|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

Europejski raport narkotykowy na rok 2015 – 20 lat monitorowania

EMCDDA bada nową dynamikę i skalę problemu narkotykowego w Europie

(04.06.2015, Lizbona **EMBARGO godz. 10.00 czasu zachodnioeuropejskiego/lizbońskiego**) Zmieniająca się dynamika na rynku heroiny, nowo odkryte skutki używania konopi indyjskich oraz nowe cechy i skala rynku środków pobudzających oraz „nowych narkotyków” znalazły się wśród tematów poruszonych przez **agencję UE ds. narkotyków (EMCDDA)** w opublikowanym dziś w Lizbonie ***Europejskim raporcie narkotykowym na rok 2015:*** ***Tendencje i osiągnięcia*** (1). W corocznym przeglądzie agencja przedstawia wnioski dotyczące 20 lat monitorowania oraz analizuje globalne skutki i lokalne konsekwencje nieustannie zmieniającego się problemu narkotykowego w Europie.

**Komisarz do spraw migracji, spraw wewnętrznych i obywatelstwa Dimitris Avramopoulos** powiedział: „Raport wskazuje, że mamy do czynienia z szybko zmieniającym się, zglobalizowanymrynkiem narkotyków i dlatego wspólnie musimy szybko i zdecydowanie reagować na zagrożenie narkotykowe. Szczególnie niepokoi mnie fakt, że Internet staje się nowym, coraz istotniejszym źródłem podaży zarówno kontrolowanych, jak i niekontrolowanych substancji psychoaktywnych”.

**Komisarz Avramopoulos** dodał: „Europa odgrywa czołową rolę w walce ze zjawiskiem »nowych narkotyków«. Będziemy kontynuować te wysiłki dla dobra oraz bezpieczeństwa naszych obywateli. W 2014 r. doniesiono o wykryciu 101 nowych, niekontrolowanych substancji psychoaktywnych, które stanowią wyzwanie dla dotychczasowych mechanizmów kontroli. Czekam na nadchodzące ustawodawstwo UE w tej dziedzinie, które jest obecnie przedmiotem negocjacji. Poprawi ono naszą zdolność reagowania i wyposaży nas w lepsze instrumenty, które pozwolą szybciej i skuteczniej radzić sobie z tymi substancjami”.

**Heroina wykazuje tendencję spadkową, ale zmiany na rynku wymagają ścisłego monitorowania**

Problemy powodowane przez heroinę nadal stanowią znaczną część kosztów zdrowotnych i społecznych związanych z narkotykami w Europie, ale najnowsze tendencje w tej dziedzinie są zdaniem **EMCDDA** „stosunkowo korzystne”, gdyż odnotowano „ogólny brak wzrostu popytu na ten narkotyk”. Zmniejszyła się liczba osób rozpoczynających po raz pierwszy specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w związku z problemami z heroiną: w 2013 r. wyniosła ona 23 000 w porównaniu z 59 000 w 2007 r. Szacuje się też, że ponad połowa (700 000) z 1,3 mln osób problemowo używających opioidów w Europie (tj. uzależnionych długoletnich użytkowników) jest objęta leczeniem substytucyjnym (wykres 3.6).

Dane na temat zgłoszonych konfiskat, które pozwalają określić tendencje w podaży heroiny, także wskazują na spadek - ilość heroiny przechwyconej w UE w 2013 r. (5,6 tony) była jedną z najniższych odnotowanych w ciągu ostatnich 10 lat i stanowiła połowę ilości skonfiskowanej w 2002 r. (10 ton). Zmniejszyła się także liczba konfiskat heroiny – z około 45 000 w 2002 r. do 32 000 w roku 2013 (wykres 1.6). Na tym pozytywnym tle **EMCDDA** dostrzega jednak pewne zmiany na rynku, które wymagają ścisłego monitorowania.

