stabilne ceny przy wzroście liczby konfiskat i siły działania

Na europejskich rynkach narkotyków występują powszechnie dwa główne produkty otrzymywane z konopi indyjskich: marihuana i haszysz. Olej z konopi indyjskich jest stosunkowo rzadki, chociaż w ciągu ostatnich kilku lat zgłoszono przypadki konfiskaty dużych ilości. Marihuana konsumowana w Europie pochodzi głównie z produkcji europejskiej, choć część jest przemykana z krajów trzecich. Marihuana produkowana w Europie pochodzi przede wszystkim z roślin uprawianych w przestrzeniach zamkniętych. Haszysz importowany jest głównie z Maroka, przy czym dużym ośrodkiem przemytu haszyszu stała się Libia. Pojawiają się doniesienia o punktach produkcji haszyszu w Unii Europejskiej, a przez wiele lat dokumentowano produkcję haszyszu holenderskiego („nederhash”) w Holandii. Ponadto Bałkany Zachodnie

stanowią źródło zarówno marihuany, jak i – ostatnio – oleju z konopi.

W 2017 r. państwa członkowskie UE zgłosiły 782 000 konfiskat produktów z konopi indyjskich, w tym 440 000 konfiskat marihuany, 311 000 – konfiskaty haszyszu i 22 700 konfiskat roślin konopi. Liczba konfiskat marihuany od 2009 r. przekracza liczbę konfiskat haszyszu. Ilości konfiskowanego haszyszu są jednak ponad dwukrotnie większe od ilości marihuany (466 ton w stosunku do 209 ton). Częściowo jest to konsekwencja przemytu haszyszu w większych ilościach przez granice państw, co zwiększa prawdopodobieństwo przejścia. Ze względu na bliskie sąsiedztwo Maroka szczególnie ważnym miejscem, jeżeli chodzi o ilości konfiskowanego haszyszu, jest Hiszpania, gdzie w 2017 r. skonfiskowano prawie trzy czwarte (72%) ogólnej ilości skonfiskowanej w Unii Europejskiej (wykres 1.2).

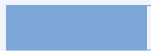
## KONOPIE INDYJSKIE



### HASZYSZ

#### Konfiskaty

Liczba

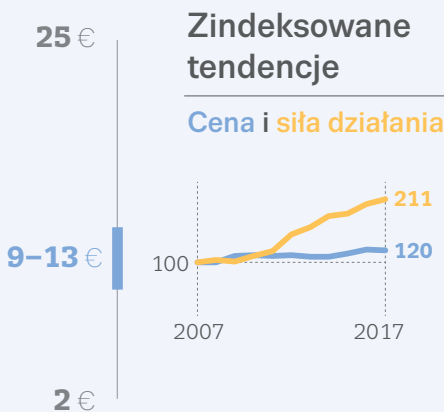
**311 000** UE  **329 000** UE+2

Ilości

**466** UE  **550** UE+2

Cena

(EUR/g)



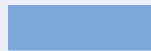
Siła działania

(% THC)

### MARIHUANA

#### Konfiskaty

Liczba

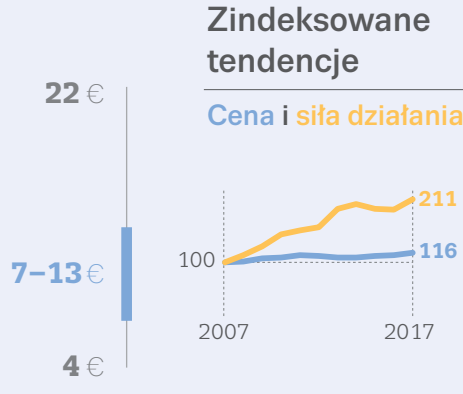
**440 000** UE  **486 000** UE+2

Ilości

**209** UE  **304** UE+2

Cena

(EUR/g)



Siła działania

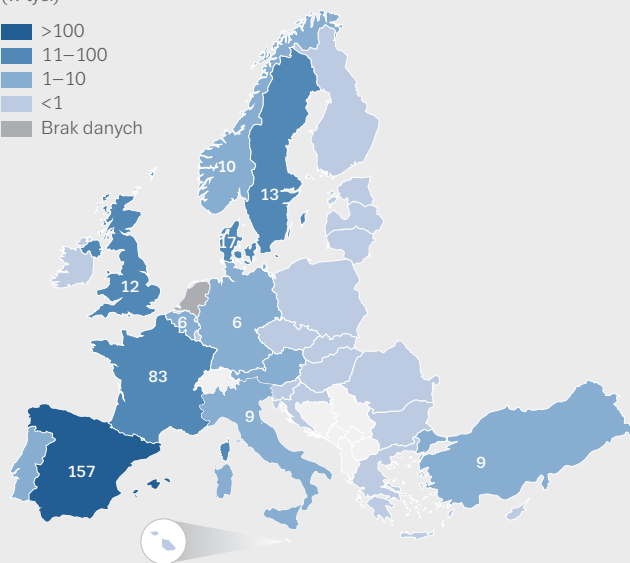
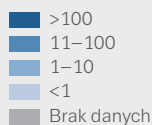
(% THC)

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

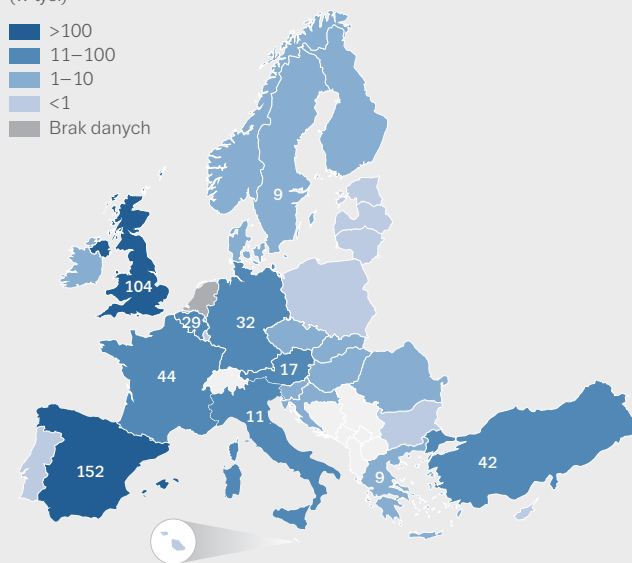
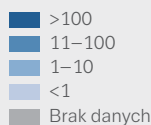
## WYKRES 1.2

## Konfiskaty haszyszu i marihuany, rok 2017 lub ostatni rok, za który dostępne są dane

Liczba konfiskat haszyszu (w tys.)

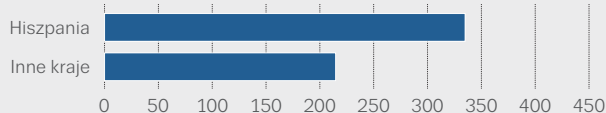


Liczba konfiskat marihuany (w tys.)

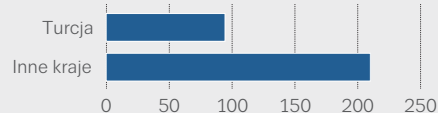


Uwaga: Liczba konfiskat w dziesięciu krajach o największym udziale pod względem skonfiskowanych ilości.

Ilość skonfiskowanego haszyszu (w tonach)



Ilość skonfiskowanej marihuany (w tonach)



Liczba konfiskat konopi indyjskich zgłoszonych w Unii Europejskiej, zarówno w odniesieniu do haszyszu, jak i marihuany, pozostaje od 2012 r. stosunkowo stabilna (wykres 1.3). Po spadku w 2015 r. ilość skonfiskowanej marihuany w wielu państwach wzrosła. Ogólny wzrost między 2016 a 2017 r. był spowodowany głównie wzrostami odnotowanymi w Grecji i Hiszpanii, a przede wszystkim we Włoszech. Każdego roku od 2009 r. w Turcji konfiskowano więcej marihuany niż w dowolnym państwie UE, ale w 2017 r. ilość marihuany skonfiskowanej we Włoszech była nieomal równa ilości skonfiskowanej w Turcji. Co więcej, również w państwach, w których na ogół konfiskuje się niewielkie ilości marihuany, w 2017 r. zaobserwowano znaczący wzrost. Jednym z przykładów są Węgry, gdzie skonfiskowana ilość była 7 razy większa od ilości skonfiskowanej w poprzednim roku (ponad 3,5 tony w 2017 r. przy 0,5 tony w 2016 r.).

Konfiskaty roślin konopi indyjskich można traktować jako wskaźnik produkcji tego narkotyku w danym kraju. Różnice między państwami, zarówno w priorytetach w zakresie egzekwowania prawa, jak i w sposobach raportowania, oznaczają, iż do interpretacji danych należy podchodzić z rozwagą. Liczba roślin skonfiskowanych w Europie osiągnęła szczytową wartość 7 mln w 2012 r. w związku z zakrojonymi na szeroką skalę działaniami

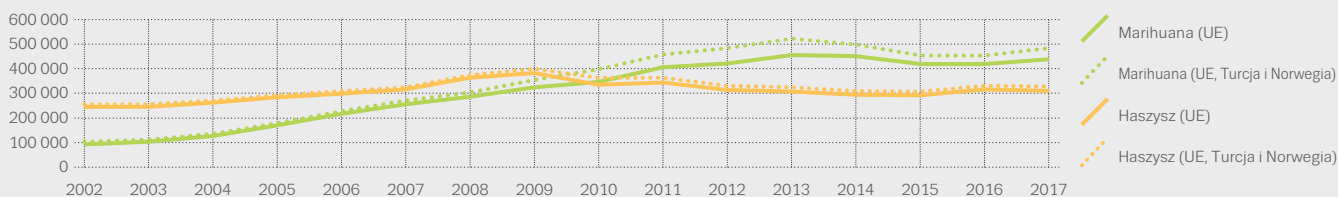
przechwytywanymi przeprowadzonymi w tamtym roku w Włoszech, po czym uległa zmniejszeniu do 2,5 mln roślin w 2015 r., a następnie wzrosła do poziomu 3,4 mln roślin w 2017 r. W 2017 r. państwa europejskie zgłosiły 490 przypadków konfiskaty oleju z konopi indyjskich, przy czym największe ilości przejęto w Turcji (50 l w 3 konfiskatach) oraz Grecji (12 kg w 37 konfiskatach).

Analiza ujętych we wskaźnikach tendencji w tych państwach przekazujących w sposób spójny dane o cenach i sile działania wskazuje na wzrost siły działania zarówno marihuany, jak i haszyszu od 2007 r. Siła działania haszyszu zwiększa się w sposób ciągły od 2009 r. Czynniki decydującymi o takim wzroście średniej siły działania haszyszu są między innymi: wprowadzenie roślin o silniejszym działaniu oraz nowe techniki produkcji w Maroku, jak również – choć w mniejszym stopniu – większe zastosowanie w Europie technik ekstrakcji haszyszu, które zapewniają produkty o większej sile działania. Średnia siła działania marihuany wzrosła w 2017 r., co nastąpiło po okresie stabilności zaobserwowanym między 2013 r. a 2016 r. Czas pokaże, czy ostatni wzrost to początek nowej tendencji. Dane wskazują, że cena detaliczna za gram jest podobna w przypadku haszyszu i marihuany, a ceny utrzymują się na tym samym poziomie od około 2009 roku.

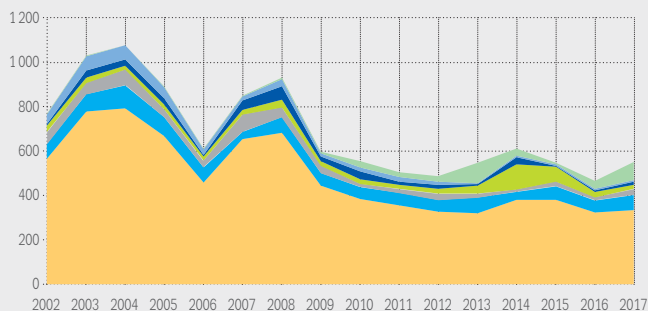
## WYKRES 1.3

## Tendencje dotyczące liczby konfiskat oraz konfiskowanych ilości haszyszu i marihuany

Liczba konfiskat

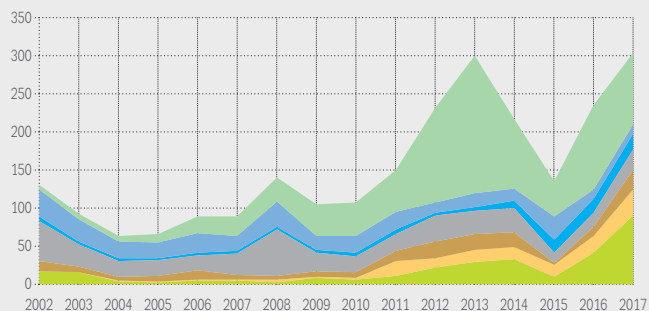


## Haszysz (tony)



Turcja Wielka Brytania Portugalia Włochy  
Inne kraje Francja Hiszpania

## Marihuana (tony)



Turcja Wielka Brytania Francja Inne kraje  
Grecja Hiszpania Włochy

### Dostępność produktów otrzymywanych z konopi indyjskich o niskiej zawartości THC

Od 2017 r. marihuana i olej z konopi indyjskich są oferowane w kilku państwach UE w otwartej sprzedaży w sklepach ze zdrową żywnością lub sklepach specjalistycznych. Sprzedaż odbywa się na podstawie twierdzenia, iż produkty te mają niewielki efekt odurzający lub nie mają go wcale, a zatem nie są to produkty kontrolowane w świetle przepisów dotyczących środków odurzających.

Marihuana i wyciągi z marihuany są znane z dwóch kannabinoidów: tetrahydrokannabinolu (THC) i kannabidiolu (CBD). THC może powodować efekty odurzenia, podczas gdy CBD wiąże się z korzyściami zdrowotnymi, choć na chwilę obecną przeanalizowano niewiele dowodów dla większości schorzeń. Zawartość każdego ze związków w roślinach konopi indyjskich może się bardzo różnić. W ramach wspólnej polityki rolnej UE dotuje się hodowlę różnych odmian konopi indyjskich do użytku przemysłowego, o ile zawartość THC nie przekracza 0,2% (który to limit pierwotnie służył do rozróżniania rodzajów roślin, a nie określania profilu bezpieczeństwa do spożycia przez ludzi). Limity krajowe mogą wynosić od 0 do 0,3%.

Nowe produkty są prezentowane jako zawierające mniej niż 0,2% lub 0,3% THC i zdają się wpisywać w dwie

kategorie produktów, które mogą się na siebie nakładać. Pierwsza kategoria to produkty sprzedawane osobom obecnie korzystającym z niedozwolonych środków odurzających jako „legalne” konopie indyjskie w postaci na ogół związanej z paleniem. Druga kategoria to produkty sprzedawane w oparciu o skojarzenia ze „zdrowiem” i „dobrostanem” i w tym przypadku podkreśla się zawartość CBD, przy czym produkty na ogół mają postać olejów lub kremów. Kategorie te znajdują również swoje odzwierciedlenie w rodzaju i wystroju punktów sprzedaży. Ponieważ nie istnieje uzgodniona dla tych produktów norma testów, zawartość THC i CBD może się różnić od podanej na etykiecie lub w „wynikach testów” przedstawianych z produktem.

## Heroina: wzrastają ilości konfiskowane

Heroina jest najpowszechniejszym opioidem na unijnym rynku narkotykowym. W Europie od dawna dostępne są dwie postacie importowanej heroiny: bardziej powszechna jest heroina brązowa (w jej podstawowej postaci chemicznej), produkowana głównie z morfiny pozyskiwanej z maków hodowanych w Afganistanie. Zdecydowanie mniej powszechna jest natomiast biała heroina (w postaci soli), która dawniej pochodziła z południowo-wschodniej Azji, ale obecnie może też być wytwarzana w Afganistanie lub w sąsiednich krajach. Wśród pozostałych opioidów dostępnych na rynkach niedozwolonych środków odurzających w Europie znalazło się opium oraz produkty lecznicze, takie jak morfina, metadon, buprenorfina, tramadol i różne pochodne fentanylu. Niektóre z tych opioidów mogą pochodzić z legalnych dostaw farmaceutycznych, a inne produkowane są nielegalnie.

Afganistan pozostaje największym na świecie nielegalnym producentem opium i przypuszczalnie większość heroiny na rynku europejskim jest wytwarzana właśnie tam bądź w sąsiednim Iranie lub Pakistanie. Do niedawna nielegalna produkcja opioidów na terenie Europy była ograniczona do domowej roboty produktów na bazie maku, które wytwarzano w niektórych krajach Europy Wschodniej. Odkrycie w ostatnich latach laboratoriów produkujących heroinę z morfiny przy użyciu bezwodnika octowego w Bułgarii, Czechach, Hiszpanii i Holandii przy jednoczesnym wzroście konfiskowanych ilości morfiny i opium sugeruje, że część heroiny produkuje się obecnie bliżej rynków konsumenckich w Europie. Zmiana ta może odzwierciedlać działania dostawców dążących do

obniżenia kosztów poprzez przeprowadzanie ostatnich etapów produkcji heroiny w Europie, gdzie prekursorzy takie jak bezwodnik octowy można nabyć po cenach niższych niż w krajach produkujących opium. Wytwarzanie narkotyku w pobliżu rynku konsumenckiego może mieć także na celu ograniczenie ryzyka przechwycenia.

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

W okolicach 2010/2011 roku w szeregu państw europejskich odnotowano okres ograniczonej dostępności heroiny, czemu towarzyszył ogólny spadek w liczbie konfiskat i konfiskowanej ilości narkotyku. Od tamtego czasu liczba konfiskat w Unii Europejskiej ustabilizowała się i w 2017 r. zgłoszono 37 000 konfiskat, w których przejęto 5,4 tony narkotyku. W dalszym ciągu w Turcji konfiskuje więcej heroiny niż we wszystkich pozostałych państwach europejskich razem wziętych (wykres 1.4). Po gwałtownym spadku konfiskat w latach 2014–2016 z 12,8 do 5,6 ton w 2017 r., Turcja skonfiskowała 17,4 tony heroiny, a więc największą ilość od dekady.

## HEROINA

### Konfiskaty

Liczba

**37 000** UE  **50 000** UE+2

Ilości

**5,4** UE  **22,9** UE+2

### Cena

(EUR/g)

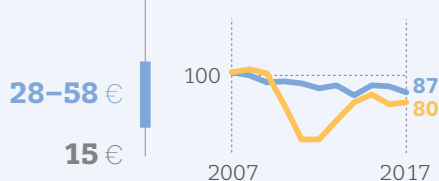
**140** €

**28–58** €

**15** €

### Zindeksowane tendencje

Cena i czystość



### Czystość

(%)

**51** %

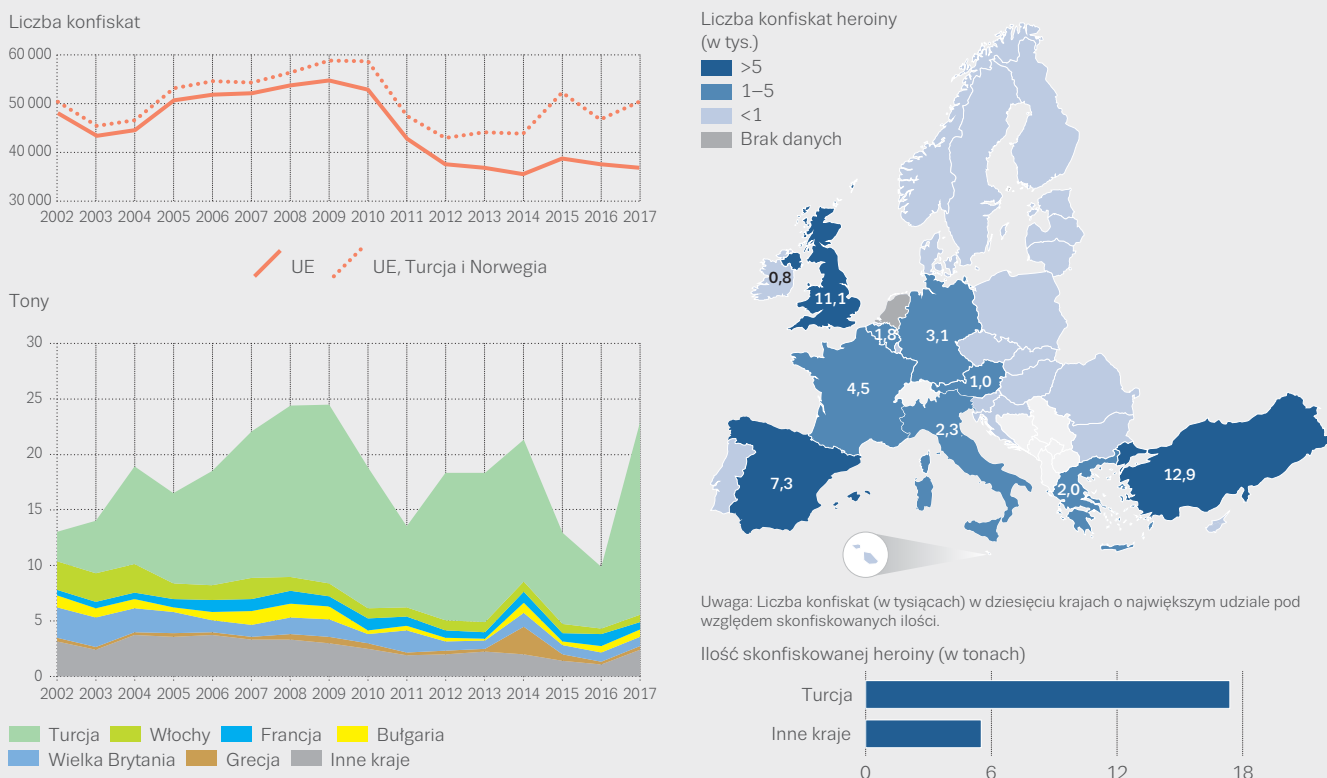
**15–31** %

**9** %

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

## WYKRES 1.4

Liczba konfiskat heroiny i skonfiskowane ilości: tendencje w 2017 r. lub ostatnim roku, za który dostępne są dane



Wyrażone we wskaźnikach tendencje obserwowane w państwach regularnie przekazujące dane dotyczące cen i czystości narkotyku wskazują, że po gwałtownym spadku w latach 2009–2011 czystość heroiny gwałtownie wzrosła, by w kolejnych latach się ustabilizować, jednak na poziomie niższym od poziomu z 2007 r. Z kolei, ogólnie rzecz biorąc, cena detaliczna heroiny spadła nieco w ciągu ostatniej dekady, a w 2017 r. również odnotowano spadek.

Poza heroiną w państwach europejskich konfiskowane są również inne opioidy. Chociaż stanowią one niewielki ułamek w ogólnej liczbie konfiskat, w 2017 r. odnotowano znaczny wzrost w tym zakresie. Do najczęściej konfiskowanych opioidów należą opioidy medyczne, takie jak tramadol, buprenorfina i metadon (zob. tabela 1.1). W 2017 r. przez kolejny rok z rządu zgłaszano wzrost skonfiskowanych ilości tramadolu i pochodnych fentanylu. Co więcej, skonfiskowane ilości opium i morfiny były w 2017 r. dużo większe niż w poprzednim roku.

## TABELA 1.1

Konfiskata opioidów innych niż heroina w 2017 r.

| Opioid             | Liczba | Ilość     |       |             |         | Liczba krajów |
|--------------------|--------|-----------|-------|-------------|---------|---------------|
|                    |        | Kilogramy | Litry | Tabletki    | Plastry |               |
| Metadon            | 1 428  | 17,2      | 26,4  | 30 381      |         | 18            |
| Buprenorfina       | 2 649  | 0,5       | 0,01  | 58 682      |         | 17            |
| Tramadol           | 4 290  | 13,8      | 0,1   | 118 935 898 |         | 11            |
| Pochodne fentanylu | 940    | 14,3      | 1,9   | 10 551      | 2 291   | 13            |
| Morfina            | 358    | 246,0     | 1,3   | 9 337       |         | 13            |
| Opium              | 1 837  | 2 177,9   |       |             |         | 17            |
| Kodeina            | 522    | 0,1       |       | 18 475      |         | 8             |
| Dihydrokodeina     | 21     |           |       | 1 436       |         | 4             |
| Oksykodon          | 560    | 0,0001    |       | 18 035      |         | 8             |

### Europejski rynek substancji pobudzających: różnice regionalne

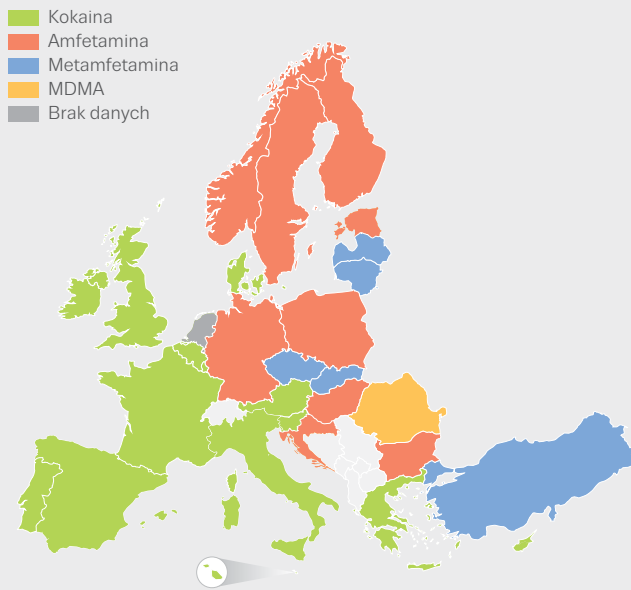
Do głównych stymulantów dostępnych w Europie należą: kokaina, amfetamina, metamfetamina i MDMA. Występują przy tym istotne różnice regionalne pod względem najczęściej konfiskowanych stymulantów (wykres 1.5), determinowane przez położenie portów wwozu oraz szlaków przemytu, głównych ośrodków produkcji oraz dużych rynków konsumenckich. Kokaina jest najczęściej konfiskowanym stymulantem w wielu krajach Zachodniej i Południowej Europy, natomiast w Europie Północnej i Wschodniej dominują konfiskaty amfetamin i MDMA.

### Rynek kokainy: rekordowy poziom konfiskat

Kokaina dostępna jest w Europie w dwóch postaciach, z których powszechniejszą jest kokaina w proszku (w postaci soli). Rzadziej dostępny jest crack, czyli narkotyk w postaci nadającej się do palenia wolnej zasady. Narkotyk ten wytwarza się z liści krzewu kokainowego, uprawianego głównie w Kolumbii, Boliwii i Peru. Kokaina transportowana jest do Europy z różnych punktów w Ameryce Południowej i Środkowej różnymi sposobami, w tym lotami pasażerskimi i towarowymi, prywatnymi samolotami, jachtami oraz innymi małymi jednostkami pływającymi. Wygląda jednak na to, że przemyt największych ilości odbywa się w transporcie morskim, szczególnie w kontenerach. Ważnymi strefami tranzytowymi na szlaku kokainy do Europy są Karaiby, Afryka Zachodnia i Afryka Północna.

WYKRES 1.5

Najczęściej konfiskowany w Europie niedozwolony stymulant, rok 2017 lub ostatni dostępny



W 2017 r. liczba konfiskat kokainy oraz skonfiskowane ilości narkotyków w Unii Europejskiej były rekordowe – zgłoszono ponad 104 000 konfiskat kokainy, w których przechwycono 140,4 tony narkotyku. Ilość skonfiskowanej kokainy przekroczyła wcześniejsze rekordowe wartości odnotowane w 2006 r. o ponad 20 ton i była dwukrotnie wyższa od tej skonfiskowanej w 2016 r. (zob. wykres 1.6). Z łącznymi konfiskatami na poziomie 86 ton, Belgia (45 ton) i Hiszpania (41 ton) odpowiadają za 61% szacowanej łącznej ilości skonfiskowanej w 2017 r. w UE, przy czym duże ilości narkotyku zgłoszono też we Francji

## KOKAINA

### Konfiskaty

Liczba

**104 000** UE  **109 000** UE+2

Ilości

**140,4** UE  **142,0** UE+2

### Cena

(EUR/g)

**135** €

**55–82** €

**38** €

### Czystość

(%)

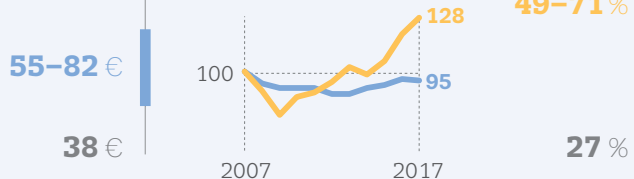
**88** %

**49–71** %

**27** %

### Zindeksowane tendencje

Cena i czystość

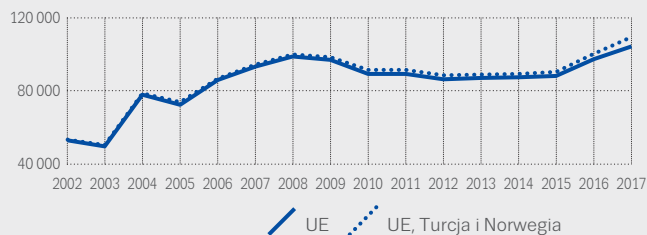


Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość kokainy: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartyłowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.

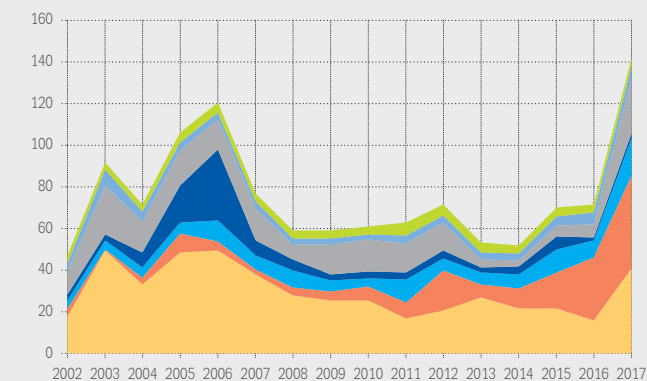
## WYKRES 1.6

Liczba konfiskat kokainy i skonfiskowane ilości: tendencje w 2017 r. lub ostatnim roku, za który dostępne są dane

Liczba konfiskat



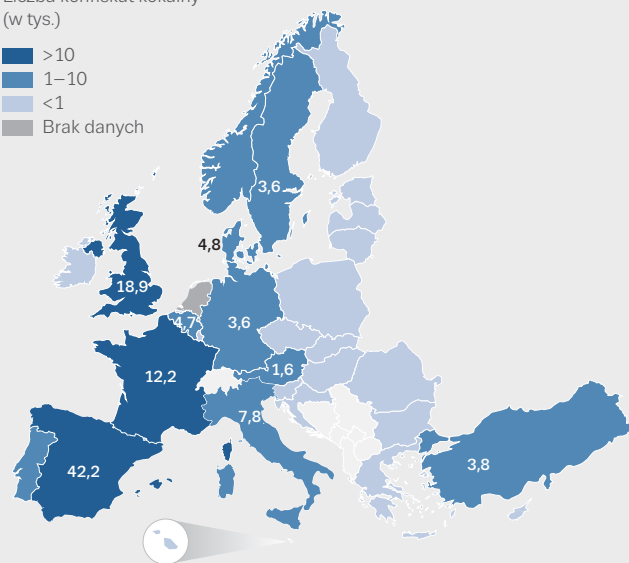
Tony



Włochy Wielka Brytania Inne kraje  
Portugalia Francja Belgia Hiszpania

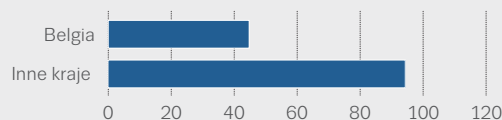
Liczba konfiskat kokainy (w tys.)

>10  
1–10  
<1  
Brak danych



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

Ilość skonfiskowanej kokainy (w tonach)



(17,5 tony) oraz Holandii (14,6 ton). Co więcej, czystość kokainy na poziomie detalicznym wzrastała od 2010 r., w szczególności w 2016 r. i 2017 r., gdy osiągnięty został najwyższy poziom w ciągu ostatniej dekady. Detaliczna cena kokainy utrzymała się na tym samym poziomie. Wskaźniki te zestawione łącznie wskazują na rekordowy poziom dostępności kokainy.

Konfiskata cracku pozostaje na niskim i stabilnym poziomie w państwach dokonujących zgłoszeń w tym zakresie. Można to wyjaśniać częściowo tym, że crack produkowany jest w Europie, blisko rynków konsumenckich i nie jest transportowany przez granice, gdzie zwykle dochodzi do konfiskaty narkotyków.

Liczba konfiskat i konfiskowane ilości liści koki wzrosły do łącznego poziomu 204 kg liści koki w 2017 r., przy niewielkiej ilości pasty z koki. Może to świadczyć o dywersyfikacji taktyki produkcji przez niektóre organizacje przestępcze, jako że w przeszłości większość laboratoriów produkujących kokainę w Europie koncentrowała się na wtórnym pozyskiwaniu narkotyku z materiałów, w których go ukryto (np. w winach, ubraniach, tworzywach sztucznych), a nie przetwarzała liście koki.

**Wskaźniki wskazują  
na rekordowy poziom  
dostępności kokainy**



## Produkcja narkotyków: rozwój sytuacji w obszarze chemicznych prekursorów

Prekursory narkotykowe to środki chemiczne niezbędne do produkcji niedozwolonych środków odurzających. Z perspektywy historycznej głównym powodem do niepokoju w Europie były prekursory do produkcji narkotyków syntetycznych, takich jak amfetamina, metamfetamina i MDMA. Tym niemniej pojawienie się w UE laboratoriów heroiny sprawiło, że zwrócono większą uwagę na inne zastosowanie bezwodnika octu, prekursora stosowanego w konwersji morfiny w heroinę. Jako że wiele prekursorów chemicznych służy do zgodnych z prawem celów, nie są one zabronione, natomiast handel nimi jest monitorowany i podlega kontroli na mocy przepisów UE, w których niektóre substancje chemiczne są odpowiednio klasyfikowane. Dostępność prekursorów i innych substancji chemicznych koniecznych do produkcji narkotyków ma znaczny wpływ na rynek narkotyków oraz metody produkcji stosowane w nielegalnych laboratoriach. Z czasem zmieniają się również techniki produkcji, co ma umożliwić uniknięcie wykrycia, kontroli i kar, a zmiany na ogół wiążą się z wykorzystaniem substancji alternatywnych przy produkcji narkotyków syntetycznych lub ich prekursorów, co wówczas staje się preferowaną metodą produkcji. Dodatkowe przetwarzanie związane z wykorzystaniem substancji alternatywnych oraz bardziej złożone sposoby syntezy mogą wymagać większej ilości chemikaliów, powodować więcej odpadów, potencjalnie

prowadząc do większych szkód dla środowiska, jeżeli dochodzi do nieodpowiedniej utylizacji.

Dane dotyczące konfiskat i zatrzymanych dostaw prekursorów narkotyków potwierdzają fakt wykorzystywania zarówno substancji sklasyfikowanych, jak i niesklasyfikowanych do produkcji narkotyków w Unii Europejskiej, szczególnie zaś do wytwarzania amfetamin i MDMA (tabela 1.2). Pozytywny wpływ ma nadal zaklasyfikowanie pod koniec 2013 r. prekursora BMK (fenyloacetonu), substancji o nazwie APAAN (alfa-fenyloacetoacetonitryl), jako że ilość skonfiskowanej substancji zmniejszyła się z 48 ton w 2013 r. do około 5 ton w 2017 r. W 2016 r. i ponownie w 2017 r. odnotowano gwałtowny wzrost konfiskat alternatywnego związku chemicznego, jakim jest APAA (alfa-fenyloacetoacetamid). Konfiskatę glicydowych pochodnych BMK, które również łatwo przekształcić w BMK, zgłoszono po raz pierwszy w 2015 r., a w 2016 r. zaobserwowano gwałtowny wzrost do około 3 ton, a następnie do prawie 6 ton w 2017 r.

W 2017 r. wzrosła drastycznie ilość skonfiskowanych PMK (ketonu piperonylowo-metylowego) jak i niesklasyfikowanych chemikaliów służących do wytwarzania MDMA. Wszystkie konfiskaty PMK i większość konfiskat glicydowych pochodnych PMK w 2017 r. miały miejsce w Holandii. Co więcej, duże ilości 2-bromo-4-metylopropiofenonu, prekursora syntetycznych katynonów, jak również duże ilości BMK (i glicydowych pochodnych

TABELA 1.2

Podsumowanie konfiskat i zatrzymanych dostaw sklasyfikowanych w UE prekursorów oraz niesklasyfikowanych chemikaliów wykorzystywanych do wytwarzania wybranych narkotyków produkowanych w Unii Europejskiej, 2017 r.

| Sklasyfikowane/niesklasyfikowane    | Konfiskaty |        | Zatrzymane dostawy |         | OGÓLEM |         |
|-------------------------------------|------------|--------|--------------------|---------|--------|---------|
|                                     | Liczba     | Ilość  | Liczba             | Ilość   | Liczba | Ilość   |
| <b>MDMA lub substancje pokrewne</b> |            |        |                    |         |        |         |
| PMK (litry)                         | 10         | 5 397  | 0                  | 0       | 10     | 5 397   |
| Safrol (litry)                      | 5          | 2 969  | 0                  | 0       | 5      | 2 969   |
| Piperonal (kg)                      | 3          | 37     | 4                  | 6 384   | 7      | 6 421   |
| Glicydowe pochodne PMK (kg)         | 20         | 17 774 | 0                  | 0       | 20     | 17 774  |
| N-t-BOC-MDMA (kg)                   | 1          | 25     | 0                  | 0       | 1      | 25      |
| <b>Amfetamina i metamfetamina</b>   |            |        |                    |         |        |         |
| BMK (litry)                         | 29         | 3 506  | 0                  | 0       | 29     | 3 506   |
| Efedryna luzem (kg)                 | 14         | 25     | 0                  | 0       | 14     | 25      |
| Pseudoefedryna luzem (kg)           | 23         | 13     | 0                  | 0       | 23     | 13      |
| APAAN (kg)                          | 9          | 5 065  | 0                  | 0       | 9      | 5 065   |
| PAA, kwas fenylooctowy (kg)         | 0          | 0      | 4                  | 300     | 4      | 300     |
| APAA (kg)                           | 90         | 10 830 | 0                  | 0       | 90     | 10 830  |
| Glicydowe pochodne BMK (kg)         | 5          | 5 725  | 0                  | 0       | 5      | 5 725   |
| <b>Inne</b>                         |            |        |                    |         |        |         |
| Bezwodnik octowy (litry)            | 24         | 81 289 | 55                 | 243 011 | 79     | 324 300 |
| 2-Bromo-4-metylopropiofenon (kg)    | 4          | 1 211  | 0                  | 0       | 4      | 1 211   |
| N-fenetylo-4-piperydon (kg)         | 2          | 4,5    | 0                  | 0       | 2      | 4,5     |



BMK) skonfiskowano w Holandii, co potwierdziło kluczową rolę tego państwa w produkcji narkotyków syntetycznych w Unii Europejskiej.

W 2017 r. skonfiskowano ponad 81 ton bezwodnika octowego, a kolejne 243 tony zatrzymano przed dostawą, co stanowiło duży wzrost w porównaniu do lat poprzednich. Co więcej, warto zauważyć, że konfiskatę znaczących ilości *N*-fenetylo-4-piperidonu, prekursora do produkcji pochodnych fentanyli, zgłosiła też Estonia.

### Konfiskaty amfetaminy i metamfetaminy: oznaki stopniowego wzrostu

Amfetamina i metamfetamina to syntetyczne substancje pobudzające, które w niektórych zestawieniach danych mogą być ujmowane łącznie jako „amfetaminy”. Dane dotyczące konfiskat, których dokonano w ciągu ostatniej dekady, świadczą o powolnym zwiększaniu dostępności

metamfetaminy i jej rozprzestrzenieniu geograficznym, która jednak wciąż pozostaje dużo mniejsza niż dostępność amfetaminy.

Oba narkotyki produkowane są w Europie na użytek wewnętrzny. Dostępne dane wskazują, że produkcja amfetaminy ma miejsce głównie w Belgii, w Holandii i w Polsce, a w mniejszym stopniu w krajach bałtyckich oraz w Niemczech. Na ogół wszystkie etapy produkcji amfetaminy odbywają się w tej samej lokalizacji. Konfiskata oleju amfetaminowego w niektórych państwach członkowskich pokazuje jednak, że produkt ten może być przemycany między państwami, a ostateczny etap produkcji ma miejsce w punkcie docelowym lub w jego pobliżu.

Część amfetaminy produkowana jest w Unii Europejskiej na eksport, głównie na Bliski Wschód. Duże ilości tabletek amfetaminy z logotypem „capatgon” skonfiskowane w Turcji mają, według doniesień, związek z Syrią.

