

UNIWERSYTET GDAŃSKI
WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH

Artur Malczewski

**Specyfika rozprzestrzenienia narkomanii
w postkomunistycznych krajach
będących członkami Unii Europejskiej**

praca doktorska wykonana
w Instytucie Geografii Społeczno-Ekonomicznej
i Gospodarki Przestrzennej
pod kierunkiem
dr. hab. Tomasza Michalskiego, prof. UG
oraz promotorki pomocniczej
dr Natalii Sypion-Dutkowskiej

Gdańsk 2021 r.

Spis treści

Streszczenie	4
Summary	7
1. Wstęp	10
1.1. Cele pracy, hipotezy i zakres opracowania.....	10
1.2. Teorie i wyjaśnienie podstawowych pojęć	16
1.3. Źródła danych i metody analizy	27
2. Sytuacja społeczno-ekonomiczna	45
3. Przestrzenne zróżnicowanie używania narkotyków.....	53
3.1. Opis poszczególnych krajów	53
3.2. Synteza.....	64
3.3. Podsumowanie.....	70
4. Przestrzenne zróżnicowanie skali problemów związanych z używaniem narkotyków.....	73
4.1. Opis poszczególnych krajów	73
4.2. Synteza.....	84
4.3. Podsumowanie.....	90
5. Przestrzenne zróżnicowanie rynków narkotykowych i przestępczości narkotykowej.....	92
5.1. Opis poszczególnych krajów	92
5.2. Synteza.....	107
5.3. Podsumowanie.....	122

6. Przestrzenne zróżnicowanie problemu nowych substancji psychoaktywnych.....	125
6.1. Opis poszczególnych krajów	125
6.2. Synteza.....	138
6.3. Podsumowanie.....	149
7. Prawo narkotykowe oraz dotyczące nowych substancji psychoaktywnych.....	152
7.1. Opis sytuacji w poszczególnych krajach	152
7.2. Synteza.....	162
7.3. Podsumowanie.....	169
8. Podsumowanie.....	172
Spis literatury i źródeł.....	183
Załącznik nr 1	207

Streszczenie

Głównym celem pracy jest budowa modelu opisowego zróżnicowania przestrzennego narkomanii w 2016 roku w postkomunistycznych krajach będących członkami Unii Europejskiej. W ramach pracy przeprowadzono analizę zróżnicowania problemu narkotykowego (skala używania substancji oraz rynki narkotykowe) oraz nowych substancji psychoaktywnych, jak również związanych z nimi problemów zdrowotnych w następujących krajach: Bułgaria, Chorwacja, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Węgry. W pracy wyznaczone zostały trzy cele poboczne o charakterze poznawczym sformułowane w postaci następujących pytań: (1) Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemu narkotyków, (2) Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemów zdrowotnych związanych z narkotykami? (3) Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemu tzw. nowych substancji psychoaktywnych („dopalacze”)? Dwa cele poboczne o charakterze metodycznym zostały sformułowane w postaci następujących pytań: (1) Jaka jest dostępność i jakość danych charakteryzujących sytuacje narkotykową na analizowanym obszarze? (2) Na ile jest wiarygodne porównywanie danych pochodzących ze sprawozdawczości pomiędzy poszczególnymi krajami?

W ramach pracy doktorskiej nad określeniem skali problemu narkomanii i narkotykowego korzystano ze wskaźników EMCDDA służących do opisu omawianego zjawiska, czyli zagadnień dotyczących trzech celów poznawczych sformułowanych w niniejszej pracy. Na potrzeby analiz zostały wykorzystane różnorodne wskaźniki, które służą m.in. badaniu problemu narkotykowego w krajach postkomunistycznych będącymi członkami Unii Europejskiej. Identyfikacja potencjalnych źródeł danych oraz wybór wskaźników było jednym z kluczowych

elementów prac przygotowawczych. Wprawdzie praca opiera się na tzw. analizie danych zastanych (desk research), jednakże zebrane zostały również informacje w postaci wywiadów (n=11) i ankiet (n=27). Wyniki w nich uzyskane posłużyły do analiz, ale także do oceny wiarygodności i jakości części zebranych danych statystycznych.