Na przykład najnowsze szacunki **ONZ** (2) sugerują, iż w latach 2013–2014 nastąpił znaczny wzrost produkcji opium w **Afganistanie**, czyli kraju, który dostarcza większość heroiny konsumowanej w Europie. Może to potencjalnie doprowadzić do zwiększenia dostępności heroiny na rynku europejskim. Zwrócono także uwagę na nowe zjawiska widoczne na rynku narkotykowym, na przykład wykrycie w Europie po raz pierwszy od lat 70. XX wieku laboratoriów przetwarzających heroinę. W **Hiszpanii** w 2013 i 2014 r. odkryto dwa laboratoria przekształcające morfinę w heroinę.

Zaobserwowano również zmiany w przemycie heroiny do Europy. Najważniejszy pozostaje tradycyjny **„szlak bałkański”**, ale pojawiają się oznaki, że na popularności zyskuje **„szlak południowy”** (ma on początek w Iranie i Pakistanie, przez Europę bezpośrednio lub pośrednio przez kraje Półwyspu Arabskiego oraz wschodniej, południowej i zachodniej Afryki). Opublikowana dziś nowa analiza przemytu opioidów z **Azji** do **Europy** wskazuje na zróżnicowanie produktów w obrocie (np. morfina i opium oprócz heroiny) oraz wykorzystywanych środków transportu i tras (zob. „Perspektywy dotyczące narkotyków” *Perspectives on Drugs*/POD).

Komentując opublikowany raport, **dyrektor EMCDDA Wolfgang Götz** stwierdził: „Na przebieg szlaków przemytu może wpływać wiele czynników, takich jak zmiany w działaniu organów ścigania, niestabilność i konflikty zbrojne oraz duża liczba szybkich połączeń powstałych wskutek globalizacji. Obecnie obserwujemy znaczny wzrost produkcji opium w Afganistanie oraz zróżnicowanie zarówno pod względem produktów będących przedmiotem handlu, jak i metod przemytu oraz wykorzystywanych tras. Dodatkową komplikacją jest to, że kluczowe etapy procesu produkcyjnego heroiny odbywają się obecnie w Europie. Każda możliwość powrotu problemów powodowanych przez heroinę niepokoi, więc niezbędne jest ścisłe monitorowanie sytuacji”.

Oprócz heroiny wśród pozostałych opioidów konfiskowanych przez organy ścigania w krajach europejskich w 2013 r. znalazło się opium, wyprodukowane domowymi metodami preparaty zawierające opium (np. „kompot”) oraz produkty lecznicze, takie jak morfina, metadon, buprenorfina, fentanyl i tramadol, jak też nowe syntetyczne opioidy.

**Popyt na usługi dostosowane do potrzeb starszych użytkowników opioidów**

Uzależnienie od opioidów ma często charakter przewlekły, a zapewnienie odpowiedniego leczenia i opieki długoletnim użytkownikom tych substancji stanowi dziś coraz większe wyzwanie z punktu widzenia leczenia farmakologicznego i usług pomocy społecznej. W raporcie wskazano, że średni wiek osób rozpoczynających leczenie w związku z opioidami rośnie – od 2006 do 2013 r. mediana wieku zwiększyła się o pięć lat (wykres 2.11). Znaczna liczba użytkowników opioidów w Europie, którzy przez długi czas używali większej liczby narkotyków, jest obecnie w wieku od 40 do 50 lat. Zły stan zdrowia fizycznego i psychicznego, niewłaściwe warunki życia, zakażenia oraz nadużywanie wielu substancji (w tym alkoholu i tytoniu) czynią tę grupę podatną na liczne przewlekłe problemy ze zdrowiem (np. choroby układu krążenia, płuc i wątroby).

W raporcie stwierdza się: „Potrzebne są wytyczne kliniczne, które uwzględnią zmiany demograficzne wśród osób problemowo używających opioidów w Europie”. Przyczynią się one do skutecznej praktyki klinicznej, obejmując takie zagadnienia, jak interakcje między lekami, dawkowanie wydawanych do domu leków stosowanych w leczeniu substytucyjnym (np. metadonu, buprenorfiny), uśmierzanie bólu i leczenie zakażeń. Niewiele krajów zgłosiło dostępność programów skierowanych do starszych użytkowników narkotyków. Grupa ta korzysta zwykle z istniejących usług leczenia odwykowego (wykres 3.10). Jednym z niewielu krajów, gdzie powstały domy spokojnej starości dostosowane do potrzeb starszych użytkowników narkotyków, jest **Holandia**.