## AMFETAMINY



### AMFETAMINA

#### Konfiskaty

Liczba

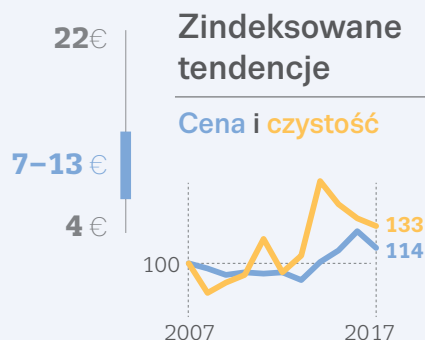
**35 000** UE  **40 000** UE+2

Ilości

**6,4** UE  **13,4** UE+2

#### Cena

(EUR/g)



#### Czystość

(%)

**50 %**  
**17-29 %**  
**13 %**

### METAMFETAMINA

#### Konfiskaty

Liczba

**9 000** UE  **19 000** UE+2

Ilości

**0,7** UE  **1,4** UE+2

#### Cena

(EUR/g)

**130 €**  
**12-83 €**  
**10 €**

#### Czystość

(%)

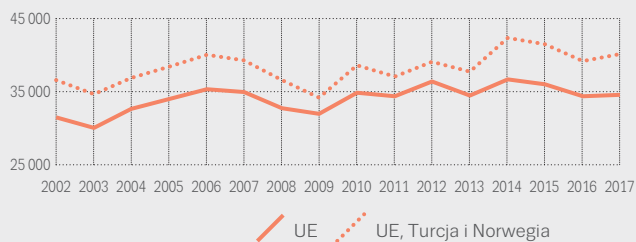
**90 %**  
**21-72 %**  
**12 %**

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

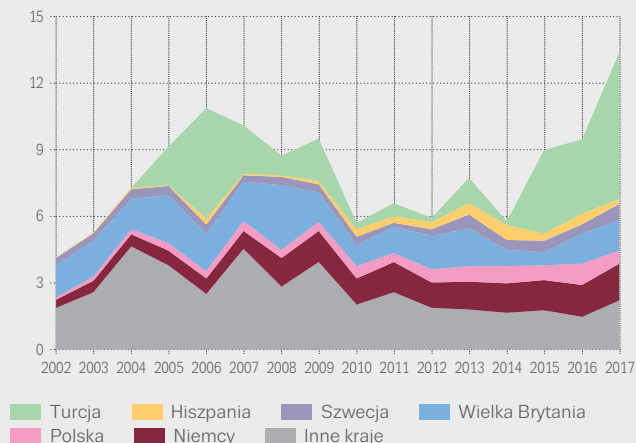
## WYKRES 1.7

## Liczba konfiskat amfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje w 2017 r. lub ostatnim roku, za który dostępne są dane

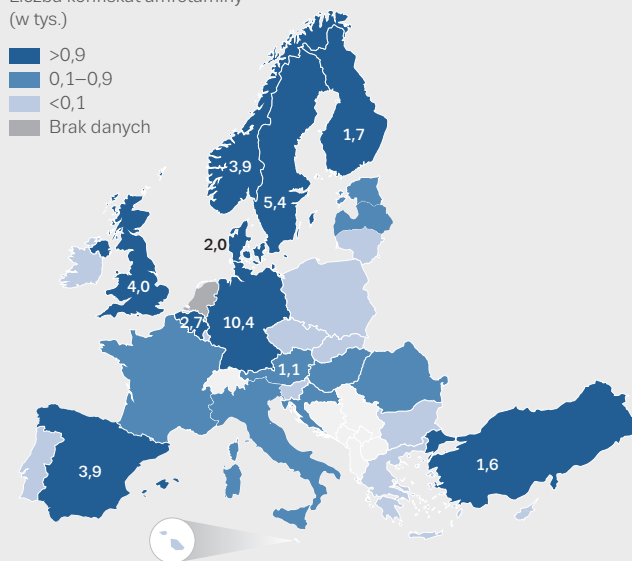
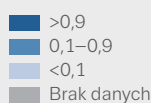
Liczba konfiskat



Tony

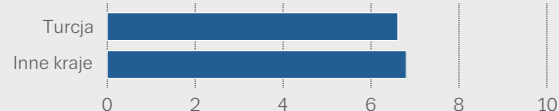


Liczba konfiskat amfetaminy (w tys.)



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

Ilości skonfiskowanej amfetaminy (w tonach)



Metamfetamina konfiskowana w Europie produkowana jest głównie w Czechach oraz na obszarach przygranicznych państw sąsiadujących. Niewielka liczba nielegalnych laboratoriów metamfetaminy wykrywana jest każdego roku w Holandii, przy czym czasem są to dość duże placówki, produkujące dla rynków na Dalekim Wschodzie i w Oceanii. W Czechach metamfetamina produkowana jest głównie z pseudofedryny, którą otrzymuje się z produktów leczniczych. Z 298 nielegalnych laboratoriów metamfetaminy zgłoszonych w Unii Europejskiej w 2017 r., 264 znajdowało się na terenie Czech. Dominują działające na niewielką skalę laboratoria prowadzone przez i osoby zażywające narkotyki i lokalnych dilerów zaopatrujących rynek krajowy. W ostatnich latach pojawiły się jednak również duże obiekty powiązane z funkcjonującymi poza Czechami zorganizowanymi grupami przestępczymi, które produkują metamfetaminę dla innych państw europejskich.

W 2017 r. państwa członkowskie UE zgłosiły 35 000 konfiskat amfetaminy, w których przejęto 6,4 tony narkotyku. Szacowana ilość amfetaminy skonfiskowanej w Europie ogólnie od 2010 r. oscylowała na poziomie około 5–6 ton rocznie, przy czym w ciągu ostatnich 2 lat odnotowano wzrosty (wykres 1.7). Największe ilości konfiskuje się w Niemczech i Wielkiej Brytanii – ponad tonę w każdym z tych państw. Konfiskaty metamfetaminy

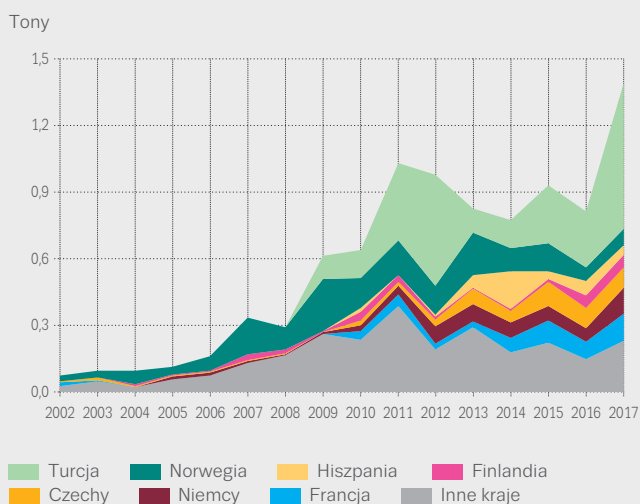
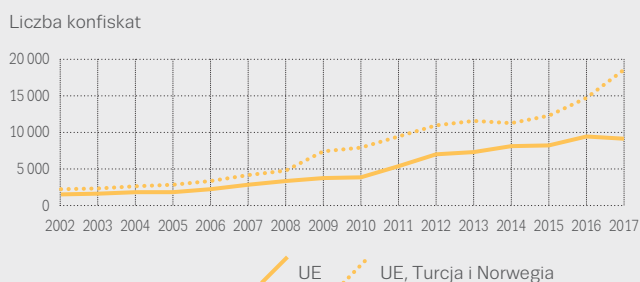
są znacznie mniejsze – w 2017 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 9 000 konfiskat metamfetaminy, w ramach których przejęto 0,7 tony tego narkotyku, przy czym największą jego ilość skonfiskowały Francja (122 kg), Niemcy (114 kg) i Czechy (93 kg) (wykres 1.8). Liczba konfiskat metamfetaminy wskazuje od 2002 r. na ogólną tendencję zwyżkową, ale w ostatnich latach odnotowuje się oznaki stabilizacji; konfiskowane ilości wzrastają od 2009 r., przy czym występują tu pewne wahania.

W 2017 r. w Turcji skonfiskowano więcej amfetaminy (6,6 ton) niż w państwach członkowskich UE łącznie (6,4 tony). Nieomal cała amfetamina przejęta w Turcji miała postać tabletek (26,3 mln tabletek – ponad 99,5% ogólnej szacowanej skonfiskowanej ilości), a w większości były to zawierające amfetaminę tabletki „captagon”. Również w Turcji skonfiskowano w 2017 r. wyjątkowo duże ilości metamfetaminy (658 kg), zbliżone do ilości zgłoszonych dla całej Unii Europejskiej (662 kg).

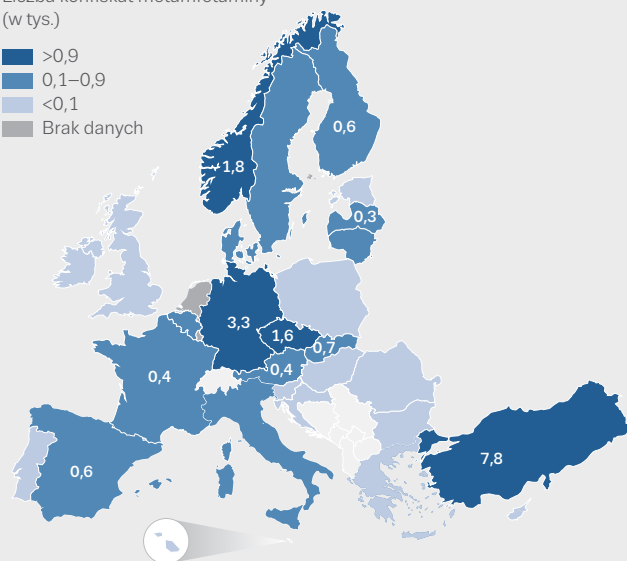
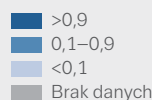
W porównaniu do sytuacji sprzed dekady, zarówno cena, jak i czystość amfetaminy w Europie była wyższa w 2017 r., pomimo niewielkiego spadku w porównaniu do poprzedniego roku. Średnia zgłaszana czystość próbek metamfetaminy i cena są zwykle wyższe niż w przypadku amfetaminy.

## WYKRES 1.8

Liczba konfiskat metamfetaminy i skonfiskowane ilości: tendencje w 2017 r. lub ostatnim roku, za który dostępne są dane

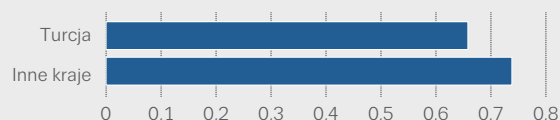


Liczba konfiskat metamfetaminy (w tys.)



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

Ilości skonfiskowanej metamfetaminy (w tonach)



## | MDMA: wzrost produkcji i liczby konfiskat

MDMA (3,4-Metylenodioksymetamfetamina) to syntetyczny narkotyk spokrewniony z amfetaminą, choć przejawiający inne skutki zażycia. MDMA przyjmowane jest

w postaci tabletek, często nazywanych ecstasy, w postaci proszku lub w postaci kryształów. Międzynarodowe działania na rzecz kontroli prekursorów narkotyków – chemikaliów koniecznych do produkcji niedozwolonych środków odurzających – spowodowały zakłócenia na rynku

## MDMA



## Konfiskaty

Liczba

23 000 UE    31 000 UE+2

Ilości

6,6 UE    MLN TABLETEK    15,2 UE+2

1,7 UE    TONY    1,7 UE+2

## Cena

(EUR/tabletka)



## Czystość

(mg MDMA/tabletka)

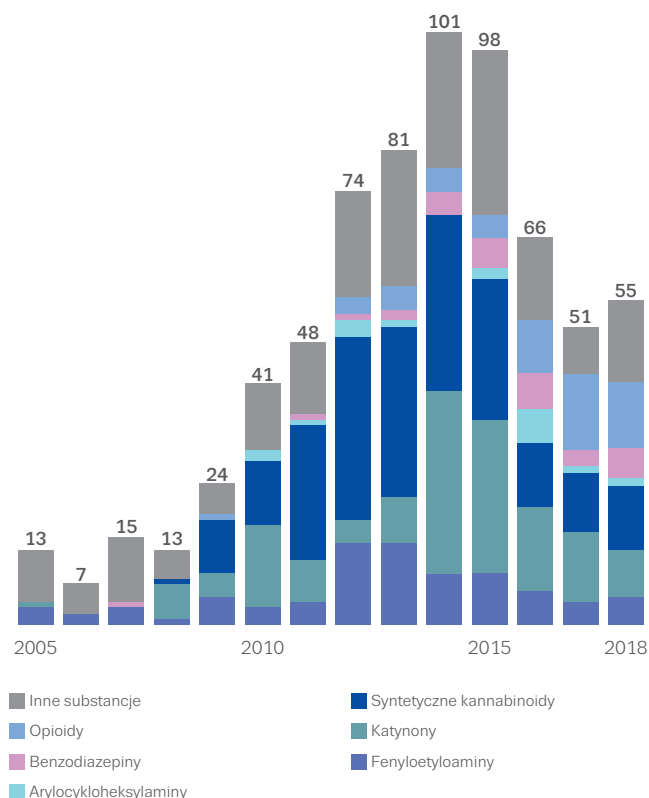


Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii. Cena i czystość MDMA: średnie wartości krajowe – minimum, maksimum i odstęp międzykwartyłowy. Kraje, których dotyczą dane, różnią się w zależności od wskaźnika.



## WYKRES 1.10

Liczba i kategorie nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do unijnego systemu wczesnego ostrzegania po raz pierwszy, 2005–2018



był głównie konfiskatami w Holandii, a więc państwie, które po raz pierwszy od 5 lat może przedstawiać dane dotyczące ilości konfiskowanego MDMA, przez co przyczynia się do bardziej kompleksowej analizy w tym obszarze.

Duże ilości tabletek MDMA, bo dwukrotność liczby odnotowanej rok wcześniej, skonfiskowano w 2017 r. w Turcji; było to 8,6 mln tabletek, a więc liczba przekraczająca łączną ilość skonfiskowaną w całej Unii Europejskiej (wykres 1.9).

### Konfiskaty LSD, GHB i ketaminy

Na terenie Unii Europejskiej konfiskuje się także inne niedozwolone środki odurzające. W 2017 r. dokonano m.in. 2 000 konfiskat LSD (dietyloamid kwasu D-lizergowego), co odpowiada 74 000 dawek. Od 2010 r. liczba zgłaszanych konfiskat LSD zwiększyła się ponad dwukrotnie, choć ilość przechwytywanego narkotyku jest zmienna. Szesnaście państw UE zgłosiło około 2 000 przypadków konfiskaty ketaminy w ilości szacowanej na 194 kg i 5 l narkotyku, przy czym większość przejęto w Belgii, Francji i Wielkiej Brytanii. Niewielką liczbę konfiskat ketaminy zgłosiła też Norwegia – było to 0,1 kg narkotyku przejęte w ramach 42 konfiskat. W 2017 r. konfiskaty GHB (kwasu gamma-hydroksymasłowego) lub GBL (gamma-butyrolaktonu) zgłosiło 14 państw UE, Norwegia i Turcja, przy czym wynik z Norwegii stanowił ponad jedną czwartą całkowitej liczby konfiskat. W ujęciu łącznym w 1600 konfiskatach przejęto prawie 127 kg i 1 300 l narkotyku. Za ponad połowę łącznej ilości odpowiadała Belgia, konfiskująca głównie GBL.

### Nowe substancje psychoaktywne: rynek złożony

Do końca 2018 r. EMCDDA monitorowała ponad 730 nowych substancji psychoaktywnych, z których 55 wykryto w Europie po raz pierwszy w 2018 r. Substancje te obejmują szeroki wachlarz narkotyków, takich jak syntetyczne kannabinoidy, stymulanty, opioidy i benzodiazepiny.

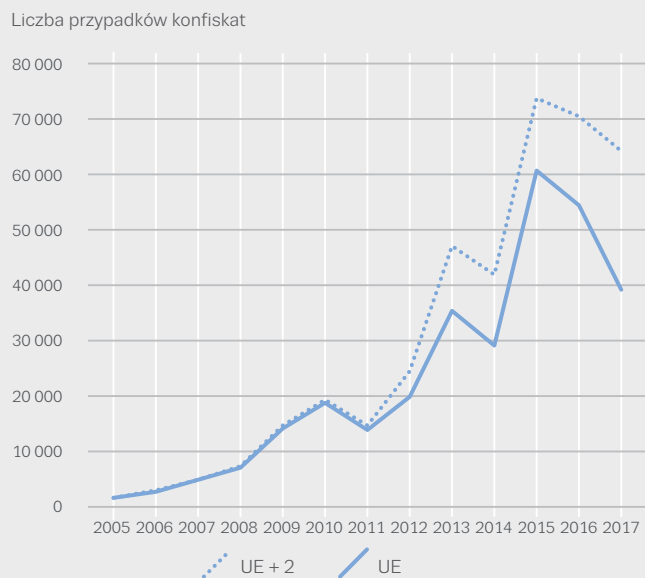
W większości przypadków nowe substancje psychoaktywne produkowane są w ilościach hurtowych przez spółki chemiczne i farmaceutyczne w Chinach. Stamtąd wysyłane są do Europy, gdzie przetwarzane są na produkty docelowe, a następnie pakowane i sprzedawane. Czasami są one sprzedawane otwarcie w zwykłych sklepach. Chociaż zaostżenia w niektórych państwach ograniczyły możliwość otwartej sprzedaży tego rodzaju produktów, mogą być one nadal dostępniej jawnie.

Mogą być pozyskiwane również za pośrednictwem sklepów internetowych lub w „głębokiej sieci” (darknet) oraz mogą być sprzedawane na nielegalnych giełdach narkotykowych. W takich przypadkach mogą być sprzedawane pod własną nazwą lub jako inne narkotyki, takie jak heroina, kokaina, MDMA lub psychoaktywne produkty lecznicze, lub w mieszance z nimi.

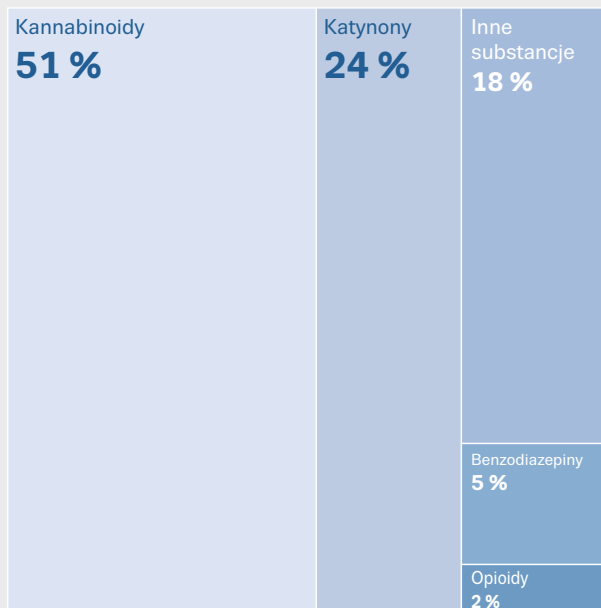
Liczba nowych substancji zidentyfikowanych po raz pierwszy każdego roku osiągnęła wartość rekordową w 2014–2015 roku, ale od tamtego czasu ustabilizowała się na poziomach porównywalnych do poziomu z 2011–2012 roku (wykres 1.10). Przyczyny takiego stanu rzeczy są niejasne, ale mogą odzwierciedlać wyniki stałego działania na rzecz kontrolowania nowych substancji w Europie, jak również inicjatywy ustawodawcze w Chinach.

## WYKRES 1.11

**Konfiskaty zgłoszone do unijnego systemu wczesnego ostrzegania: tendencje dotyczące całkowitej liczby konfiskat i liczba konfiskat w podziale na kategorie w 2017 r.**



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



Liczba wykrywanych każdego roku nowych substancji jest tylko jednym z szeregu wskaźników wykorzystywanych przez EMCDDA, aby ocenić sytuację na całym rynku. Przykładowo w 2017 r. w Europie wykryto 390 substancji, co stanowi około połowę nowych substancji monitorowanych w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania, a niektóre z nich po raz pierwszy pojawiły się ponad 10 lat temu. Ilustruje to dynamiczny charakter tej części rynku narkotyków: substancje mogą gwałtownie pojawiać się, a następnie zniknąć, ale liczba substancji znajdujących się w obiegu pozostaje wysoka.

### Konfiskaty nowych substancji psychoaktywnych

W 2017 r. organy ścigania z całej Europy zgłosiły w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania blisko 64 160 konfiskat nowych substancji psychoaktywnych. 39 115 z nich zgłosiło 28 państw członkowskich UE (wykres 1.11).

W 2017 r. nowe substancje psychoaktywne zgłaszano przede wszystkim jako proszki, które przechwycono w ilości 2,8 tony dla wszystkich kategorii łącznie. Wynik ten jest porównywalny z wynikiem z poprzednich lat. Co więcej, zgłoszono niecałe 240 kg ziół, z których dwie trzecie stanowiły mieszanki do palenia zawierające syntetyczne kannabinoidy. Nowe substancje znajdowano również w tabletkach (6 769 przypadków, 2,8 mln sztuk), kartonikach nasączonych roztworem (980 przypadków,

23 000 sztuk) i płynach (1 430 przypadków, 490 litrów). Niektóre z płynów były sprzedawane jako gotowy do użycia płyn z atomizerem do stosowania donosowego, ale także jako e-płyn do papierosów elektronicznych.

W Europie w konfiskatach nowych substancji psychoaktywnych dominują na ogół syntetyczne kannabinoidy i katynony. Ostatnie lata przyniosły jednak zwiększoną różnorodność i na znaczeniu zyskują również inne grupy substancji. Przykładowo zdaje się rosnąć w Europie ilość konfiskowanych opioidów i benzodiazepin.

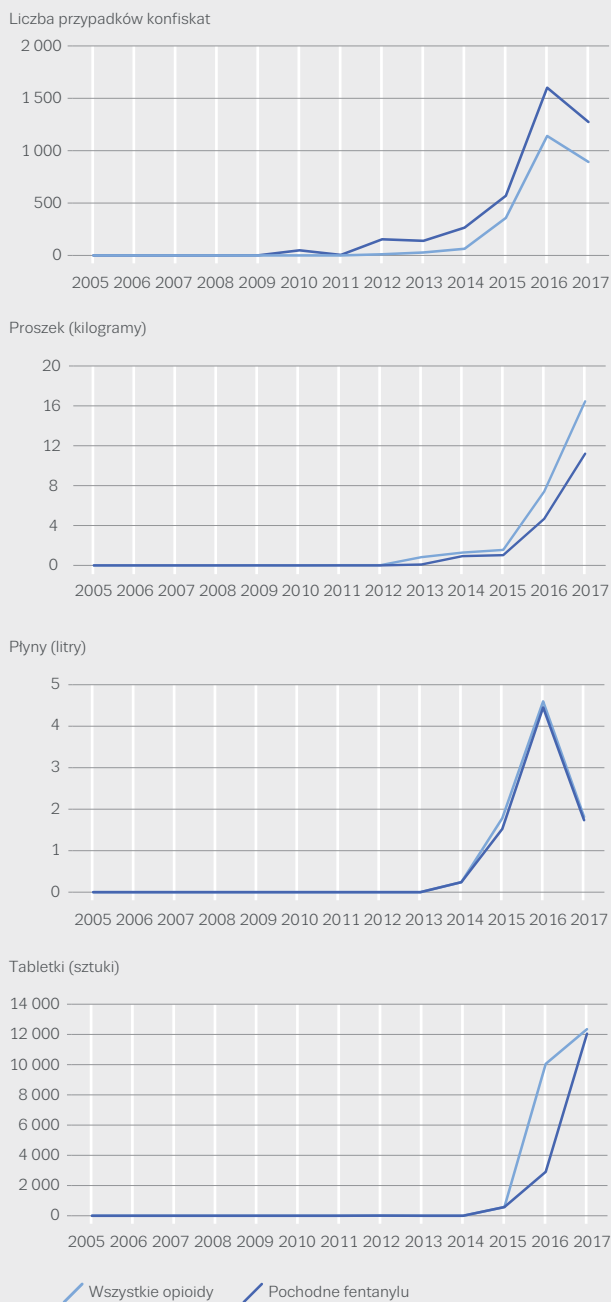
### Nowe opioidy syntetyczne

Od 2009 r. na europejskim rynku narkotyków wykryto 49 nowych syntetycznych opioidów, z czego 11 zgłoszono po raz pierwszy w 2018 r. Ogólna liczba obejmuje 34 pochodnych fentanylu, z których 6 zgłoszono po raz pierwszy w 2018 r. Nowe opioidy (szczególnie z rodziny fentanylu) odgrywają obecnie na europejskim rynku narkotyków mniej ważną rolę, ale są to substancje o bardzo dużej sile działania, które stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego i indywidualnego.

W 2017 r. w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania organy ścigania zgłosiły około 1 300 konfiskat nowych opioidów. Większość przypadków (70%) stanowiły konfiskaty pochodnych fentanylu (wykres 1.12), ale zgłaszano również szereg innego rodzaju opioidów (takich

## WYKRES 1.12

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



Uwaga: Dane dotyczące Unii Europejskiej, Turcji i Norwegii. Nie uwzględniono konfiskaty tramadolu.

jak U-47700 i U-51754). Całkowita ilość proszku i liczba tabletek rośnie stale od 2012 r. (wykres 1.12). Ogólnie rzecz biorąc, w ramach konfiskat nowych opioidów w 2017 r. przejęto 17 kg proszków, 1,8 l płynu i ponad 29 000 tabletek. Mniej popularne było znajdowanie nowych opioidów w kartonikach nasączonych roztworem i ziołowych mieszankach do palenia; w takich przypadkach może nie być sygnałów wskazujących na to, że w składzie znajdują się silne opioidy, co może stanowić ryzyko zatrucia dla osób, które je zażywają, w szczególności jeżeli nie tolerują opioidów.

Powodem do szczególnego niepokoju były zgłoszone w Europie konfiskaty karfentanylu, jednego z najsilniejszych znanych opioidów. W 2017 r. zgłoszono ponad 300 przypadków konfiskat tej substancji. Przejęto około 4 kg proszku i 250 ml płynu. Część proszku była sprzedawana jako heroina lub zmieszana z heroiną.

### Nowe benzodiazepiny

Wygląda na to, że w ciągu ostatnich kilku lat doszło do wzrostu liczby, rodzaju i dostępności nowych substancji psychoaktywnych należących do klasy benzodiazepin, które nie są objęte kontrolą w ramach międzynarodowych przepisów o kontroli środków odurzających. Niektóre z nich są sprzedawane jako podrobione wersje powszechnie przepisywanych leków o działaniu przeciwlękowym, takich jak alprazolam (Xanax) i diazepam, a do dystrybucji wykorzystywane są istniejące sieci dystrybucji na rynku niedozwolonych środków odurzających. Inne są sprzedawane przez internet, czasem pod własnymi nazwami, i wprowadzane do obrotu jako „legalne” wersje dozwolonych produktów leczniczych.

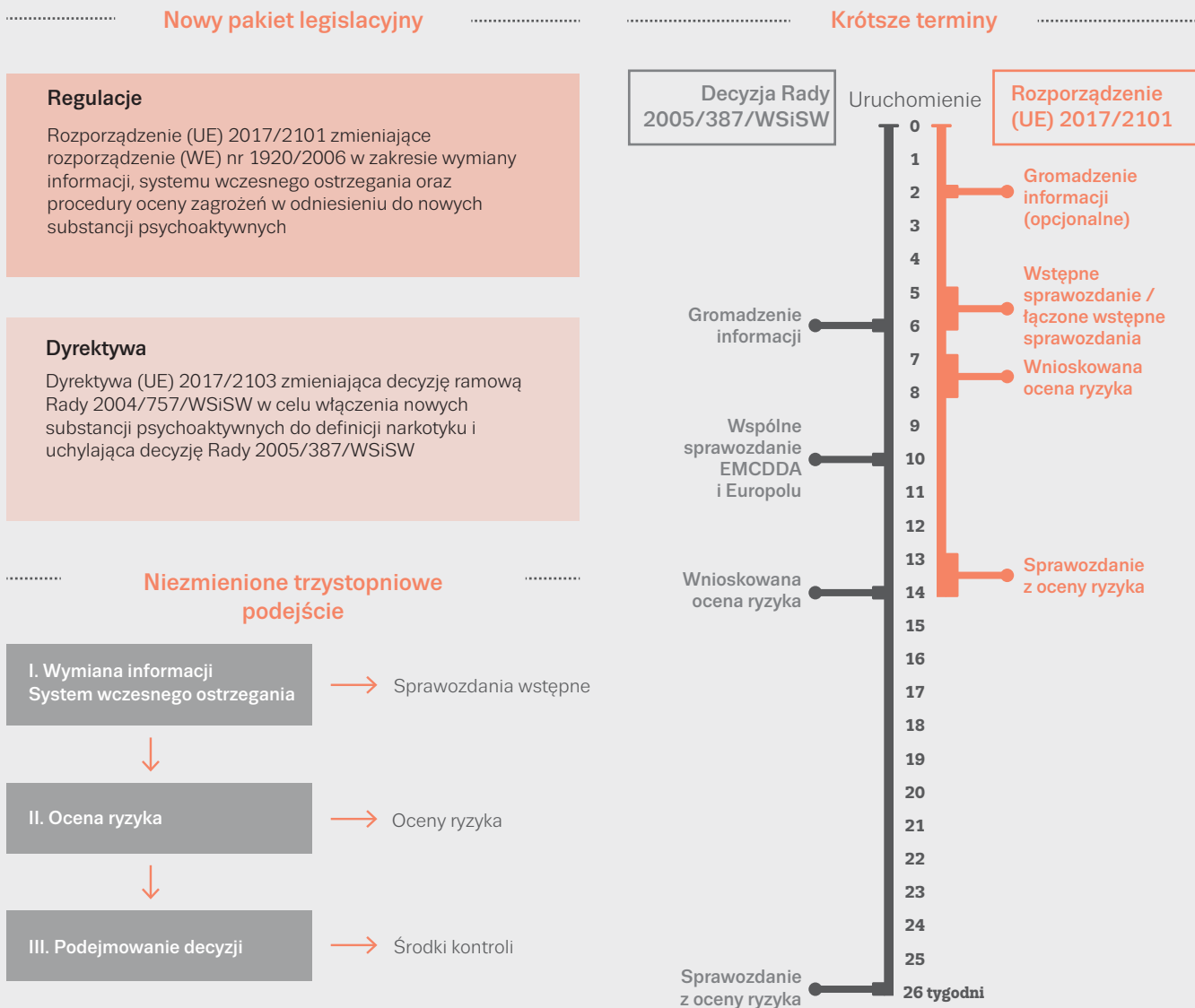
EMCDDA monitoruje obecnie 28 nowych benzodiazepin — 23 wykryto w Europie po raz pierwszy w ciągu ostatnich 5 lat. W 2017 r. w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono około 3 500 konfiskat nowych benzodiazepin. Większość z tych konfiskat dotyczyła tabletek; przejęto ponad 2,4 mln sztuk, co stanowi duży wzrost względem liczby około pół miliona tabletek zgłoszonej w 2016 r. Wzrost ten można przypisywać dużej konfiskacie w jednym z państw etiozolamu — substancji zgłoszonej w systemie wczesnego ostrzegania po raz pierwszy w 2011 r. Co więcej, w 2017 r. zgłoszono konfiskaty około 27 kg proszków, 1,4 l płynu i 2 400 bibulek z zawartością nowych benzodiazepin.

**W ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono około 1 300 konfiskat nowych opioidów**



## WYKRES 1.13

Nowe przyspieszone procedury unijne służące identyfikowaniu nowych substancji psychoaktywnych pojawiających się w Unii Europejskiej i reagowaniu na nie



### Nowe substancje psychoaktywne: nowe reakcje ustawodawców

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

Na poziomie krajowym wdrożono różne działania mające na celu kontrolę nowych substancji. Można przy tym zidentyfikować trzy podstawowe rodzaje reakcji prawnych. Wiele europejskich krajów zareagowało najpierw,

przyjmując przepisy o bezpieczeństwie konsumentów, a następnie rozszerzyło zakres zastosowania lub dostosowało obowiązujące przepisy tak, aby objąć nimi nowe substancje psychoaktywne. Poszczególne kraje coraz częściej zaczęły tworzyć nowe ustawodawstwo w odpowiedzi na to zjawisko.

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

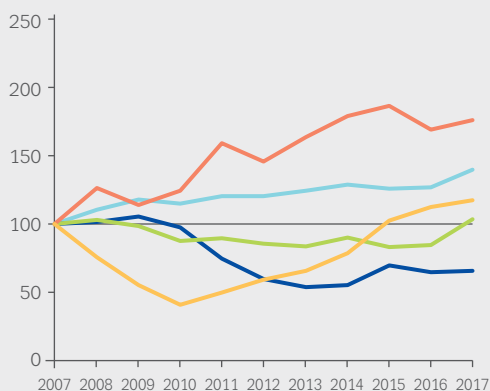


## WYKRES 1.14

Przestępstwa związane z używaniem, posiadaniem lub wprowadzaniem narkotyków do obrotu w Unii Europejskiej: zindeksowane tendencje i przestępstwa zgłaszane w 2017 r.

## Przestępstwa związane z posiadaniem/używaniem

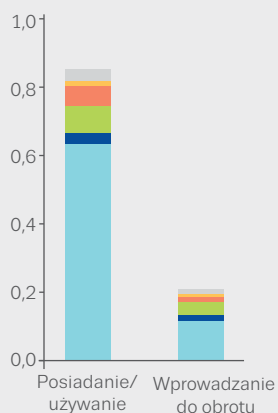
Zindeksowane tendencje



Heroina Kokaina MDMA Konopie indyjskie Amfetaminy Inne substancje

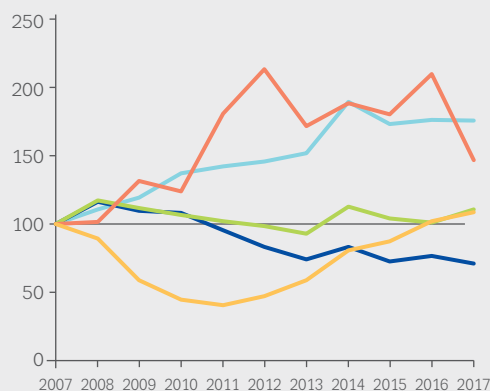
Uwaga: Dane dotyczące przestępstw, dla których zgłoszono dany narkotyk.

Liczba przestępstw (w mln)



## Przestępstwa związane z wprowadzaniem do obrotu

Zindeksowane tendencje



zamieściły takie grupy w nowych przepisach dotyczących konkretnie nowych substancji psychoaktywnych.

Na poziomie UE ramy prawne w obszarze reagowania na zagrożenia dla zdrowia publicznego i zagrożenia społeczne stwarzane przez nowe substancje psychoaktywne, przyjęte w 2005 r., zostały poddane przeglądowi w celu ustanowienia szybciej działającego i skuteczniejszego systemu (wykres 1.13). W przypadku nowego prawodawstwa zachowano trzystopniowe podejście do reagowania na nowe substancje psychoaktywne — wczesne ostrzeżenie, ocena ryzyka i działania kontrolne, przy jednoczesnym wzmacnianiu istniejących procesów poprzez usprawnianie i przyspieszanie procedur zbierania danych i oceny oraz wprowadzenie krótszych terminów realizacji. W następstwie oceny ryzyka Komisja może wystąpić z wnioskiem o zastosowanie środków kontroli w stosunku do substancji. Parlament Europejski i Rada mają prawo, w terminie 2 miesięcy i pod pewnymi warunkami, do zgłoszenia sprzeciwu wobec wniosku Komisji. Po wejściu decyzji w życie organy krajowe będą miały 6 miesięcy (zamiast 12) na objęcie substancji kontrolą na swoim terytorium. Nowe przepisy mają zastosowanie w całej Europie od dnia 23 listopada 2018 r.

### Przestępstwa związane z narkotykami: większość ma związek z konopiami indyjskimi

Egzekwowanie przepisów jest monitorowane za pośrednictwem raportów o przestępczości narkotykowej. Liczby odzwierciedlają różnice w przepisach krajowych

i priorytetach, jak również różne sposoby stosowania i egzekwowania przepisów.

W 2017 r. w Unii Europejskiej zgłoszono szacunkowo 1,5 mln przestępstw związanych z narkotykami, co wskazuje na wzrost o jedną piątą (20%) względem 2007 r. Większość przestępstw (79%) miała związek z używaniem lub posiadaniem narkotyku, co przekłada się łącznie na ok. 1,2 mln przypadków, a więc o 27% więcej niż 10 lat wcześniej. Nadal wzrasta liczba przestępstw związanych z używaniem lub posiadaniem konopi indyjskich. Trzy czwarte (75%) przestępstw związanych z używaniem lub posiadaniem narkotyków dotyczyło konopi indyjskich, przy czym liczba ta spadła o 2 punkty procentowe w porównaniu do 2016 r. Tendencja zwyżkowa w zakresie przestępstw polegających na używaniu lub posiadaniu MDMA utrzymała się w 2017 r., chociaż i tak stanowią one zaledwie 2% przestępstw związanych z używaniem substancji odurzających (wykres 1.14).

Od 2007 r. o 22% zwiększyła się liczba zgłoszeń dotyczących przestępstw związanych z wprowadzaniem narkotyków do obrotu, przekraczając w 2017 r., zgodnie z szacunkami, poziom 230 000 przypadków. Ponownie większość przestępstw związanych z wprowadzaniem narkotyków do obrotu stanowiły te związane z konopiami indyjskimi (57%). Liczba zgłoszeń przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu MDMA rośnie od 2011 r. (wykres 1.14), natomiast liczba przestępstw związanych z wprowadzaniem do obrotu heroiny nieco zmalała, podczas gdy sytuacja w przypadku kokainy jest w tym samym okresie stosunkowo stabilna.

## WIĘCEJ INFORMACJI

## Publikacje EMCDDA

## 2019

Country Drug Reports 2019.

## 2018

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

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

## 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

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

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

## 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

## 2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

## 2014

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

## Wspólne publikacje EMCDDA i Europolu

## 2018

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

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

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

## 2017

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

## 2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

## Wspólne publikacje EMCDDA i Eurojust

## 2016

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

**Wszystkie publikacje są dostępne na stronie:**  
[www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)



# 2

**Osoby zażywające narkotyki  
często sięgają po wiele narkotyków**

# Rozpowszechnienie używania narkotyków i tendencje

Używane w Europie narkotyki stanowią obecnie bardziej różnorodną grupę niż kiedyś. Powszechne wśród osób używających narkotyków jest jednocześnie przyjmowanie różnych substancji, a indywidualne modele konsumpcji obejmują używanie eksperymentalne, problemowe i uzależnienie. Najpowszechniej zażywany substancjami odurzającymi są konopie indyjskie — ich rozpowszechnienie kształtuje się na poziomie pięć razy większym niż pozostałych substancji. Choć konsumpcja heroiny i innych opioidów pozostaje na stosunkowo niskim poziomie, to właśnie te narkotyki wiążą się z najbardziej szkodliwymi formami konsumpcji, w tym z podawaniem drogą iniekcji. Zakres użycia stymulantów oraz ich najpowszechniejsze rodzaje różnią się w zależności od państwa, natomiast coraz więcej danych wskazuje na potencjalne narastanie zjawiska zażywania stymulantów w drodze iniekcji. Ogólnie, wszystkie narkotyki są częściej używane przez mężczyzn, a różnica ta jest zazwyczaj szczególnie wyraźna w przypadku bardziej intensywnego lub regularnego używania.

## Monitorowanie używania narkotyków

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

Ankiety przeprowadzane wśród uczniów szkolnych i ogółu populacji mogą dostarczyć informacji na temat skali problemu eksperymentalnego i rekreacyjnego używania substancji psychoaktywnych. Badania sondażowe uzupełniają analiza na poziomie lokalnych społeczności, w ramach której bada się pozostałości narkotyków w ściekach w poszczególnych miastach europejskich.

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

Co więcej, w tym przypadku wykorzystuje się większą liczbę ściśle ukierunkowanych źródeł danych. Wskaźniki wiodące zapewniają wgląd w zmiany prawidłowości w zażywaniu narkotyków oraz rodzajach zażywanych narkotyków. Chociaż źródła te nie są reprezentatywne dla populacji ogólnej, stanowią aktualne dane uzupełniające. Wszystkie źródła danych dostarczające informacji na temat zażywania narkotyków mają swoje zalety i wady, a zarówno dostępność, jak i jakość danych mogą się różnić w zależności od państwa. Z tego względu EMCDDA podchodzi do opisu sytuacji narkotykowej w Europie ostrożnie i stosuje podejście uwzględniające wiele wskaźników.

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

## Okolo 96 milionów osób dorosłych używało niedozwolonych środków odurzających

Szacuje się, że około 96 mln, czyli 29%, dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) w Unii Europejskiej przynajmniej raz w życiu spróbowała narkotyków. Częściej przyznają się do tego mężczyźni (57,8 mln) niż kobiety (38,3 mln).

Najczęściej próbowanym narkotykiem są konopie indyjskie (55,4 mln mężczyzn i 36,1 mln kobiet), natomiast szacunki dotyczące przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy w ciągu całego życia (12,4 mln mężczyzn i 5,7 mln kobiet), MDMA (9,3 mln mężczyzn i 4,6 mln kobiet) oraz amfetamin (8,3 mln mężczyzn i 4,1 mln kobiet) są dużo niższe.