Przystępując do pracy sformułowano trzy hipotezy (1) Ogólnie zróżnicowanie zagrożenia/rozprzestrzenia narkomanii i narkotyków na analizowanym obszarze jest niewielkie (2) Sytuacja społeczno-ekonomiczna państw nie jest grupą czynników różnicujących skalę i rodzaj problemu narkotyków i narkomanii (3) Problem nowych substancji psychoaktywnych dotyczy przede wszystkim krajów charakteryzujących się represyjną polityką narkotykową.

W rozdziale trzecim opisano przestrzenne zróżnicowanie używania narkotyków, a w następnym zaprezentowano przestrzenne zróżnicowanie skali problemów związanych z używaniem narkotyków. W rozdziale piątym przedstawiono przestrzenne zróżnicowanie rynków narkotykowych i przestępczości narkotykowej. Rozdział szósty dotyczył zróżnicowania problemu nowych substancji psychoaktywnych (tzw. dopalaczy). W rozdziale siódmym opisano prawo narkotykowe oraz dotyczące nowych substancji psychoaktywnych.

W ramach przeprowadzonych w pracy analiz weryfikowano hipotezy w rozdziałach empirycznych pracy w oparciu o dane liczbowe dotyczące rynków narkotykowych, używania narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych, jak również problemów związanych z ich używaniem.

Rekapitułując weryfikację hipotezy pierwszej przeprowadzonej na podstawie rozdziałów 3–6 należy stwierdzić, że została ona potwierdzona w połowie, z kolei hipoteza druga została potwierdzona w ponad połowie na podstawie danych z także rozdziałów 3–6. Weryfikacja hipotezy trzeciej wymagała nie tylko opisu skali zjawiska używania nowych substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów (rozdział 6), ale również opisu prawa narkotykowego (rozdział 7). Analiza zebranych danych pokazała, że hipoteza trzecia nie została w większości potwierdzona.

Podstawę koncepcyjną pracy stanowi teoria opisująca tzw. efekt balona autorstwa Franka O. Mora. Model dotyczy zmiany wzorów używania substancji psychoaktywnych z tradycyjnych narkotyków na nowe substancje psychoaktywne.

Przykładem „efektu balona” jest transgraniczny problem metamfetaminy. Czechy są czołowym producentem metamfetaminy w Europie, która trafia również na rynek niemiecki. Metamfetamina produkowana jest przede wszystkim z pseudofedryny, która ekstrahowana jest z leków na kaszel dostępnych bez recepty w aptekach. Po wprowadzeniu mechanizmów kontrolnych sprzedaży leków zawierających pseudofedrynę w Czechach źródłem zaopatrzenia dla nielegalnych laboratoriów stały się polskie apteki. W efekcie wzrosła sprzedaż tych leków, jak również w Polsce rozwija się produkcja metamfetaminy. Pisząc obrazowo: nacisk na balon powoduje wypchnięcie powietrza w innym miejscu. Czesi wprowadzili kontrolę sprzedaży leków zawierających pseudofedrynę i zorganizowane grupy przestępcze znalazły inne miejsce zaopatrywania się w prekursorzy do jej produkcji. Drugą teorią użytą w pracy jest koncepcja Immanuela Wallerstaina dotycząca systemu światowego (ang. world-system). W tej teorii właściwą jednostką analizy nie są państwa czy społeczeństwa, lecz systemy historyczne, czyli minisystemy. A jednym z kluczowych elementów jest podział na obszar centrum, peryferie i półperyferie. Analizowane zróżnicowanie przestrzenne problemu narkotyków i narkomanii dotyczy krajów zaliczanych do obszarów półperyferyjnych, gdzie w wyniku nierównych procesów społecznych i gospodarczych – doszło do zacofania w obszarze rozwoju gospodarczego, ale również w organizacji i rozwoju społecznego. W efekcie pewne procesy społeczne jak np. rozwój problemu narkotyków i narkomanii na tym obszarze mają inną charakterystykę i mniejsze rozmiary w przypadku problemu narkotyków i narkomanii, co potwierdziła w połowie weryfikacja pierwszej hipotezy pracy.