**Poprawa skuteczności leczenia zapalenia wątroby typu C oraz zatrzymanie wzrostu liczby przypadków zdiagnozowanego zakażenia HIV**

Wirusowe zapalenie wątroby typu C, które przenosi się przez wspólnie używane igły, strzykawki i inny sprzęt do iniekcji, jest najczęściej występującą chorobą zakaźną wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w Europie. W próbach poszczególnych państw odsetek użytkowników zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C w latach 2012–2013 wahał się od 14% do 84% (wykres 2.14). WZW typu C często przebiega bezobjawowo i może pozostać nierozpoznane przez kilkadziesiąt lat. U wielu zakażonych osób rozwija się przewlekłe zapalenie wątroby oraz wzrasta ryzyko rozwoju chorób tego narządu (np. marskości lub raka).

Coraz więcej krajów przyjmuje lub opracowuje specjalne strategie dotyczące WZW typu C, których celem jest w szczególności zapewnienie dostępu do testów wykrywających chorobę. Mimo że dostępne są nowe leki przeciwwirusowe, które powstrzymują postępy choroby lub umożliwiają całkowite wyleczenie, brak diagnozy oraz wysokie koszty leków ograniczają możliwość zastosowania nowych metod leczenia.

Według najnowszych danych wzrost liczby zdiagnozowanych przypadków HIV przypisywanych przyjmowaniu narkotyków drogą iniekcji w Europie, który wynikał z ognisk zakażeń w **Grecji** i **Rumunii** w latach 2011–2012, został powstrzymany, a ogólna ich liczba w UE spadła do poziomu sprzed pojawienia się ognisk (wykres 2.13). Według wstępnych danych w 2013 r. odnotowano 1 458 nowych przypadków w porównaniu z 1 974 w 2012 r., co oznacza odwrócenie trendu wzrostowego obserwowanego od 2010 r. Mimo postępów w tej dziedzinie **EMCDDA** podkreśla potrzebę zachowania czujności i świadczenia odpowiednich usług.

**Walka z przedawkowaniem narkotyków – wyzwanie dla polityki w obszarze zdrowia publicznego**

Zmniejszenie liczby przypadków przedawkowania narkotyków ze skutkiem śmiertelnym i innych zgonów związanych z narkotykami (np. wskutek chorób spowodowanych ich zażywaniem, wypadków i samobójstw) pozostaje obecnie ważnym wyzwaniem dla polityki w obszarze zdrowia publicznego. Szacuje się, że w 2013 r. w UE doszło do co najmniej 6 100 zgonów spowodowanych przedawkowaniem, głównie heroiny i innych opioidów.

W towarzyszącej dzisiejszemu raportowi nowej analizie zwraca się uwagę na nadużywanie benzodiazepin wśród osób ryzykownie używających opioidów, które mogą przyjmować te leki w ramach samodzielnego leczenia lub aby wzmocnić działanie tych ostatnich (zob. POD). Z analizy tej wynika, że używanie opioidów w połączeniu z benzodiazepinami i innymi środkami działającymi depresyjnie na centralny układ nerwowy (np. alkoholem) przyczynia się do zwiększenia ryzyka zgonu wskutek przedawkowania. Ważną rolę w radzeniu sobie z tym złożonym problemem mogą odegrać wytyczne dotyczące przepisywania leków i praktyki klinicznej.