Wskaźniki dotyczące przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich w ciągu całego życia są zróżnicowane w poszczególnych krajach i wahają się od około 4% osób dorosłych na Malcie do 45% we Francji.

Dane dotyczące używania narkotyków za zeszły rok stanowią dobre odzwierciedlenie skali tego zjawiska w ostatnim czasie, szczególnie widocznego wśród młodych osób dorosłych. Szacuje się, że w zeszłym roku po narkotyki sięgnęło 19,1 mln młodych (16%) osób dorosłych (w wieku 15–34), przy czym było wśród nich około dwukrotnie więcej mężczyzn (20%) niż kobiet (11%).

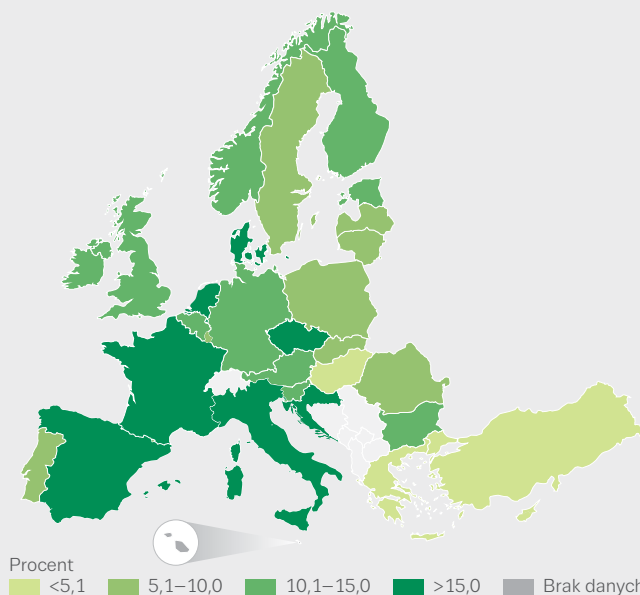
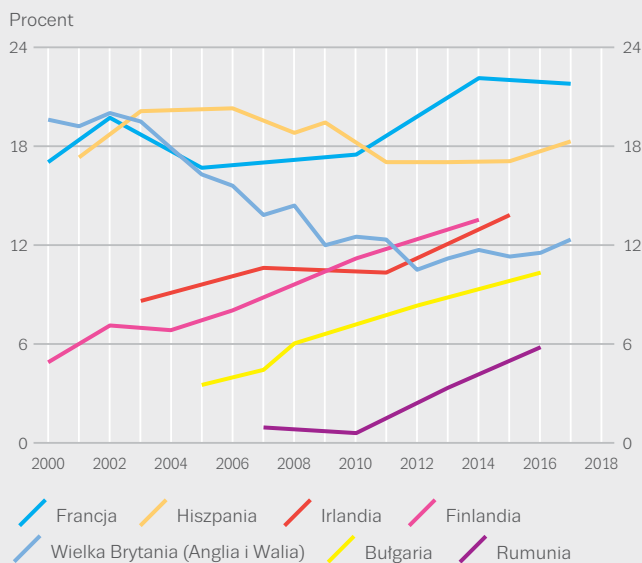
## Używanie konopi indyjskich wśród osób młodych

We wszystkich grupach wiekowych najpowszechniej używanym narkotykiem są konopie indyjskie. Z reguły pali się je, a w Europie powszechnie miesza z tytoniem. Wzorce używania konopi indyjskich są różne — od okazjonalnego po używanie regularne i uzależnienie.

Szacuje się, że 91,2 mln dorosłych w Unii Europejskiej (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 27,4% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie życia z konopiami indyjskimi. Z tego 17,5 mln młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat), stanowiących 14,4% tej grupy wiekowej, używało konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku. Wskaźnik używania narkotyku w ciągu ostatniego roku waha się od 3,5% na Węgrzech po 21,8% we Francji. W grupie osób młodych, które używały w zeszłym roku konopi indyjskich, stosunek mężczyzn do kobiet wynosi dwa do jednego. Gdy bierze się pod uwagę wyłącznie grupę wiekową 15–24, rozpowszechnienie używania konopi indyjskich jest wyższe: 18% osób (10,1 mln) zażywało ten narkotyk w ciągu ostatniego roku, a 9,3% (5,2 mln) w ciągu ostatniego miesiąca.

## WYKRES 2.1

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



Uwaga: Zakresy wiekowe inne niż 15–34 zgłaszają Dania, Wielka Brytania i Norwegia (16–34), Szwecja (17–34), Niemcy, Francja, Grecja i Węgry (18–34).

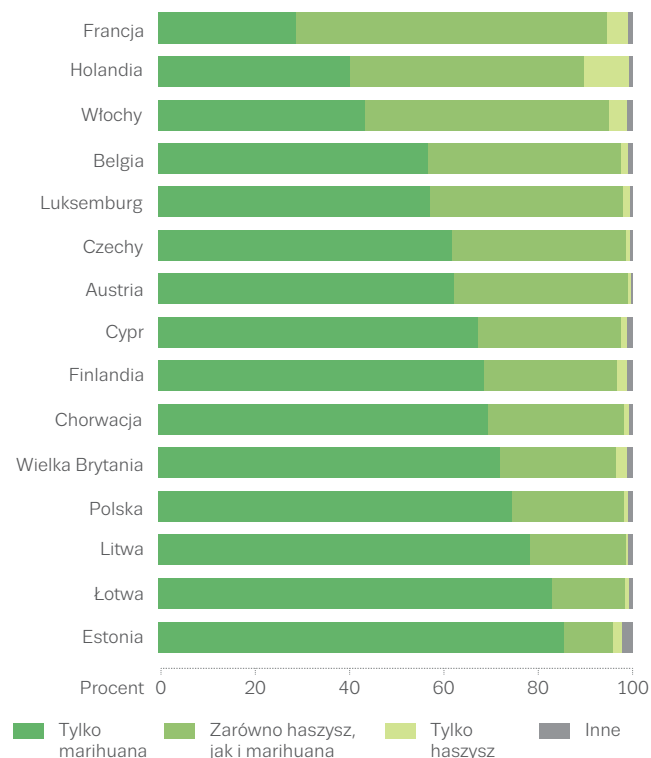
## WYKRES 2.2

W większości państw ostatnie wyniki ankiety pokazują, że poziom używania konopi indyjskich wśród młodzieży w ciągu ostatniego roku jest stabilny lub wzrasta. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2016 r. i które zgłosiły przedziały ufności, sześć zgłosiło wyższe oszacowania, pięć przedstawiło dane na tym samym poziomie, a jeden — niższe oszacowanie niż w poprzednim porównywalnym sondażu. W 11 z tych państw w ostatnim badaniu odnotowano wzrost używania w grupie wiekowej 15–24 lata.

Niewiele krajów dysponuje już wystarczającymi danymi sondażowymi, aby umożliwić analizę statystyczną tendencji długofalowych dotyczących używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy konopi indyjskich przez młode osoby dorosłe (między 15. a 34. rokiem życia). Jeżeli chodzi o państwa, dla których dane istnieją, tendencje spadkowe obserwowane uprzednio w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) w świetle ostatnich danych ustabilizowały się, a w Wielkiej Brytanii w ostatnim roku odnotowano wzrost do 12,3% (wykres 2.1). Od 2000 r. w niektórych krajach zaobserwowano tendencje zwyżkowe w zakresie rozpowszechnienia używania konopi indyjskich przez młode osoby dorosłe w ciągu ostatniego roku. Są to między innymi Irlandia i Finlandia, gdzie najnowsze dane wskazują na wartości zbliżające się do średniej wartości w UE wynoszącej 14,4%, a także, choć tam wartości są niższe, Bułgaria i Rumunia. Ostatnie badania z Francji wskazują na poziom rozpowszechnienia utrzymujący się na wysokim poziomie 22%. W Danii ankieta z 2017 r. wskazuje na spadek: do 15,4% z szacowanego w 2013 r. poziomu 17,6%.

Dane z ankiet internetowych mogą zapewniać informacje uzupełniające względem badań ankietowych populacji ogólnej oraz dawać dodatkowy wgląd w kwestię stosowania narkotyków w Europie. Chociaż nie są to dane reprezentatywne dla populacji ogólnej, dzięki tym ankietom możliwe jest dotarcie do dużych prób osób zażywających narkotyki. Europejska ankieta internetowa na temat narkotyków pozwoliła zgromadzić informacje na temat prawidłowości w używaniu i kupnie najbardziej powszechnie stosowanych niedozwolonych środków odurzających od 40 000 osób, które zażywają narkotyki, a zostały zrekrutowane do badania głównie za pośrednictwem mediów społecznościowych. Wyniki wskazują, iż marihuana była stosowana powszechniej niż haszysz. Wielu respondentów deklarowało jednak zażywanie obydwu postaci konopi, w szczególności we Francji, Włoszech i Holandii. Rzadko deklarowano zażywanie wyłącznie haszyszu (wykres 2.2).

Postaci konopi indyjskich używanych w ciągu ostatniego roku przez uczestników ankiety internetowej, którzy przyznali, że używali tego narkotyku



Uwaga: Ankieta przeprowadzono w dwóch turach, jedną w 2016 r. (Czechy, Francja, Chorwacja, Holandia, Wielka Brytania) oraz jedną w 2017/18 (pozostałe 10 państw UE).

Źródło: Europejska ankieta internetowa na temat narkotyków.

**Konopie indyjskie**  
to najpowszechniej stosowany  
niedozwolony środek odurzający

## Wysokie ryzykowne używanie konopi indyjskich: oznaki stabilizacji

Na podstawie badań sondażowych ogółu populacji szacuje się, że ok. 1% dorosłych w Unii Europejskiej codziennie lub prawie codziennie używa konopi indyjskich, co oznacza, że w ciągu ostatniego miesiąca przyjmowali je przez 20 dni lub więcej. Około 60% z nich to osoby poniżej 35 r.ż., a trzy czwarte to mężczyźni.

Dane dotyczące osób rozpoczynających leczenie związane z używaniem konopi indyjskich — w połączeniu z innymi wskaźnikami — dostarczają informacji o charakterze oraz skali zjawiska wysokiego ryzykownego konsumpcji konopi indyjskich w Europie. Około 155 000 osób w Europie rozpoczęło w 2017 r. leczenie uzależnienia od narkotyków w związku z problemami dotyczącymi używania konopi indyjskich; 83 000 z nich poddało się leczeniu po raz pierwszy. W 24 państwach dysponujących dostępnymi danymi, ogólna liczba osób przystępujących do leczenia w związku z problemami dotyczącymi konopi indyjskich po raz pierwszy w życiu wzrosła o 76% między 2006 a 2017 r.

Ogólnie rzecz biorąc, 47% osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w 2017 r., dla których konopie indyjskie są narkotykiem podstawowym, zgłaszało codzienne używanie tego narkotyku w ciągu ostatniego miesiąca, przy czym wartości te sięgały od 10% lub mniej na Łotwie, Węgrzech i Rumunii do 60% lub więcej w Hiszpanii, Holandii i Turcji.

## Zażywanie kokainy: pewne oznaki wzrostu

Kokaina jest najczęściej stosowaną nielegalną substancją pobudzającą w Europie, choć częściej przyjmują ją mieszkańcy Europy Południowej i Zachodniej. W ostatnich latach rozpowszechnienie tego narkotyku w Europie wzrosło. Dla celów badawczych i monitorowania osoby zażywające kokainę można kategoryzować na różne sposoby: w oparciu o miejsce, stosowany produkt lub motywację. Osoby regularnie zażywające kokainę można podzielić na osoby, które rekreacyjnie wciągają sproszkowaną kokainę (chlorowodorek kokainy) przez nos i które są zazwyczaj lepiej zintegrowane ze społeczeństwem, oraz na osoby zmarginalizowane społecznie, które wstrzykują sobie kokainę lub palą crack (wolna zasada), czasem w połączeniu z opioidami. W wielu zbiorach danych nie jest możliwe rozróżnienie obu form narkotyku (kokaina w proszku i crack), i pojęcie „używanie kokainy” uwzględnia obie te formy.

Szacuje się, że 18,0 mln dorosłych w Unii Europejskiej (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 5,4% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie swojego życia z kokainą. Wśród nich jest około 2,6 mln młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 34 lat (2,1% tej grupy wiekowej), które zażywały narkotyku w ciągu ostatniego roku.

Sześć państw: Dania, Irlandia, Hiszpania, Francja, Holandia i Wielka Brytania zgłosiły rozpowszechnienie użycia kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych na poziomie przekraczającym 2,5% (wykres 2.3). Spośród

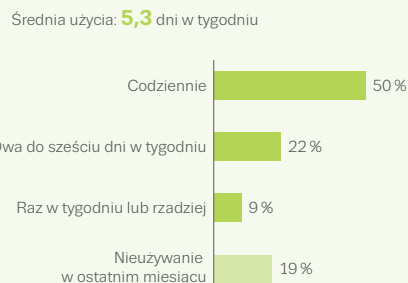
## UŻYTKOWNICY KONOPI INDYJSKICH ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE



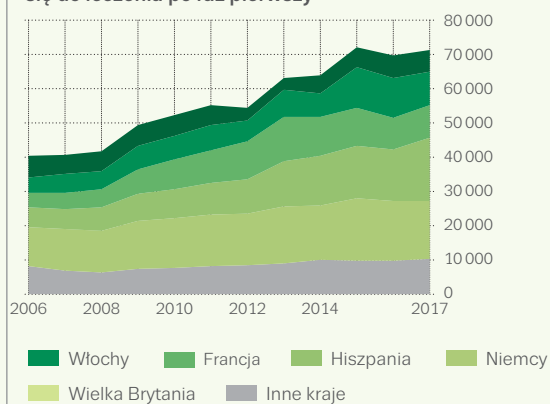
### Charakterystyka



### Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca



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

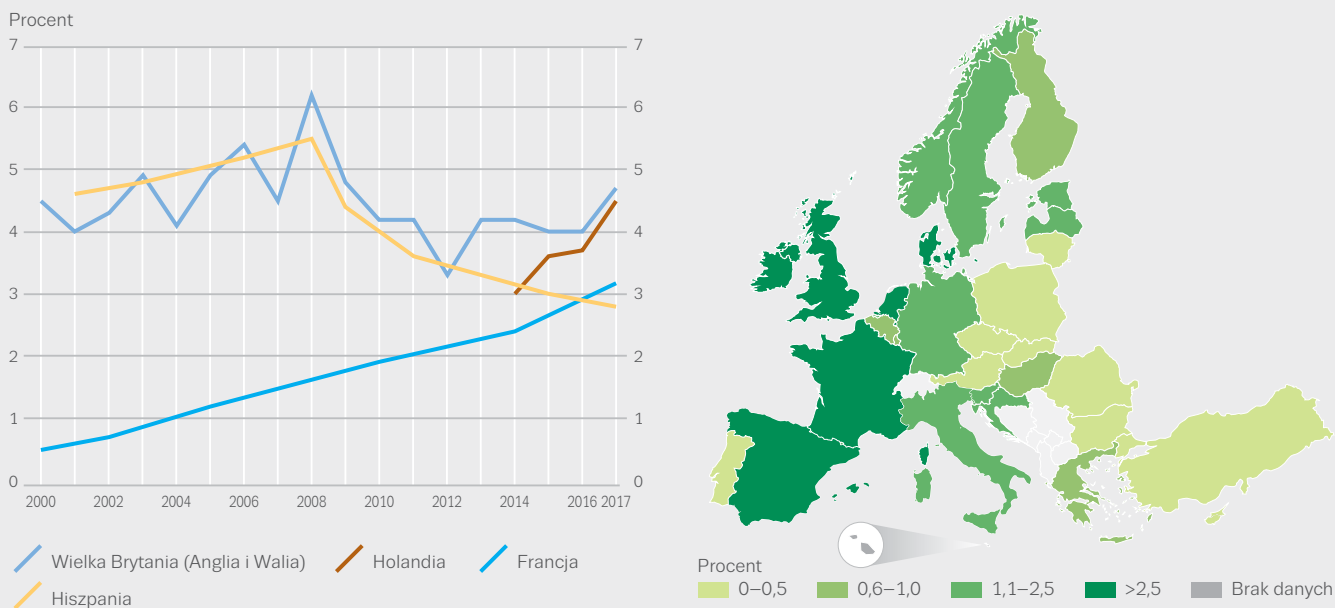


Uwaga: Dane, z wyjątkiem trendów, dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są konopie indyjskie. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy przedstawiono na podstawie danych z 24 krajów. W wykresie dotyczącym trendów zamieszczono jedynie kraje dysponujące danymi za co najmniej 11 z 12 lat. Brakujące wartości interpolowano z danych dotyczących lat następujących bezpośrednio przed rokiem referencyjnym lub po tym roku. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym, dane dotyczące Włoch od roku 2014 nie są porównywalne z wcześniejszymi. Ze względu na zmiany w systemie zgłoszeń wyniki za 2017 r. dla Niemiec są wartościami szacunkowymi podanymi w oparciu o dane z 2016 r.



## WYKRES 2.3

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



Uwaga: Zakresy wiekowe inne niż 15–34 zgłaszają Dania, Wielka Brytania i Norwegia (16–34), Szwecja (17–34), Niemcy, Francja, Grecja i Węgry (18–34).

państw, które prowadzą badania od 2016 r. i które zgłosiły przedziały ufności, trzy zgłosiły wyższe oszacowania, a dziewięć przedstawiło dane szacunkowe na tym samym poziomie co w poprzednim porównywalnym sondażu.

Analiza statystyczna długoterminowych tendencji w stosowaniu kokainy w ciągu ubiegłego roku wśród młodych osób dorosłych jest możliwa wyłącznie w przypadku niewielkiej liczby państw, w których dane wskazują na zwiększony poziom użycia. Doroczna ankieta prowadzona w Wielkiej Brytanii wskazuje na wzrost do poziomu 4,7% po okresie stosunkowej stabilności; czwarty porównywalny roczny sondaż w Holandii potwierdza tendencję wzrostową, a osiągnięty poziom wynosi 4,5%; we Francji tendencja wzrostowa utrzymywała się i po raz pierwszy przekroczony został poziom 3%. Z kolei w Hiszpanii w dalszym ciągu utrzymał się spadek rozpowszechnienia używania, którego poziom spadł do 2,8% (wykres 2.3).

Badanie tendencji EMCDDA z 2018 r., w którym przeanalizowano dane z różnych źródeł, wskazywało, że wzrost dostępności kokainy o większej czystości na rynkach narkotykowych Europy może prowadzić do wznowienia rozpowszechnienia tego narkotyku w niektórych państwach. W badaniu tym zwrócono również uwagę na sygnały świadczące o tym, że kokaina dostaje się na nowe rynki w Europie Wschodniej, gdzie wcześniej narkotyk ten był używany na niewielką skalę.

Wyniki uzyskane z badań sondażowych uzupełniane są analizami występowania pozostałości kokainy w ściekach

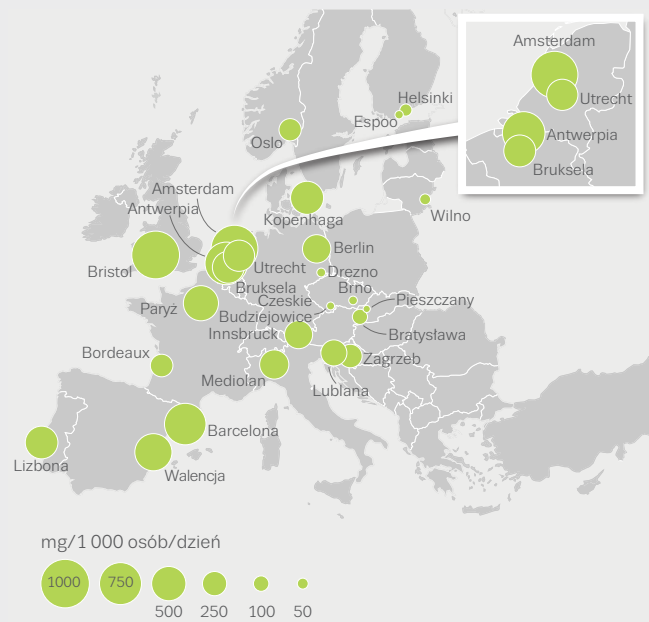
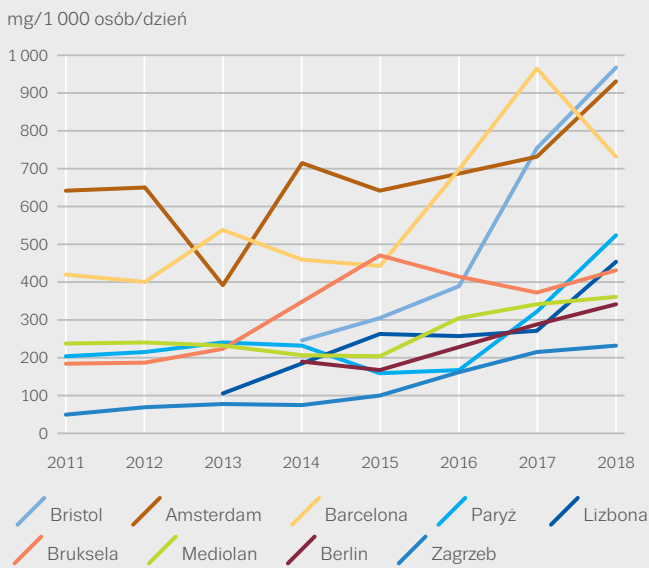
komunalnych w wielu europejskich miastach. Analiza ścieków może dostarczyć informacji na temat kolektywnego użycia czystych substancji w danej społeczności, ale jej wyniki nie są bezpośrednio porównywalne z szacunkowymi ocenami dotyczącymi rozpowszechnienia narkotyków, pochodzącymi z krajowych badań populacyjnych. Wyniki badania ścieków przedstawiane są w formie standaryzowanych wartości (stężenia) pozostałości narkotyków na 1000 mieszkańców na dzień. Chociaż mogą one dostarczać informacji o ilościach kokainy używanej w konkretnej lokalizacji, nie zapewniają bezpośrednich informacji o liczbie osób zażywających narkotyk.

Analiza przeprowadzona w 2018 r. wykazała najwyższe stężenia benzoiloeqgoniny — głównego metabolitu kokainy — w próbkach pobranych w miastach belgijskich, hiszpańskich, holenderskich i brytyjskich. Bardzo niskie poziomy odnotowano w większości miast Europy Wschodniej objętych badaniem (zob. wykres 2.4), ale najnowsze dane wskazują na wzrosty. Porównanie z danymi z poprzedniego roku daje obraz sugerujący ogólny wzrost użycia. Spośród 38 miast, dla których dostępne są dane za 2017 i 2018 r., w 22 zgłoszono wzrost, w 5 — spadek, a w 11 — sytuację bez zmian. Zwykłe tendencje długoterminowe zgłasza większość spośród 13 miast podających dane za 2011 i 2018 rok.

Dane z europejskiej ankiety na temat narkotyków dają wgląd w prawidłowości korzystania z kokainy w różnych grupach oraz różnice między państwami. Porównując ilości

## WYKRES 2.4

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



Uwaga: Średnie dzienne ilości benzoilokogoniny w miligramach na 1 000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia każdego roku w okresie od 2011 do 2018 r.

Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

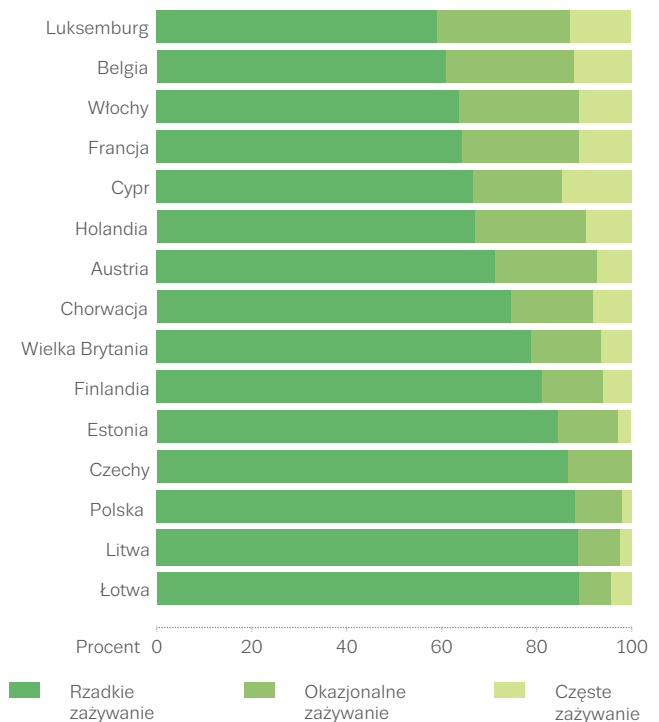
używane w poszczególnych państwach, należy zauważyć, że zarówno cena, jak i czystość kokainy na rynku będzie się różnić w zależności od kraju, a to może mieć wpływ na używane ilości. Wśród respondentów deklarujących zażywanie kokainy proporcja osób używających tego narkotyku często (więcej niż 50 dni w ciągu ostatniego roku) wahała się od zera w Czechach do ponad 10% w Belgii, na Cyprze, we Francji, we Włoszech i w Luksemburgu (wykres 2.5). Konsumpcja kokainy jest różna w poszczególnych państwach i sięga od średniej na poziomie 1,3 g dziennie w Austrii, Belgii i Francji do 3,5 g na Cyprze. Ogólnie rzecz biorąc, osoby często używające tego narkotyku zażywały większe ilości każdego dnia w porównaniu z osobami używającymi go rzadziej.

### Wysoce ryzykowne używanie kokainy: w wielu państwach wzrasta ostatnio zapotrzebowanie na leczenie

Rozpowszechnienie wysoce ryzykownego używania kokainy przez osoby dorosłe w Europie jest trudne do określenia, gdyż tylko cztery państwa dysponują nowymi oszacowaniami. Co więcej, oszacowania te nie są bezpośrednio porównywalne, ponieważ uzyskano je, stosując różne definicje i metody. W Hiszpanii w ramach nowego badania ankietowego populacji ogólnej przyjęto wskaźnik wysokiej częstotliwości używania, a otrzymane szacunki wskazują na wysoce ryzykowne używanie kokainy na poziomie 0,3% w grupie osób w wieku od 15–64 lata

## WYKRES 2.5

Częstotliwość używania kokainy przez uczestników ankiety internetowej, którzy przyznali, że używali narkotyku w ciągu ostatniego roku



Uwaga: Ankiety przeprowadzono w dwóch turach, jedną w 2016 r. (Czechy, Francja, Chorwacja, Holandia, Wielka Brytania) oraz jedną w 2017/18 (pozostałe 10 państw UE). Zażywanie w ciągu ostatniego roku: częste, więcej niż 50 dni; okazjonalne, 11–50 dni; rzadkie, 1–10 dni.

Źródło: Europejska ankieta internetowa na temat narkotyków.

w latach 2017/2018. W 2015 r. na podstawie pytań dotyczących stopnia uzależnienia w Niemczech oszacowano, że 0,2% osób dorosłych używa kokainy w sposób wysoce ryzykowny. W 2017 r. Włochy, na podstawie danych dotyczących leczenia oraz postępowań karnych, oszacowały, że 0,69% populacji osób dorosłych można uznać za osoby wysoce ryzykownie używające kokainy. We Francji w badaniu prowadzonym metodą wielokrotnych złówień oszacowano rozpowszechnienie wysoce ryzykownego używania cracku na 0,07%.

Niemal trzy czwarte (73%) wszystkich zgłoszonych pacjentów objętych leczeniem z powodu uzależnienia od kokainy w Europie to osoby mieszkające w Hiszpanii, we Włoszech i w Wielkiej Brytanii. Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie uzależnienia w 2017 r., ok. 73 000 wskazało kokainę jako narkotyk podstawowy, a wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy było ich 33 000.

Po okresie spadków ogólna liczba osób po raz pierwszy podejmujących leczenie w związku z uzależnieniem od kokainy wzrosła między 2014 a 2017 r. o 37%. Choć za wzrost ten w dużej mierze odpowiadają Włochy i Wielka Brytania, w tym samym okresie odnotowano wzrost łącznie w 19 państwach. Ogólnie rzecz biorąc, najnowsze dane z Europy wskazują na 11 lat odstępu między pierwszym zażyciem kokainy, do którego dochodzi przeciętnie w wieku 23 lat, a pierwszym leczeniem w związku z problemami

związanymi z kokainą, podejmowanym przeciętnie w wieku 34 lat.

Większość osób podejmujących specjalistyczne leczenie w związku z problemami wynikającymi z używania kokainy to osoby deklarujące kokainę w proszku jako swój podstawowy narkotyk (55 000, czyli 14% wszystkich pacjentów leczących uzależnienie w 2017 r.). Większość pacjentów, dla których kokaina jest narkotykiem podstawowym, poszukuje możliwości leczenia w związku z używaniem wyłącznie tego środka (46% wszystkich pacjentów leczących się z uzależnienia od kokainy w proszku) lub w połączeniu z konopiami indyjskimi (20%), alkoholem (23%) lub innymi substancjami (10%). Grupa ta jest ogólnie określana jako stosunkowo dobrze zintegrowana ze społeczeństwem, żyjąca w stabilnych warunkach i posiadająca stałe zatrudnienie, co odróżnia ją od grupy osób rozpoczynających leczenie w związku z problemami dotyczącymi opioidów. Nie jest tak jednak w przypadku osób rozpoczynających leczenie, dla których narkotykiem głównym jest crack (11 000 pacjentów, czyli 3% wszystkich pacjentów uzależnionych od narkotyków w 2017 r.), którzy wydają się bardziej marginalizowani. Popyt na leczenie w związku z crackiem zdaje się występować głównie w Wielkiej Brytanii (65%). Wielu pacjentów, których narkotykiem podstawowym jest crack, zgłasza heroinę jako narkotyk dodatkowy. Od 2014 r. wzrost liczby pacjentów uzależnionych od cracku odnotowano w Belgii, Irlandii, Francji, Włoszech, Portugalii i Wielkiej Brytanii.

## UŻYTKOWNICY KOKAINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

### Charakterystyka

15% 85%



23

Średni wiek w momencie pierwszego użycia

34

Średni wiek w momencie rozpoczęcia leczenia po raz pierwszy

33 500  
Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy

48%

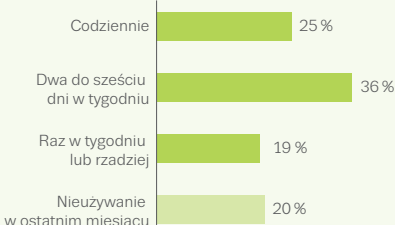


36 800  
Pacjenci leczeni uprzednio

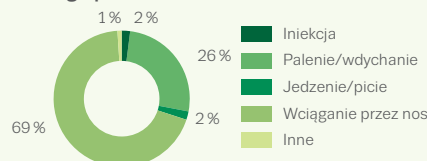
52%

### Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

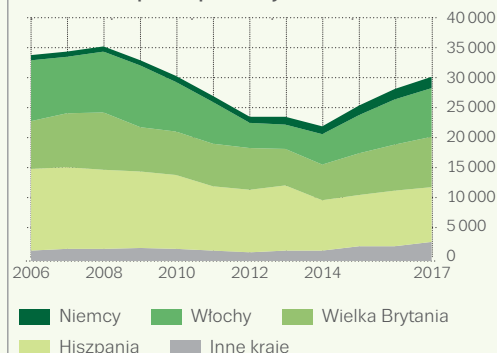
Średnia użycia: 4 dni w tygodniu



### Droga podania



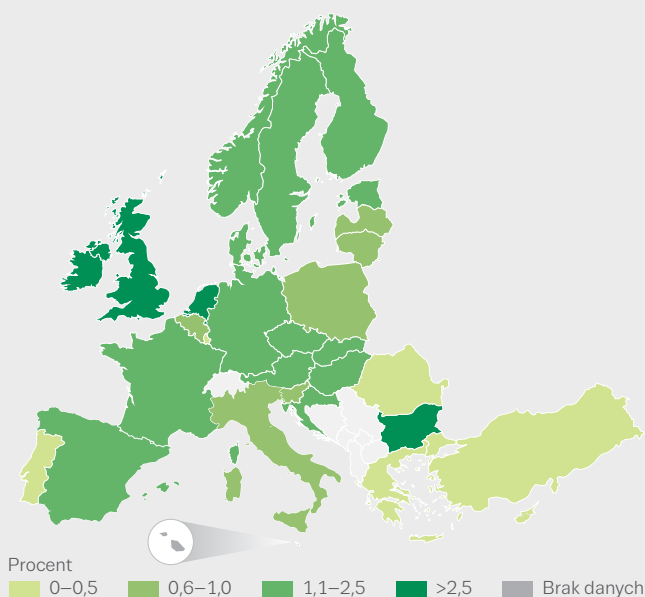
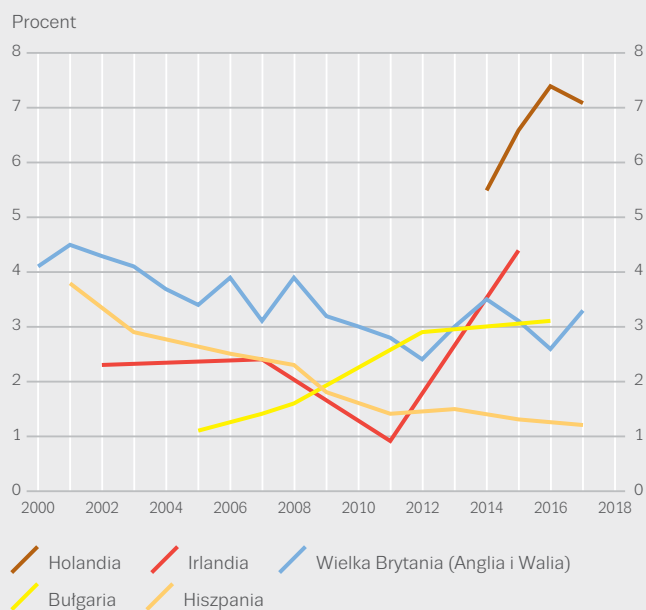
### Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



Uwaga: Dane, z wyjątkiem trendów, dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest kokaina. Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy przedstawiono na podstawie danych z 24 krajów. W wykresie dotyczącym trendów zamieszczono jedynie kraje dysponujące danymi za co najmniej 11 z 12 lat. Brakujące wartości interpolowano z danych dotyczących lat następujących bezpośrednio przed rokiem referencyjnym lub po tym roku. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym dane dotyczące Włoch od roku 2014 nie są porównywalne z wcześniejszymi. Ze względu na zmiany w systemie zgłoszeń wyniki za 2017 r. dla Niemiec są wartościami szacunkowymi podanymi w oparciu o dane z 2016 r.

## WYKRES 2.6

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



Uwaga: Zakresy wiekowe inne niż 15–34 zgłaszają Dania, Wielka Brytania i Norwegia (16–34), Szwecja (17–34), Niemcy, Francja, Grecja i Węgry (18–34).

Używanie kokainy w połączeniu z heroiną lub innymi opioidami w 2017 r. zgłosiło 56 000 pacjentów rozpoczynających leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie. Liczba ta stanowi 16% wszystkich osób rozpoczynających leczenie, dla których dostępne są informacje o narkotyku podstawowym i dodatkowym.

### Używanie MDMA: obraz niejednoznaczny

MDMA (3,4-metylenodioksymetamfetamina) zażywana jest w postaci tabletek (często nazywanych ecstasy), a także w postaci kryształów i proszku; tabletki zazwyczaj się połyka, a kryształy i proszek są przyjmowane doustnie lub wciągane przez nos.

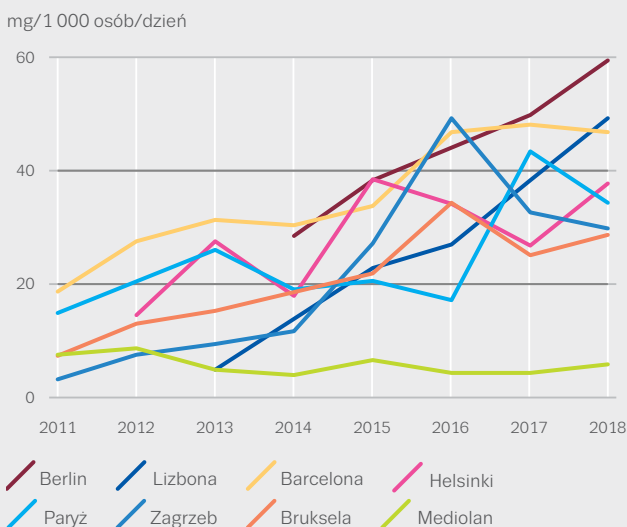
Szacuje się, że 13,7 mln dorosłych w Unii Europejskiej (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 4,1% tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie życia z MDMA/ecstasy. Dane dotyczące zażywania narkotyków w ostatnim okresie przez młode osoby dorosłe wskazują, że 2,2 miliona młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) zażywało MDMA w ciągu ostatniego roku (1,7% tej grupy wiekowej), a najnowsze szacunki krajowe wahają się od wartości 0,2% w Portugalii i Rumunii do 7,4% w Holandii (wykres 2.6). Rozpowszechnienie wśród osób w wieku 15–24 lata jest większe — szacuje się, że odsetek osób, które używały MDMA w ciągu ostatniego roku, wynosi 2,3% (1,3 mln osób).

Jeszcze do niedawna rozpowszechnienie MDMA w wielu krajach spadało po osiągnięciu wartości szczytowych w połowie pierwszej dekady XXI w. W ostatnich latach monitorowanie źródeł daje niejednoznaczny obraz, z którego nie wyłaniają się jasne tendencje. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2016 r. i które podały przedziały ufności, cztery zgłosiły wyższe oszacowania, sześć — stabilne, a dwa — niższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu.



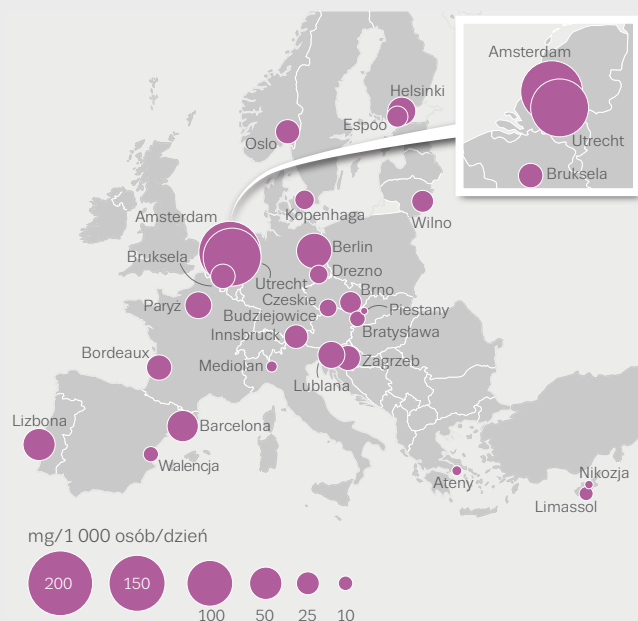
## WYKRES 2.7

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



Uwaga: Średnie dzienne ilości MDMA w miligramach na 1000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia każdego roku w okresie od 2011 do 2018 r.

Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)



W krajach, dla których istnieją dane potrzebne do analizy statystycznej tendencji w zakresie używania MDMA w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe, dostrzec można zróżnicowany obraz (wykres 2.6).

W Wielkiej Brytanii najnowsze dane wskazują na ponowny wzrost rozpowszechnienia używania po spadkach z 2015 i 2016 r., które z kolei nastąpiły po wzroście w latach 2012 i 2014. W Hiszpanii tendencja długoterminowa pozostaje spadkowa, choć dane z ostatniego okresu wydają się stabilne. Najnowsze dane świadczą o stałej tendencji wzrostowej w Bułgarii. Dane z badań przeprowadzonych w 2017 r. w Holandii potwierdzają wysokie wartości zgłoszone w poprzednich trzech corocznych badaniach sondażowych.

W przeprowadzonej w 2018 r. w wielu europejskich miastach analizie ścieków największe stężenie MDMA wykryto w ściekach w miastach belgijskich, niemieckich i holenderskich (wykres 2.7). Spośród 37 miast, dla których dostępne są dane za 2017 i 2018 r., w 21 zgłoszono wzrost, w 9 — sytuację stabilną, a w 7 — spadek. Jeżeli przyjrzyć się tendencjom długoterminowym, w większości miast, dla których dostępne są dane zarówno za 2011 r., jak i za 2018 r. (10 miast), stężenia MDMA w ściekach były większe w 2018 r. niż w 2011 r. Wygląda na to, że w 2017 r. doszło do ustabilizowania gwałtownego wzrostu obserwowanego w latach 2011–2016. Ostatnie dane z 2018 r. wskazują jednak na wzrosty w większości miast.