Summary: The specificity of spatial differentiation of drug addiction in 2016 in post-communist EU Member States

The primary goal of this dissertation is to build a descriptive model of spatial differentiation of drug addiction in 2016 in post-communist EU Member States. This dissertation features an analysis of the drug problem (drug use prevalence and drug markets) and new psychoactive substances including health-related issues in the following countries: Bulgaria, Croatia, Czechia, Estonia, Hungary, Lithuania, Latvia, Poland, Romania, Slovakia and Slovenia. Three cognitive objectives were set in the form of the following questions: (1) What patterns are there in the spatial differentiation of the drug problem? (2) What patterns are there in the spatial differentiation of health problems in relation to drugs? (3) What patterns are there in the spatial differentiation of the new psychoactive substances ("designer drugs")? Two methodological objectives were set in the form of the following questions: (1) What is the availability and quality of data indicative of the drug situation in the area analysed? (2) To what extent are the data reported by the respective countries comparable?

To measure the scale of the problem of drugs and drug addiction, this PhD dissertation drew upon the EMCDDA indicators used for describing the phenomenon in question i.e. issues related to the three cognitive objectives formulated herein. For the purposes of the analyses, various indicators were developed to estimate the problem of drugs in the post-communist Member States of the European Union. Key preliminary works involved identifying potential data sources and selecting the indicators. Although the dissertation is based on the desk research, it also includes interviews (n=11) and surveys (n=27). The results thereof were not only used to

conduct analyses but also to assess the comparability and quality of some statistical data gathered.

At the outset, three hypotheses were formulated: (1) general differentiation of the threat/prevalence of drugs and drug addiction in the area analysed is insignificant, (2) socio-economic status of the countries does not constitute a group of factors for the scale and type of the problem of drugs and drug addiction, (3) the problem of new psychoactive substances refers mainly to the countries applying the repressive drug policy.

In Chapter 3 the spatial differentiation of drug use has been described while Chapter 4 presents the spatial differentiation of the scale of drug-related problems. Chapter 5 discusses the spatial differentiation of drug markets and drug-related crime. Chapter 6 covers the differentiation of the problem of new psychoactive substances (“designer drugs”). Chapter 7 discusses the drug law, including the provisions related to the new psychoactive substances.

The dissertation analyses verify the hypotheses proposed in the empirical chapters based on the quantitative data on drug markets, prevalence of drugs and new psychoactive substances as well as the consumption-related problems.

To summaries the verification of the first hypothesis as discussed in Chapters 3–6, it must be concluded that it was confirmed in half of cases while the second hypothesis was confirmed in more than half of cases based on data also from Chapters 3–6. The verification of the third hypothesis required not only the description of the scale of the prevalence of new psychoactive substances and the related problems (Chapter 6) but also the characterization to the drug law (Chapter 7). The analysis of the data collected proved that the third hypothesis failed to be confirmed in more than half of cases.

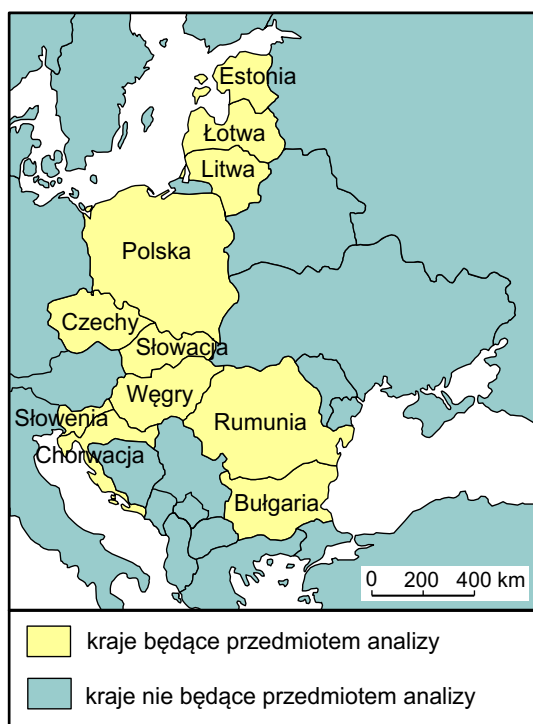
The dissertation is conceptually based on the balloon effect theory by Frank. O. Mora. This theoretical model is concerned with the departure from traditional drug use patterns towards new psychoactive substances. An example of the balloon effect is the cross-border problem of methamphetamine. Methamphetamine manufactured in Czechia, which is the main country of origin of this drug, is also trafficked into Germany. Methamphetamine is manufactured primarily from pseudoephedrine, which is extracted from cough pharmaceuticals available over the counter at pharmacies. Following the introduction of mechanisms controlling the sale