Wśród interwencji mających na celu zapobieganie przedawkowaniu wyróżnia się ukierunkowane strategie, edukacja w zakresie ryzyka oraz szkolenia dotyczące postępowania w przypadku przedawkowania, w tym wydawanie pacjentom do domu naloksonu (3). Niektóre kraje od lat stosują ponadto praktykę zapewnienia „nadzorowanych pomieszczeń do konsumpcji narkotyków”. Usługi takie świadczy obecnie sześć krajów przekazujących dane **EMCDDA**, w których działa około 70 takich obiektów (**Dania, Niemcy, Hiszpania, Luksemburg, Holandia i Norwegia**), a we **Francji** niedawno zaaprobowano pilotażowy projekt udostępnienia takich pomieszczeń. Do tegorocznej analizy załączono przegląd usług świadczonych w takich miejscach (zob. POD), w którym opisano, jak pozwalają one wdrożyć „lokalną reakcję” na „lokalne problemy”. Pomieszczenia do konsumpcji narkotyków mogą między innymi odegrać rolę w ograniczeniu szkód związanych z narkotykami (w tym zgonów wskutek przedawkowania) i posłużyć jako miejsca świadczenia usług zdrowotnych użytkownikom narkotyków, do których trudno jest dotrzeć.

**Coraz większe znaczenie konopi z punktu widzenia systemów leczenia uzależnień w Europie**

Konopie indyjskie pozostają najczęściej spożywanym narkotykiem w Europie: około 19,3 mln dorosłych w wieku od 15 do 64 lat zgłasza ich użycie w ciągu ubiegłego roku, przy czym 14,6 mln z tej liczby stanowią młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat). Szacuje się, że około 1% wszystkich dorosłych to osoby używające konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie.

Badania wśród mieszkańców trzech krajów (**Niemiec, Hiszpanii** i **Zjednoczonego Królestwa**) wskazują na malejące lub stabilne rozpowszechnienie konopi indyjskich w ostatniej dekadzie. Z kolei wzrost ich użycia obserwuje się w **Bułgarii**, **Francji** i **czterech** krajach skandynawskich (**Danii, Finlandii, Szwecji oraz Norwegii**). Łącznie najnowsze wyniki badań sondażowych wskazują na rozbieżne tendencje dotyczące używania konopi w zeszłym roku wśród młodych osób dorosłych (wykres 2.1).

Znaczne rozpowszechnienie tego narkotyku znajduje odzwierciedlenie w liczbie osób rozpoczynających specjalistyczne leczenie odwykowe z jego powodu – największa grupa wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy wskazuje obecnie na konopie jako podstawowy narkotyk będący przyczyną problemu. Ogólna liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy ze względu na problemy z konopiami indyjskimi wzrosła w Europie z 45 000 w 2006 r. do 61 000 w 2013 r. Choć pacjenci rozpoczynający leczenie z powodu konopi najczęściej zgłaszają się z własnej inicjatywy (34%), w analizie wskazano, że mniej więcej jedną czwartą rozpoczynających leczenie głównie z powodu zażywania konopi indyjskich (23 000) stanowiły osoby skierowane przez system sądownictwa karnego. Dowody wskazują na skuteczność interwencji psychospołecznych w leczeniu problemów związanych z zażywaniem narkotyków i takie interwencje są szeroko stosowane w leczeniu problemów związanych z konopiami. Podejście to zbadano w analizie dołączonej do raportu (zob. POD) oraz w niedawnej publikacji **EMCDDA** z serii *„Insights”* (4).

Chociaż jest to rzadkie, spożycie konopi indyjskich może spowodować konieczność nagłej interwencji medycznej, w szczególności w przypadku dużych dawek (zob. informacje o czystości poniżej). W niedawnym badaniu przeprowadzonym w placówkach udzielających pomocy w nagłych wypadkach zidentyfikowano wzrost liczby takich przypadków związanych z konopiami w latach 2008–2012 w 11 z 13 analizowanych krajów europejskich.

Dzisiejszy raport podkreśla ważną rolę, jaką konopie odgrywają w statystykach przestępczości narkotykowej – 80% liczby konfiskat dotyczy właśnie konopi, a ich używanie lub posiadanie na własny użytek stanowi ponad 60% ogółu zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami w Europie (zob. wykres 1).