MDMA przyjmowane jest często razem z innymi substancjami, w tym z alkoholem. Najnowsze dane wskazują, że w krajach, w których MDMA jest bardziej rozpowszechnione, substancja ta nie jest już narkotykiem niszowym czy wiązany z konkretną subkulturą, a jej występowanie nie ogranicza się już do klubów tanecznych czy imprez. Po substancję sięga szerokie grono młodych ludzi w popularnych miejscach rozrywki, takich jak bary czy spotkania towarzyskie w domach prywatnych. W europejskiej ankiecie internetowej na temat narkotyków ustalono, że wśród osób, które używały MDMA w ciągu ostatniego roku, odsetek deklarujących częste zażywanie (więcej niż 50 dni w ciągu ostatniego roku) wahał się od zerowego na Cyprze do około 8% w Austrii i Chorwacji.

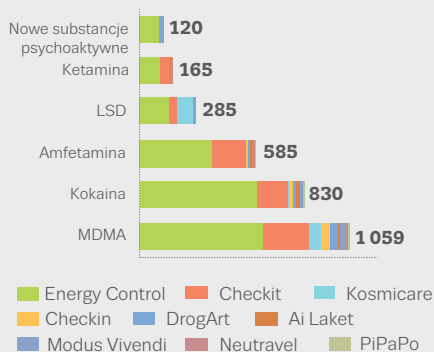
Zażywanie MDMA rzadko stanowi powód zgłoszenia się na leczenie uzależnienia. W 2017 r. MDMA wskazywał mniej niż 1% osób (czyli ok. 1 700 osób) rozpoczynających leczenie uzależnienia w Europie, przy czym 68% przypadków odnotowano we Francji, na Węgrzech, w Wielkiej Brytanii i Turcji.

**MDMA przyjmowane jest często razem z innymi substancjami, w tym z alkoholem**

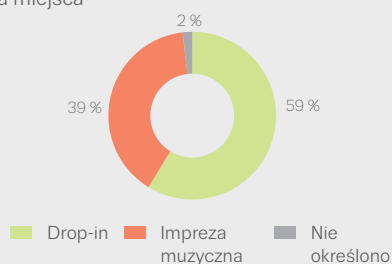
## WYKRES 2.8

## Próbki narkotyków badanych przez usługi sprawdzania narkotyków między styczniem a lipcem 2018 r.

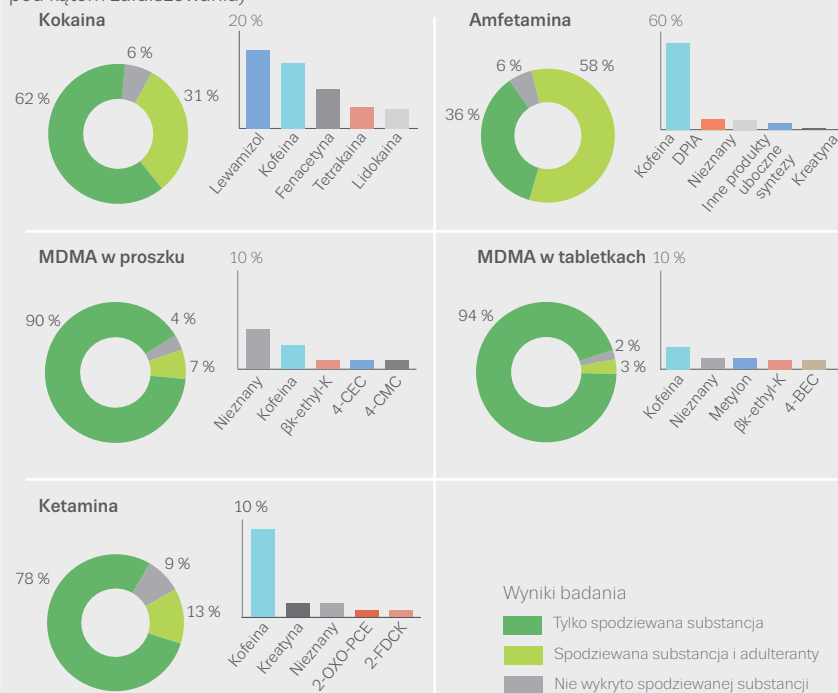
Liczba substancji zgłoszonych do zbadania



Substancje zgłoszone do zbadania w podziale na miejsca



Wykryte substancje i najpowszechniejsze adulteranty (% wszystkich próbek przebadanych pod kątem zafalszowania)



Uwaga: Adulteranty obejmują wyłącznie substancje o aktywnych właściwościach farmakologicznych. Związki nieaktywne nie są uznawane za adulteranty.  
 Źródło: Dane pochodzą z punktów usług sprawdzania narkotyków w Austrii (Checkit), Belgii (Modus Vivendi), Włoszech (Neutravel), Luksemburgu (PiPaPo), Portugalii (Kosmicare i Checkin), Słowenii (DrogArt) i Hiszpanii (Energy Control i Ai Laket).

### Monitorowanie rekreacyjnego używania narkotyków: innowacyjne metody

Badania w sposób spójny wskazują, że używanie narkotyków częściej zgłaszane jest w ankietach przeprowadzanych w lokalach związanych z życiem nocnym (klubach, barach czy festiwalach muzycznych), niż sondażach prowadzonych wśród ogólnej populacji. Pojawiły się nowe sposoby monitorowania rekreacyjnego zażywania narkotyków, które nie opierają się wyłącznie na zgłaszanych danych pochodzących z badań ankietowych, ale w których wykorzystuje się analizę chemiczną próbek z różnego rodzaju źródeł: próbek biologicznych, takich jak oddech, mocz czy włosy; zawartość pojemników do utylizacji leków i narkotyków oraz substancji dostarczanych do punktów prowadzących ich kontrolę.

Dostępne są wyniki 3 044 analiz próbek substancji dostarczonych przez osoby je zażywające do dziewięciu punktów kontroli substancji działających w siedmiu państwach członkowskich UE, przeprowadzonych między styczniem a lipcem 2018 r. oraz skompilowanych przez sieć Transeuropejskiej Informacji o Narkotykach (TEDI). Około połowę próbek przebadano podczas imprez muzycznych, a około połowę w otwartych punktach kontroli. Do punktów drop-in, głównie w Hiszpanii, trafiało dwa razy więcej próbek kokainy niż podczas imprez muzycznych.

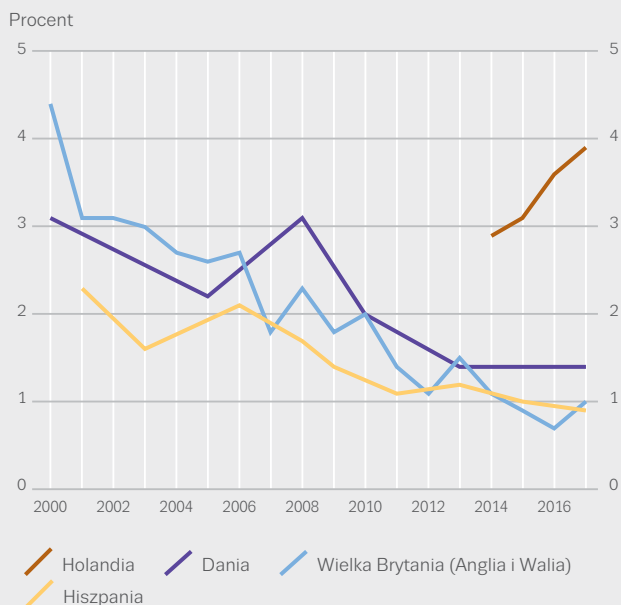
Ogólnie rzecz biorąc, trzema najczęściej dostarczonymi do badania narkotykami były MDMA (w postaci tabletek lub proszku), kokaina i amfetamina, chociaż występowały w tym zakresie różnice między państwami. Amfetaminę rzadko dostarczano do badania w Belgii i Portugalii, natomiast stanowiła ponad 25% próbek dostarczanych we Włoszech i Austrii. Nowe substancje psychoaktywne, głównie syntetyczne katynony, stanowiły zaledwie 3% wszystkich narkotyków dostarczonych do badania, przy czym niektóre, takie jak 4-CMC i 4-CEC (syntetyczne katynony) były sporadycznie wykrywane jako adulteranty w próbkach dostarczanych jako MDMA (wykres 2.8).

Dane o czystości narkotyku pozyskane z 8 punktów kontroli substancji w pierwszej połowie 2018 r. potwierdzają ostatnie doniesienia o zwiększonej dostępności MDMA i kokainy o wysokim stopniu czystości obserwowanej na rynkach narkotykowych w Zachodniej Europie. Największe średnie dawki MDMA w tabletkach testowane w punktach kontroli substancji odnotowano w Belgii (182 mg). Pięć punktów zgłosiło pojedyncze tabletki zawierające dużą zawartość MDMA (ponad 250 mg). Ogólnie rzecz biorąc, mało prawdopodobne było, by próbki dostarczane do punktów kontroli, takie jak MDMA, zawierały niespodziewany aktywny składnik; sfałszowane MDMA w postaci proszku lub tabletek stanowiło mniej niż 10% wszystkich przebadanych próbek MDMA.

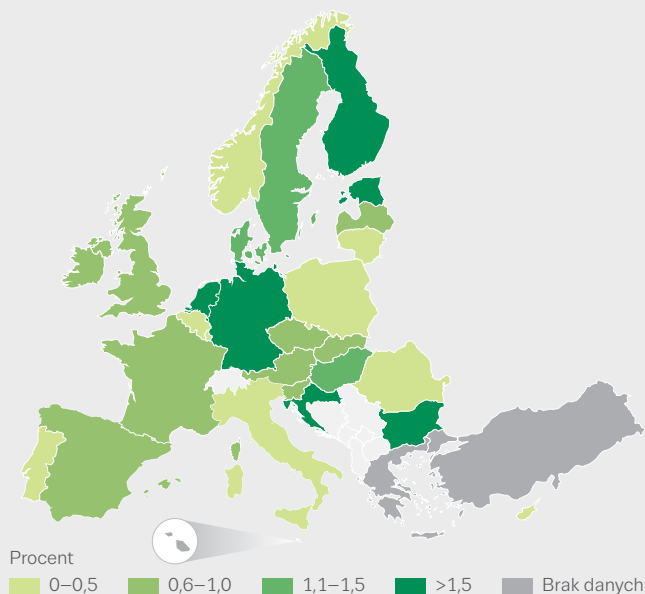


## WYKRES 2.9

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



Uwaga: Zakres wiekowy inne niż 15–34 zgłaszają Dania, Wielka Brytania i Norwegia (16–34), Szwecja (17–34), Niemcy, Francja, Grecja i Węgry (18–34).



Najpowszechniejszym adulterantem występującym w próbkach była kofeina. Pomimo średniej wysokiej czystości kokainy (73%) próbki dostarczane jako kokaina były często zafalszowane potencjalnie szkodliwymi substancjami, takimi jak lewamizol i fenacetyna, jak również środkami znieczulenia miejscowego, takimi jak lidokaina i tetrakaina. Spośród wszystkich substancji przebadanych w punktach kontroli substancji próbki dostarczane jako amfetamina zawierały najwięcej substancji zafalszowujących — ich przeciętna czystość wynosiła 34%, a często zawierały one wysoką zawartość kofeiny.

### Amfetaminy: różnice w używaniu przy stabilnych tendencjach

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

Oba narkotyki można przyjmować doustnie lub wciągać przez nos, poza tym w niektórych krajach wśród osób używających tych narkotyków w sposób ryzykowny

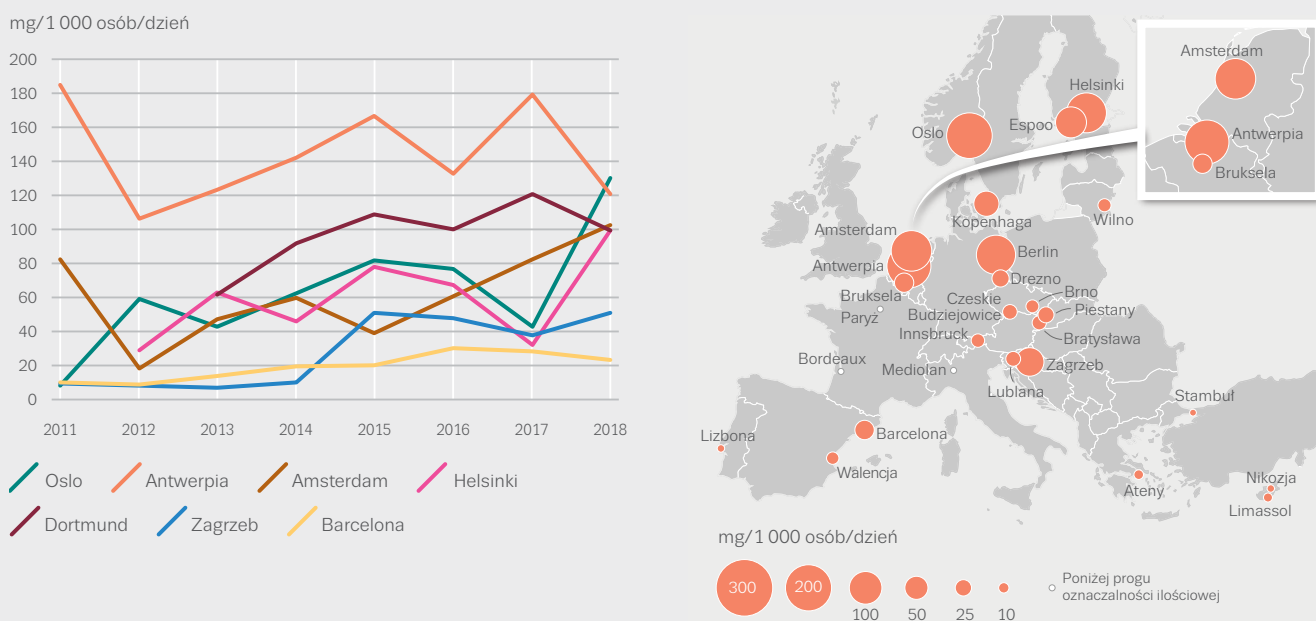
powszechne jest wstrzykiwanie. Metamfetaminę można też palić, ale ta droga przyjmowania nie jest często odnotowywana w Europie.

Szacuje się, że 12,4 mln dorosłych w Unii Europejskiej (między 15. a 64. rokiem życia), tj. 3,7 % tej grupy wiekowej, eksperymentowało w jakimś momencie życia z amfetaminami. Wartości liczbowe dotyczące niedawnego używania przez młode osoby dorosłe (w wieku 15–34 lata) sugerują, że 1,3 mln (1,0%) osób zażywało amfetaminy w ciągu ostatniego roku, przy czym ostatnie krajowe dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia używania wahają się od zera w Portugalii do 3,9% w Holandii (wykres 2.9). Dostępne dane wskazują, że od początku wieku tendencja w zakresie używania amfetamin jest względnie stabilna w większości krajów europejskich. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2016 r. i które podały przedziały ufności, żadne nie zgłosiło wyższych oszacowań, osiem — stabilne, a trzy — niższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

Analiza statystyczna tendencji dotyczących rozpowszechnienia używania amfetamin w ciągu ostatniego roku przez młode osoby dorosłe możliwa jest jedynie dla nielicznych państw. Długofalowe tendencje spadkowe można zaobserwować w Danii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii (wykres 2.9). Czwarte badanie porównywalne w Holandii wskazuje na tendencję wzrostową.

## WYKRES 2.10

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



Uwaga: Średnie dzienne ilości amfetaminy w miligramach na 1 000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia każdego roku w okresie od 2011 do 2018 r.

Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

Przeprowadzona w 2018 r. analiza ścieków komunalnych wykazała, że stężenia amfetamin przyjmowały bardzo różne wartości na terenie Europy, przy czym najwyższe odnotowano w miastach położonych na północy i wschodzie kontynentu (wykres 2.10). W miastach na południu Europy ich poziom był znacznie niższy.

Spośród 38 miast, dla których dostępne są dane za 2017 i 2018 r., w 21 zgłoszono wzrost, w 7 — sytuację stabilną, a w 10 — spadek. Ogólnie, pochodzące z miast dane za okres 2011–2018 wskazują na zróżnicowany obraz obejmujący jednak względnie stałe tendencje w zażywaniu amfetaminy w większości miast.

Użycie metamfetaminy jest na generalnie niskim poziomie, a koncentrowało się dotąd głównie w Czechach i na Słowacji. Obecnie można jednak odnotować to zjawisko na Cyprze, we wschodnich Niemczech, Hiszpanii i w Europie Północnej (wykres 2.11). Spośród 40 miast, dla których dostępne są dane dotyczące pozostałości metamfetaminy w ściekach za 2017 i 2018 r., w 5 zgłoszono wzrost, w 20 — sytuację bez zmian, a w 15 — spadek.

### Wysokie ryzykowne używanie amfetamin: wysokie zapotrzebowanie na leczenie

Problemy związane z długoterminowym i przewlekłym przyjmowaniem amfetamin oraz z ich podawaniem drogą iniekcji są najwyraźniej widoczne w krajach położonych na

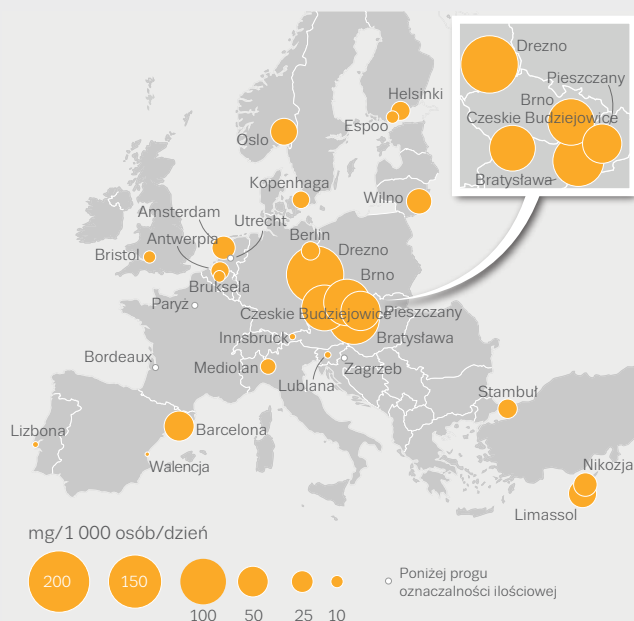
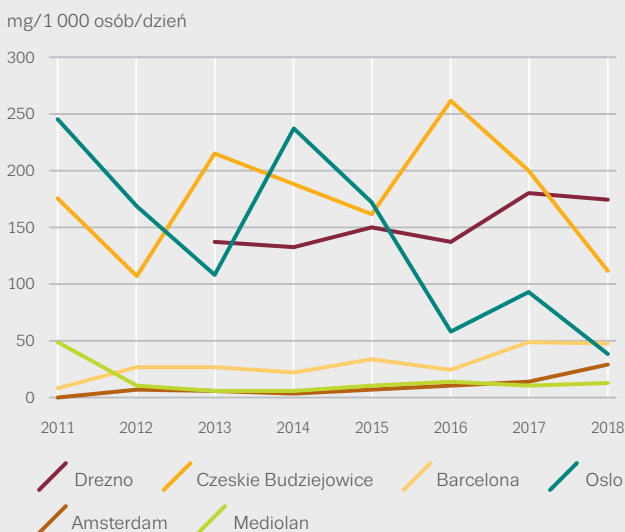
północy Europy. Z kolei problemy związane z metamfetaminą są najdotkliwsze w Czechach i na Słowacji. Dane szacunkowe dla Niemiec z 2015 r. to 0,19%, czyli 102 000, osób zażywających amfetaminę w sposób wysoce ryzykowny. Osoby używające amfetamin stanowią prawdopodobnie większość szacunkowej liczby 2 234 (0,18 %) osób używających substancji pobudzających w sposób wysoce ryzykowny zgłoszonych przez Łotwę w 2017 r., która to wartość wskazuje na spadek z poziomu 6 540 osób (0,46%) w 2010 r. W Czechach wysoce ryzykowne używanie metamfetaminy przez osoby dorosłe (w wieku od 15 do 64 lat) oszacowano w 2017 r. na ok. 0,50% (co odpowiada 34 700 osobom używającym narkotyku). Stanowi to wzrost w stosunku do 20 900 użytkowników w roku 2007, natomiast wartości te w ostatnich latach utrzymują się na stosunkowo stabilnym poziomie. Dane szacunkowe dla Cypru to 0,03 %, tj. 176 osób w 2017 r.

Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, którzy rozpoczęli specjalistyczne leczenie uzależnienia w Europie w 2017 r., 30 000 podało amfetaminę jako narkotyk podstawowy, z czego 12 000 to osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy. Osoby używające amfetaminę jako narkotyku podstawowego stanowią 15% lub więcej osób rozpoczynających leczenie w Niemczech, na Łotwie, w Polsce i w Finlandii, natomiast w Niemczech od 2009 r. zaobserwować można tendencję wzrostową w tym zakresie. Pacjenci rozpoczynający leczenie, którzy podają metamfetaminę jako narkotyk podstawowy, mieszkają



WYKRES 2.11

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



Uwaga: Średnie dzienne ilości metamfetaminy w miligramach na 1000 osób. Próbkę pobrano w wybranych miastach europejskich w okresie jednego tygodnia każdego roku w okresie od 2011 do 2018 r.  
Źródło: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

głównie w Czechach, na Słowacji, w Polsce i w Turcji, gdzie łącznie żyje 88% spośród 5 000 europejskich pacjentów używających metamfetaminy rozpoczynających leczenie specjalistyczne. Amfetaminy są grupą narkotyków, w których zróżnicowanie wiekowe jest najmniejsze, choć nadal kobiety stanowią jedynie jedną czwartą (26%) osób

zażywających ten narkotyk. Jeżeli brać pod uwagę sposób przyjmowania, 14% osób rozpoczynających leczenie deklaruje doustne zażywanie amfetamin, 65% — wciąganie, a 9% — wstrzykiwanie (iniekcję).

UŻYTKOWNICY AMFETAMIN ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

Charakterystyka

26% 74%



20  
30

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

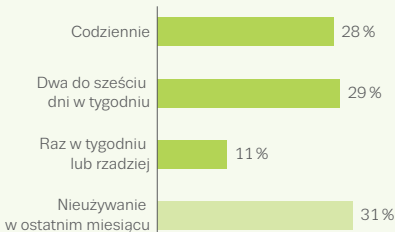
12 200  
Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy  
42%



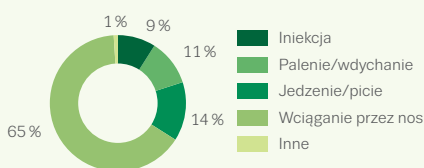
17 100  
Pacjenci leczeni uprzednio  
58%

Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca

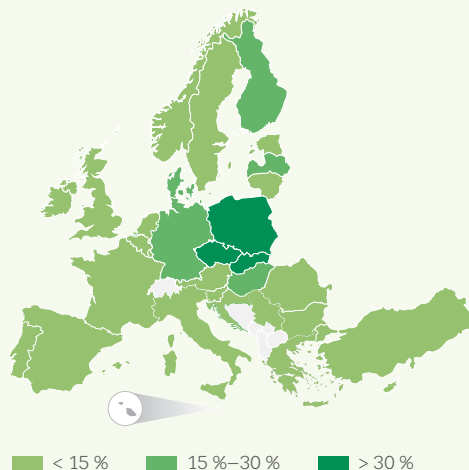
Średnia użycia: 4,3 dni w tygodniu



Droga podania



Odsetek rozpoczynających leczenie po raz pierwszy dla wszystkich narkotyków (%)



Uwaga: Dane, z wyjątkiem map, dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są amfetaminy. Dane dotyczące Niemiec, Szwecji i Norwegii dotyczą klientów wskazujących jako podstawowy narkotyk substancję pobudzającą inną niż kokainę.

## Ketamina, GHB i halucynogeny: wciąż niski wskaźnik użycia

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

Od około dwudziestu lat zgłaszane jest rekreacyjne używanie ketaminy i GHB (w tym także jego prekursora GBL, czyli gamma-butyrolaktonu) wśród pewnych grup użytkowników narkotyków w Europie. W przypadkach, gdy dostępne są krajowe szacunki dotyczące używania przez osoby dorosłe oraz młodzież w wieku szkolnym GHB i ketaminy, wskaźniki używania tych substancji utrzymują się na niskim poziomie. Z badań sondażowych przeprowadzonych w 2017 r. w Norwegii wynika, że rozpowszechnienie użycia GHB w ciągu ostatniego roku osiągnęło poziom 0,1% wśród osób dorosłych (w wieku od 16 do 64 lat). W 2017 r. rozpowszechnienie użycia ketaminy przez młode osoby dorosłe (w wieku 16-34 lata) w ciągu ostatniego roku oszacowano na 0,6% w Danii oraz 1,7% w Wielkiej Brytanii.

Ogólnie poziom używania LSD i grzybów halucynogennych w Europie jest niski i utrzymuje się na stałym poziomie od wielu lat. Według krajowych badań sondażowych używanie obu substancji wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) w ciągu ostatniego roku szacuje się na mniej niż 1% w odniesieniu do obu substancji w 2017 r. lub w ostatnim roku, dla którego dostępne są dane z sondażu, z wyjątkiem grzybów halucynogennych w Finlandii (1,9%) i Holandii (1,6%) oraz LSD w Norwegii (1,1%) i Finlandii (1,3%).

## Nowe substancje psychoaktywne: niski poziom rozpowszechnienia i spadające zapotrzebowanie na leczenie

Od 2011 r. ponad połowa państw europejskich zgłaszała dane szacunkowe dotyczące używania nowych substancji psychoaktywnych (bez uwzględnienia ketaminy i GHB) w badaniach ankietowych populacji ogólnej, chociaż różnice w zastosowanych metodach i pytaniach zawartych w ankietach ograniczają możliwość dokonywania porównań między państwami. W grupie młodych osób dorosłych (15–34 lata) wskaźnik używania narkotyku w ciągu ostatniego roku dla tych substancji wynosił od 0,1% w Norwegii do 3,2% w świetle ostatnich danych z Holandii z 2016 r., a najczęściej zażywaną substancją była 4-fluoroamfetamina (4FA). Dostępne są dane

sondażowe z Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) dotyczące używania mefedronu. W najnowszym badaniu (2017 r.) użycie tego narkotyku w ciągu ostatniego roku wśród młodych ludzi w wieku od 16 do 34 lat szacowano na 0,2%; stanowiło to spadek względem poziomu 1,1% w sezonie 2014/2015. W najnowszych badaniach wskaźnik użycia syntetycznych kannabinoidów w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku od 15 do 34 lat wahał się od 0,1% w Holandii do 1,5% na Łotwie.

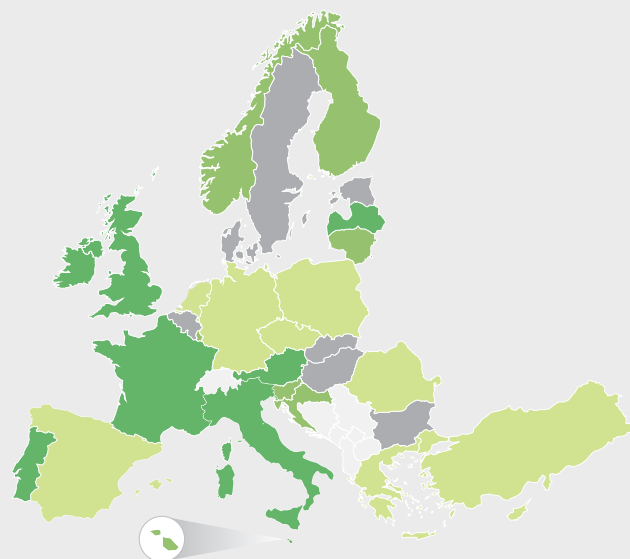
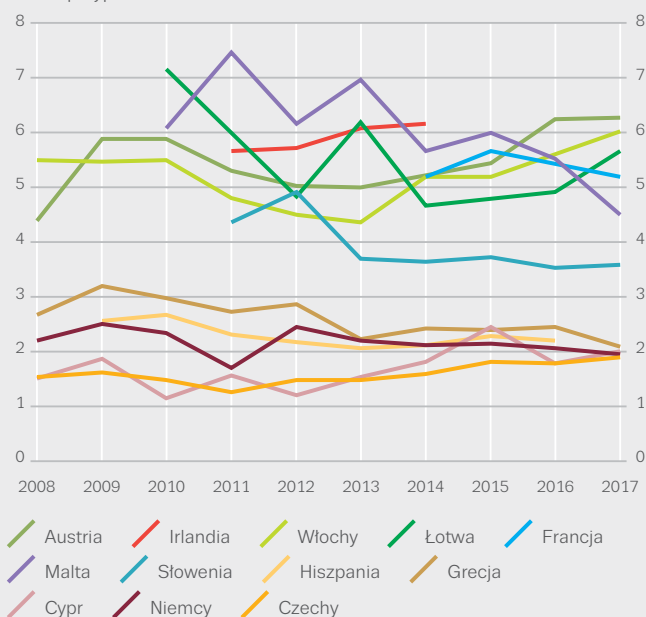
Choć ogólny poziom użycia nowych substancji psychoaktywnych jest w Europie niski, w badaniu EMCDDA z 2016 r. ponad dwie trzecie krajów zgłosiło, że używanie ich przez użytkowników wysokiego ryzyka spowodowało obawy zdrowotne. Używanie syntetycznych katynonów przez osoby przyjmujące opioidy i substancje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

W ogólnym ujęciu, niewiele osób w Europie podejmuje obecnie leczenie ze względu na problemy związane z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. W niektórych państwach substancje te mają jednak duże znaczenie. Najnowsze dane wskazują, że używanie syntetycznych kannabinoidów zgłaszano jako główną przyczynę podjęcia specjalistycznego leczenia uzależnienia w przypadku 19% pacjentów w Turcji oraz 6% na Węgrzech. Problemy związane z używaniem syntetycznych katynonów jako narkotyku podstawowego zgłosiło 0,2% osób rozpoczynających leczenie uzależnienia w Wielkiej Brytanii. We wszystkich trzech państwach odnotowano jednak w ostatnim czasie spadek liczby osób rozpoczynających leczenie w związku z nowymi substancjami psychoaktywnymi wynikający z najnowszych danych.

## WYKRES 2.12

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

Liczba przypadków na 1 000 osób



Liczba przypadków na 1 000 osób

0–2,5 2,51–5,0 &gt;5,0 Brak danych

### Wysokie ryzykowne używanie opioidów: spadek liczby osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w związku z heroiną w większości państw

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

Pierwsza z nich dotknęła wielu krajów Europy Zachodniej w połowie lat 70. XX w., a druga — szczególnie państw położonych w Europie Środkowo-Wschodniej od połowy lat 90. W ostatnich latach stwierdzono istnienie starzejącej się grupy osób używających opioidów w sposób wysoce ryzykowny, które prawdopodobnie regularnie lub sporadycznie korzystały z usług związanych z leczeniem substytucyjnym.

Szacuje się, że rozpowszechnienie wysoce ryzykownego używania opioidów przez osoby dorosłe (w wieku 15–64 lata) wynosi około 0,4% populacji UE, co odpowiada 1,3 mln osób wysoce ryzykownie używających opioidów w 2017 r. Oszacowania dotyczące rozpowszechnienia wysoce ryzykownego używania opioidów na poziomie krajowym wahają się od mniej niż jednego do więcej niż ośmiu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15. do 64. roku życia. Trzy czwarte (77%) szacunkowej liczby osób wysoce ryzykownie przyjmujących opioidy mieszka w pięciu najbardziej zaludnionych krajach Unii Europejskiej, z liczbą ludności stanowiącą 62% całej

populacji UE, tj. w Niemczech, Hiszpanii, Francji, we Włoszech i w Wielkiej Brytanii. Spośród 12 krajów dysponujących regularnie przekazywanymi danymi szacunkowymi dotyczącymi wysoce ryzykownego używania opioidów w okresie pomiędzy 2008 a 2017 r., Grecja, Malta, Słowenia i Hiszpania wykazują statystycznie istotny spadek, natomiast Czechy i Irlandia (do 2014 r.) zgłaszają statystycznie istotny wzrost (wykres 2.12).

W 2017 r. 171 000 pacjentów, czyli 35% wszystkich osób rozpoczynających leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie, podało używanie opioidów jako główną przyczynę podjęcia specjalistycznego leczenia uzależnienia. 32 000 spośród nich to osoby zgłaszające się na leczenie po raz pierwszy. Osoby, dla których heroina jest narkotykiem podstawowym, stanowiły 78% (20 500) pacjentów rozpoczynających leczenie uzależnienia po raz pierwszy, co stanowi spadek o 4 700 pacjentów, czyli 17%, względem poprzedniego roku.

Jak wynika z dostępnych danych dotyczących tendencji, liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w związku z używaniem heroiny zmniejszyła się o ponad połowę w porównaniu z wartościami szczytowymi osiągniętymi w 2007 r. i osiągnęła niską wartość w 2013 r., po czym ustabilizowała się w ostatnich latach. Między 2016 a 2017 rokiem liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, dla których heroina była narkotykiem podstawowym, spadła w 16 z 27 państw, dla których dostępne były stosowne dane.

### Opioidy syntetyczne: różnorodne substancje występujące na terenie Europy

Najczęściej stosowanym niedozwolonym opioidem wciąż pozostaje heroina, ale szereg źródeł wskazuje na coraz

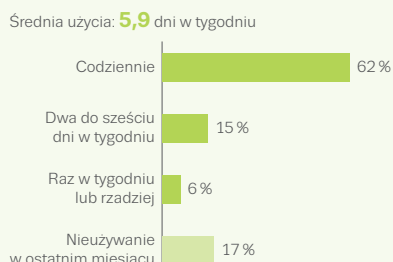
powszechniejsze nadużywanie legalnych opioidów syntetycznych (np. metadonu, buprenorfiny czy fentanylu). Opioidy inne niż heroina przyjmowane przez osoby podejmujące leczenie to m.in. metadon, buprenorfina, fentanyl, kodeina, morfina, tramadol oraz oksykodon. Tego rodzaju opioidy wskazuje obecnie 22% wszystkich pacjentów, dla których opioidy są narkotykiem podstawowym, a w niektórych państwach opioidy inne niż heroina stanowią najpowszechniejszą postać opioidów używanych przez osoby rozpoczynające leczenie specjalistyczne. Dziewiętnaście państw europejskich zgłosiło w 2017 r., że ponad 10% osób podejmujących leczenie specjalistyczne z uwagi na uzależnienie od opioidów deklarowało problemy związane głównie z opioidami innymi niż heroina (wykres 2.13). W Estonii na przykład większość osób podejmujących leczenie i podających jako główny narkotyk któryś z opioidów przyjmowała fentanyl, podczas gdy w Finlandii najczęściej nadużywanym opioidem podstawowym jest buprenorfina. Nadużywanie buprenorfiny zgłaszane jest przez ok. 22% pacjentów leczących się z uzależnienia od opioidów w Czechach, natomiast nadużywanie metadonu — przez 33% pacjentów leczących się z uzależnienia od opioidów w Niemczech i 19% w Danii. Na Cyprze i w Polsce, od 20 do 50% pacjentów uzależnionych od opioidów podejmuje leczenie w związku z problemami wynikającymi z używania innych opioidów, np. oksykodonu (Cypr) lub „kompotu”, czyli heroiny wytwarzanej ze słomy makowej (Polska). Co

## UŻYTKOWNICY HEROINY ROZPOCZYNAJĄCY LECZENIE

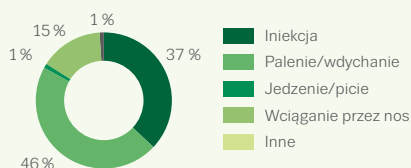
### Charakterystyka



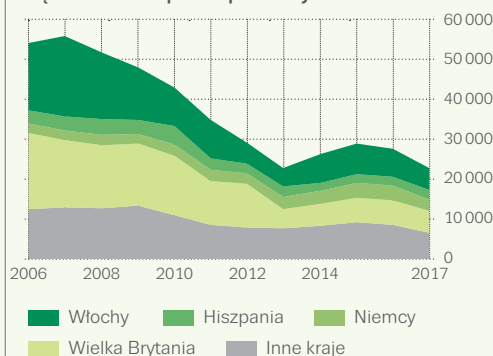
### Częstotliwość używania w ciągu ostatniego miesiąca



### Droga podania



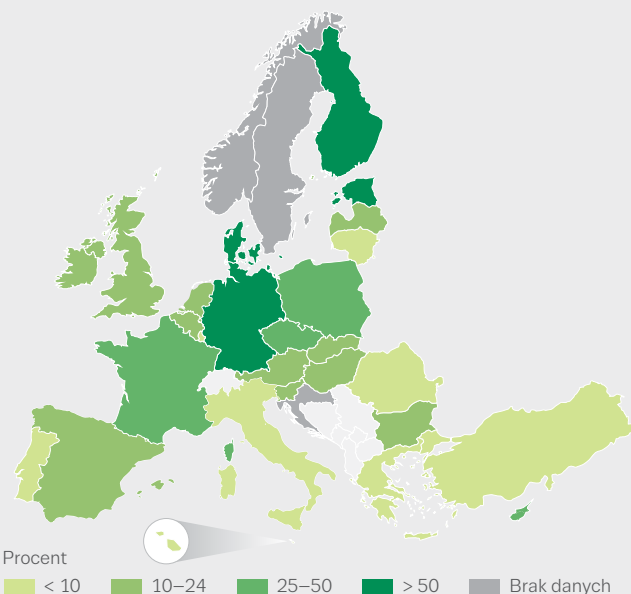
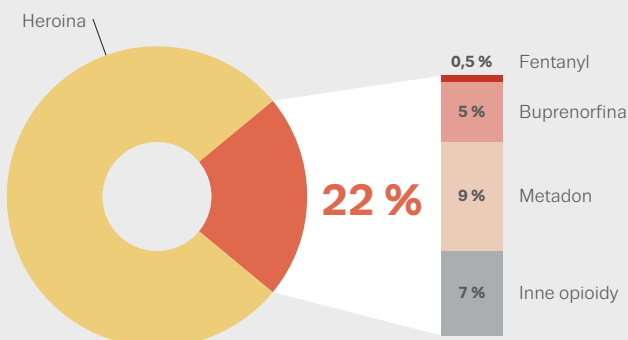
### Trendy w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy



Uwaga: Dane, z wyjątkiem trendów, dotyczą wszystkich osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem jest heroina. Dane przekazane przez Niemcy dotyczą osób rozpoczynających leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem są „opioidy”. Tendencje w zakresie liczby osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy przedstawiono na podstawie danych z 24 krajów. W wykresie dotyczącym trendów zamieszczono jedynie kraje dysponujące danymi za co najmniej 11 z 12 lat. Brakujące wartości interpolowano z danych dotyczących lat następujących bezpośrednio przed rokiem referencyjnym lub po tym roku. Ze względu na zmiany w przepływie danych na poziomie krajowym dane dotyczące Włoch od roku 2014 nie są porównywalne z wcześniejszymi. Ze względu na zmiany w systemie zgłoszeń wyniki za 2017 r. dla Niemiec są wartościami szacunkowymi podanymi w oparciu o dane z 2016 r.

## WYKRES 2.13

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



więcej, możliwe jest, że osoby rozpoczynające leczenie w związku z problemami wynikającymi z używania nowych substancji psychoaktywnych o działaniu zbliżonym do opioidów są zgłaszane w ogólnej kategorii użytkowników opioidów.

### Wśród nowych pacjentów zażywających heroinę spada liczba osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji

Iniekcyjne przyjmowanie narkotyków kojarzy się głównie z opioidami, choć w niektórych państwach powszechne jest też przyjmowanie drogą iniekcji środków pobudzających, takich jak amfetaminy czy kokaina.

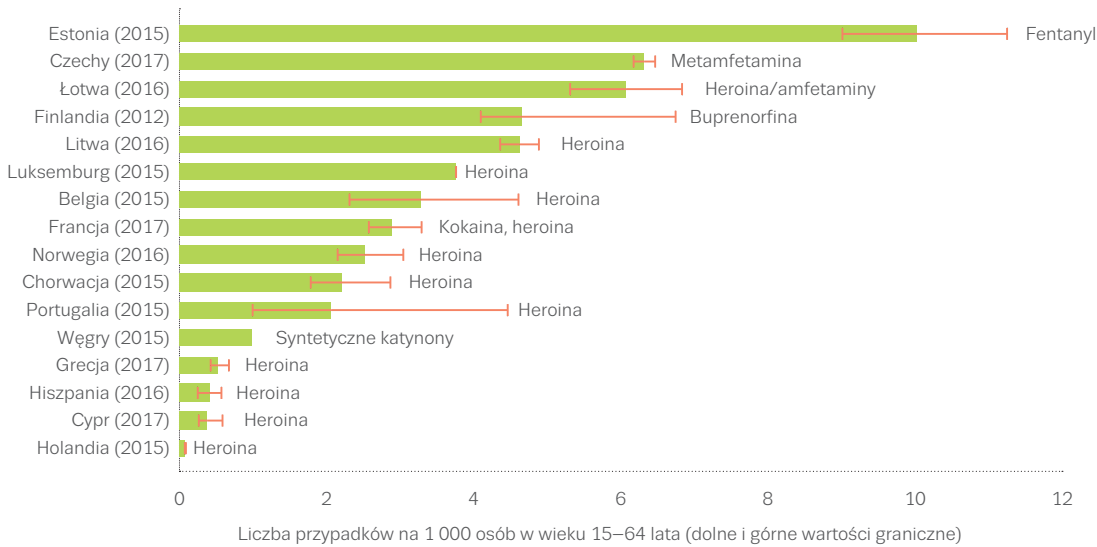
Jedynie 16 państw dysponuje danymi szacunkowymi na temat rozpowszechnienia używania narkotyków drogą iniekcji od roku 2012. Liczba takich użytkowników narkotyków waha się od mniej niż jednego do ponad dziesięciu przypadków na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 lat. W większości tych państw można łatwo zidentyfikować główny narkotyk podawany drogą iniekcji, chociaż w niektórych z państw odnotowano zbliżone wysokie wskaźniki użycia dla dwóch narkotyków. Opioidy zgłaszane są jako główny narkotyk przyjmowany drogą iniekcji w większości (14) krajów (zob. wykres 2.14). W 12 z tych państw wymienia się heroinę, natomiast Finlandia zgłosiła buprenorfinę, a Estonia — fentanyl. Substancje pobudzające zgłoszono jako główny narkotyk podawany drogą iniekcji w 4 państwach, w których wśród używanych

substancji znalazły się syntetyczne katynony (Węgry), kokaina (Francja), amfetamina (Łotwa) i metamfetamina (Czechy).