of drugs containing pseudoephedrine in Czechia, Polish pharmacies started to be used as sources of pseudoephedrine for clandestine laboratories. Consequently, sales of such pharmaceuticals increased and methamphetamine also began to be manufactured in Poland. To illustrate the phenomenon, the pressure applied on the balloon in place causes the air to change the shape of the balloon outwards in another. The Czech authorities introduced the control measures on the sale of pharmaceutical containing pseudoephedrine, which made organized crime syndicates find alternative sources of the methamphetamine precursors. The other theory drawn upon in this dissertation is the world-systems approach developed by Immanuel Wallerstein. The concept holds that the unit of analysis should not be countries or societies but historical system or “mini-systems”. According to Wallerstein, the world is divided into core countries, semi-periphery countries and periphery countries. The spatial differentiation of the problem of drugs and drug addiction concerns semi-periphery countries, where unequal social and economic processes led to the underdevelopment of economy and society. As a result, some social processes e.g. the escalation of drugs and drug addiction in such areas demonstrate higher indicators compared to areas where the problem of drugs and drug addiction is limited, which was partly confirmed by the verification of the first hypothesis.

1. Wstęp

1.1. Cele pracy, hipotezy i zakres opracowania

Głównym celem pracy jest budowa modelu opisowego zróżnicowania przestrzennego narkomanii w postkomunistycznych krajach będących członkami Unii Europejskiej. W ramach pracy przeprowadzono analizę zróżnicowania problemu narkotykowego oraz nowych substancji psychoaktywnych jak również związanych z nimi problemów zdrowotnych w następujących krajach: Bułgaria, Chorwacja, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Słowacja, Słowenia, Węgry, Rumunia (ryc. 1.1.).



Ryc. 1.1. Kraje objęte analizą

Źródło: Opracowanie własne.

Autor niniejszej pracy od wielu lat zajmuje się analizą problemu narkotyków, nowych substancji psychoaktywnych oraz narkomanii w Polsce, jak również w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (dzięki aktywnej współpracy z większością krajów z naszego regionu). Wszystkie one stanowiły część bloku komunistycznego oddzielonego od zachodu „żelazną kurtyną” i w 2004 roku lub później weszły w skład Unii Europejskiej. Termin „żelazna kurtyna” dobrze oddaje również sytuację dotyczącą narkotyków i narkomanii w tych państwach. Po II wojnie światowej kontynent europejski został podzielony na dwie części. Powstała bariera izolująca państwa komunistyczne przed kontaktem i wpływem reszty świata. Rządy tzw. krajów z bloku wschodniego oddzielały własne społeczeństwa od wpływów kulturowych i społecznych z kapitalistycznej części Europy. W efekcie pewne zjawiska społeczne jak m.in. narkomania nie występowały w takiej skali w tych krajach lub były ukrywane przez władze. Ograniczenia w przemieszczaniu się i podróżowaniu do krajów zachodniej Europy stanowiły barierę dla dyfuzji części wzorców kulturowych, w tym dla zachowań niepożądanych z punktu widzenia polityki państwa. W efekcie problemy narkotykowe miały swój regionalny charakter, jak np. używany przez polskich użytkowników narkotyków tzw. „kompot” czyli heroina wytwarzana w domowy sposób. Syntetyczne substancje odurzające jak LSD czy amfetamina były używane szerzej w celach odurzania się dopiero po upadku muru berlińskiego. Zamknięte granice dla dużej części społeczeństwa ograniczyły również przenikanie wzorców związanych z używaniem narkotyków. Bariera nie była szczelna, ale skala zjawiska była o wiele mniejsza niż w państwach zachodnich, co wiązało się również z barierą ekonomiczną, która *de facto* najprawdopodobniej trwa do dzisiaj. Analiza tego zjawiska będzie przedmiotem weryfikacji jednej z hipotez badawczych pracy doktorskiej. Warto w tym miejscu przedstawić sytuację z używaniem kokainy. W Polsce i w innych krajach postkomunistycznych z naszego regionu nie jest ono mocno rozpowszechnione głównie z powodu wysokiej ceny tego narkotyku. Dominuje za to produkowana w Polsce amfetamina i wytwarzana w Czechach metamfetamina. Oba narkotyki są o wiele tańsze od kokainy (Europejski Raport Narkotykowy, 2018).