Liczba konfiskat marihuany przekroczyła w 2009 r. liczbę konfiskat haszyszu, a różnica między nimi stale się powiększa (wykres 1.3). W 2013 r. w Unii Europejskiej zgłoszono 671 000 konfiskat konopi indyjskich, z czego 431 000 dotyczyło ziela konopi, czyli marihuany, a 240 000 żywicy, czyli haszyszu. O tej tendencji decyduje prawdopodobnie w dużej mierze coraz większa dostępność marihuany wytwarzanej w wielu krajach Europy w ramach produkcji krajowej, co przekłada się na rosnącą liczbę konfiskat roślin konopi. Ilości haszyszu konfiskowanego w Unii Europejskiej są nadal znacznie większe od ilości marihuany (460 ton w stosunku do 130 ton).

Jak dotąd **system wczesnego ostrzegania UE** wykrył ponad 130 syntetycznych kannabinoidów sprzedawanych jako legalne zamienniki konopi indyjskich, co nadaje nowy wymiar rynkowi konopi. Stosowanie tych substancji może mieć niekorzystne skutki dla zdrowia (np. uszkodzenia nerek, płuc i układu krążenia, drgawki). W związku z niedawnymi przypadkami zgonów i ostrych zatruć związanych z tymi substancjami w Europie oraz na świecie **EMCDDA** wydała ostrzeżenia dotyczące zdrowia publicznego.

**Konkurencja na zatłoczonym rynku środków pobudzających**

W Europie dostępnych jest bardzo wiele środków pobudzających, w tym kokaina, amfetamina, ekstazy i coraz większa liczba syntetycznych narkotyków skierowanych do podobnych grup konsumentów. Najpopularniejszym nielegalnym narkotykiem pobudzającym używanym w Europie jest nadal kokaina, chociaż większość jej użytkowników koncentruje się w niewielkiej liczbie zachodnich państw UE. Około 3,4 mln dorosłych w wieku od 15 do 64 lat używało kokainy w ciągu ubiegłego roku, przy czym 2,3 mln z tej liczby stanowią młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat). Tylko w kilku krajach zgłoszone rozpowszechnienie kokainy wśród młodych osób dorosłych w ubiegłym roku przekroczyło 3% (wykres 2.4). W najnowszych danych można zaobserwować spadek użycia kokainy. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2012 r., osiem zgłosiło niższe oszacowania, a trzy wyższe niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

Rozpowszechnienie amfetamin (czyli amfetaminy i metamfetaminy) pozostaje w Europie ogólnie niższe od kokainy – około 1,6 mln dorosłych używało ich w ciągu ubiegłego roku, przy czym 1,3 mln z tej liczby stanowią młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat) (wykres 2.5). W opublikowanym dziś raporcie opisano nowe prawidłowości dotyczące użycia metamfetaminy. Na przykład w **Republice Czeskiej** w latach 2007–2013 zaobserwowano wyraźne zwiększenie liczby przypadków ryzykownego używania metamfetaminy, przyjmowanej głównie drogą iniekcji – szacowana liczba użytkowników wzrosła z około 21 000 do ponad 34 000. W pewnej liczbie krajów europejskich zgłasza się też przypadki przyjmowania metamfetaminy drogą iniekcji wraz z innymi substancjami pobudzającymi (np. syntetycznymi katynonami) w niewielkich grupach mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. Zjawisko to, tzw. *slamming*, budzi niepokój ze względu na połączenie ryzykownych praktyk zarówno w odniesieniu do używania narkotyków, jak i zachowań seksualnych.

Około 2,1 mln dorosłych w wieku od 15 do 64 lat używało ekstazy w ciągu ubiegłego roku, przy czym 1,8 mln z tej liczby stanowią młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat) (wykres 2.6). Po okresie, w którym tabletki sprzedawane jako ekstazy miały wśród konsumentów opinię zafałszowanego produktu o niskiej jakości, obecnie powszechniej dostępne jest MDMA w postaci proszku i tabletek o wysokiej czystości (zob. informacje o czystości poniżej).