**Iniekcyjne przyjmowanie narkotyków kojarzy się głównie z opioidami**

## WYKRES 2.14

Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji: najnowsze dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia iniekcji dowolnego narkotyku w ciągu ostatniego roku oraz głównego narkotyku przyjmowanego drogą iniekcji



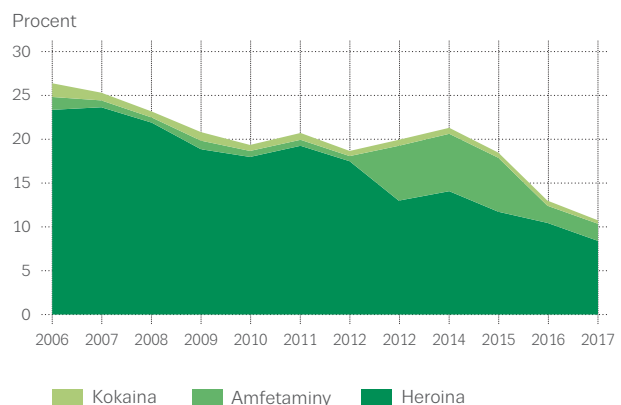
Spśród pacjentów podejmujących specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w 2017 r., wskazujących heroinę jako swój narkotyk podstawowy, 25% zgłosiło wstrzykiwanie jako główną drogę podania, co stanowi spadek w porównaniu z 43% w 2006 r. W omawianej grupie odsetek osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji różni się w zależności od kraju i wynosi od 8% w Hiszpanii do 90% lub więcej na Łotwie. Wstrzykiwanie deklarowane jest jako główna droga podania przez mniej niż 1% osób po raz pierwszy podejmujących leczenie z uwagi na uzależnienie od kokainy, a także przez 9% osób po raz pierwszy podejmujących leczenie w związku z uzależnieniem od amfetamin jako narkotyku podstawowego. Na ogólną sytuację związaną z amfetaminami mają jednak wpływ Czechy, w których zamieszkuje ponad 50% wszystkich podejmujących leczenie osób przyjmujących amfetaminy w drodze iniekcji w Europie. Uwzględniając trzy główne wstrzykiwane narkotyki łącznie, wśród pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie w Europie udział iniekcji jako głównej drogi podania spadł z 26% w 2006 r. do 11% w 2017 r. (wykres 2.15).

W pewnych populacjach (choć nie jest to zjawisko powszechne) nadal zgłaszane jest wstrzykiwanie syntetycznych katynonów — deklarują to osoby wstrzykujące opioidy, a w niektórych krajach także pacjenci placówek leczenia uzależnienia od narkotyków; na Węgrzech dotyczy to pacjentów uczestniczących w programach wymiany igieł. W ostatnim badaniu EMCDDA 10 państw zgłosiło przyjmowanie katynonów syntetycznych drogą iniekcji, często w połączeniu z innymi stymulantami i GHB. Na ogół dochodzi do tego

w kontekście spotkań organizowanych w celach seksualnych z udziałem mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami.

## WYKRES 2.15

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

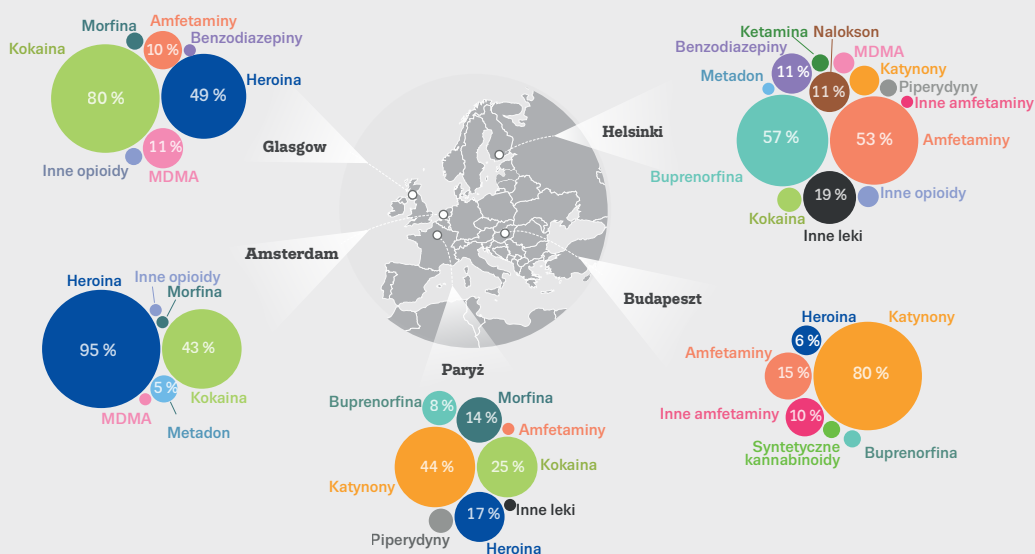


Uwaga: Dane dotyczące trendów opracowano dla 21 krajów dysponujących danymi za co najmniej 9 z 11 lat.



## WYKRES 2.16

Pozostałości narkotyku w zużytych strzykawkach w wybranych miastach europejskich



Uwaga: Okrąg jest proporcjonalny do odsetka strzykawk w każdej lokalizacji, w której wykryto substancję. W jednej strzykawce można wykryć więcej niż jedną substancję. Badanie przeprowadzono w 2017 r.

Źródło: Sieć ESCAPE (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise)

### Obraz wynikający z danych pozyskanych na podstawie pozostałości ze strzykawk: powszechnie wykrywane są stymulanty

Dane szacunkowe dotyczące leczenia uzależnienia oraz wysoce ryzykownego używania narkotyków można uzupełniać ustaleniami dokonanymi przez sieć ESCAPE, która zbiera informacje o substancjach przyjmowanych drogą iniekcji poprzez analizę pozostałości ze zużytych strzykawk. Strzykawki pozyskiwano w 2017 r. z koszy przy ulicznych automatach z zestawami do iniekcji oraz ośrodkach odpowiedzialnych za redukcję szkód w ramach sieci pięciu miast wskaźnikowych UE: Amsterdamu, Budapesztu, Glasgow, Helsinek i Paryża. Zawartość 1 288 zużytych strzykawk przebadano w pięciu laboratoriach.

Wyniki te sugerują, że substancje przyjmowane drogą iniekcji różnią się w obrębie miast i między nimi (wykres 2.16). Duży odsetek strzykawk we wszystkich pięciu miastach zawierał substancje pobudzające, a do najczęściej rozpoznawanych należały: kokaina, amfetaminy i katynony syntetyczne. Połowa zbadanych strzykawk zawierała co najmniej dwa narkotyki, a najczęściej była to mieszanka substancji pobudzającej i opioidu. Jeżeli stwierdzano obecność benzodiazepin, często w strzykawce znajdowały się opioidy.

**W ponad połowie zbadanych strzykawk stwierdzano obecność co najmniej dwóch narkotyków**

## WIĘCEJ INFORMACJI

### Publikacje EMCDDA

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

#### 2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

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

#### 2017

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

#### 2016

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

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

#### 2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2013

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

### Wspólne publikacje EMCDDA i ESPAD

#### 2016

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

Wszystkie publikacje są dostępne na stronie:  
[www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)





# 3

**Z przyjmowaniem narkotyków**

**wiążą się przewlekłe i ostre problemy zdrowotne**

# Problemy związane z używaniem narkotyków oraz reakcje na zjawisko

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

## Monitorowanie problemów związanych z używaniem narkotyków oraz reakcji na nie

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

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

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

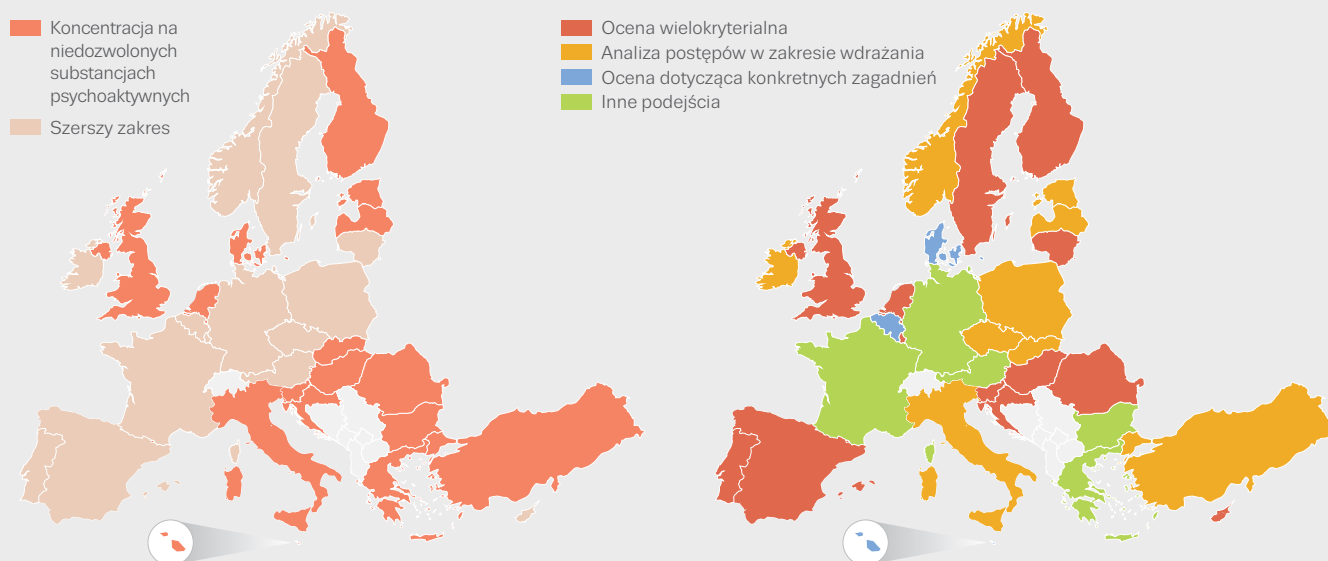
### Strategie narkotykowe: metody oceny

Blisko połowa z 30 państw monitorowanych przez EMCDDA dysponuje obecnie krajowymi strategiami związanymi z narkotykami, które obejmują szereg różnych

problemy dotyczących substancji, uzależnienia oraz niedozwolonych środków odurzających. Owe narzędzia planowania są wykorzystywane przez rządy do wypracowywania ogólnych podejść i konkretnych reakcji na rozmaite wymiary problemów narkotykowych — zdrowotne, społeczne i związane z bezpieczeństwem. Na duńską strategię narkotykową składa się na przykład szereg dokumentów strategicznych, ustaw i konkretnych działań, podczas gdy we wszystkich pozostałych krajach przyjęto narodowe strategie narkotykowe w formie osobnego dokumentu. W 14 krajach przyjęte polityki mają szerszy zakres i koncentrują się także na innych substancjach i zachowaniach uzależniających (zob. wykres 3.1). W Wielkiej Brytanii organy administracyjne Szkocji, Walii i Irlandii Północnej przyjęły strategie o szerokim zakresie tematycznym. Jeżeli weźmiemy pod uwagę te trzy dokumenty, całkowita liczba szeroko zakrojonych strategii narkotykowych wzrasta do 17. Dokumenty te dotyczą ogólnie narkotyków, a inne substancje i uzależnienia są w nich uwzględnione w różnym stopniu. We wszystkich dokumentach uwzględniono alkohol, w 10 – tytoń, w 9 – leki, a w 8 – także uzależniające zachowania (np. hazard). Bez względu na zakres, we wszystkich krajowych strategiach narkotykowych wprost popiera się zrównoważone podejście do polityk narkotykowych zapisane w strategii przyjętej na poziomie UE (2013–20),

## WYKRES 3.1

Punkt ciężkości krajowych dokumentów strategicznych dotyczących narkotyków (po lewej stronie) i metod oceny (po prawej stronie) w 2018 r.



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

a także w planie działania (2017–20). Kładzie się w nich jednakowy nacisk na ograniczenie zarówno popytu na narkotyki, jak i ich podaży. Ten rozszerzony zakres strategii narkotykowych oferuje możliwość wypracowania bardziej zintegrowanego podejścia do zdrowia publicznego, choć jednocześnie przynosi wyzwania przy koordynowaniu wdrażania, monitorowania i oceny.

Wszystkie kraje europejskie dokonują oceny swoich krajowych strategii narkotykowych, choć robią to za pośrednictwem wielu różnych podejść. Jej głównym celem jest ocena poziomu wdrożenia strategii oraz zmian w ogólnej sytuacji w obszarze narkotyków. Według przekazanych informacji w 2018 r. przeprowadzono 13 ocen wielokryterialnych, 9 analiz postępów w zakresie wdrażania oraz 3 oceny dotyczące konkretnych zagadnień. Pięć krajów zastosowało inne podejścia, takie jak połączenie ocen wskaźników i projektów badawczych (zob. wykres 3.1). Tendencja do stosowania obejmujących szerszy zakres strategii jest w coraz większym stopniu odzwierciedlana przez stosowanie ocen o szerszym zakresie. W chwili obecnej Francja, Luksemburg, Szwecja i Norwegia opublikowały wyniki ocen strategii obejmujących szerszy zakres.

### Zapobieganie używaniu substancji: podejścia środowiskowe

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

„Model islandzki” profilaktyki, który obejmuje spójne stosowanie szeregu skutecznych zasad profilaktyki na szczeblu populacji, zyskał z ostatnim czasie zainteresowanie na forum międzynarodowym. Podejście to zakłada nadzorowany czas wolny po szkole z powszechnym dostępem do zajęć sportowych i kulturalnych dla młodzieży, a także monitorowanie zachowań przez rodziców i godzinę policyjną dla osób niepełnoletnich. W Europie model islandzki wprowadzono w niektórych gminach w Hiszpanii, Holandii i Rumunii. Konieczna będzie dalsza ocena, by doprecyzować, czy istotny spadek w poziomie używania substancji obserwowany w Islandii na przestrzeni ostatniej dekady, który odzwierciedla spadek używania substancji przez

młodzież w niektórych innych państwach europejskich, ma związek głównie ze stosowaną przez to państwo strategią profilaktyczną i polityką alkoholową, czy też znaczenie mają inne czynniki.

Model islandzki opiera się na podejściu środowiskowym do profilaktyki, w którym promuje się koncepcję, iż możliwa jest zmiana niepożądanego zachowania poprzez zmianę fizycznych, gospodarczych i regulacyjnych aspektów środowiska, które stwarza lub ogranicza możliwość dla wystąpienia danego zachowania. To z kolei może prowadzić do zmniejszenia przyzwolenia, normalności i widoczności takiego zachowania. Środki mogą obejmować regulowanie dostępności i cen substancji, ograniczanie podawanych porcji alkoholu i ograniczanie zagęszczenia punktów sprzedaży.

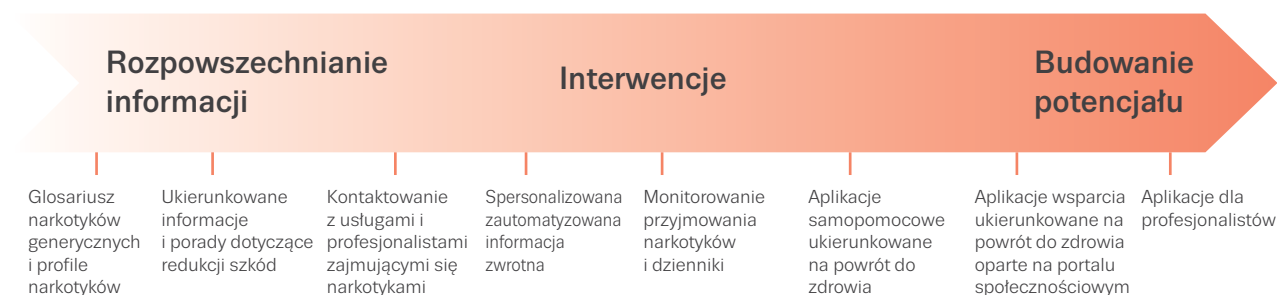
Zasady profilaktyki środowiskowej są również kluczowe dla gry „Dobre zachowanie” — opartego na podręczniku programu dla uczniów szkół podstawowych, który według niektórych badań przynosi pozytywne efekty. Ma on ograniczyć ryzykowne zachowania poprzez wykorzystywanie w tej grupie wiekowej zachęt behawioralnych do wzmocnienia pozytywnych norm i zasad. Na szerszym szczeblu zmiana statusu palenia i ograniczenie palenia papierosów w wielu państwach UE może stanowić przykład stosowania podejścia profilaktyki środowiskowej w praktyce.

Profesjonalne szkolenie zdaje się mieć kluczowe znaczenie dla zakończonego powodzeniem wprowadzenia programów profilaktycznych. Jedną z ostatnich inicjatyw jest uruchomienie Europejskiego Programu Profilaktyki Uniwersalnej, opartego na dowodach i międzynarodowych normach, z myślą o regionalnych i lokalnych decydentach i opiniodawcach. W 2018 r. program ten wdrażano na pewnym szczeblu w jednej trzeciej państw członkowskich UE.

**Wszystkie europejskie państwa dokonują oceny własnych krajowych strategii związanych z narkotykami**

## WYKRES 3.2

Spektrum aplikacji m-zdrowie w oparciu o ich podstawowe cele



### Reagowanie na używanie narkotyków: nowe technologie

Interwencje w ramach profilaktyki narkotykowej i leczenia nieustannie się rozwijają, a coraz popularniejsze jest stosowanie nowatorskich rozwiązań cyfrowych, w tym technologii komputerowych. Interwencje cyfrowe („aplikacje”) mogą wykorzystywać szereg urządzeń — od komputerów stacjonarnych po urządzenia mobilne i w coraz większym stopniu — smartfony. Te mobilne aplikacje czy też aplikacje m-zdrowia wykorzystywane są w różnych celach, w tym w profilaktyki narkotykowej, redukcji szkód, cyfrowym docieraniu do osób przez media społecznościowe, monitorowaniu pacjentów i nadzorowaniu oraz leczeniu (wykres 3.2). Niektóre aplikacje zapewniają pomoc praktyczną, np. glosariusze narkotykowe, informacje i porady. Przykładem innowacji jest wykorzystywanie geolokacji do pomocy osobom przyjmującym narkotyki drogą iniekcji w znalezieniu punktów programu wymiany igieł i strzykawek. Niektóre aplikacje wykorzystują także skuteczne techniki zapobiegania, takie jak podejścia oparte na normach społecznych, a także kwestionowanie błędnych wyobrażeń dotyczących używania narkotyków przez rówieśników. Chociaż wiele aplikacji m-zdrowia jest obecnie dostępnych opinii publicznej, ostatnie badanie EMCDDA wykazało, że niewiele z nich oceniono w oparciu o kryteria naukowe, zabrakło norm jakościowych i istniały obawy co do ochrony danych.

Badana jest również możliwość stosowania technologii rzeczywistości wirtualnej jako środka zapewniania terapii ekspozycyjnej. Dzięki zestawom VR tworzy się realistyczne i wciągające otoczenie związane z narkotykami, które powoduje głód, a pacjenci są szkoleni z technik umożliwiających radzenie sobie w takiej sytuacji.

### Leczenie uzależnienia od narkotyków: dominują usługi ambulatoryjne

Leczenie uzależnienia od narkotyków pozostaje głównym rodzajem interwencji stosowanej wobec osób doświadczających problemów z używaniem narkotyków,

w tym uzależnieniu. Kluczowym celem tworzonych w tym zakresie polityk jest zatem zapewnienie dobrego dostępu do odpowiedniego leczenia.

Leczenie uzależnień w Europie odbywa się w większości w warunkach ambulatoryjnych — wyspecjalizowane ośrodki są największym dostawcą usług pod względem liczby leczonych użytkowników narkotyków (wykres 3.3). Drugim co do wielkości dostawcą usług w tym zakresie są ośrodki niskoprogowe, na następnych miejscach znajdują się ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej i opieki psychiatrycznej. Ostatnia kategoria obejmuje gabinety lekarzy rodzinnych, którzy odgrywają ważną rolę jako osoby odpowiedzialne za leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów w niektórych dużych krajach, takich jak Francja i Niemcy. W innych krajach, takich jak Polska i Słowenia, ważną rolę w świadczeniu leczenia odgrywają ambulatoryjne poradnie zdrowia psychicznego.

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

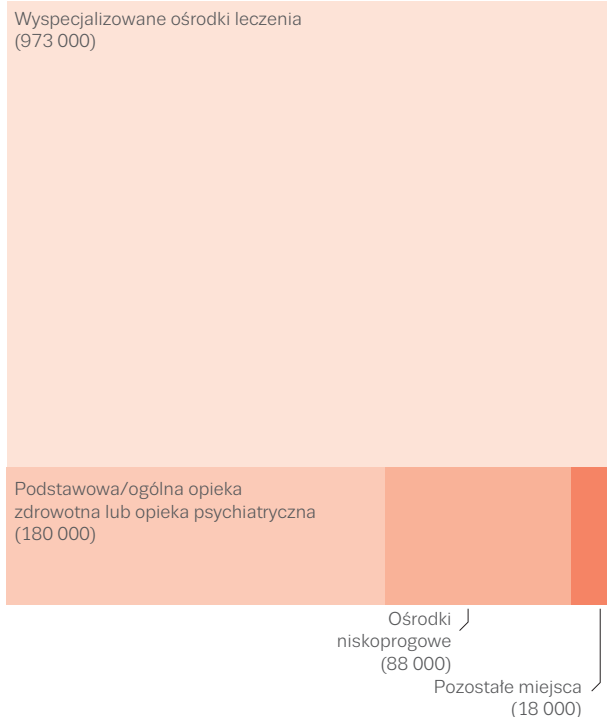
### Ocena leczenia uzależnienia od narkotyków: najczęściej pacjenci na leczenie zgłaszają się sami

Szacuje się, że w Unii Europejskiej w 2017 r. leczeniu uzależnienia od narkotyków poddano 1,2 mln osób (1,5 mln osób, uwzględniając także Norwegię i Turcję). Obejmuje to także zgłaszanie pacjentów do leczenia przez członków rodziny lub przyjaciół. Taki rodzaj zgłoszenia obejmuje również sytuację, gdy na leczenie kierują pacjenta członkowie rodziny lub przyjaciele, a działo się tak w ponad połowie (54%) przypadków osób rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia w Europie w 2017 r. Około 17% pacjentów zostało skierowanych na leczenie przez system wymiaru

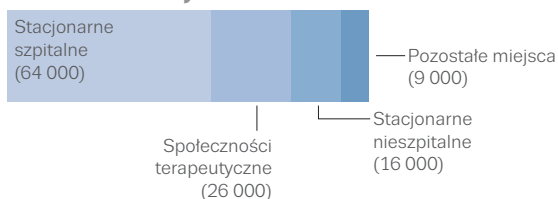
## WYKRES 3.3

Liczba osób leczonych z uzależnienia od narkotyków w Europie w 2017 r. według miejsca leczenia

## Leczenie ambulatoryjne



## Leczenie stacjonarne



## Zakłady karne

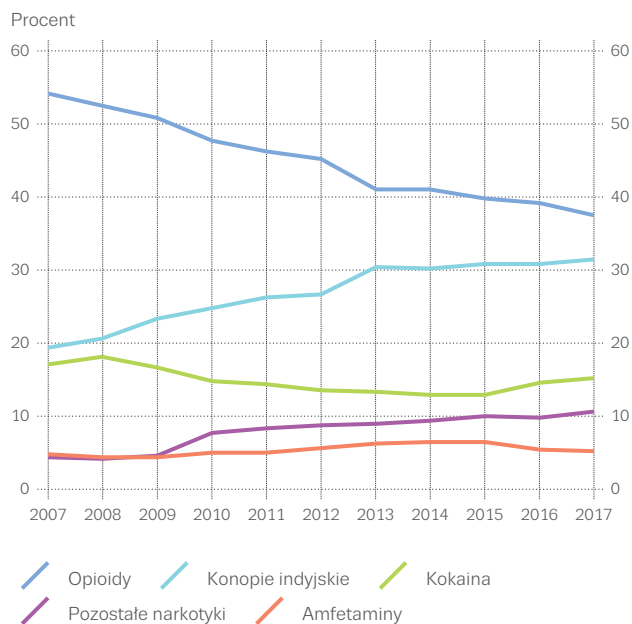


sprawiedliwości w sprawach karnych, natomiast 15% skierowań pochodzi od służb odpowiedzialnych za zdrowie, edukację i usługi społeczne, w tym innych ośrodków leczenia uzależnienia od narkotyków. W niektórych państwach istnieją programy, których celem jest kierowanie osób popełniających przestępstwa związane z narkotykami do programów leczenia uzależnień, a nie do systemu sądownictwa karnego. Mogą one polegać na wydaniu przez sąd nakazu poddania się leczeniu lub zawieszenie wykonania kary pod takim warunkiem.

W 2017 r. w państwach, w których liczba osób skierowanych na leczenie przez system wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych przekraczała 100 osób, udział pacjentów rozpoczynających leczenie w ten sposób wahał się od mniej niż 5% w Czechach, Grecji, Holandii i Polsce do około 70% na Węgrzech. Ogólnie rzecz

## WYKRES 3.4

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

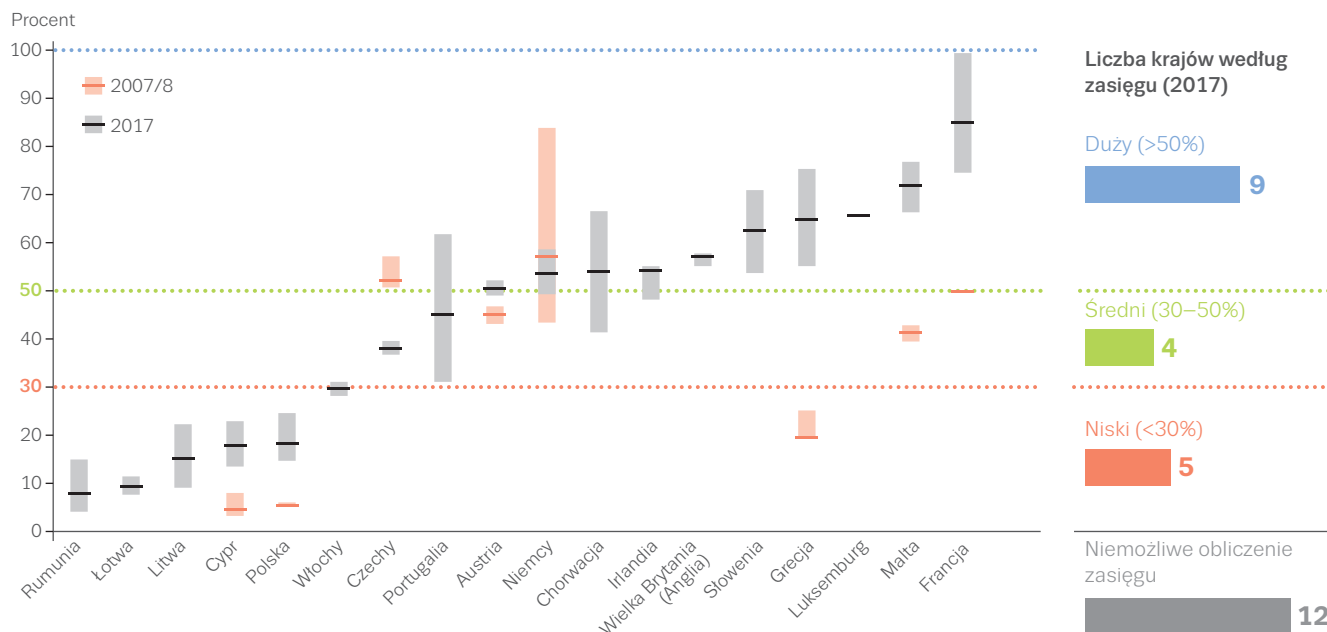


biorąc, osoby, dla których narkotykiem podstawowym są konopie indyjskie, są najczęściej kierowane na leczenie przez wymiar sprawiedliwości w sprawach karnych, natomiast najmniej prawdopodobne takie skierowanie jest w przypadku osób, dla których narkotykiem podstawowym są opioidy,

Leczenie uzależnienia od narkotyków obejmuje często różne placówki, wielokrotne podejmowanie leczenia oraz pobyty różnej długości w placówkach leczniczych. Najliczniejszą grupę rozpoczynającą i podejmującą specjalistyczne leczenie uzależnienia stanowią osoby używające opioidów. Wykorzystują one przy tym największą część dostępnych zasobów, głównie w formie leczenia substytucyjnego. Osoby używające konopi indyjskich i kokainy to druga i trzecia pod względem wielkości grup osób rozpoczynających leczenie (wykres 3.4). Usługi oferowane tym pacjentom są często bardziej zróżnicowane, ale zazwyczaj opierają się na pewnej formie interwencji psychospołecznej. Przebieg całego procesu obrazują wyniki analizy danych na temat specjalistycznego leczenia z 10 krajów europejskich z lat 2014–2017. Z 300 000 pacjentów zgłoszonych jako poddawani leczeniu w tych państwach ponad połowa leczyła się nieprzerwanie od ponad jednego roku, przy czym większość z nich miała problemy związane z używaniem opioidów, w szczególności heroiny. Pozostali rozpoczęli leczenie w danym roku. Spośród nich 16% rozpoczęło leczenie po raz pierwszy w życiu, natomiast 28% rozpoczęło leczenie ponownie po leczeniu w roku wcześniejszym. Dane te odzwierciedlają ponawiający się i długoterminowy charakter wielu zaburzeń związanych z narkotykami.

## WYKRES 3.5

Zasięg leczenia substytucyjnego uzależnienia od opioidów (szacunkowy odsetek osób wysoce ryzykownie używających opioidów objętych leczeniem) w 2017 r. lub w ostatnim roku, za który dostępne są dane, a także w 2007/2008



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

### Leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów: różne poziomy zasięgu

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

Szacuje się, że w 2017 r. w UE leczeniem substytucyjnym objęto 654 000 osób używających opioidów (662 000, uwzględniając Norwegię). Po ciągłym spadku w latach 2010–2015, unijna wartość łączna z 2017 r. odzwierciedla wzrost o 4% względem poprzedniego roku. Między 2015 a 2017 r. wzrosty zaobserwowano w 17 państwach, w tym Szwecji (21%), Rumunii (21%) i Włoszech (16%), natomiast ostatnie spadki zgłoszono dla 9 państw zgłaszających, w tym Litwy (18%) i Cypru (17%).

Porównanie z aktualnymi szacunkami dotyczącymi liczby osób używających opioidów w sposób wysoce ryzykowny w Europie wskazuje, że mniej więcej połowa poddawana jest leczeniu substytucyjnemu, choć pomiędzy poszczególnymi krajami występują różnice w zasięgu (wykres 3.4), a w niektórych przypadkach poziomy są

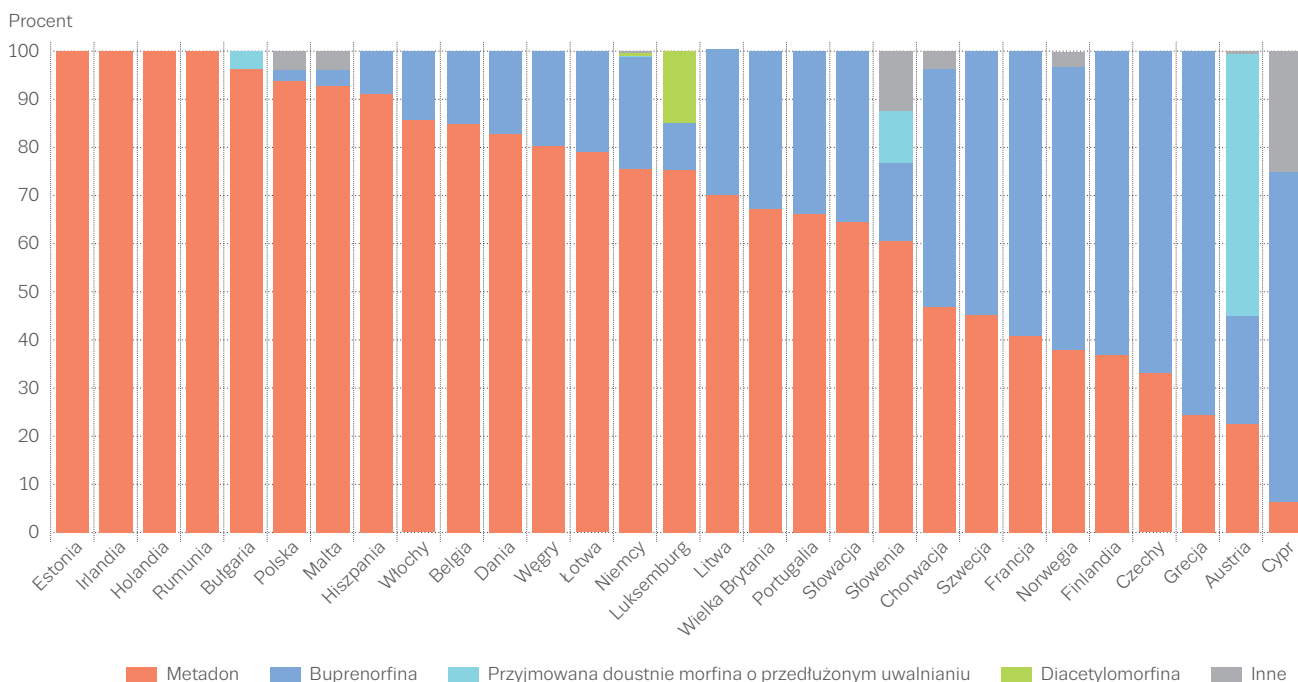
niższe niż zalecane. Ogólnie rzecz biorąc, mając na uwadze państwa, dla których dostępne są w celach porównawczych dane z 2007 lub 2008 r., doszło do ogólnego wzrostu zasięgu.

Metadon jest najczęściej przepisywanym substytutem opioidów, który otrzymuje ponad dwie trzecie (63%) pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym. Kolejne 34% pacjentów leczy się lekami na bazie buprenorfiny, która jest głównym lekiem stosowanym w leczeniu substytucyjnym w ośmiu krajach (wykres 3.6). Inne substancje, takie jak morfina o powolnym uwalnianiu lub diacetylmorfina (heroina), są przepisywane jedynie okazjonalnie i otrzymuje je około 3% osób objętych leczeniem substytucyjnym w Europie. Grupa pacjentów leczenia substytucyjnego w Europie starzeje się; większość pacjentów ma teraz ponad 40 lat i na ogół otrzymuje leczenie przez ponad 2 lata. Alternatywne możliwości leczenia osób używających opioidów są dostępne we wszystkich krajach europejskich, ale są mniej popularne. W 11 krajach, które dysponują wystarczającymi danymi, dostępność innych form leczenia niż leczenie substytucyjne obejmuje zasadniczo od 2% do 17% wszystkich osób używających opioidów.



## WYKRES 3.6

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



Uwaga: W Holandii ok. 10% pacjentów przyjmujących metadon ma przepisywaną również diacetylmorfina. W Finlandii buprenorfina zawiera tylko tę substancję lub jej połączona z naloksonem. Dane z Wielkiej Brytanii dotyczą jedynie Walii.

## PACJENCI OBJĘCI LECZENIEM SUBSTYTUCYJNYM UZALEŻNIENIA OD OPIOIDÓW

## Populacja

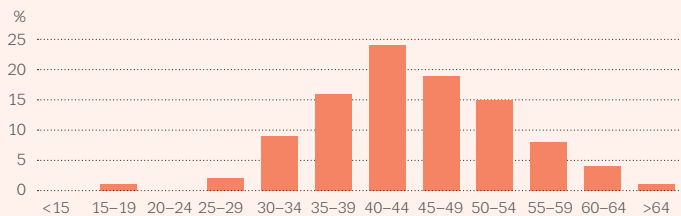
654 000 UE

662 000 UE + Norwegia

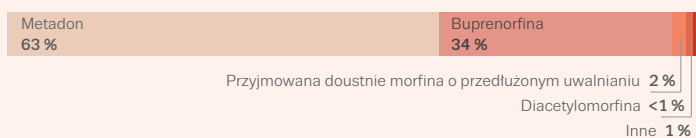
25% 75%



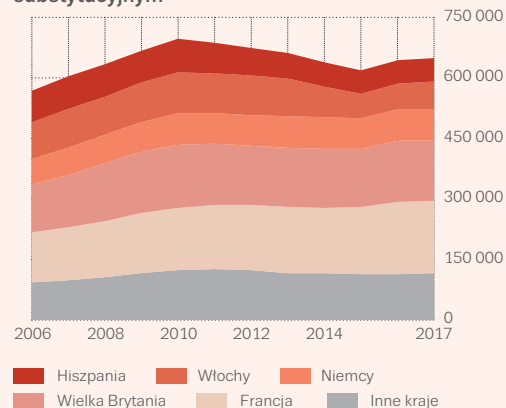
## Podział wg grup wiekowych



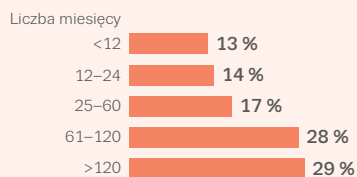
## Rodzaj leku



## Trendy dotyczące liczby pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym



## Czas trwania leczenia



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

## WYKRES 3.7

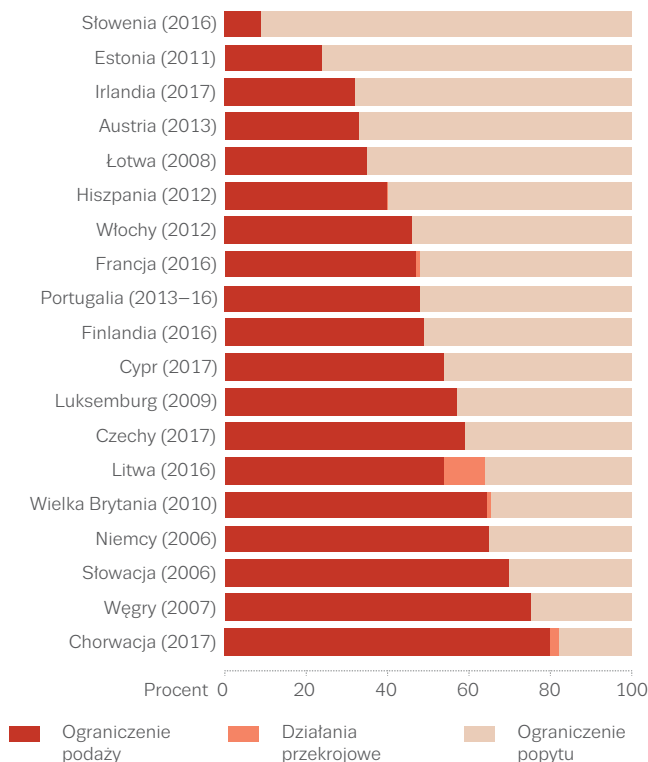
**Reagowanie na problemy związane z narkotykami: wydatki i mechanizmy wdrażania**

Ważnym aspektem oceny czynności podejmowanych w tej dziedzinie jest świadomość kosztów ponoszonych w związku z działaniami antynarkotykowymi. Informacje dostępne na temat związanych z narkotykami wydatków publicznych w Europie pozostają jednak skromne i niejednorodne zarówno na poziomie lokalnym, jak i krajowym. W ciągu ostatniej dekady 26 państw opracowywało szacunkowe wydatki publiczne związane z narkotykami. Oszacowania te wahają się od 0,01% do 0,5% produktu krajowego brutto (PKB), a około połowa z oszacowań przypada między 0,05% a 0,2% PKB.