Cechą łączącą także omawiane kraje jest stworzenie w nich systemu informacji o narkotykach i narkomanii w postaci krajowych centrów monitorujących. W każdym kraju Unii Europejskiej działają centra monitorujące w ramach sieci

Krajowych Centrów Monitorujących (Reitox National Focal Point) koordynowanej przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)). Krajowe Centra Monitorujące powstały w wyniku akcesji krajów postkomunistycznych do Unii Europejskiej. Aczkolwiek niektóre z nich jeszcze przed wstąpieniem do Unii Europejskiej przygotowywały systemy monitorujące (EU enlargement and drugs..., 2003). Dane omówione w doktoracie pochodzą przede wszystkim z pracy krajowych centrów monitorujących, gdzie również autor niniejszej pracy jest zatrudniony. Analiza zróżnicowania przestrzennego dotyczy 2016 roku. Przygotowania do pracy doktorskiej rozpoczęły się w 2018 roku, a dane za 2016 były najnowszymi wtedy dostępnymi. Sytuacja ta wynika z dwu letniego opóźnienia sprawozdawczości do EMCDDA¹. Ponadto rok 2016 jest dobrym momentem do próby oceny sytuacji związanej z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Jest to pierwszy rok, kiedy liczba nowych substancji psychoaktywnych wykrywanych w Europie w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania zaczęła się zmniejszać po rekordowych latach 2014–2015 (Europejski Raport Narkotykowy, 2018).

W ramach pracy sformułowane zostały trzy cele poboczne o charakterze poznawczym i dwa cele poboczne o charakterze metodycznym.

Trzy cele poboczne o charakterze poznawczym zostały sformułowane w postaci następujących pytań:

- 1) Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemu narkotyków?²
- 2) Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemów zdrowotnych związanych z narkotykami?
- 3) Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemu tzw. nowych substancji psychoaktywnych („dopalacze”)?

Realizacja każdego z tych celów wymagała zebrania danych. Mając na względzie specyfikę danych wynikającą ze specyfiki systemów gromadzenia tych danych przez poszczególne kraje – w podrozdziale 1.3. dokonano każdorazowo szczegółowej charakterystyki danych w podziale na ich rodzaj oraz źródło.

¹ Zresztą, na co zwraca uwagę T. Michalski (2018b, 2020a), przy sprawozdawczości do instytucji centralnych (czy to krajowych czy unijnych) opóźnienie dochodzące do dwóch lat między zakończeniem roku który obejmuje sprawozdanie, a jego upublicznieniem – jest standardem.

² W ramach odpowiedzi na pytanie dotyczące pierwszego celu poznawczego skoncentrowano się zatem na rynkach narkotykowych i dostępności do wybranych narkotyków: marihuany i amfetamin.

Dwa cele poboczne o charakterze metodycznym zostały sformułowane w postaci następujących pytań:

- 1) Jaka jest dostępność i jakość danych charakteryzujących sytuację narkotykową na analizowanym obszarze?
- 2) Na ile jest wiarygodne porównywanie danych pochodzących ze sprawozdawczości pomiędzy poszczególnymi krajami?

Przystępując do pracy sformułowano trzy hipotezy:

- 1) Ogólnie³ zróżnicowanie zagrożenia/rozprzestrzenia narkomanii i narkotyków na analizowanym obszarze jest niewielkie.
- 2) Sytuacja społeczno-ekonomiczna państw nie jest grupą czynników różnicujących skalę i rodzaj problemu narkotyków i narkomanii.
- 3) Problem nowych substancji psychoaktywnych dotyczy przede wszystkim krajów charakteryzujących się represyjną polityką narkotykową.