Syntetyczne katynony (np. mefedron, pentedron i MDPV) są już teraz stale obecne na rynku nielegalnych środków pobudzających w niektórych krajach europejskich i często bywają używane zamiennie z amfetaminą i ekstazy. Przyjmowanie syntetycznych katynonów drogą iniekcji, chociaż nie jest powszechne w Europie, stanowi niepokojący lokalny problem w grupach użytkowników narkotyków wysokiego ryzyka w niektórych krajach. Rosnące zapotrzebowanie na leczenie związane z używaniem tych substancji zgłoszono na **Węgrzech**, w **Rumunii** i w **Zjednoczonym Królestwie**.

**Niepokojący wzrost siły działania i czystości narkotyków**

Jednym z najważniejszych ustaleń tegorocznego raportu jest znaczny wzrost siły działania i czystości najczęściej używanych narkotyków w Europie, co rodzi obawy o zdrowie ich użytkowników, którzy mogą świadomie lub nieświadomie konsumować silniej działające produkty (rozdział 1). Ogólne tendencje zaobserwowane w latach 2006–2013 w krajach regularnie sprawozdających się dowodzą wzrostu siły działania konopi indyjskich (zawartości THC), czystości kokainy oraz zawartości MDMA w tabletkach ekstazy; w 2013 r. wzrosła także czystość heroiny. Wśród prawdopodobnych przyczyn są innowacje techniczne i konkurencja na rynku.

Wskazano na obawy dotyczące tabletek ekstazy o wysokiej zawartości MDMA, często sprzedawanych w charakterystycznych kształtach i z charakterystycznymi logo. W ciągu ostatniego roku **EMCDDA** i **Europol** wydały ostrzeżenia dotyczące zdrowia publicznego związane z zagrożeniami wynikającymi z używania takich produktów. Ponadto po serii zgonów wydano ostrzeżenia dotyczące tabletek sprzedawanych jako ekstazy, ale zawierających inne szkodliwe substancje, takie jak PMMA.

**Co tydzień wykrywane są dwa „nowe narkotyki”**

Nowe substancje psychoaktywne („nowe narkotyki”, często sprzedawane jako „dopalacze”) wykrywano w zeszłym roku w UE w liczbie około dwóch substancji tygodniowo. W 2014 r. do **systemu wczesnego ostrzegania** zgłoszono w sumie 101 nowych substancji (wzrost z 81 w 2013 r.), co oznacza kontynuację tendencji wzrostowej pod względem liczby substancji zgłoszonych w ciągu roku (wykres 1.12). Zwiększyło to ogólną liczbę substancji monitorowanych przez agencję do ponad 450, z czego ponad połowę zidentyfikowano w ostatnich trzech latach.

W 2014 r. w wykazie zgłoszonych substancji ponownie dominowały dwie grupy: syntetyczne katynony (31 substancji) oraz syntetyczne kannabinoidy (30 substancji), często sprzedawane jako legalne zamienniki odpowiednio środków pobudzających i konopi indyjskich. Są to dwie największe grupy substancji monitorowanych przez **system wczesnego ostrzegania**, które łącznie stanowią prawie dwie trzecie nowych narkotyków zgłoszonych w 2014 r. Zgodnie z najnowszymi danymi w 2013 r. w UE zgłoszono około 35 000 konfiskat nowych środków psychoaktywnych (choć liczbę tę należy traktować jako oszacowanie minimalne ze względu na brak rutynowych raportów w tym zakresie). Spośród nich najczęściej konfiskowano syntetyczne kannabinoidy i syntetyczne katynony (wykres 1.2).