Między 2006 r. a 2017 r. 19 państw opracowywało szacunkowe wydatki związane z inicjatywami na rzecz ograniczenia popytu ujętymi jako udział w wydatkach publicznych związanych z narkotykami ogółem. Różniły się one znacznie w zależności od państwa, sięgając od 8% do 80% (wykres 3.7). W państwach, dla których dostępne są dane, dużą część wydatków na ograniczenie popytu stanowiły wydatki na leczenie uzależnienia.

Udane programy wdrożeniowe wymagały między innymi skoncentrowania na kosztach, standardach i szkoleniu. Analiza efektywności kosztowej interwencji w ramach leczenia uzależnienia od narkotyków może pomóc w optymalizacji przydziału zasobów finansowych. Pomimo kosztów leczenia ambulatoryjnego i recept związanych z farmakoterapią w leczeniu uzależnienia od opioidów, działania takie powodują obniżenie ogólnych kosztów zdrowotnych. Wynika to z faktu, iż osoby korzystające z leczenia rzadziej korzystają z usług wiążących się z wysokimi kosztami, takimi jak usługi oddziałów ratunkowych czy opieka szpitalna.

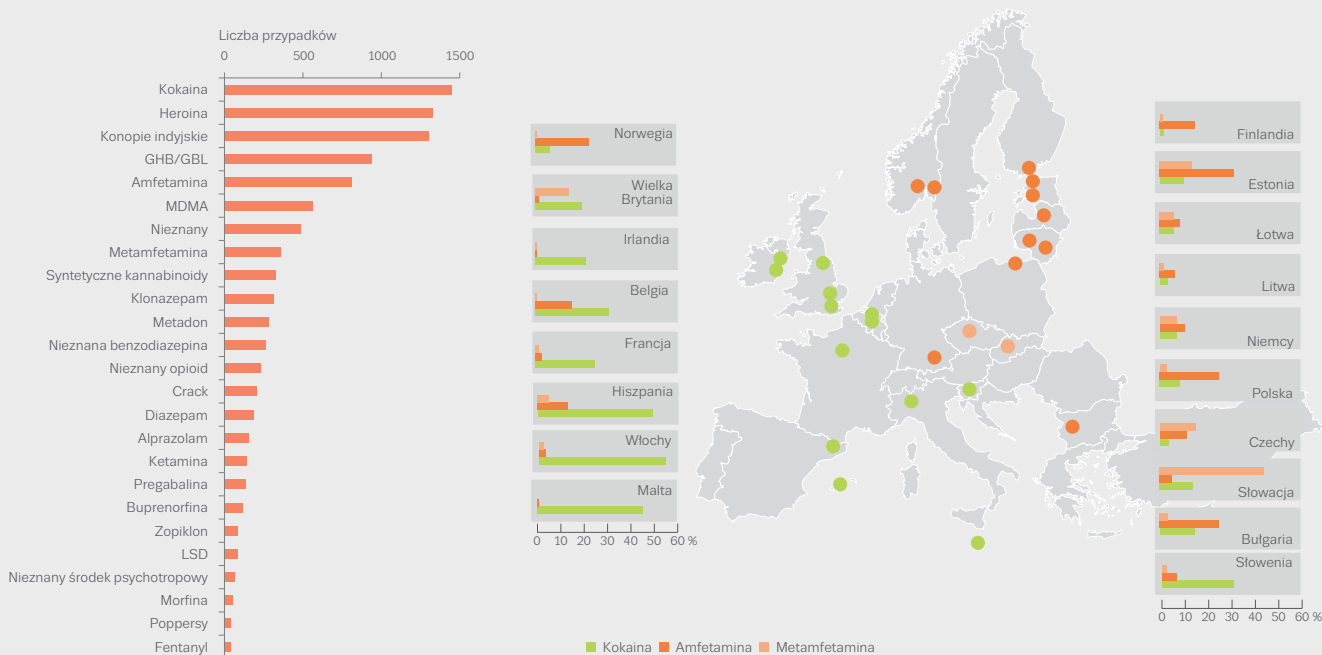
Z ostatniego badania EMCDDA wynika, że co najmniej 80% państw zgłaszających opublikowało pewnego rodzaju wytyczne w celu wsparcia wdrażania praktyk na rzecz ograniczenia popytu, a 60% deklaruje wykorzystywanie norm jakościowych. Systemy akredytacji wiążące zezwolenie na świadczenie usług w ramach programów finansowanych ze środków publicznych z wdrażaniem norm jakościowych deklaruje 70% państw. Co więcej, większość państw deklaruje, iż dostępne są szkolenia dla specjalistów (80%). Mniej powszechne są rejestry lub spisy programów opartych na dowodach lub programy najlepszych praktyk, ale istnieją one w jednej czwartej państw. Co pozytywne, względem lat ubiegłych, doszło do istotnego wzrostu odsetka państw, które zgłaszają, że opublikowały wytyczne i normy dotyczące interwencji oraz stworzyły pewnego rodzaju systemy akredytacji świadczenia usług. Ogólnie rzecz biorąc, wydaje się, że

**Wydatki publiczne związane z narkotykami: szacowany podział na ograniczenie popytu i ograniczenie podaży**

możliwości szkolenia dla specjalistów pracujących w dziedzinie narkotyków są coraz większe, choć powszechnie uznaje się, że to obszar, w którym dalsze inwestycje przyniosłyby korzyści.

## WYKRES 3.8

Pierwsze 25 substancji psychoaktywnych odnotowanych przy nagłych przyjęciach w szpitalach wskaźnikowych w 2017 r. (lewa strona) oraz częstotliwość przypadków związanych z kokainą i amfetaminą (odsetek przypadków) według państwa (prawa strona)



Uwaga: Wyniki z 7 267 przypadków obecności w 26 szpitalach (wskaźnikowych) Euro-Den Plus w 18 państwach europejskich.  
Źródło: Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN plus)

### Poważne szkody związane z narkotykami: wzrosty w kokainie, spadki w heroinie

Dane dotyczące zatruc leczonych szpitalnie dają obraz szkód zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków oraz wpływu używania narkotyków na zdrowie publiczne w Europie. Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN) monitoruje ciężkie przypadki toksyczności związane z narkotykami w 26 (wskaźnikowych) szpitalach w 18 krajach europejskich. W 2017 r. szpitale odnotowały 7 267 przypadków osób obsługiwanych, z których większość stanowiły mężczyźni (76%). Nieomal trzy czwarte osób zostały przywiezione do szpitala karetką, a większość z nich (78%) została wypisana w ciągu 12 godzin. Niewielki odsetek pacjentów musiał jednak zostać przyjęty na oddział intensywnej opieki medycznej (6%) lub na oddział psychiatryczny (4%). W ramach przebadanej próby odnotowano 30 zgonów szpitalnych, z których 17 miało związek z opioidami.

Kokaina była narkotykiem najczęściej związanym z przypadkami osób obsługiwanych w 2017 r., a na kolejnych miejscach znalazły się heroina i konopie indyjskie (wykres 3.8). Nieomal jedna czwarta przypadków miała związek z nieprawidłowym zażyciem leków na receptę lub leków dostępnych bez recepty (najczęściej były to benzodiazepiny i opioidy), ponad 10% miało związek z GHB/GBL, a 4% z nowymi substancjami psychoaktywnymi.

Rodzaj substancji związanych z przypadkami osób obsługiwanych różnił się w zależności od placówki, co zdaje się odzwierciedlać zróżnicowanie stref zasięgu szpitali oraz lokalne prawidłowości w zakresie używania narkotyków. Przykładowo stany nagłe w związku z amfetaminą były najpowszechniejsze w północnej i wschodniej części Europy, zaś te związane z kokainą dominowały na południu i na zachodzie Europy.

## WYKRES 3.9

Ogólna tendencja ustalona na podstawie 15 ośrodków, które zgłosiły dane za lata 2014–17, wskazuje na spadek liczby przypadków osób obsługiwanych w związanych z heroiną oraz wzrost liczby przypadków związanych z kokainą w proszku oraz crackiem (wykres 3.9). W tym samym okresie zaobserwowano ogólny spadek liczby przypadków związanych z katynonami syntetycznymi oraz wzrost liczby przypadków związanych z syntetycznymi kannabinoidami.

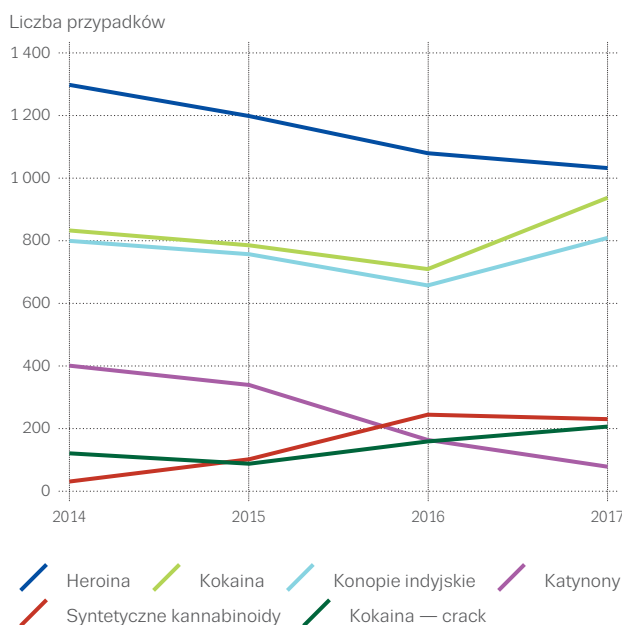
Tylko niewielka liczba krajów monitoruje ciężkie nagłe przypadki związane z używaniem narkotyków na poziomie krajowym. Czechy, Dania, Litwa i Słowenia zgłosiły tendencję spadkową w stanach nagłych w związku z heroiną. W latach 2013–2017 Dania zgłosiła wzrost liczby zatruc opioidami innymi niż heroina i metadon oraz podwojenie liczby zatruc kokainą. W Hiszpanii kokaina miała związek z niemal połową stanów nagłych związanych z narkotykami w 2016 r., natomiast w ramach wskaźnikowych zgłoszeń regionalnych w Holandii w stacjach pierwszej pomocy w okresie 2016–2017 odnotowano wzrost przypadków stanów nagłych w związku z MDMA i stymulantem — 4-fluoroamfetaminą (4-FA). Nieomal jedna trzecia wezwań pogotowia w związku z narkotykami w Holandii dotyczyła użycia GHB.

### Kokaina i crack: reakcje zdrowotne

Osoby używające kokainę i crack mogą skorzystać z możliwości leczenia. W Europie działania te koncentrują się na interwencjach psychospołecznych, w tym terapii poznawczo-behawioralnej, badaniu motywacji, krótkiej interwencji, systemie gratyfikacji i kar oraz objawowym leczeniu farmakologicznym. Inne analizowane obecnie możliwości leczenia obejmują wykorzystanie pobudzających produktów leczniczych, takich jak modafinil i lisdeksamfetamina, w celu ograniczenia głodu i objawów odstawienia, jak również szczepionki kokainowe służące ograniczeniu euforycznych i satysfakcjonujących skutków kokainy.

Obecnie dowody na skuteczne sposoby leczenia problemów związanych z kokainą pozostają stosunkowo ograniczone i jest to obszar, w którym potrzeba więcej działań badawczo-rozwojowych. Podobnie ograniczona jest dostępność specjalistycznych programów ukierunkowanych konkretnie na osoby używające kokainy w Europie. W odpowiedzi na wzrost liczby osób podejmujących leczenie z związku z problemami kokainowymi w niektórych państwach odnotowano jednak rozwój interwencji dostosowanych do indywidualnych potrzeb. Obejmują one programy łączące podejścia oparte na wzmacnianiu społeczności z systemem gratyfikacji i kar

Tendencje w liczbie przypadków obecności w szpitalach wskaźnikowych w związku z wybranymi narkotykami



Uwaga: Dane z 15 szpitali wskaźnikowych Euro-Den Plus w każdym roku od 2014 do 2017 r.  
Źródło: Euro-Den Plus.

(Belgia) oraz dostosowujące godziny pracy do potrzeb pacjentów uzależnionych od kokainy (Luksemburg, Austria).

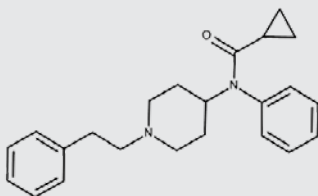
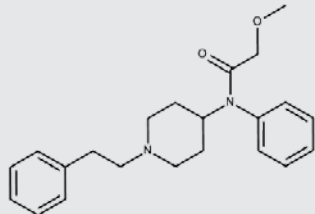
W niektórych państwach dostępne są też interwencje służące redukcji szkód przeznaczone dla osób używających kokainy i cracku, ukierunkowane na zagrożenia zdrowotne związane z przyjmowaniem kokainy drogą iniekcji lub paleniem cracku czy też ryzykowanymi zachowaniami seksualnymi. Obejmują one konsumowanie narkotyków pod nadzorem w specjalnych pomieszczeniach w Danii, Niemczech, Francji, Luksemburgu i Holandii oraz zapewnianie zestawów do cracku (fajek i filtrów we Francji i Portugalii). W niektórych państwach UE istnieją punkty kontroli substancji, które mają służyć ograniczeniu zagrożeń związanych z kokainą o wysokiej czystości lub sfalszowanej.

## Wspólne dochodzenia i ocena ryzyka

W 2017 r. zagrożenia powodowane przez 9 nowych substancji psychoaktywnych, w tym 5 pochodnych fentanylu (akrylofentanylu, furanyl-fentanylu, 4-fluoro-butrylu-fenanylu, tetrahydrofuranilfentanylu oraz karfentanylu) były poddane formalnej ocenie pod kątem zagrożeń przez komitet naukowy EMCDDA. Od tego czasu były one poddane międzynarodowej kontroli na mocy konwencji ONZ z 1961 r.

W następstwie wspólnych dochodzeń EMCDDA i Europolu prowadzonych w 2017 r. w przedmiocie cyklopropylfentanylu i metoksyacetylfentanylu, te dwie pochodne fentanylu, które przyczyniły się do ponad 90 zgonów, objęto formalną oceną ryzyka EMCDDA w 2018 r. (tabela 1). Na podstawie ustaleń z raportów z oceny ryzyka oraz z inicjatywy Komisji Europejskiej Rada UE wraz Parlamentem Europejskim podjęły decyzję o objęciu tych dwóch substancji środkami kontroli na terenie całej Europy.

**Tabela 1. Najważniejsze ustalenia z oceny ryzyka dotyczącej dwóch pochodnych fentanylu przeprowadzonej w 2018 r.**

| Nazwa zwyczajowa  | Fentanylu cyklopropylu   | Fentanylu metoksyacetylu   |
|---|--|--|
| Nazwa chemiczna   | N-fenyl-N-[1-(2-fenyletylo)piperodyn-4-yl]cyklopropanokarboksamid                  | 2-metoksy-N-fenyl-N-[1-(2-fenyletylo)piperodyn-4-yl]acetamid                         |
| Struktura chemiczna   |  |  |
| Formalne zgłoszenie do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania        | 4 sierpnia 2017 r.   | 9 grudnia 2016 r.  |
| Zgłoszenia zgonów związanych z używaniem                                  | 78   | 13   |
| Liczba krajów, w których doszło do powiązanych zgonów                     | 3  | 4  |
| Liczba konfiskat dokonanych przez organy ścigania                         | 144  | 48   |
| Liczba krajów, w których skonfiskowano substancję (UE, Turcja i Norwegia) | 6  | 10   |
| Ogólna skonfiskowana ilość  | 1,76 kg proszku;<br>772 ml płynu;<br>329 tabletek                                  | 180 g proszku;<br>352 ml płynu;<br>119 tabletek                                      |

### Nowe narkotyki: opioidy syntetyczne o dużej sile działania

Nowe substancje psychoaktywne, w tym syntetyczne opioidy, syntetyczne kannabinoidy i syntetyczne katynony, nadal wiążą się w Europie ze zgonami i ostrymi zatruciami — pomimo szeregu nowych działań w tym obszarze nadal stanowią one wyzwanie dla aktualnych modeli polityki narkotykowej.

Mimo że odgrywają one obecnie na europejskim rynku narkotyków mniej ważną rolę, nowe opioidy stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia indywidualnego i publicznego. Na szczególną uwagę zasługują pochodne fentanylu, stanowiące większość nowych opioidów zgłaszanych do EMCDDA. Substancje te mogą wykazywać

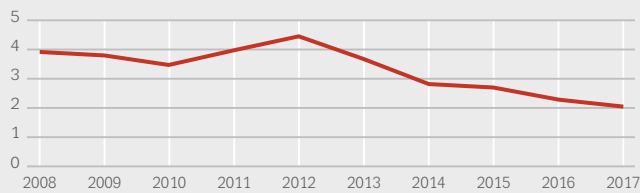
szczególnie dużą siłę działania, a nawet mikroskopijne ich ilości mogą spowodować zagrażające życiu zatrucie w następstwie szybko postępującej, poważnej depresji oddechowej. Zgłaszane przypadki przedawkowania obejmują osoby, które były przekonane, że kupują heroinę, inne niedozwolone środki odurzające lub przeciwbólowe produkty lecznicze. Poza dużym ryzykiem przedawkowania, w sytuacji gdy istnieje prawdopodobieństwo użycia naloksonu, z dużym ryzykiem i prawdopodobieństwem uzależnienia wiąże się zażywanie pochodnych fentanylu.

**Nowe opioidy stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia indywidualnego i publicznego**

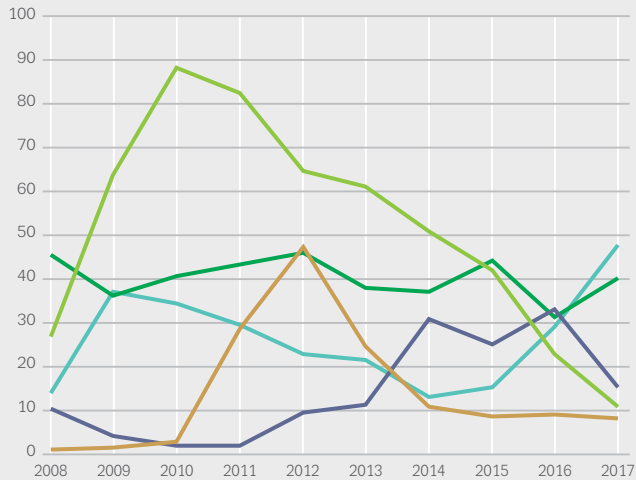
## WYKRES 3.10

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

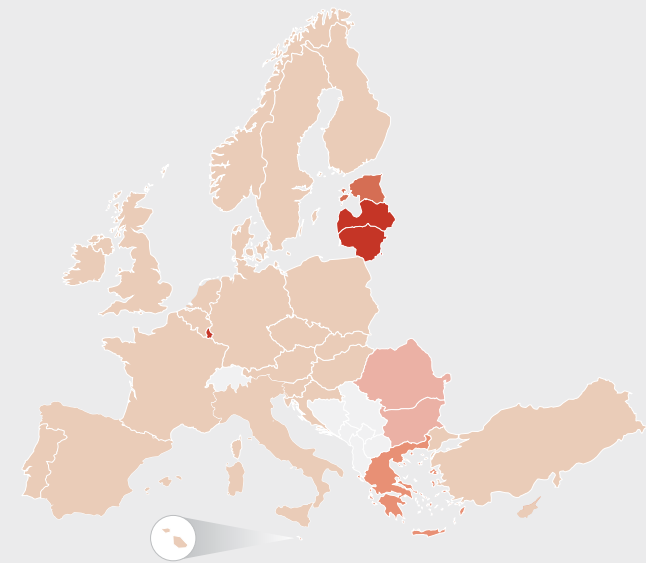
Liczba przypadków na milion osób (Unia Europejska)



Liczba przypadków na milion osób



— Litwa — Łotwa — Luksemburg — Estonia  
— Grecja



Liczba przypadków na milion osób

— <3 — 3,1–6 — 6,1–9 — 9,1–12 — > 12

Źródło: ECDC. Dane za rok 2017.

### Przewlekłe szkody związane z narkotykami: lokalne ogniska HIV, późne rozpoznanie

Podobnie jak aktywność seksualna bez zabezpieczenia, tak i używanie narkotyków, w szczególności drogą iniekcji, może wiązać się z ryzykiem zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV) oraz ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) za sprawą wspólnego korzystania z akcesoriów do używania narkotyków. Występowanie wirusa HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji jest wyższe niż w populacji ogólnej.

W 2017 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 1 046 nowo zdiagnozowanych przypadków HIV przypisywanych przyjmowaniu narkotyków drogą iniekcji, z których 83% dotyczyło mężczyzn, głównie powyżej 35. roku życia, zaś liczba ta stanowiła 5% wszystkich przypadków zdiagnozowania HIV, dla których znana jest droga zakażenia. Odsetek ten pozostaje w ostatniej dekadzie niski i stabilny. W latach 2008–2017 liczba zgłoszeń nowo zdiagnozowanych przypadków HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji spadła w większości europejskich państw (wykres 3.10). W niektórych krajach jednak nadal przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji pozostaje ważnym powodem zakażenia. W 2017 r., jak wynika z danych przedstawionych przez Europejskie

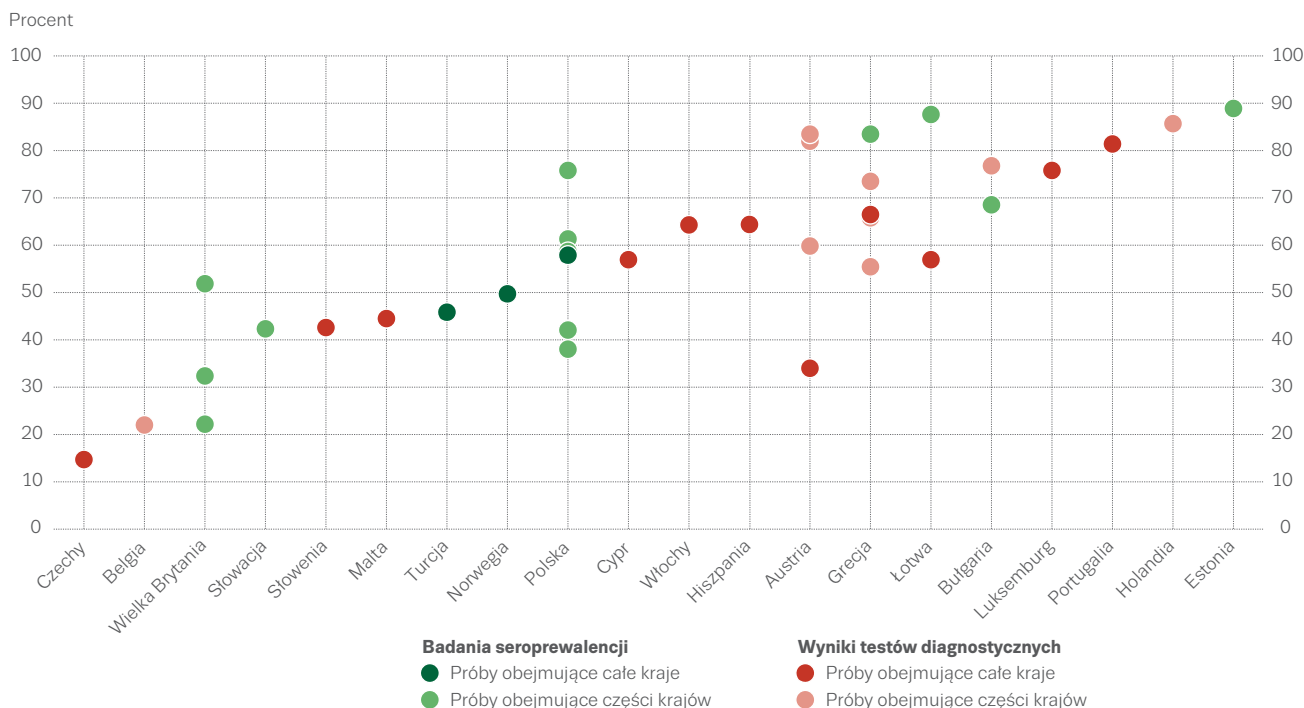
Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji powiązane z 62% nowo zdiagnozowanych przypadków HIV na Litwie i 33% na Łotwie. Badania seroprevalencji, oparte na próbkach krwi, przeprowadzone wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w Estonii, na Łotwie i w Polsce w latach 2016–17 wykazały, że ponad 10% zbadanych osób miało wirusa HIV.

Zlokalizowane ogniska HIV udokumentowano wśród zmarginalizowanej populacji osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w Dublinie (2014–15), Luksemburgu (2014–2016), Monachium (2015–16) i Glasgow (2015–18). Wszystkie cztery ogniska wiązały się z dożylnym przyjmowaniem stymulantów.

Tam, gdzie informacje te były dostępne, połowa nowych przypadków zakażenia HIV mających związek z iniekcyjnym przyjmowaniem substancji w Unii Europejskiej w 2017 r. została rozpoznana zbyt późno, tj. gdy wirus rozpoczął już niszczenie układu odpornościowego. Późne rozpoznanie zakażenia wirusem HIV wiąże się z opóźnionym rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej, a także ze zwiększoną zachorowalnością i umieralnością. Polityka obejmująca badanie i leczenie zakażenia wirusem HIV, w ramach której leczenie antyretrowirusowe rozpoczyna

## WYKRES 3.11

Występowanie przeciwciał HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji: badania seroprewalencji i wyniki testów diagnostycznych o zasięgu krajowym i regionalnym, 2016–2017



się bezpośrednio po rozpoznaniu zakażenia, może prowadzić do ograniczenia transmisji i jest szczególnie ważna w grupach przejawiających zachowania ryzykowne, w tym wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki.

Wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie terapii antyretrowirusowej daje osobom zakażonym szansę na normalną spodziewaną długość życia.

W 2017 r. 14% nowo zgłoszonych przypadków AIDS w Unii Europejskiej, w których droga transmisji była znana, przypisano dożylnemu przyjmowaniu narkotyków. Te 379 zawiadomień o nowych przypadkach związanych z wstrzykiwaniem narkotyków stanowi mniej niż jedną czwartą liczby takich przypadków odnotowanych dziesięć lat temu.

### Występowanie wirusa HCV: różnice krajowe

Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności zakażenie wywołane wirusem typu C (HCV), jest wysoce rozpowszechnione w całej Europie wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Na każde 100 osób zakażone wirusem HCV, u 75-80 rozwinię się zakażenie przewlekłe. Niesie to za sobą poważne długoterminowe konsekwencje, gdyż przewlekłe zakażenie wirusem HCV, często zaostrome wskutek nadużywania alkoholu, odpowiada za coraz większą liczbę zgonów i przypadków ciężkich schorzeń wątroby, w tym marskości wątroby i raka wątroby,

w starzejącej się grupie osób wysoce ryzykownie używających narkotyków.

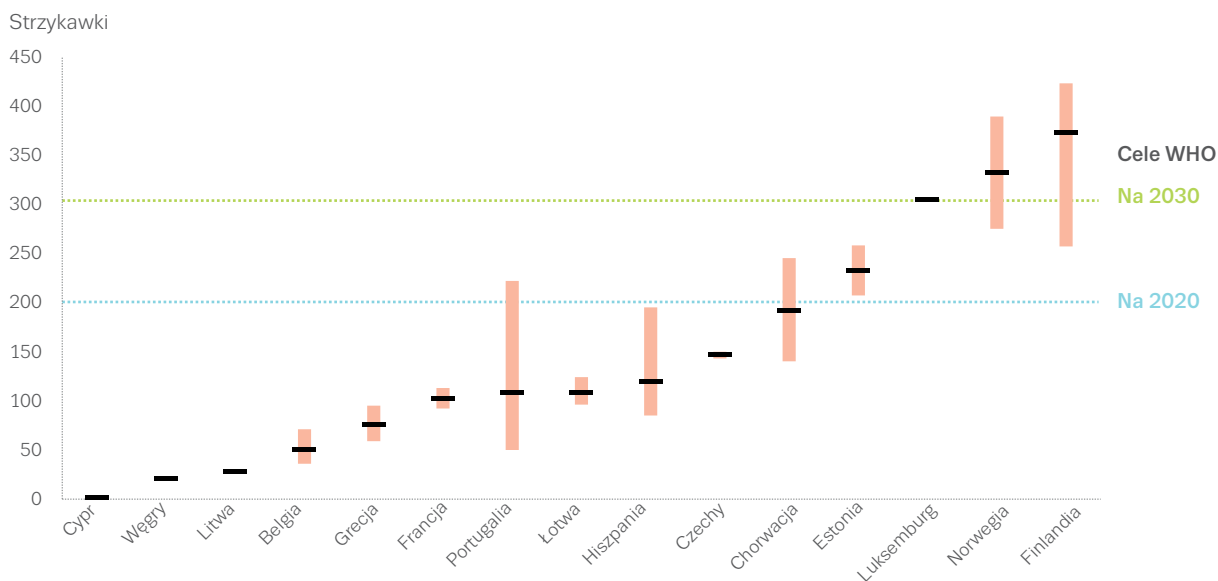
Występowanie przeciwciał HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, wskazujące na trwającą lub przebytą infekcję, szacowanie jest na podstawie badań seroprewalencji lub rutynowych badań diagnostycznych oferowanych w ośrodkach związanych z narkotykami. W latach 2016–17 występowanie przeciwciał HCV w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wahała się od 15% do 82%, a w 8 z 14 państw dane krajowe wskazywały na poziom przekraczający 50% (wykres 3.11). Spośród krajów dysponujących krajowymi danymi dotyczącymi tendencji w latach 2011–2017 jedynie sześć zgłosiło mniejszą liczbę przypadków zakażenia wirusem HCV przez osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji, natomiast trzy zgłosiły wzrost.

Wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wirus WZW B (HBV) jest mniej powszechny niż HCV, ale nadal jego występowanie jest częstsze niż w ogólnej populacji, pomimo iż dostępna jest skuteczna szczepionka. Obecność antygenu powierzchniowego HBV oznacza obecne zakażenie, które może mieć postać ostrą lub przewlekłą. Szacuje się, że w 7 krajach, które dysponują odpowiednimi danymi za okres 2016/17, od 1% do 9% osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji jest obecnie zakażonych wirusem HBV.



## WYKRES 3.12

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



Uwaga: Dane zaprezentowano za pomocą estymacji punktowej i przedziałów ufności. Cele określone w Globalnej strategii sektora zdrowia dotyczącej wirusowego zapalenia wątroby (2016–2021).

Dożylnie przyjmowanie narkotyków jest czynnikiem ryzyka innych chorób zakaźnych, a ogniska występowania WZW typu A związanego z zażywaniem narkotyków zaobserwowano w 2016 r. w Czechach i Niemczech. W Wielkiej Brytanii liczba zgłoszonych przypadków paciorkowców z grupy A powiązanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków wzrosła od 2013 r., a w Europie nadal odnotowywane są przypadki zatrucia jadem kiełbasianym.

### Zapobieganie chorobom zakaźnym: różnice w dostępności skutecznych środków

W celu ograniczenia chorób zakaźnych związanych z narkotykami wśród osób przyjmujących je drogą iniekcji zaleca się szereg środków. Należą do nich zapewnienie substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów, dystrybucja sterylnych strzykawek, igieł i innych akcesoriów do iniekcji, szczepienia, badania i leczenia wirusowego zapalenia wątroby i HIV, jak również interwencje związane z promowaniem zdrowia skoncentrowane na ograniczaniu iniekcji oraz ryzykownych zachowań seksualnych.

W przypadku osób przyjmujących opioidy drogą iniekcji leczenie substytucyjne znacznie zmniejsza ryzyko zakażenia, a niektóre badania wskazują, że skutek ochronny zwiększa się w połączeniu z programami rozdawania igieł i strzykawek. Wykazano, że programy polegające na udostępnianiu igieł i strzykawek skutecznie ograniczają rozprzestrzenianie się wirusa HIV wśród osób używających substancji psychoaktywnych poprzez ich

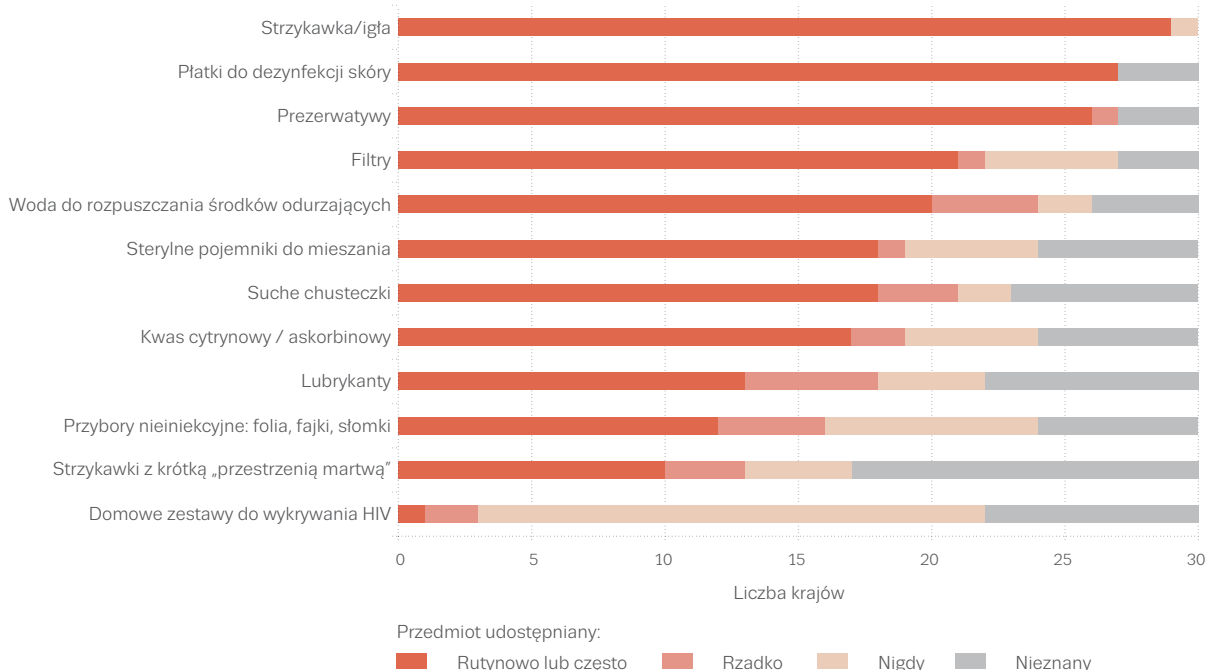
wstrzykiwanie. Wśród 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA wszystkie oprócz Turcji za darmo udostępniają czyste igły i strzykawki w specjalistycznych placówkach. Informacje na temat rozdawania strzykawek w ramach specjalistycznych programów udostępnia 25 państw, które łącznie zgłosiły rozdanie 53 milionów strzykawek w ostatnim roku, za który dostępne są dane (2015/2017). Liczba ta jest znacznie zaniżona, ponieważ kilka dużych państw, takich jak Niemcy, Włochy oraz Wielka Brytania, nie podaje pełnych danych krajowych na temat liczby rozdawanych strzykawek. Co więcej, w niektórych państwach strzykawki można kupować w aptekach. Wygląda jednak na to, że zasięg programów dystrybucji strzykawek w 15 państwach, dla których dostępne są dane umożliwiające dokonanie porównania z ostatnimi danymi szacunkowymi na temat liczby osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, są bardzo zróżnicowane (wykres 3.12).

Poza sterylnymi strzykawkami i igłami, rutynowo lub często służby odpowiedzialne za redukcję szkód w wielu państwach zapewniają też płatki do dezynfekcji skóry, wodę do rozpuszczania narkotyków oraz czyste pojemniki do mieszania (wykres 3.13), natomiast akcesoria do przyjmowania narkotyków drogą inną niż dożylnie, takie jak folia czy fajki, są mniej popularne. Domowe zestawy do wykrywania HIV mogą pomóc osobom przyjmującym narkotyki drogą iniekcji we wczesnym wykryciu zakażenia. Zestawy takie można kupić w aptekach w coraz większej liczbie europejskich państw, a w niektórych z nich są one udostępniane przez służby odpowiedzialne za redukcję szkód.



## WYKRES 3.13

## Dostępność sprzętu gwarantującego bezpieczniejsze używanie / bezpieczniejszy seks w 30 państwach europejskich



Uwaga: W oparciu o ocenę ekspercką.

### Wylimitowanie wirusa HCV: poprawa dostępu do badania i leczenia

Europa dąży do wylimitowania wirusowego zapalenia wątroby jako zagrożenia dla zdrowia publicznego zgodnie z globalną Agendą na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030. Zapewnienie osobom przyjmującym narkotyki drogą iniekcji lepszego dostępu do zapobiegania, badania i leczenia WZW B i WZW C ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia tego celu. W 2018 r. 17 państw Unii Europejskiej i Norwegia dysponowało krajowymi strategiami lub planami działania dotyczącymi WZW.

Badania przesiewowe na okoliczności wirusa HCV stanowią punkt wyjścia dla opieki związanej z WZW oraz skutecznego leczenia zbadanych osób, jak również odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu przenoszeniu wirusa. Przeszkody w badaniu i podjęciu leczenia występują na poziomie systemu, dostawców usług i pacjentów, a należą do nich czynniki takie jak ograniczenia finansowe, niewielka wiedza na temat leczenia HCV oraz stygmatyzacja i marginalizacja osób zażywających narkotyki. Do stawienia czoła tym wyzwaniom konieczne są innowacyjne metody, a ośrodki działające na poziomie lokalnym są najważniejszym otoczeniem pozwalającym dotrzeć do osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji z badaniami oraz skierowaniem na leczenie.

Wytyczne ekspertów europejskich zalecają oferowanie bezzwłocznego rozpoczęcia leczenia zakażenia wirusem HCV w przypadku osób objętych wysokim ryzykiem przenoszenia wirusa, w tym osób osadzonych w zakładach karnych oraz aktywnie przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. Nowe rozwiązania oparte na lekach doustnych o bezpośrednim działaniu antywirusowym skutkują wyleczeniem w okresie 8–12 tygodni w 95% przypadków. Po obniżeniu ceny tych produktów leczniczych rośnie liczba państw europejskich zapewniających teraz nieograniczony dostęp do środków antywirusowych o bezpośrednim działaniu dla wszystkich grup pacjentów i w odniesieniu do wszystkich genotypów wirusa, niezależnie od etapu zakażenia.

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

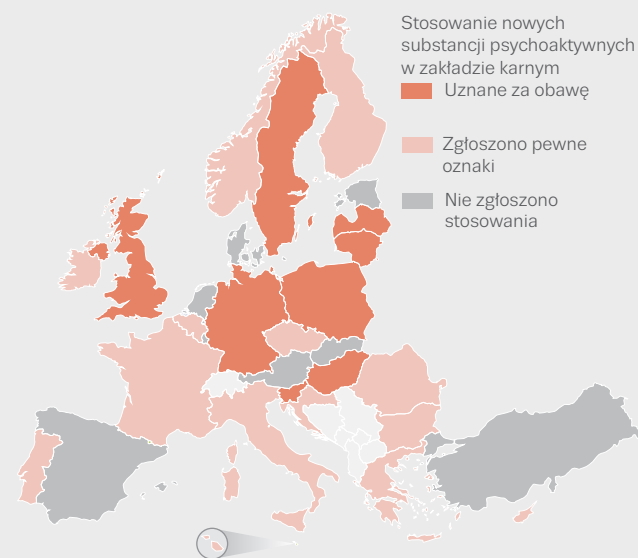
Wśród więźniów odnotowuje się wyższy odsetek osób, które co najmniej raz w życiu spróbowały narkotyków, niż w populacji ogólnej, a także bardziej szkodliwe wzorce używania substancji (w tym wstrzykiwanie). Sprawia to, że więzienia to ważne miejsca, w których należy prowadzić interwencje związane z używaniem środków odurzających. W ostatnim przeglądzie EMCDDA wykazano używanie nowych substancji psychoaktywnych w zakładach karnych w 22 państwach (wykres 3.14), za największe wyzwanie uznając syntetyczne kannabinoidy. Nowe substancje psychoaktywne powiązane z szeregiem zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego, czy to za sprawą ciężkiego zatrucia czy długotrwałego przyjmowania. Na Łotwie przyjmowanie nowych opioidów syntetycznych w zakładach karnych powiązane ze wzrostem przypadków przedawkowania, jak również iniekcji i wspólnego korzystania z igieł.

W większości krajów w zakładach karnych istnieje także możliwość wykonania badań na obecność wirusów wywołujących choroby zakaźne (HIV, HBV, HCV i gruźlica), choć może być ona ograniczona do przeprowadzenia badań w momencie przyjęcia do zakładu karnego lub jedynie w przypadku osób wykazujących objawy. Zapewnienie leczenia WZW typu C zgłaszają 24 państwa, ale tylko w 5 leczenie otrzymuje więcej niż 60% osób, które tego potrzebują. Szesnaście krajów zgłasza dostępność programów szczepiennych przeciwko zakażeniu wirusem WZW typu B. Mniej powszechne jest zapewnianie czystego sprzętu do iniekcji — wdrażanie programów dystrybucji strzykawek w takim otoczeniu zgłoszono w trzech państwach. Analiza występowania wirusów HIV i HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji na podstawie danych z 17 państw europejskich z lat 2006–2017 wskazuje na zdecydowanie wyższe poziomy występowania wirusów HIV i HCV wśród osób, które przebywały w zakładzie karnym.