Hipoteza pierwsza została zweryfikowana w oparciu o dane liczbowe dotyczące rynków narkotykowych oraz używania narkotyków jak również problemów związanych z ich używaniem za pomocą opisanych w tym rozdziale wskaźników. Rozpowszechnienie używania narkotyków w opisywanych krajach jest analizowane w kilku wymiarach, które określają różne fazy rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Pierwszy to skala używania eksperymentalnego, czyli używanie kiedykolwiek w życiu przez młodzież szkolną na podstawie badań międzynarodowych na uczniach w wieku 16 lat o nazwie ESPAD⁴. Używanie okazjonalne zostało przedstawione na podstawie wskaźnika używania marihuany i amfetamin w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15–34 lat (18–34 dla Węgier). Wskaźniki używania problemowego opioidów, których wartości pochodzą z oszacowań, przedstawiają w przybliżeniu skalę narkomanii w opisywanych krajach. Dane z leczenia substytucyjnego, zgonów w wyniku użycia oraz zakażeń wirusem

³ Ogólnie, to znaczy w zakresie głównych grup narkotyków jak np. przetwory konopi indyjskich (marihuana i haszysz) czy amfetaminy. Pominięto natomiast substancje psychoaktywne o niskim poziomie używania jak np. grzyby halucynogenne.

⁴ Polska nazwa to Europejski Program Badań Szkolnych na temat Alkoholu i Narkotyków (European School Survey Program on Alcohol and Drugs). Są to badania zainicjowane na początku lat 90-tych ubiegłego wieku ze względu na brak porównywalnych danych informujących o deklarowanym zażywaniu substancji psychoaktywnych przez nastolatków w Europie. Pierwsze badania przeprowadzono w 1995 roku. Zaleca się, aby te badania prowadzić co cztery lata (Puopose & Methodology, b.d.). Można także spotkać się z terminem „badania typu ESPAD”, jeśli przeprowadzający badanie nie zachowuje wszystkich warunków i obostrzeń, a jedynie wzoruje się na metodologii badań ESPAD.

HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków – posłużą również do opisu problemów związanych z używaniem narkotyków. W pracy wykorzystano także wyniki badania ESPAD dotyczące odsetków 16 latków zagrożonych rozwojem problemów związanych z używaniem marihuany i haszyszu. W odniesieniu do rynku narkotykowego i dostępności narkotyków wykorzystane zostały dane z instytucji zwalczających problem narkotyków w postaci kilku wskaźników m.in. o zabezpieczeniach narkotyków, ale także wyniki badań ankietowych ESPAD na temat dostępności do narkotyków. Sytuację na analizowanym obszarze porównywano do pozostałych krajów Unii Europejskiej.

Hipoteza druga została zweryfikowana poprzez porównanie rozprzestrzenienia narkomanii i jej skutków z sytuacją społeczno-ekonomiczną istniejącą w państwach regionu. Ze względu na zbyt małą liczbę obiektów (11 krajów) oraz niekompletność niektórych danych charakteryzujących zjawisko narkomanii – zrezygnowano z budowy modeli regresji wielorakiej oraz analizy kanonicznej, ograniczając się do zastosowania korelacji liniowej Pearsona.

Hipoteza trzecia została zweryfikowana za pomocą danych dotyczących skali używania nowych substancji psychoaktywnych w oparciu o istniejące dane, ale również analizę raportów krajowych (tzw. workbook). Wykorzystane zostały informacje z badań populacyjnych na reprezentatywnych próbach jak również z międzynarodowych badań ESPAD. Jest to nowe zjawisko, które nie jest łatwe do opisanego za pomocą stworzonych w ramach europejskiego monitoringu wskaźników. Problem nowych substancji psychoaktywnych pojawił się w Europie w 2008 roku i stał się w ciągu kilku lat jednym z głównych wyzwań dla przeciwdziałania narkomanii w Europie. Pierwsze nazwy międzynarodowe jak np. spice stosowane były na określenie całej gamy różnego rodzaju produktów (P. Jabłoński, A. Malczewski, 2014). Substancje były sprzedawane w wielu krajach jak środki legalne za pomocą m.in. sieci sklepów stacjonarnych. Dlatego też dane resortów siłowych nie zawsze zawierały dane o zabezpieczeniach tego typu substancji. W efekcie w niniejszym opracowaniu wykorzystano informacje o zabezpieczeniach z Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach, który w analizowanych krajach zbierał informacje z laboratoriów. Poziom represyjności polityk narkotykowych został określony m. in. za pomocą wskaźników analizy prawa

narkotykowego w poszczególnych krajach gdzie uwzględnione zostaną następujące kwestie różnicujące omawiane kraje:

1. Czy używanie narkotyków jest karalne czy też nie?
2. Czy posiadanie niewielkich ilości na własny użytek podlega pod prawo administracyjne?
3. Czy występują alternatywy do karania?
4. Jaka jest liczba przestępstw narkotykowych na 1000 mieszkańców?
5. Jakie są wielkości kar za posiadanie/sprzedaż narkotyków?

Trzy pierwsze zagadnienie dotyczą prawa narkotykowego a dwa kolejne jego implementacji, czyli dwóch najważniejszych elementów, które charakteryzują politykę narkotykową w obszarze zwalczania przestępczości narkotykowej. Do analizy polityki i prawa narkotykowego wykorzystano dane z wywiadów jak również analizę workbooków. Ponadto sięgnięto po dane EMCDDA. Zastosowano triangulację danych z trzech źródeł w celu uzyskanie końcowej syntezy. Szczegółowy opis metodologii został przedstawiony pod koniec niniejszego rozdziału w podrozdziale 1.3.

Warto podkreślić, że sytuacja prawna dotycząca używania narkotyków oraz ich posiadania jest różna w zależności od kraju. W tym przypadku możemy określić dwa skrajne punkty analizowanego stanu prawnego w różnych krajach. Z jednej strony jest podejście represyjne wobec narkotyków, które reprezentują np. Rady Bałtyckiej czy Węgry gdzie używanie narkotyków, czyli bycie pod ich wpływem – jest karane niekiedy nawet karą więzienia, a z drugiej strony mamy Czechy gdzie posiadanie niewielkiej ilości narkotyków objęte jest karą administracyjną. Mamy zatem kraje, których przepisy prawne (co nie zawsze oznacza, że implementacja prawa taka jest również) są dość restrykcyjne, a z drugiej strony mamy kraje z jednym z najbardziej liberalnych podejść w Europie. Rozwiązanie czeskie dotyczące narkotyków nie oznacza legalizacji narkotyków, ale jest na pewno formą dekryminalizacji i przesunięcia rozwiązań prawnych z prawa karnego na prawo administracyjne.

Niniejsze opracowanie mieści się w ramach geografii medycznej. Aczkolwiek ze względu na silny aspekt kryminogenny narkomanii częściowo zaliczyć można je także do geografii przestępczości (por. S. Mordwa, 2012, 2013, 2016; N. Sypion-Dutkowska, 2014), czy szerzej do badań nad patologiami społecznymi realizowanych z perspektywy geograficznej (T. Wites, 2019).

Początki geografii medycznej są związane ze środowiskiem lekarzy. Zainteresowanie tymi badaniami wśród geografów pojawiło się później. Dopiero w 1952 r. geografia medyczna została oficjalnie włączona w kanon nauk geograficznych przez Komisję Geografii Medycznej funkcjonującą w ramach Międzynarodowej Unii Geograficznej. W publikacji pochodzącej z tego samego roku J.M. May (1952) dowodził, że zadaniem geografii medycznej jest badanie relacji zachodzących pomiędzy chorobą dotykającą człowieka i otaczającym go środowiskiem.

Widać wyraźny podział geografii medycznej na geografię zdrowia i geografię chorób (K. Jones, G. Moon, 1987; J.D. Mayer, 1982). Pierwsza z nich skupia swoje zainteresowanie na przestrzennym aspekcie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, dostępności do nich itp. (M. Meade, M. Emch, 2010; M. Pacione (red.), 1986). Natomiast druga na sytuacji zdrowotnej ludności, w tym dyfuzji chorób oraz różnorodnych czynnikach na nie wpływających (E.K.W. Aikins, A.I. Ribeiro, 2020; M.S. Meade, R.J. Earickson, 2005). Niniejsze opracowanie mieści się w drugim z opisanych powyżej nurtów. Natomiast opierając się na bardziej szczegółowym podziale zaproponowanym przez W. Pantylej (2008), można uznać iż niniejsza praca mieści się w nurcie społeczno-psychologicznym.