Ostatnie badania i sondaże dostarczają pierwszych informacji na temat używania nowych substancji psychoaktywnych; dziewięć krajów uwzględnia obecnie rozpowszechnienie tych środków w swoich badaniach dotyczących narkotyków. W większości krajów UE rozpowszechnienie tych substancji wydaje się niskie. Nawet ograniczone ich użycie może jednak stanowić problem ze względu na silną toksyczność niektórych z nich. Reakcje w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym na nowe środki psychoaktywne mają coraz większy rozmach i zakres i zaczynają odpowiadać podejściom stosowanym w przypadku znanych narkotyków (np. edukacja na temat narkotyków, interwencje internetowe oraz programy wymiany igieł i strzykawek).

**Internet i aplikacje: wschodzące wirtualne rynki narkotykowe**

Coraz większą rolę w podaży i wprowadzaniu na rynek narkotyków w Europie odgrywa Internet – są tam oferowane na sprzedaż zarówno nowe środki psychoaktywne, jak i znane narkotyki. W ostatniej dekadzie większą uwagę zwrócono na wykorzystanie „działających na powierzchni” (dostępnych za pośrednictwem popularnych wyszukiwarek) serwisów internetowych w sprzedaży nowych środków psychoaktywnych – podczas działań monitorujących **EMCDDA** zidentyfikowano około 650 serwisów sprzedających „dopalacze” Europejczykom. Ważnym wyzwaniem w Internecie jest sprzedaż narkotyków na „kryptorynkach” lub rynkach internetowych dostępnych w „głębokiej sieci” (za pośrednictwem oprogramowania szyfrującego). Umożliwiają one anonimową wymianę towarów i usług między stronami, często przy użyciu „kryptowalut” (np. Bitcoin), co ułatwia przeprowadzanie potajemnych transakcji. Pojawiają się też tak zwane szare rynki, czyli serwisy, które działają zarówno jawnie, jak i w głębokiej sieci. W raporcie wskazano, że na rynkach narkotykowych znaczną rolę odgrywają także serwisy i aplikacje społecznościowe w związku z ich bezpośrednim wykorzystaniem do kupna i sprzedaży narkotyków lub pośrednio w marketingu, jako kanałów opiniotwórczych lub służących do wymiany doświadczeń.

W raporcie stwierdza się: „Wzrost internetowych i wirtualnych rynków narkotykowych stanowi poważne wyzwanie dla organów ścigania i polityki antynarkotykowej. Obecne modele regulacyjne będą wymagać dostosowania, tak by mogły działać w wirtualnym i globalnym kontekście”.

-----

**Przewodniczący Zarządu EMCDDA Joao Goulão** podsumowuje: „Przedstawiona dwudziesta już analiza zjawiska narkomanii w Europie pokazuje, jak wiele zmieniło się od czasu pierwszego raportu EMCDDA w 1996 r. oraz jak bardzo pogłębiło się zrozumienie tej kwestii przez agencję. Problem narkotykowy stał się znacznie bardziej złożony, a wiele spośród obecnie spotykanych substancji było praktycznie nieznanych dwie dekady temu. Coraz trudniej jest też określić granice między starymi i nowymi narkotykami, gdyż nowe substancje coraz częściej naśladują działanie kontrolowanych narkotyków. Ten coroczny przegląd problemu narkotykowego w Europie stanowi cenną podstawę do dyskusji na temat współczesnej polityki antynarkotykowej. Zawiera również ważne wskazówki dotyczące polityki, której będziemy potrzebować jutro”.

**Uwagi**

(1) Pełny pakiet ***Europejskiego raportu narkotykowego*** ***na rok*** ***2015*** jest dostępny pod adresem [www.emcdda.europa.eu/edr2015](http://www.emcdda.europa.eu/edr2015)

Dane przedstawione w raporcie odnoszą się do roku 2013 lub ostatniego dostępnego roku.

(2) [www.unodc.org/documents/wdr2014/World\_Drug\_Report\_2014\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf)

[www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghan-opium-survey-2014.pdf](http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghan-opium-survey-2014.pdf)

(3) [www.emcdda.europa.eu/news/2015/naloxone](http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/naloxone)

(4) [www.emcdda.europa.eu/news/2015/treatment-of-cannabis-related-disorders-in-Europe](http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/treatment-of-cannabis-related-disorders-in-Europe)