Zakres interwencji medycznych oferowanych osobom osadzonym różni się zdecydowanie w zależności od państwa, ale mogą one obejmować detoksykację, poradnictwo indywidualne i grupowe oraz leczenie w ramach wspólnot terapeutycznych i w specjalnych oddziałach leczenia stacjonarnego. W części krajów europejskich ustanowiono partnerstwa między służbami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną w zakładach karnych a zewnętrznymi placówkami medycznymi. Mają one na celu interwencje ukierunkowane na edukację zdrowotną i leczenie w zakładach karnych oraz kontynuację opieki w momencie przyjęcia do zakładu

## WYKRES 3.14

### Stosowanie nowych substancji psychoaktywnych wśród osadzonych w zakładach karnych



Uwaga: Na podstawie sprawozdań ekspertów krajowych.

karnego i po jego opuszczeniu. Wszystkie państwa zgłaszają prowadzenie działań służących przygotowaniu osadzonych do powrotu na wolność, włącznie z reintegracją społeczną. Programy zapobiegania ryzyku przedawkowania narkotyków, które jest szczególnie duże wśród osób wstrzykujących sobie opioidy po opuszczeniu przez nie więzienia, funkcjonują według zgłoszeń w 5 krajach. Obejmują one szkolenia w zakresie rozpoznawania przedawkowania i reagowania w takiej sytuacji, a także udostępnianie osobom wychodzącym z zakładu karnego naloksonu.

W 2017 r. 28 państw zgłosiło, iż dozwolone jest stosowanie leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opioidów, przy czym zasięg takich działań jest często niewielki. W 24 państwach leczenie substytucyjne osób uzależnionych od opioidów można rozpocząć w zakładzie karnym, a w pięciu państwach można je jedynie kontynuować, jeżeli rozpoczęto je poza zakładem karnym.

**Wśród więźniów odnotowuje się wyższy odsetek osób, które co najmniej raz w życiu spróbowały narkotyków, oraz bardziej szkodliwe wzorce używania substancji**

### Przedawkowanie: główna przyczyna zgonu wśród osób używających narkotyków w sposób wysoce ryzykowny

Użycie narkotyków uznawane jest za jedną z przyczyn możliwych do uniknięcia zgonów młodych osób dorosłych w Europie. Ogólnie rzecz biorąc, w Europie osoby używające opioidów są od 5 do 10 razy bardziej narażone na śmierć niż inne osoby w tym samym wieku i tej samej płci. Powszechnie dostrzega się znaczenie ograniczania śmiertelności związanej z przedawkowaniem wśród osób zażywających opioidy. Ważnymi przyczynami zgonów lub śmiertelności w tej grupie są jednak przyczyny niezwiązane z narkotykami bezpośrednio, takie jak infekcje, wypadki, przemoc, w tym zabójstwa i samobójstwa. Na przykład występują niejednokrotnie przewlekłe schorzenia płuc i wątroby, a także problemy sercowo-naczyniowe, które obecnie odpowiadają za większy odsetek zgonów wśród starszych i wieloletnich użytkowników narkotyków.

Dane dotyczące przedawkowania, a szczególnie łączną liczbę przypadków w całej Europie, należy interpretować z ostrożnością. Wynika to np. z tego, że niektóre kraje podają systematycznie zaniżone dane, badania toksykologiczne prowadzone są w różny sposób, a procesy rejestracji mogą skutkować opóźnieniami w zgłoszeniach. Szacunkowe dane roczne stanowią zatem orientacyjne wartości minimalne.

Szacuje się, że w 2017 r. na terenie Unii Europejskiej doszło do co najmniej 8 238 przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym, w które zaangażowany był przynajmniej jeden niedozwolony środek odurzający. Oznacza to osiągnięcie szacowanego poziomu 9 461 zgonów, jeżeli uwzględnić Norwegię i Turcję, co wskazuje na stabilną sytuację w świetle zrewidowanych oszacowań na poziomie 9 397 w 2016 r. Łączna liczba dla UE jest również stabilna w porównaniu z wartością w 2016 r. Podobnie jak w latach poprzednich, zgony spowodowane przedawkowaniem, do których doszło w Wielkiej Brytanii (34%) oraz w Niemczech (13%), łącznie stanowią prawie połowę wszystkich zgłoszonych przypadków takich zgonów odnotowanych w UE, Norwegii i Turcji. Wartość tę należy interpretować zarówno w kontekście wielkości populacji wysokiego ryzyka w tych krajach, ale także podawania przez inne kraje wyników zaniżonych. Ponad trzy czwarte osób umierających w związku z przedawkowaniem to mężczyźni (78%).

Średni wiek w momencie zgonu nadal rośnie: w 2017 r. było to 39,4 lat, przy czym mężczyźni są średnio o 2 lata młodszy niż kobiety. Odzwierciedla to starzenie się europejskiej populacji osób zażywających opioidy, które są najbardziej narażone na zgon spowodowany przedawkowaniem. W niektórych państwach odsetek przypadków może dotyczyć również zgonów związanych z opioidami w kontekście długofalowego leczenia bólu.

## ZGONY ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI

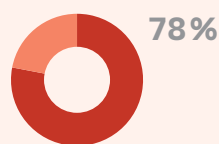
### Charakterystyka



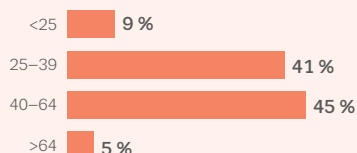
Średni wiek w momencie zgonu

**39**  
lat

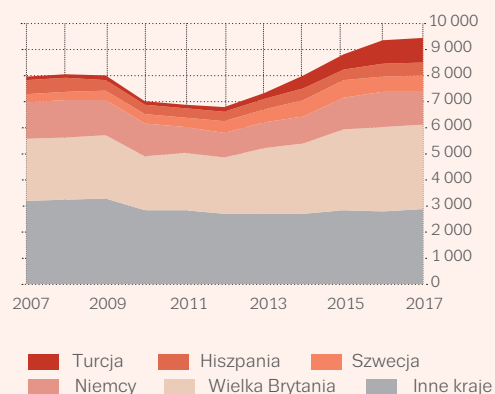
### Zgony z obecnością opioidów



### Wiek w momencie zgonu



### Tendencje dotyczące zgonów spowodowanych przedawkowaniem



### Liczba zgonów

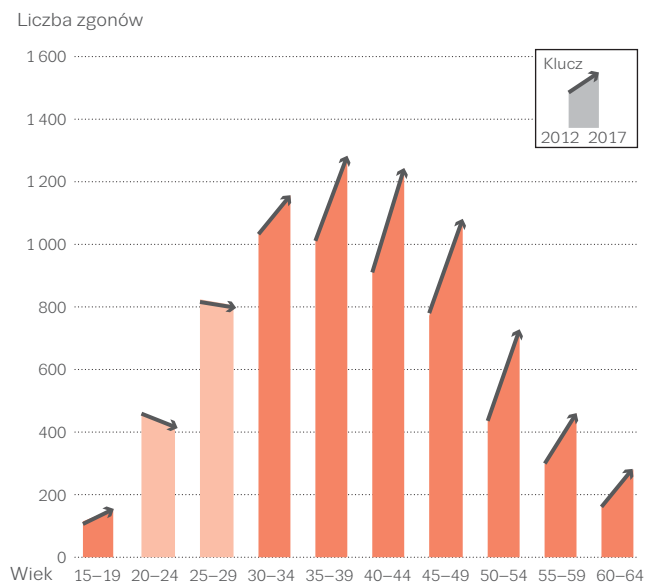
**8 238** UE

**9 461** UE+2

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

## WYKRES 3.15

Liczba zgonów spowodowanych narkotykami w Unii Europejskiej w 2012 i 2017 r. lub w ostatnim roku, za który dostępne są dane, według grupy wiekowej



W okresie pomiędzy 2012 a 2017 liczba zgonów związanych z przedawkowaniem w Unii Europejskiej uległa zwiększeniu we wszystkich grupach wiekowych powyżej 30 roku życia (wykres 3.15). Zgony w grupie osób 50+ wzrosły ogólnie o 62%, natomiast te wśród młodszych grup

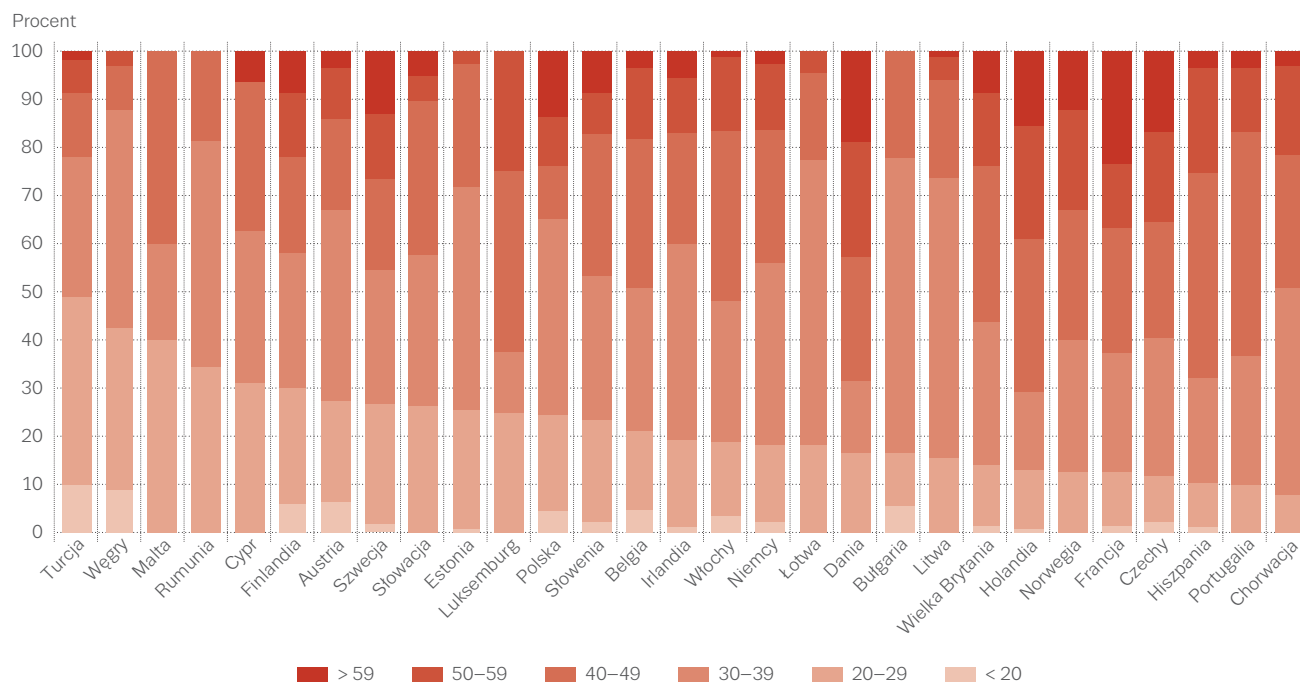
wiekowych pozostały stabilne. Analiza przypadków śmiertelnego przedawkowania zgłoszonych przez Turcję w 2017 r. świadczy o tym, że dotyczy to na ogół osób młodszych niż w Unii Europejskiej, ponieważ średni wiek wynosi 32 lata (wykres 3.16).

### Umieralność związana z narkotykami: wartości wykraczające ponad średnią w Europie Północnej

Wskaźnik umieralności wskutek przedawkowania w 2017 r. w Europie szacuje się na 22,6 zgonów na milion mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat. Odsetek zgonów wśród mężczyzn (35,8 przypadków na milion mężczyzn) jest prawie czterokrotnie większy niż u kobiet (9,3 przypadków na milion kobiet). Krajowe wskaźniki umieralności oraz tendencje są bardzo różne (wykres 3.17) i mają na nie wpływ takie czynniki jak rozpowszechnienie narkotyków i prawidłowości w ich używaniu, w szczególności jeżeli chodzi o używanie opioidów drogą iniekcji, czynniki ryzyka i czynniki ochronne, jak dostępność leczenia, a także praktyki krajowe dotyczące zgłaszania, zapisywania informacji oraz kodowania przypadków przedawkowania, przy uwzględnieniu podawania przez różne kraje zaniżonych danych, w krajowych bazach danych dotyczących umieralności. Według najnowszych dostępnych danych osiem krajów Europy Północnej

## WYKRES 3.16

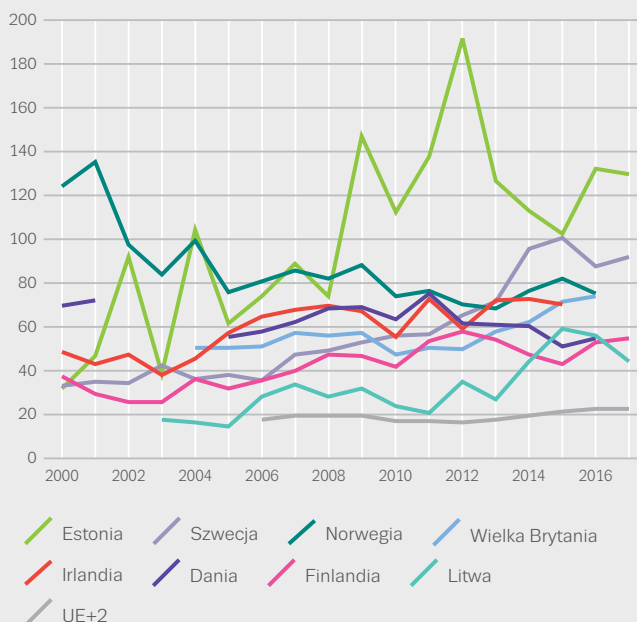
Dystrybucja zgonów związanych z narkotykami w 2017 r. lub w ostatnim roku, za który dostępne są dane, według grupy wiekowej w przedziałach dziesięcioletnich



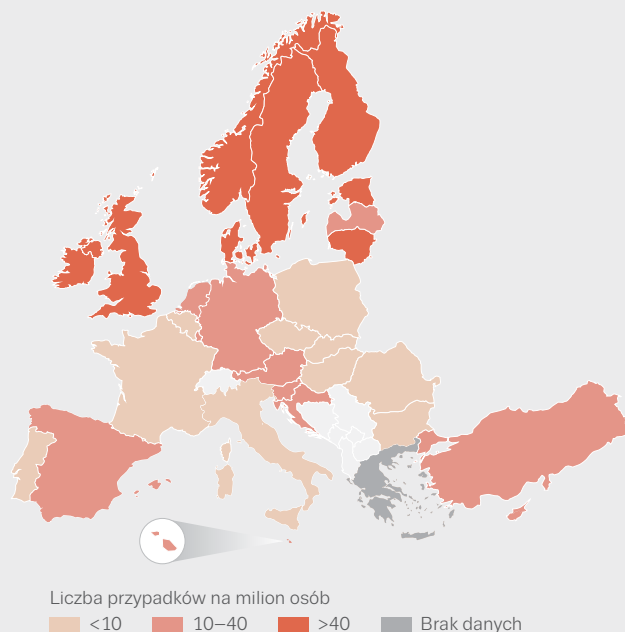
## WYKRES 3.17

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

Liczba przypadków na milion osób



Uwaga: Tendencje w ośmiu krajach zgłaszających najwyższe wartości w 2017 lub 2016 r. oraz ogólna tendencja w Europie. Określenie „UE+2” odnosi się do państw członkowskich UE, Turcji i Norwegii.



zgłosiło wskaźniki wynoszące powyżej 40 zgonów na milion mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zgonów odnotowano w Estonii (130 na milion mieszkańców) i Szwecji (92 na milion mieszkańców) (wykres 3.17).

### Przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym: najwięcej zgonów związanych z opioidami

W większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w Europie wykrywane są opioidy, głównie heroina lub jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami. Najnowsze dane pokazują wzrost liczby przypadków śmiertelnych związanych z zażyciem opioidów w Europie, zwłaszcza w Wielkiej Brytanii, gdzie w 9 na 10 zgonów związanych z przedawkowaniem (89%) stwierdzono obecność jakiejś postaci opioidu.

W 2016 r. we Francji heroina miała związek z 26% zgonów spowodowanych przedawkowaniem, podczas gdy w 2012 r. było to 15%, natomiast obecność metadonu stwierdzono w ponad jednej trzeciej przypadków zgonów (36%). W raportach toksykologicznych regularnie pojawiają się także inne opioidy. Substancje te — głównie metadon, jak również buprenorfina (Finlandia), fentanyl i jego pochodne (szczególnie w Estonii) i tramadol – obecnie wiążą się ze znacznym odsetkiem zgonów spowodowanych przedawkowaniem w niektórych krajach. Wzrost liczby zgłoszonych przypadków zgonów

spowodowanych przedawkowaniem w Czechach w 2017 r. wynikał głównie ze wzrostu przypadków związanych z substancjami przypominającymi fentanyl, morfiną i kodeiną; wzrost na Słowacji można powiązać głównie z tramadolem.

Substancje pobudzające takie jak kokaina, amfetaminy, MDMA oraz katynony wiążą się w Europie z mniejszą liczbą przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym, choć ich udział różni się w zależności od kraju. We Francji jedna piąta zgonów miała związek z kokainą, a w przypadku połowy z nich stwierdzono również obecność opioidów. W Słowenii większość zgonów była związana z heroiną, a obecność kokainy stwierdzono w około jednej trzeciej przypadków. W 2017 r. Turcja zgłosiła 185 zgonów związanych z MDMA, co stanowiło spadek w porównaniu z 2016 r.

Turcja zgłosiła także znaczący wzrost liczby zgonów związanych z syntetycznymi kannabinoidami: z 137 przypadków w 2015 r. do 563 w 2017 r. Obecność syntetycznych kannabinoidów stwierdzano w 60% wszystkich przypadków zgonów związanych z narkotykami zgłoszonych w tym państwie, a większość dotyczyła młodych mężczyzn między 20 a 30 r.ż. W ponad jednej czwartej przypadków wykrywano również konopie indyjskie. W Wielkiej Brytanii, w szczególności Szkocji, odnotowano wzrost liczby zgonów związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi powiązanymi z benzodiazepinami.

## WYKRES 3.18

Najważniejsze sposoby podejścia do kwestii ograniczania liczby zgonów związanych z opioidami

## Ograniczanie liczby zejść śmiertelnych w wyniku przedawkowania

## Ograniczanie ryzyka przedawkowania

## Ograniczanie podatności na zagrożenia



## Zapobieganie przedawkowaniom i zgonom związanym z narkotykami: najważniejsze metody

Ograniczanie zachorowalności i umieralności związanej z przedawkowaniem narkotyków stanowi jedno z najważniejszych wyzwań w obszarze zdrowia publicznego w Europie. Szerzej zakrojona reakcja publicznej służby zdrowia w tym obszarze ma na celu zmniejszenie podatności na zagrożenia u osób używających narkotyków, zwłaszcza poprzez eliminację barier i umożliwianie dostępu do usług, a także poprzez umożliwianie osobom używającym narkotyków podejmowanie mniejszego ryzyka (wykres 3.18). Ocena ryzyka przedawkowania wśród osób używających narkotyków oraz podniesienie ich świadomości dotyczącej możliwości przedawkowania w połączeniu z zapewnieniem skutecznego leczenia pomaga zapobiegać przypadkom przedawkowania. Szczególnej uwagi wymagają znane okresy zwiększonego ryzyka, np. opuszczenie zakładu karnego lub zakończenie bądź przerwanie leczenia uzależnienia od narkotyków. Interwencje takie jak ośrodki umożliwiające przyjmowanie narkotyków pod nadzorem, jak również programy udostępniania naloksonu do użytku domowego to ukierunkowane działania mające na celu zwiększenie prawdopodobieństwa przeżycia w razie przedawkowania. Znaczenie leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów w ograniczeniu śmiertelności wynika jasno z przeprowadzonej w 2018 r. meta-analizy badań w tym zakresie.

Ośrodki umożliwiające przyjmowanie narkotyków pod nadzorem to miejsca, w których osoby używające narkotyków mogą je przyjmować w higienicznych

i bezpieczniejszych warunkach. Celem tej interwencji jest zarówno zapobieganie przedawkowaniu, jak i zapewnienie profesjonalnej pomocy, jeżeli do niego dojdzie. Zapewniają one również możliwość nawiązania kontaktu z często marginalizowanymi i trudno dostępnymi populacjami osób zażywających narkotyki oraz zapewnienia pomocy i porad związanych z narkotykami lub zdrowiem ogólnie. Zazwyczaj pomieszczenia do przyjmowania narkotyków są jednocześnie punktem informacyjnym i miejscem, z którego osoby zażywające narkotyki są kierowane do innych placówek medycznych i społecznych, w tym na leczenie uzależnienia od narkotyków. Twierdzi się również, że dzięki ograniczaniu przyjmowania narkotyków w przestrzeni publicznej miejsca te przyczyniają się również do poprawy otoczenia społecznego w obszarach, w których zazwyczaj używa się narkotyków, na przykład miejskich rynków narkotykowych.

Pojedyncze placówki mogą zapewniać nadzór nad wieloma przypadkami zażywania narkotyków — największe zgłaszają rocznie 80 000 przypadków konsumpcji, która w innym wypadku odbywałaby się na ulicach lub w innym ryzykownym otoczeniu. W pierwszej generacji placówek umożliwiających przyjmowanie narkotyków z lat 80. i 90. XX wieku koncentrowano się na nadzorowaniu przyjmowania heroiny drogą iniekcji. Dzisiaj jednak placówki takie mogą sprawować nadzór nad osobami, które wciągają narkotyki przez nos, palą je lub przyjmują w drodze inhalacji. W Unii Europejskiej i Norwegii placówki umożliwiające przyjmowanie narkotyków pod nadzorem funkcjonują w 51 miastach, a jest ich łącznie 72.

### **Odwracanie skutków przedawkowania opioidów: nalokson do użytku domowego**

Nalokson to antagonist receptorów opioidowych, stosowany na szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz przez załogi karetek w celu odwracania skutków przedawkowania opioidów. W ostatnich latach rozszerzono programy udostępniania naloksonu do użytku domowego, które obejmują szkolenie na temat przedawkowania oraz udostępnianie tego produktu leczniczego osobom, które mogą być świadkami przedawkowania opioidów.

Niedawne systematyczne badania skuteczności naloksonu udostępnianego do użytku domowego wykazały, że działania edukacyjne i szkoleniowe w połączeniu z rozdawaniem naloksonu pozwalają zredukować liczbę zgonów w wyniku przedawkowania.

W 2018 r. w 10 państwach europejskich istniały programy obejmujące udostępnianie naloksonu do użytku domowego. Programy te są na ogół realizowane przez służbę zdrowia i służby działające w dziedzinie narkotyków, przy czym wyjątek stanowią Włochy, gdzie nalokson można kupić bez recepty. Osoby przebywające w zakładach karnych są grupą docelową programów udostępniania naloksonu do użytku domowego w Estonii, Francji, Wielkiej Brytanii i Norwegii.

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



## WIĘCEJ INFORMACJI

### Publikacje EMCDDA

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

#### 2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

#### 2017

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

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

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

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

#### 2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

### Wspólne publikacje EMCDDA i ECDC

#### 2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

**Wszystkie publikacje są dostępne na stronie:**  
[www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)





# Załącznik

Krajowe dane dotyczące szacunkowego rozpowszechnienia użycia narkotyków, w tym problemowego użycia opioidów, leczenia substytucyjnego, liczby osób poddawanych leczeniu, liczby osób podejmujących leczenie, dożylnego podawania narkotyków, zgonów związanych z użyciem narkotyków, chorób zakaźnych związanych z użyciem narkotyków, rozdawania strzykawek i konfiskat. Przedstawione tu dane krajowe stanowią podzbiór danych zawartych w **Statistical Bulletin** (Biuletynie Statystycznym) EMCDDA na 2019 r., w którym dostępne są uwagi i metadane. Wskazano lata, których dotyczą dane.

TABELA A1

## OPIOIDY

| Kraj                           | Dane szacunkowe dotyczące wysoce ryzykownego używania opioidów |            | Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku   |  |                            |   |  |                            | Pacjenci objęci leczeniem substytucyjnym |
|--------------------------------|--|------------|---|--|----------------------------|---|--|----------------------------|--|
|                                |  |            | % pacjentów uzależnionych od opioidów względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie |  |                            | % pacjentów przyjmujących opioidy drogą iniekcji (podstawowa droga podania) |  |                            |  |
|                                |  |            | Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie  | Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy | Pacjenci leczeni uprzednio | Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie                                    | Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy | Pacjenci leczeni uprzednio |  |
| Rok szacunku                   | Liczba przypadków na 1000 osób                                 | % (liczba) | % (liczba)  | % (liczba)                                       | % (liczba)                 | % (liczba)  | % (liczba)                                       | liczba                     |  |
| Belgia                         | –  | –          | 22,5 (2 493)  | 8,2 (345)  | 32 (2 048)                 | 14,1 (309)  | 9 (28)   | 15,2 (272)                 | 16 546                                   |
| Bułgaria                       | –  | –          | 67,8 (1 136)  | 55,9 (100)                                       | 89,7 (600)                 | 64,4 (437)  | 53,8 (50)  | 66,7 (377)                 | 3 247                                    |
| Czechy                         | 2017   | 1,8-2,0    | 19,1 (799)  | 10,9 (192)                                       | 25,6 (565)                 | 63,9 (470)  | 57,4 (101)                                       | 66,1 (347)                 | 5 000                                    |
| Dania                          | –  | –          | 12 (587)  | 7,5 (170)  | 16,5 (399)                 | 17,5 (94)   | 5,6 (9)  | 22 (80)                    | 7 050                                    |
| Niemcy <sup>(1)</sup>          | 2016-17  | 0,9-3,0    | 29,9 (–)  | 9,6 (–)  | –                          | 20,1 (–)  | 17,9 (–)   | –                          | 78 800                                   |
| Estonia                        | –  | –          | 93,4 (271)  | 87,4 (76)  | 95,5 (150)                 | 69,3 (187)  | 72 (54)  | 80,7 (121)                 | 1 186                                    |
| Irlandia                       | 2014   | 6,1-7,0    | 44,9 (3 837)  | 24,8 (807)                                       | 58,8 (2 860)               | 31,7 (1 180)  | 23 (184)   | 33,6 (930)                 | 10 316                                   |
| Grecja                         | 2017   | 1,8-2,5    | 60,9 (2 593)  | 38,9 (652)                                       | 74,8 (1 892)               | 28,7 (733)  | 22,2 (143)                                       | 31 (581)                   | 9 388                                    |
| Hiszpania                      | 2016   | 1,5-2,9    | 26,8 (12 235)   | 13,3 (3 043)                                     | 42,6 (8 573)               | 14,9 (1 796)  | 7 (212)  | 17,2 (1 454)               | 58 749                                   |
| Francja                        | 2017   | 4,5-5,9    | 27,3 (12 899)   | 13,7 (1 813)                                     | 44 (8 039)                 | 16,4 (1 842)  | 10,4 (174)                                       | 19,3 (1 360)               | 178 665                                  |
| Chorwacja                      | 2015   | 2,5-4,0    | –   | 21,2 (203)                                       | –                          | –   | 30,9 (56)  | –                          | 4 792                                    |
| Włochy                         | 2017   | 5,7-6,4    | 43,1 (20 095)   | 28,3 (5 921)                                     | 55,3 (14 174)              | 40,9 (7 137)  | 28,4 (1 395)                                     | 45,8 (5 742)               | 69 642                                   |
| Cypr                           | 2017   | 1,6-2,6    | 25,2 (212)  | 13,8 (58)  | 41,8 (137)                 | 50,5 (104)  | 40,4 (23)  | 56 (75)                    | 209                                      |
| Łotwa                          | 2017   | 4,7-7,0    | 49,4 (399)  | 28,7 (123)                                       | 72,8 (276)                 | 82,8 (323)  | 73,8 (90)  | 86,9 (233)                 | 669                                      |
| Litwa                          | 2016   | 2,7-6,5    | 85,3 (1 448)  | 57 (138)   | 91,1 (1 298)               | 85,5 (1 236)  | 86,9 (119)                                       | 85,4 (1 108)               | 1 136                                    |
| Luksemburg                     | 2015   | 4,5        | 60,9 (109)  | 60,4 (29)  | 59,5 (47)                  | 41,7 (43)   | 50 (14)  | 41,9 (18)                  | 1 142                                    |
| Węgry                          | 2010-11  | 0,4-0,5    | 4 (192)   | 1,8 (61)   | 9,4 (104)                  | 40,5 (66)   | 36,2 (21)  | 43,9 (43)                  | 669                                      |
| Malta                          | 2017   | 4,2-4,9    | 69,7 (1 274)  | 32,8 (76)  | 75,1 (1 198)               | 55,2 (690)  | 21,1 (16)  | 57,5 (674)                 | 1 025                                    |
| Holandia                       | 2012   | 1,1-1,5    | 11,5 (1 262)  | 6,2 (402)  | 19,3 (860)                 | 6,1 (39)  | 7,6 (13)   | 5,6 (26)                   | 5 241                                    |
| Austria                        | 2017   | 6,1-6,5    | 48,7 (1 793)  | 27,8 (432)                                       | 63,8 (1 361)               | 37,7 (529)  | 21,8 (70)  | 42,5 (459)                 | 18 632                                   |
| Polska                         | 2014   | 0,4-0,7    | 15,8 (1 122)  | 5,9 (211)  | 26,2 (898)                 | 57,4 (636)  | 37,4 (79)  | 62,2 (550)                 | 2 685                                    |
| Portugalia                     | 2015   | 3,8-7,6    | 41,4 (1 247)  | 23 (376)   | 63,3 (871)                 | 13,1 (155)  | 9,3 (33)   | 14,7 (122)                 | 16 888                                   |
| Rumunia                        | 2017   | 0,8-2,9    | 25,7 (918)  | 14,1 (359)                                       | 56,9 (551)                 | 84,7 (729)  | 83,3 (295)                                       | 85,8 (429)                 | 1 530                                    |
| Słowenia                       | 2017   | 3,2-4,2    | 86,5 (211)  | 67,7 (42)  | 93,4 (169)                 | 44,1 (93)   | 21,4 (9)   | 49,7 (84)                  | 3 042                                    |
| Słowacja                       | –  | –          | 26,3 (760)  | 12 (154)   | 39,5 (601)                 | 70,7 (525)  | 53,6 (81)  | 75,2 (442)                 | 620                                      |
| Finlandia                      | 2012   | 3,8-4,5    | 51,1 (363)  | 36,5 (92)  | 59,2 (271)                 | 76 (275)  | 66,3 (61)  | 79,3 (214)                 | 3 329                                    |
| Szwecja <sup>(2)</sup>         | –  | –          | 24,2 (9 387)  | 15,5 (2 140)                                     | 29 (7 247)                 | –   | –  | –                          | 4 468                                    |
| Wielka Brytania <sup>(3)</sup> | 2014-15  | 8,3-8,7    | 49,8 (57 430)   | 21,8 (8 051)                                     | 63,1 (49 252)              | 31,8 (12 407)   | 16,5 (746)                                       | 33,9 (11 633)              | 149 420                                  |
| Turcja                         | 2011   | 0,2-0,5    | 58,6 (6 817)  | 43,4 (2 451)                                     | 72,9 (4 366)               | 27,3 (1 858)  | 17,8 (437)                                       | 32,5 (1 421)               | –  |
| Norwegia <sup>(4)</sup>        | 2013   | 2,0-4,2    | 17 (973)  | 11,2 (302)                                       | 22,1 (672)                 | –   | –  | –                          | 7 622                                    |
| Unia Europejska                | –  | –          | 35,1 (163 557)  | 16,6 (28 845)                                    | 47,9 (129 944)             | 29,1 (38 450)   | 20,8 (4 988)                                     | 31,3 (32 839)              | 654 086                                  |
| UE, Turcja i Norwegia          | –  | –          | 35,4 (171 347)  | 17,4 (31 598)                                    | 48,2 (134 982)             | 29,0 (40 308)   | 20,5 (5 425)                                     | 31,4 (34 260)              | 661 708                                  |

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2017 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Estonia i Hiszpania, 2016; Holandia, 2015.

Dane na temat pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne dotyczą 2017 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Hiszpania i Słowenia, 2016; Dania, Węgry, Holandia i Finlandia, 2015. Wartość dotycząca Szwecji nie uwzględnia wszystkich pacjentów.

(<sup>1</sup>) Ze względu na zmiany w systemie zgłoszeń rozpoczęcia leczenia, przedstawiono jedynie proporcje.

(<sup>2</sup>) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie odnoszą się do opieki prowadzonej w szpitalach oraz specjalistycznych placówkach leczenia ambulatoryjnego. Przedstawione dane nie są w pełni reprezentatywne dla kraju.

(<sup>3</sup>) Wartość szacunkowa dotycząca wysoce ryzykownego używania opioidów nie obejmuje Irlandii Północnej. Dane na temat leczenia substytucyjnego dotyczą Anglii i Walii.

(<sup>4</sup>) Odsetek pacjentów leczonych w związku z problemami związanymi z zażywaniem opioidów stanowi wartość minimalną, nieobejmującą pacjentów zażywających opioidy, odnotowanych jako osoby zażywające kilka substancji odurzających.

TABELA A2

## KOKAINA

| Kraj                  | Szacunkowe wskaźniki używania |   |  | Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku  |  |  |   |                  |  |                            |
|-----------------------|-------------------------------|---|--|--|--|--|---|------------------|--|----------------------------|
|                       | Ogólna populacja              |   | Młodzież szkolna   | % pacjentów uzależnionych od kokainy względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie |  |  | % pacjentów przyjmujących kokainę drogą iniekcji (podstawowa droga podania) |                  |  |                            |
|                       | Rok przeprowadzenia sondażu   | W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64) | W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34) | W ciągu całego życia, uczniowie (15-16)  | Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie | Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy | Pacjenci leczeni uprzednio  | Wszyscy pacjenci | Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy | Pacjenci leczeni uprzednio |
|                       |                               | %   | %  | %  | % (liczba)                               | % (liczba)                                       | % (liczba)  | % (liczba)       | % (liczba)                                       | % (liczba)                 |
| Belgia                | 2013                          | –   | 0,9  | 1  | 24,3 (2 690)                             | 23,9 (1 007)                                     | 24,2 (1 552)  | 6,2 (124)        | 1,4 (11)   | 8,6 (97)                   |
| Bułgaria              | 2016                          | 0,9   | 0,5  | 2  | 2,7 (46)                                 | 3,9 (7)  | 1,6 (11)  | 0 (0)            | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Czechy                | 2017                          | 2,4   | 0,2  | 1  | 0,7 (28)                                 | 0,7 (12)   | 0,7 (15)  | 0 (0)            | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Dania                 | 2017                          | 6,4   | 3,9  | 2  | 15,9 (776)                               | 17,9 (407)                                       | 14 (338)  | 2,1 (15)         | 0,3 (1)  | 4,1 (13)                   |
| Niemcy (1)            | 2015                          | 3,8   | 1,2  | 3  | 4,8 (–)                                  | 6,4 (–)  | –   | 1,5 (–)          | 0,8 (–)  | –                          |
| Estonia               | 2008                          | –   | 1,3  | 1  | 0,3 (1)                                  | 1,1 (1)  | –   | –                | –  | –                          |
| Irlandia              | 2015                          | 7,8   | 2,9  | 3  | 16,8 (1 431)                             | 23 (748)   | 12,8 (623)  | 1,3 (18)         | 0 (0)  | 2,6 (16)                   |
| Grecja                | 2015                          | 1,3   | 0,6  | 1  | 8,1 (345)                                | 10,3 (172)                                       | 6,8 (172)   | 9,9 (34)         | 4,7 (8)  | 15,2 (26)                  |
| Hiszpania             | 2017                          | 10,3  | 2,8  | 3  | 39,2 (17 889)                            | 39,7 (9 052)                                     | 38,2 (7 678)  | 0,8 (134)        | 0,4 (33)   | 1,3 (98)                   |
| Francja               | 2017                          | 5,6   | 3,2  | 4  | 8,4 (3 988)                              | 7,8 (1 035)                                      | 9,8 (1 801)   | 8,8 (324)        | 3,8 (37)   | 13,6 (229)                 |
| Chorwacja             | 2015                          | 2,7   | 1,6  | 2  | –  | 3,2 (31)   | –   | –                | 3,2 (1)  | –                          |
| Włochy                | 2017                          | 6,9   | 1,7  | 2  | 33 (15 394)                              | 38,1 (7 993)                                     | 28,9 (7 401)  | 2 (299)          | 1,1 (86)   | 3 (213)                    |
| Cypr                  | 2016                          | 1,4   | 0,4  | 3  | 14,7 (124)                               | 12,1 (51)  | 19,8 (65)   | 5 (6)            | 2 (1)  | 7,9 (5)                    |
| Łotwa                 | 2015                          | 1,5   | 1,2  | 2  | 0,5 (4)                                  | 0,7 (3)  | 0,3 (1)   | 0 (0)            | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Litwa                 | 2016                          | 0,7   | 0,3  | 2  | 0,8 (13)                                 | 2,1 (5)  | 0,5 (7)   | 11,1 (1)         | 33,3 (1)   | 0 (0)                      |
| Luksemburg            | 2014                          | 2,5   | 0,6  | 2  | 21,8 (39)                                | 14,6 (7)   | 25,3 (20)   | 40,5 (15)        | 57,1 (4)   | 42,1 (8)                   |
| Węgry                 | 2015                          | 1,2   | 0,9  | 2  | 3,5 (167)                                | 3,9 (132)  | 2,4 (26)  | 2,5 (4)          | 2,3 (3)  | 4 (1)                      |
| Malta                 | 2013                          | 0,5   | –  | 3  | 18,6 (340)                               | 41,8 (97)  | 15,2 (243)  | 13,4 (43)        | 4,1 (4)  | 17,5 (39)                  |
| Holandia              | 2017                          | 6,2   | 4,5  | 2  | 24,3 (2 675)                             | 20,8 (1 357)                                     | 29,6 (1 318)  | 0,4 (5)          | 0,1 (1)  | 0,6 (4)                    |
| Austria               | 2015                          | 3,0   | 0,4  | 2  | 9,2 (339)                                | 10,1 (156)                                       | 8,6 (183)   | 9,3 (30)         | 5,4 (8)  | 12,6 (22)                  |
| Polska                | 2014                          | 1,3   | 0,4  | 4  | 2,3 (163)                                | 2,5 (88)   | 2,1 (72)  | 2,5 (4)          | 1,2 (1)  | 2,9 (2)                    |
| Portugalia            | 2016                          | 1,2   | 0,3  | 2  | 17,3 (522)                               | 20,8 (341)                                       | 13,2 (181)  | 2,6 (13)         | 0,6 (2)  | 6,3 (11)                   |
| Rumunia               | 2016                          | 0,7   | 0,2  | 3  | 1,2 (44)                                 | 1,4 (36)   | 0,6 (6)   | 0 (0)            | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Słowenia              | 2012                          | 2,1   | 1,2  | 2  | 4,5 (11)                                 | 6,5 (4)  | 3,9 (7)   | 45,5 (5)         | 25 (1)   | 57,1 (4)                   |
| Słowacja              | 2015                          | 0,7   | 0,3  | 2  | 1,1 (31)                                 | 1,9 (24)   | 0,3 (5)   | 3,3 (1)          | –  | 25 (1)                     |
| Finlandia             | 2014                          | 1,9   | 1,0  | 1  | 0,1 (1)                                  | 0 (0)  | 0,2 (1)   | 0 (0)            | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Szwecja (2)           | 2017                          | –   | 2,5  | 1  | 1,4 (552)                                | 2,7 (371)  | 0,7 (181)   | –                | –  | –                          |
| Wielka Brytania       | 2017                          | 10,7  | 4,7  | 3  | 17,6 (20 290)                            | 22,1 (8 185)                                     | 15,4 (12 054)   | 1,9 (259)        | 0,5 (31)   | 2,9 (226)                  |
| Turcja                | 2017                          | 0,2   | 0,1  | –  | 3,9 (456)                                | 4,4 (247)  | 3,5 (209)   | 0 (0)            | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Norwegia              | 2017                          | 5,1   | 2,1  | 1  | 1,8 (102)                                | 2,7 (72)   | 1 (30)  | –                | –  | –                          |
| Unia Europejska       | –                             | 5,4   | 2,1  | –  | 15,5 (72 424)                            | 19,1 (33 178)                                    | 16,5 (36 594)   | 2,1 (1 550)      | 0,8 (259)  | 3,1 (1 241)                |
| UE, Turcja i Norwegia | –                             | –   | –  | –  | 15,1 (72 982)                            | 18,4 (33 497)                                    | 15,9 (36 833)   | 2,1 (1 550)      | 0,8 (259)  | 3,1 (1 241)                |

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji młodzieży szkolnej pochodzą z badania ESPAD przeprowadzonego w 2015 r., z wyjątkiem Belgii (2017; jedynie Flandria), Bułgarii (2017), Niemiec (2011), Włoch (2017), Luksemburga (2014; młodzież w wieku 15 lat), Hiszpanii (2016), Szwecji (2017) i Wielkiej Brytanii (2016; jedynie Anglia, młodzież w wieku 15 lat). Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne. Dane szacunkowe dotyczące występowania w ogólnej populacji Wielkiej Brytanii dotyczą jedynie Anglii i Walii. Zakresy wiekowe dla poziomów występowania w ogólnej populacji: Francja, Niemcy, Grecja i Węgry, 18–64, 18–34; Dania i Norwegia, 16–64, 16–34; Malta, 18–65, Szwecja, 17–34; Wielka Brytania, 16–59, 16–34.

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2017 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Estonia i Hiszpania, 2016; Holandia, 2015.

(1) Ze względu na zmiany w systemie zgłoszeń rozpoczęcia leczenia, przedstawiono jedynie proporcje.

(2) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie odnoszą się do opieki prowadzonej w szpitalach oraz specjalistycznych placówkach leczenia ambulatoryjnego. Przedstawione dane nie są w pełni reprezentatywne dla kraju.

TABELA A3

## AMFETAMINY

| Kraj                  | Szacunkowe wskaźniki używania |   |  |   | Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku  |  |                            |  |  |                            |
|-----------------------|-------------------------------|---|--|---|--|--|----------------------------|--|--|----------------------------|
|                       | Ogólna populacja              |   |  | Młodzież szkolna                        | % pacjentów uzależnionych od amfetamin względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie |  |                            | % pacjentów przyjmujących amfetaminy drogą iniekcji (podstawowa droga podania) |  |                            |
|                       | Rok przeprowadzenia sondażu   | W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64) | W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34) | W ciągu całego życia, uczniowie (15-16) | Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie   | Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy | Pacjenci leczeni uprzednio | Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie                                       | Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy | Pacjenci leczeni uprzednio |
|                       | %                             | %   | %  | % (liczba)                              | % (liczba)   | % (liczba)                                       | % (liczba)                 | % (liczba)   | % (liczba)                                       | % (liczba)                 |
| Belgia                | 2013                          | –   | 0,5  | 1                                       | 9,1 (1 011)  | 7,5 (315)  | 10,6 (681)                 | 11,8 (96)  | 6,2 (16)   | 14,6 (80)                  |
| Bułgaria              | 2016                          | 1,5   | 1,8  | 3                                       | 12,6 (211)   | 12,8 (23)  | 2,7 (18)                   | 4,9 (2)  | 0 (0)  | 11,8 (2)                   |
| Czechy                | 2017                          | 3,3   | 0,7  | 1                                       | 49,6 (2 078)   | 52,8 (933)                                       | 47,2 (1 041)               | 62,8 (1 256)   | 57,6 (520)                                       | 67,2 (683)                 |
| Dania                 | 2017                          | 7,0   | 1,4  | 1                                       | 6,2 (303)  | 5,4 (122)  | 7 (170)                    | 1,8 (5)  | 0,9 (1)  | 2,5 (4)                    |
| Niemcy (1)            | 2015                          | 3,6   | 1,9  | 4                                       | 14,5 (–)   | 15,3 (–)   | –                          | 2,1 (–)  | 1,9 (–)  | –                          |
| Estonia               | 2008                          | –   | 2,5  | 2                                       | 3,8 (11)   | 6,9 (6)  | 2,5 (4)                    | 50 (5)   | 66,7 (4)   | 33,3 (1)                   |
| Irlandia              | 2015                          | 4,1   | 0,6  | 3                                       | 0,4 (38)   | 0,6 (19)   | 0,3 (17)                   | –  | –  | –                          |
| Grecja                | –                             | –   | –  | 2                                       | 0,8 (33)   | 1,3 (22)   | 0,4 (11)                   | 18,2 (6)   | 22,7 (5)   | 9,1 (1)                    |
| Hiszpania             | 2017                          | 4   | 0,9  | 2                                       | 1,7 (754)  | 1,9 (431)  | 1,4 (291)                  | 0,9 (7)  | 0,9 (4)  | 1 (3)                      |
| Francja               | 2017                          | 2,2   | 0,6  | 2                                       | 0,4 (212)  | 0,5 (63)   | 0,5 (91)                   | 9,7 (18)   | 8,5 (5)  | 10,8 (9)                   |
| Chorwacja             | 2015                          | 3,5   | 2,3  | 3                                       | –  | 3,4 (33)   | –                          | –  | 0 (0)  | –                          |
| Włochy                | 2017                          | 2,4   | 0,3  | 2                                       | 0,2 (93)   | 0,3 (55)   | 0,1 (38)                   | 1,2 (1)  | 2 (1)  | 0 (0)                      |
| Cypr                  | 2016                          | 0,5   | 0,1  | 3                                       | 6,8 (57)   | 6,2 (26)   | 9,5 (31)                   | 9,1 (5)  | 4 (1)  | 13,3 (4)                   |
| Łotwa                 | 2015                          | 1,9   | 0,7  | 3                                       | 17,5 (141)   | 22,9 (98)  | 11,3 (43)                  | 64,1 (84)  | 54,9 (50)  | 85 (34)                    |
| Litwa                 | 2016                          | 1,2   | 0,5  | 1                                       | 3,5 (59)   | 9,9 (24)   | 2 (29)                     | 29,6 (16)  | 13,6 (3)   | 48,1 (13)                  |
| Luksemburg            | 2014                          | 1,6   | 0,1  | 1                                       | –  | –  | –                          | –  | –  | –                          |
| Węgry                 | 2015                          | 1,7   | 1,4  | 3                                       | 11,1 (534)   | 11,2 (378)                                       | 11,3 (124)                 | 9,7 (51)   | 4,8 (18)   | 27 (33)                    |
| Malta                 | 2013                          | 0,3   | –  | 2                                       | 0,2 (3)  | 0,4 (1)  | 0,1 (2)                    | 66,7 (2)   | 100 (1)  | 50 (1)                     |
| Holandia              | 2017                          | 5,4   | 3,9  | 2                                       | 7,4 (817)  | 7,5 (487)  | 7,4 (330)                  | 1,3 (4)  | 1 (2)  | 1,9 (2)                    |
| Austria               | 2015                          | 2,2   | 0,9  | 3                                       | 5,5 (203)  | 7,2 (111)  | 4,3 (92)                   | 2,2 (4)  | 1 (1)  | 3,6 (3)                    |
| Polska                | 2014                          | 1,7   | 0,4  | 4                                       | 29,4 (2 085)   | 31,6 (1 126)                                     | 26,9 (924)                 | 2,7 (55)   | 1,3 (15)   | 4,3 (39)                   |
| Portugalia            | 2016                          | 0,4   | 0,0  | 1                                       | 0,1 (3)  | 0,1 (2)  | 0,1 (1)                    | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Rumunia               | 2016                          | 0,3   | 0,1  | 1                                       | 0,8 (30)   | 1 (26)   | 0,4 (4)                    | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Słowenia              | 2012                          | 0,9   | 0,8  | 1                                       | 0,8 (2)  | 3,2 (2)  | 0 (0)                      | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Słowacja              | 2015                          | 1,4   | 0,8  | 1                                       | 40,8 (1 182)   | 44 (566)   | 38,1 (580)                 | 30,9 (350)   | 26,8 (148)                                       | 34,9 (192)                 |
| Finlandia             | 2014                          | 3,4   | 2,4  | 1                                       | 18,9 (134)   | 20,2 (51)  | 18,1 (83)                  | 71,2 (94)  | 52 (26)  | 82,9 (68)                  |
| Szwecja (2)           | 2017                          | –   | 1,2  | 1                                       | 5,3 (2 076)  | 7,3 (1 007)                                      | 4,3 (1 069)                | –  | –  | –                          |
| Wielka Brytania       | 2017                          | 9,9   | 1,0  | 1                                       | 2,1 (2 476)  | 2,7 (1 015)                                      | 1,9 (1 450)                | 18,9 (295)   | 11,7 (70)  | 23,6 (225)                 |
| Turcja                | 2017                          | 0,0   | –  | –                                       | 6,5 (751)  | 9,7 (549)  | 3,4 (202)                  | 0 (0)  | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Norwegia              | 2017                          | 3,9   | 0,8  | 1                                       | 13 (744)   | 10,3 (277)                                       | 15,4 (467)                 | –  | –  | –                          |
| Unia Europejska       | –                             | <b>3,7</b>                                  | <b>1,0</b>   | –                                       | <b>6,1 (28 291)</b>  | <b>6,6 (11 393)</b>                              | <b>5,9 (16 465)</b>        | <b>9,4 (2 871)</b>   | <b>8,8 (1 015)</b>                               | <b>9,3 (1 714)</b>         |
| UE, Turcja i Norwegia | –                             | –   | –  | –                                       | <b>6,2 (29 786)</b>  | <b>6,7 (12 219)</b>                              | <b>6,0 (17 134)</b>        | <b>9,2 (2 871)</b>   | <b>8,4 (1 015)</b>                               | <b>9,2 (1 714)</b>         |

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji młodzieży szkolnej pochodzą z badania ESPAD przeprowadzonego w 2015 r., z wyjątkiem Belgii (2017); jedynie Flandria, Bułgarii (2017), Niemiec (2011), Włoch (2017), Luksemburga (2014; młodzież w wieku 15 lat), Hiszpanii (2016), Szwecji (2017) i Wielkiej Brytanii (2016; jedynie Anglia, młodzież w wieku 15 lat). Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

Dane szacunkowe dotyczące występowania w ogólnej populacji Wielkiej Brytanii dotyczą jedynie Anglii i Walii. Zakresy wiekowe dla poziomów występowania w ogólnej populacji: Francja, Niemcy i Węgry, 18–64, 18–34; Dania i Norwegia, 16–64, 16–34; Malta, 18–65, Szwecja, 17–34; Wielka Brytania, 16–59, 16–34.

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2017 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Estonia i Hiszpania, 2016; Holandia, 2015. Dane dotyczące Niemiec, Szwecji i Norwegii odnoszą się do osób używających „substancji stymulujących innych niż kokaina”.

(1) Ze względu na zmiany w systemie zgłoszeń rozpoczęcia leczenia, przedstawiono jedynie proporcje.

(2) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie odnoszą się do opieki prowadzonej w szpitalach oraz specjalistycznych placówkach leczenia ambulatoryjnego. Przedstawione dane nie są w pełni reprezentatywne dla kraju.

TABELA A4

## MDMA

| Kraj                  | Szacunkowe wskaźniki używania |   |  |   | Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku   |  |                            |
|-----------------------|-------------------------------|---|--|---|---|--|----------------------------|
|                       | Rok przeprowadzenia sondażu   | Ogólna populacja                            |  | Młodzież szkolna                        | % pacjentów uzależnionych od MDMA względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie |  |                            |
|                       |                               | W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64) | W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34) | W ciągu całego życia, uczniowie (15-16) | Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie  | Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy | Pacjenci leczeni uprzednio |
|                       | %                             | %   | %  | % (liczba)                              | % (liczba)  | % (liczba)                                       |                            |
| Belgia                | 2013                          | –   | 0,8  | 2                                       | 0,5 (53)  | 0,8 (32)   | 0,3 (19)                   |
| Bułgaria              | 2016                          | 2,1   | 3,1  | 2                                       | 1,7 (29)  | 1,1 (2)  | 0 (0)                      |
| Czechy                | 2017                          | 5,8   | 2,1  | 3                                       | 0,6 (27)  | 1 (17)   | 0,4 (9)                    |
| Dania                 | 2017                          | 3,2   | 1,5  | 1                                       | 0,3 (16)  | 0,6 (14)   | 0,1 (2)                    |
| Niemcy                | 2015                          | 3,3   | 1,3  | 2                                       | –   | –  | –                          |
| Estonia               | 2008                          | –   | 2,3  | 3                                       | 0,3 (1)   | –  | 0,6 (1)                    |
| Irlandia              | 2015                          | 9,2   | 4,4  | 4                                       | 0,5 (42)  | 0,9 (29)   | 0,3 (13)                   |
| Grecja                | 2015                          | 0,6   | 0,4  | 1                                       | 0,2 (10)  | 0,4 (7)  | 0,1 (3)                    |
| Hiszpania             | 2017                          | 3,6   | 1,2  | 2                                       | 0,2 (89)  | 0,3 (66)   | 0,1 (16)                   |
| Francja               | 2017                          | 3,9   | 1,3  | 2                                       | 0,4 (168)   | 0,4 (54)   | 0,3 (56)                   |
| Chorwacja             | 2015                          | 3,0   | 1,4  | 2                                       | –   | 0,8 (8)  | –                          |
| Włochy                | 2017                          | 2,7   | 0,8  | 1                                       | 0,1 (59)  | 0,2 (34)   | 0,1 (25)                   |
| Cypr                  | 2016                          | 1,1   | 0,3  | 3                                       | 0,1 (1)   | –  | –                          |
| Łotwa                 | 2015                          | 2,4   | 0,8  | 3                                       | 0,4 (3)   | 0,2 (1)  | 0,5 (2)                    |
| Litwa                 | 2016                          | 1,7   | 1,0  | 2                                       | 0,1 (2)   | 0 (0)  | 0,1 (2)                    |
| Luksemburg            | 2014                          | 1,9   | 0,4  | 1                                       | 0,6 (1)   | 2,1 (1)  | –                          |
| Węgry                 | 2015                          | 4,0   | 2,1  | 2                                       | 2,3 (111)   | 1,7 (57)   | 3,7 (41)                   |
| Malta                 | 2013                          | 0,7   | –  | 2                                       | 0,7 (12)  | 0,9 (2)  | 0,6 (10)                   |
| Holandia              | 2017                          | 9,4   | 7,1  | 3                                       | 0,7 (80)  | 1 (67)   | 0,3 (13)                   |
| Austria               | 2015                          | 2,9   | 1,1  | 2                                       | 0,9 (32)  | 1,2 (19)   | 0,6 (13)                   |
| Polska                | 2014                          | 1,6   | 0,9  | 3                                       | 0,3 (23)  | 0,3 (12)   | 0,3 (9)                    |
| Portugalia            | 2016                          | 0,7   | 0,2  | 2                                       | 0,2 (7)   | 0,2 (3)  | 0,3 (4)                    |
| Rumunia               | 2016                          | 0,5   | 0,2  | 2                                       | 0,9 (33)  | 1,2 (30)   | 0,2 (2)                    |
| Słowenia              | 2012                          | 2,1   | 0,8  | 2                                       | 0 (0)   | 0 (0)  | 0 (0)                      |
| Słowacja              | 2015                          | 3,1   | 1,2  | 3                                       | 0,1 (4)   | 0,1 (1)  | 0,1 (2)                    |
| Finlandia             | 2014                          | 3,0   | 2,5  | 1                                       | 0,1 (1)   | 0,4 (1)  | 0 (0)                      |
| Szwecja               | 2017                          | –   | 2,0  | 1                                       | –   | –  | –                          |
| Wielka Brytania       | 2017                          | 10,0  | 3,3  | 4                                       | 0,5 (616)   | 1,1 (415)  | 0,3 (200)                  |
| Turcja                | 2017                          | 0,4   | 0,2  | –                                       | 2 (230)   | 2,9 (161)  | 1,2 (69)                   |
| Norwegia              | 2017                          | 4,1   | 2,2  | 1                                       | –   | –  | –                          |
| Unia Europejska       | –                             | <b>4,1</b>                                  | <b>1,7</b>   | –                                       | <b>0,3 (1 428)</b>  | <b>0,5 (872)</b>                                 | <b>0,2 (442)</b>           |
| UE, Turcja i Norwegia | –                             | –   | –  | –                                       | <b>0,3 (1 658)</b>  | <b>0,6 (1 033)</b>                               | <b>0,2 (511)</b>           |

Rozpowszechnienie używania szacowane dla populacji młodzieży szkolnej pochodzą z badania ESPAD przeprowadzonego w 2015 r., z wyjątkiem Belgii (2017; jedynie Flandria), Bułgarii (2017), Niemiec (2011), Włoch (2017), Luksemburga (2014; młodzież w wieku 15 lat), Hiszpanii (2016), Szwecji (2017) i Wielkiej Brytanii (2016; jedynie Anglia, młodzież w wieku 15 lat). Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne. Dane szacunkowe dotyczące występowania w ogólnej populacji Wielkiej Brytanii dotyczą jedynie Anglii i Walii. Zakresy wiekowe dla poziomów występowania w ogólnej populacji: Francja, Niemcy, Grecja i Węgry, 18–64, 18–34; Dania i Norwegia, 16–64, 16–34; Malta, 18–65, Szwecja, 17–34; Wielka Brytania, 16–59, 16–34.

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2017 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Estonia i Hiszpania, 2016; Holandia, 2015.

TABELA A5

## KONOPIE INDYJSKIE

| Kraj                   | Szacunkowe wskaźniki używania |   |  |   | Osoby podejmujące leczenie w ciągu roku  |  |                            |
|------------------------|-------------------------------|---|--|---|--|--|----------------------------|
|                        | Ogólna populacja              |   |  | Młodzież szkolna                        | % pacjentów uzależnionych od konopi indyjskich względem wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie |  |                            |
|                        | Rok przeprowadzenia sondażu   | W ciągu całego życia, osoby dorosłe (15-64) | W ciągu ostatnich 12 miesięcy, młode osoby dorosłe (15-34) | W ciągu całego życia, uczniowie (15-16) | Wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie   | Pacjenci rozpoczynający leczenie po raz pierwszy | Pacjenci leczeni uprzednio |
|                        |                               | %   | %  | %                                       |  |  |                            |
| Belgia                 | 2013                          | 15,0  | 10,1   | 18                                      | 34,2 (3 786)   | 50,7 (2 132)                                     | 23,2 (1 487)               |
| Bułgaria               | 2016                          | 8,3   | 10,3   | 20                                      | 9,9 (166)  | 5 (9)  | 2,5 (17)                   |
| Czechy                 | 2017                          | 28,6  | 19,3   | 37                                      | 23,6 (988)   | 28,4 (501)                                       | 19,6 (433)                 |
| Dania                  | 2017                          | 38,4  | 15,4   | 12                                      | 62,7 (3 069)   | 65,9 (1 501)                                     | 59,5 (1 435)               |
| Niemcy <sup>(1)</sup>  | 2015                          | 27,2  | 13,3   | 19                                      | 43,1 (-)   | 64,1 (-)   | -                          |
| Estonia                | 2008                          | -   | 13,6   | 25                                      | 1 (3)  | 2,3 (2)  | 0,6 (1)                    |
| Irlandia               | 2015                          | 27,9  | 13,8   | 19                                      | 24,6 (2 102)   | 39 (1 270)                                       | 14,6 (712)                 |
| Grecja                 | 2015                          | 11,0  | 4,5  | 9                                       | 26,9 (1 148)   | 46,1 (773)                                       | 14,7 (373)                 |
| Hiszpania              | 2017                          | 35,2  | 18,3   | 31                                      | 29,2 (13 304)  | 40,7 (9 278)                                     | 15,9 (3 208)               |
| Francja                | 2017                          | 44,8  | 21,8   | 31                                      | 59,6 (28 205)  | 74,4 (9 828)                                     | 41,1 (7 517)               |
| Chorwacja              | 2015                          | 19,4  | 16,0   | 21                                      | -  | 62,9 (602)                                       | -                          |
| Włochy                 | 2017                          | 32,7  | 20,9   | 19                                      | 21,8 (10 155)  | 30,9 (6 483)                                     | 14,3 (3 672)               |
| Cypr                   | 2016                          | 12,1  | 4,3  | 7                                       | 52,7 (444)   | 67,5 (284)                                       | 28,4 (93)                  |
| Łotwa                  | 2015                          | 9,8   | 10,0   | 17                                      | 24 (194)   | 36 (154)   | 10,6 (40)                  |
| Litwa                  | 2016                          | 10,8  | 6,0  | 18                                      | 6,5 (110)  | 22,7 (55)  | 3,5 (50)                   |
| Luksemburg             | 2014                          | 23,3  | 9,8  | 20                                      | 16,2 (29)  | 22,9 (11)  | 13,9 (11)                  |
| Węgry                  | 2015                          | 7,4   | 3,5  | 13                                      | 63 (3 031)   | 68,2 (2 310)                                     | 49,2 (542)                 |
| Malta                  | 2013                          | 4,3   | -  | 13                                      | 9,1 (167)  | 19 (44)  | 7,7 (123)                  |
| Holandia               | 2017                          | 26,6  | 17,5   | 22                                      | 47,3 (5 202)   | 55,5 (3 625)                                     | 35,4 (1 577)               |
| Austria                | 2015                          | 23,6  | 14,1   | 20                                      | 33,2 (1 222)   | 51,7 (802)                                       | 19,7 (420)                 |
| Polska                 | 2014                          | 16,2  | 9,8  | 24                                      | 31,2 (2 209)   | 39 (1 390)                                       | 23,2 (796)                 |
| Portugalia             | 2016                          | 11,0  | 8,0  | 15                                      | 37,2 (1 120)   | 51,8 (848)                                       | 19,8 (272)                 |
| Rumunia                | 2016                          | 5,8   | 5,8  | 8                                       | 49,3 (1 764)   | 62,4 (1 585)                                     | 15,8 (153)                 |
| Słowenia               | 2012                          | 15,8  | 10,3   | 25                                      | 6,1 (15)   | 19,4 (12)  | 1,7 (3)                    |
| Słowacja               | 2015                          | 15,8  | 9,3  | 26                                      | 25,7 (743)   | 38,5 (495)                                       | 14,3 (218)                 |
| Finlandia              | 2014                          | 21,7  | 13,5   | 8                                       | 18 (128)   | 31,3 (79)  | 10,7 (49)                  |
| Szwecja <sup>(2)</sup> | 2017                          | -   | 9,6  | 6                                       | 10 (3 878)   | 15,4 (2 125)                                     | 7 (1 753)                  |
| Wielka Brytania        | 2017                          | 30  | 12,3   | 19                                      | 24,2 (27 920)  | 45,3 (16 733)                                    | 14,2 (11 114)              |
| Turcja                 | 2017                          | 2,7   | 1,9  | -                                       | 6,4 (745)  | 9,2 (520)  | 3,8 (225)                  |
| Norwegia               | 2017                          | 24,5  | 10,1   | 7                                       | 28,8 (1 651)   | 36,8 (989)                                       | 21,8 (662)                 |
| Unia Europejska        | -                             | <b>27,4</b>                                 | <b>14,4</b>  | -                                       | <b>32,7 (152 373)</b>  | <b>47,0 (81 566)</b>                             | <b>17,5 (58 103)</b>       |
| UE, Turcja i Norwegia  | -                             | -   | -  | -                                       | <b>32,0 (154 769)</b>  | <b>45,7 (83 075)</b>                             | <b>17,2 (58 990)</b>       |

Szacunkowe wskaźniki używania dla populacji młodzieży szkolnej pochodzą z badania ESPAD przeprowadzonego w 2015 r., z wyjątkiem Belgii (2017; jedynie Flandria), Bułgarii (2017), Niemiec (2011), Włoch (2017), Luksemburga (2014; młodzież w wieku 15 lat), Hiszpanii (2016), Szwecji (2017) i Wielkiej Brytanii (2016; jedynie Anglia, młodzież w wieku 15 lat). Ze względu na niepewności związane z procedurami zbierania danych, dane z Łotwy mogą nie być porównywalne.

Dane szacunkowe dotyczące występowania w ogólnej populacji Wielkiej Brytanii dotyczą jedynie Anglii i Walii. Zakresy wiekowe dla poziomów występowania w ogólnej populacji: Francja, Niemcy, Grecja i Węgry, 18–64, 18–34; Dania i Norwegia, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Szwecja, 17–34; Wielka Brytania, 16–59, 16–34.

Dane na temat osób podejmujących leczenie dotyczą 2017 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne: Estonia i Hiszpania, 2016; Holandia, 2015.

(<sup>1</sup>) Ze względu na zmiany w systemie zgłoszeń rozpoczęcia leczenia, przedstawiono jedynie proporcje.

(<sup>2</sup>) Dane dotyczące pacjentów podejmujących leczenie odnoszą się do opieki prowadzonej w szpitalach oraz specjalistycznych placówkach leczenia ambulatoryjnego. Przedstawione dane nie są w pełni reprezentatywne dla kraju.

TABELA A6

## INNE WSKAŹNIKI

| Kraj                           | Zgony związane z narkotykami |                         |   | Przypadki zdiagnozowanego zakażenia HIV związane z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji (ECDC) | Dane szacunkowe dotyczące przyjmowania narkotyków drogą iniekcji |                                 | Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów |
|--------------------------------|------------------------------|-------------------------|---|---|--|---------------------------------|--|
|                                | Rok                          | Wszystkie grupy wiekowe | Osoby w wieku 15–64                       |   | Rok szacunku   | Liczba przypadków na 1 000 osób |  |
|                                |                              | liczba                  | Liczba przypadków na milion osób (liczba) | Liczba przypadków na milion osób (liczba)   |  |                                 | liczba   |
| Belgia                         | 2014                         | 61                      | 8 (60)                                    | 0,6 (7)   | 2015   | 2,32-4,61                       | 1 203 077  |
| Bułgaria                       | 2017                         | 18                      | 4 (18)                                    | 4,4 (31)  | –  | –                               | 52 927   |
| Czechy                         | 2017                         | 42                      | 5 (35)                                    | 0,5 (5)   | 2017   | 6,18-6,47                       | 6 409 862  |
| Dania <sup>(1)</sup>           | 2016                         | 237                     | 55 (202)                                  | 1 (6)   | –  | –                               | –  |
| Niemcy <sup>(1) (2)</sup>      | 2017                         | 1 272                   | 21 (1 120)                                | 1,5 (127)   | –  | –                               | –  |
| Estonia                        | 2017                         | 110                     | 130 (110)                                 | 10,6 (14)   | 2015   | 9,01-11,25                      | 1 997 158  |
| Irlandia                       | 2015                         | 224                     | 69 (215)                                  | 2,9 (14)  | –  | –                               | 519 578  |
| Grecja                         | 2017                         | 62                      | – (–)                                     | 8 (86)  | 2017   | 0,43-0,68                       | 278 415  |
| Hiszpania <sup>(3)</sup>       | 2016                         | 483                     | 16 (482)                                  | 2,3 (105)   | 2016   | 0,25-0,57                       | 1 503 111  |
| Francja <sup>(4)</sup>         | 2015                         | 373                     | 7 (299)                                   | 0,6 (43)  | 2017   | 2,58-3,29                       | 11 907 416   |
| Chorwacja                      | 2017                         | 65                      | 23 (64)                                   | 0 (0)   | 2015   | 1,79-2,87                       | 244 299  |
| Włochy                         | 2017                         | 294                     | 8 (293)                                   | 1,6 (94)  | –  | –                               | –  |
| Cypr                           | 2017                         | 16                      | 26 (15)                                   | 0 (0)   | 2017   | 0,38-0,59                       | 245  |
| Łotwa                          | 2017                         | 22                      | 17 (22)                                   | 40 (78)   | 2016   | 5,31-6,83                       | 833 817  |
| Litwa                          | 2017                         | 83                      | 44 (83)                                   | 47,8 (136)  | 2016   | 4,37-4,89                       | 251 370  |
| Luksemburg                     | 2017                         | 8                       | 19 (8)                                    | 15,2 (9)  | 2015   | 3,77                            | 447 681  |
| Węgry                          | 2017                         | 33                      | 5 (33)                                    | 0,1 (1)   | 2015   | 0,98                            | 137 580  |
| Malta                          | 2017                         | 5                       | 16 (5)                                    | 0 (0)   | –  | –                               | 315 541  |
| Holandia                       | 2017                         | 262                     | 22 (243)                                  | 0,1 (2)   | 2015   | 0,07-0,09                       | –  |
| Austria                        | 2017                         | 154                     | 26 (151)                                  | 1,4 (12)  | –  | –                               | 6 293 593  |
| Polska <sup>(1)</sup>          | 2016                         | 204                     | 7 (181)                                   | 0,7 (27)  | –  | –                               | 59 958   |
| Portugalia                     | 2016                         | 30                      | 4 (30)                                    | 1,7 (18)  | 2015   | 1,00-4,46                       | 1 421 666  |
| Rumunia <sup>(5)</sup>         | 2017                         | 32                      | 2 (32)                                    | 4,4 (86)  | –  | –                               | 1 095 284  |
| Słowenia                       | 2017                         | 47                      | 32 (44)                                   | 0 (0)   | –  | –                               | 578 926  |
| Słowacja                       | 2017                         | 19                      | 5 (18)                                    | 0 (0)   | –  | –                               | 395 877  |
| Finlandia                      | 2017                         | 200                     | 55 (189)                                  | 1,8 (10)  | 2012   | 4,1-6,7                         | 5 824 467  |
| Szwecja                        | 2017                         | 626                     | 92 (574)                                  | 2 (20)  | –  | –                               | 517 381  |
| Wielka Brytania <sup>(6)</sup> | 2016                         | 3 256                   | 74 (3 108)                                | 1,7 (115)   | 2004-11  | 2,87-3,22                       | –  |
| Turcja <sup>(1)</sup>          | 2017                         | 941                     | 17 (907)                                  | 0,2 (14)  | –  | –                               | –  |
| Norwegia                       | 2016                         | 282                     | 75 (258)                                  | 1,3 (7)   | 2016   | 2,15-3,04                       | 2 884 230  |
| Unia Europejska                | –                            | 8 238                   | 23 (7 634)                                | 2,0 (1 046)   | –  | –                               | –  |
| UE, Turcja i Norwegia          | –                            | 9 461                   | 22,6 (8 799)                              | 1,8 (1 067)   | –  | –                               | –  |

(1) W niektórych przypadkach zakres wiekowy nie jest określony; te przypadki nie zostały uwzględnione w obliczeniach wskaźnika umieralności: Niemcy (147), Dania (5), Polska (1), Turcja (22).

(2) Dane nt. HIV w Niemczech dotyczą 2016 r.

(3) Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach specjalistycznych programów w 2016 r.

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

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

(6) Dane dotyczące strzykawek w Wielkiej Brytanii: Anglia, brak danych, Szkocja 4 401 387 oraz Walia 2 630 382 (obydwa w 2017 r.); Irlandia Północna 310 005 (2016).



TABELA A7

## KONFISKATY

| Kraj                         | Heroina             |                  | Kokaina             |                  | Amfetaminy          |                  | MDMA, MDA, MDEA           |                  |
|------------------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------------|------------------|
|                              | Skonfiskowana ilość | Liczba konfiskat | Skonfiskowana ilość | Liczba konfiskat | Skonfiskowana ilość | Liczba konfiskat | Skonfiskowana ilość       | Liczba konfiskat |
|                              | kg                  | liczba           | kg                  | liczba           | kg                  | liczba           | tabletki (kg)             | liczba           |
| Belgia                       | 53                  | 1 790            | 44 752              | 4 695            | 163                 | 2 855            | 491 183 (-)               | 1 692            |
| Bułgaria                     | 698                 | 32               | 42                  | 30               | 406                 | 80               | 2 335 (322)               | 41               |
| Czechy                       | 19                  | 90               | 27                  | 227              | 95                  | 1 703            | 15 279 (5)                | 387              |
| Dania                        | 16                  | 561              | 151                 | 4 786            | 322                 | 2 244            | 2 731 476 (34)            | 933              |
| Niemcy                       | 298                 | -                | 8 166               | -                | 1 784               | -                | 693 668 (-)               | -                |
| Estonia                      | <0,1                | 3                | 17                  | 154              | 33                  | 454              | - (6)                     | 310              |
| Irlandia                     | -                   | 765              | -                   | 792              | -                   | 91               | - (-)                     | 344              |
| Grecja                       | 359                 | 1 952            | 234                 | 596              | 164                 | 16               | 589 (6)                   | 83               |
| Hiszpania                    | 524                 | 7 283            | 40 960              | 42 206           | 272                 | 4 505            | 363 138 (-)               | 3 569            |
| Francja                      | 658                 | 4 544            | 17 500              | 12 214           | 405                 | 773              | 1 130 839 (-)             | 1 073            |
| Chorwacja                    | 27                  | 140              | 466                 | 418              | 38                  | 775              | - (9)                     | 743              |
| Włochy                       | 610                 | 2 296            | 4 084               | 7 812            | 72                  | 271              | 10 844 (8)                | 267              |
| Cypr                         | 0,4                 | 4                | 8                   | 118              | 1                   | 73               | 159 (3)                   | 13               |
| Łotwa                        | 0,2                 | 66               | 2                   | 61               | 21                  | 502              | 3 660 (28)                | 169              |
| Litwa                        | 4                   | 173              | 623                 | 98               | 28                  | 278              | - (22)                    | 140              |
| Luksemburg                   | 1                   | 69               | 3                   | 222              | 0,2                 | 26               | 956 (<0,1)                | 25               |
| Węgry                        | 21                  | 34               | 6                   | 276              | 25                  | 973              | 51 836 (1)                | 650              |
| Malta                        | 13                  | 25               | 0,3                 | 232              | <0,1                | 1                | 405 (<0,1)                | 99               |
| Holandia (*)                 | 1 110               | -                | 14 629              | -                | 146                 | -                | - (1 250)                 | -                |
| Austria                      | 70                  | 967              | 71                  | 1 571            | 55                  | 1 488            | 446 465 (4)               | 1 183            |
| Polska                       | 2                   | 2                | 69                  | 9                | 608                 | 33               | - (-)                     | -                |
| Portugalia                   | 29                  | 492              | 2 734               | 816              | 1                   | 51               | 1 598 (2)                 | 282              |
| Rumunia                      | 4                   | 222              | 8                   | 169              | 2                   | 115              | 18 810 (0,9)              | 477              |
| Słowenia                     | 11                  | 286              | 12                  | 277              | 6                   | 242              | 1 537 (1)                 | 63               |
| Słowacja                     | 0,6                 | 41               | 3                   | 42               | 4                   | 661              | 2 448 (<0,1)              | 74               |
| Finlandia                    | 0,4                 | 138              | 7                   | 383              | 259                 | 2 263            | 66 420 (-)                | 695              |
| Szwecja                      | 45                  | 675              | 162                 | 3 640            | 770                 | 5 524            | 34 919 (24)               | 1 993            |
| Wielka Brytania              | 844                 | 11 075           | 5 697               | 18 912           | 1 356               | 4 043            | 513 259 (2)               | 3 483            |
| Turcja                       | 17 385              | 12 932           | 1 476               | 3 829            | 7 268               | 9 405            | 8 606 765 (-)             | 6 663            |
| Norwegia                     | 99                  | 628              | 80                  | 1 185            | 503                 | 5 734            | 33 657 (12)               | 1 122            |
| <b>Unia Europejska</b>       | <b>5 418</b>        | <b>36 786</b>    | <b>140 435</b>      | <b>104 348</b>   | <b>7 037</b>        | <b>43 720</b>    | <b>6 581 823 (1 727)</b>  | <b>22 803</b>    |
| <b>UE, Turcja i Norwegia</b> | <b>22 902</b>       | <b>50 346</b>    | <b>141 990</b>      | <b>109 362</b>   | <b>14 808</b>       | <b>58 859</b>    | <b>15 222 245 (1 739)</b> | <b>30 588</b>    |

Pojęcie „amfetaminy” obejmuje amfetaminę oraz metamfetaminę.

Uwagi: Wszystkie dane dotyczą 2017 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne.

(\*) Dane dotyczące liczby konfiskat i ilości nie obejmują danych z wszystkich jednostek organów ścigania i powinny być uznawane za wartości częściowe, minimalne. Większość dużych konfiskat to konfiskaty kokainy.

TABELA A7

## KONFISKATY (c.d.)

| Kraj                         | Haszysz             |                  | Marihuana           |                  | Konopie indyjskie (rośliny) |                  |
|------------------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|-----------------------------|------------------|
|                              | Skonfiskowana ilość | Liczba konfiskat | Skonfiskowana ilość | Liczba konfiskat | Skonfiskowana ilość         | Liczba konfiskat |
|                              | kg                  | liczba           | kg                  | liczba           | rośliny (kg)                | liczba           |
| Belgia                       | 947                 | 6 133            | 946                 | 28 519           | 416 576 (-)                 | 1 234            |
| Bułgaria                     | 0,2                 | 9                | 1 580               | 57               | 16 087 (33 822)             | 102              |
| Czechy                       | 9                   | 173              | 1 095               | 5 369            | 54 392 (-)                  | 502              |
| Dania                        | 6 637               | 16 678           | 293                 | 1 803            | 38 859 (236)                | 380              |
| Niemcy                       | 1 295               | -                | 7 731               | -                | 101 598 (-)                 | -                |
| Estonia                      | 80                  | 54               | 54                  | 823              | - (24)                      | 35               |
| Irlandia                     | -                   | 257              | -                   | 1 546            | - (-)                       | 280              |
| Grecja                       | 6 251               | 257              | 24 940              | 8 866            | 46 907 (-)                  | 742              |
| Hiszpania                    | 334 919             | 157 346          | 34 517              | 151 968          | 1 124 674 (-)               | 3 038            |
| Francja                      | 67 300              | 82 797           | 20 200              | 44 301           | 137 074 (-)                 | 395              |
| Chorwacja                    | 8                   | 351              | 2 410               | 7 057            | 7 405 (-)                   | 213              |
| Włochy                       | 18 755              | 8 922            | 90 097              | 11 253           | 265 635 (-)                 | 1 545            |
| Cypr                         | 1                   | 8                | 151                 | 826              | 161 (-)                     | 23               |
| Łotwa                        | 202                 | 36               | 43                  | 848              | - (102)                     | 55               |
| Litwa                        | 2 089               | 53               | 124                 | 924              | - (-)                       | -                |
| Luksemburg                   | 19                  | 348              | 113                 | 935              | 74 (-)                      | 13               |
| Węgry                        | 114                 | 153              | 3 674               | 3 751            | 5 287 (-)                   | 156              |
| Malta                        | 591                 | 109              | 0,2                 | 175              | 11 (-)                      | 5                |
| Holandia (*)                 | 942                 | -                | 3 104               | -                | 722 618 (-)                 | -                |
| Austria                      | 100                 | 1 841            | 1 557               | 16 969           | 31 102 (-)                  | 533              |
| Polska                       | 1 237               | 18               | 1 043               | 93               | 448 (-)                     | 8                |
| Portugalia                   | 14 790              | 3 647            | 410                 | 437              | 22 910 (-)                  | 158              |
| Rumunia                      | 6                   | 185              | 276                 | 2 861            | 6 780 (1 540)               | 179              |
| Słowenia                     | 20                  | 126              | 838                 | 3 768            | 13 594 (-)                  | 218              |
| Słowacja                     | 1                   | 26               | 144                 | 1 115            | 2 299 (-)                   | 31               |
| Finlandia                    | 693                 | 252              | 322                 | 1 158            | 15 200 (-)                  | 1 150            |
| Szwecja                      | 2 809               | 13 140           | 1 125               | 8 825            | - (-)                       | -                |
| Wielka Brytania              | 6 281               | 12 093           | 12 615              | 103 695          | 340 531 (-)                 | 9 583            |
| Turcja                       | 81 429              | 8 718            | 94 379              | 41 929           | - (-)                       | 3 143            |
| Norwegia                     | 2 035               | 9 533            | 385                 | 3 473            | - (43)                      | 167              |
| <b>Unia Europejska</b>       | <b>466 097</b>      | <b>311 071</b>   | <b>209 401</b>      | <b>440 295</b>   | <b>3 370 222 (35 725)</b>   | <b>22 745</b>    |
| <b>UE, Turcja i Norwegia</b> | <b>549 561</b>      | <b>329 322</b>   | <b>304 165</b>      | <b>485 697</b>   | <b>3 370 222 (35 768)</b>   | <b>26 055</b>    |

Uwagi: Wszystkie dane dotyczą 2017 r. lub ostatniego roku, za który są dostępne.

(\*) Dane dotyczące liczby konfiskat i ilości nie obejmują danych ze wszystkich jednostek organów ścigania i powinny być uznawane za wartości częściowe, minimalne.

## Jak skontaktować się z UE

### Osobiście

W całej Unii Europejskiej istnieje kilkaset centrów informacyjnych Europe Direct. Adres najbliższego centrum można znaleźć na stronie: [https://europa.eu/european-union/contact\\_pl](https://europa.eu/european-union/contact_pl).

### Telefonicznie lub drogą mailową

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

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

## Wyszukiwanie informacji o UE

### Online

Informacje o Unii Europejskiej są dostępne we wszystkich językach urzędowych UE w portalu Europa: [https://europa.eu/european-union/index\\_pl](https://europa.eu/european-union/index_pl).

### Publikacje UE

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

### Prawo UE i powiązane dokumenty

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

### Portal Otwartych Danych UE

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

## Informacje o raporcie

Raport pt. „Tendencje i osiągnięcia” (Trends and Developments) stanowi ogólny przegląd zjawiska narkomanii w Europie, poruszając takie tematy, jak podaż narkotyków, używanie narkotyków, problemy związane ze zdrowiem publicznym oraz polityka narkotykowa i odpowiedzi na zjawisko używania narkotyków. Raport ten, wspólnie z internetowym [Statistical Bulletin \(Biuletynem statystycznym\)](#) oraz 30 [Country Drug Reports \(Raportami krajowymi na temat narkotyków\)](#), tworzy pakiet zatytułowany „Europejski raport narkotykowy na rok 2019”.

## O EMCDDA

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

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