Jak zauważają I. Łęcka (2004) oraz T. Michalski (2018a) polska geografia medyczna jest stosunkowo słabo rozwinięta, w dodatku rozwija się nierównomiernie. Potwierdza to próba prześledzenia polskich badań geograficznych nad uzależnieniami, które nie dość, że są nieliczne, to skupiają się w całości na substancjach psychoaktywnych jak narkotyki (M. Grochowski, 1990; A. Malczewski, A. Zile-Weisberga, 2019; A. Matczak, P.A. Pawlicki, 2019, 2021; T. Michalski, 2010a, 2019, 2020b) i dużo rzadziej alkohol (A. Kowalczyk, 1993). Natomiast nie znaleziono publikacji skupiających się na uzależnieniach od innych substancji jak np. tytoń oraz dotyczących uzależnień behawioralnych.

1.2. Teorie i wyjaśnienie podstawowych pojęć

Uznano, że ze względu na hermetyczną terminologię oraz dużą liczbę powszechnie używanych przez specjalistów skrótów – problematyka poruszana w pracy może być dla potencjalnego czytelnika trudna w odbiorze. Dlatego też zdecydowano o umieszczeniu bardzo rozbudowanego rozdziału, w którym terminy te i skróty są

wyjaśniane. Ale na początku rozdziału omówiono koncepcję Franka O. Mora, która legła u podstaw rozważań teoretycznych niniejszego opracowania. Jej niebagatelnym plusem, jest spojrzenie na problematykę narkomanii od strony geograficznej. Ponadto w pracy wykorzystano także teorię Immanuela Wallesteina, również posiadającą bardzo silny komponent przestrzenny.

W pracy Franka O. Mora (2011) ocenie poddano politykę narkotykową Stanów Zjednoczonych wobec regionu andyjskiego i ich wpływ na Brazylię i tzw. kraje południowego stożka: Argentyny, Chile, Paragwaju i Urugwaju, z naciskiem na rozprzestrzenianie się handlu narkotykami i problemami narkotykowymi w tych krajach, które były efektem walki z szeroko rozumianym zjawiskiem narkomanii w Boliwii, Kolumbii i Peru. Przed 1989 rokiem Stany Zjednoczone poświęciły niewiele uwagi handlowi narkotykami w Brazylii, Argentynie, Paragwaju, Urugwaju oraz Chile. Lecz te kraje traktowały wojnę z narkotykami jako problem, który ich nie dotyczył. Zaniedbały one rosnący problem handlu narkotykami, ich konsumpcji i prania pieniędzy pochodzących z handlu nimi. Ponadto Stany Zjednoczone pośrednio i nieświadomie przyczyniły się do wypchnięcia handlu narkotykami z dala od regionu andyjskiego w kierunku Brazylii i do krajów tzw. południowego stożka poprzez „efekt balonu”. Działania antynarkotykowe w Peru, Kolumbii oraz Boliwii prowadzone m.in. przez Stany Zjednoczone spowodowały, że handlarze narkotyków zaczęli zmieniać swoje trasy, lokalizacje dla laboratoriów kokainowych i centrów prania brudnych pieniędzy oraz przenosić swoją działalność do Brazylii i krajów tzw. południowego stożka. Rezultatem był alarmująco wysoki poziom konsumpcji, zwiększony handel, więcej przemocy związanej z narkotykami, korupcji na wysokich szczeblach władzy i wojska oraz brak prawa do niekaralności za posiadanie narkotyków (F.O. Mora, 2011). Próba implementacji tego modelu konceptualnego opiera się na jego zastosowaniu do analizy sytuacji narkotykowej na peryferiach większego obszaru. W pierwotnym zastosowaniu modelu były to obie Ameryki, tutaj jest to Unia Europejska.

W odniesieniu do tej teorii warto również wspomnieć teorię Immanuela Wallersteina (2007) dotyczącą systemu światowego⁵ (ang. world-system). W tej teorii właściwą jednostką analizy nie są państwa czy społeczeństwa, lecz systemy

⁵ Można się także spotkać w języku polskim z określeniem „system-świat”.

historyczne, czyli minisystemy. A jednym z kluczowych elementów jest podział na obszar centrum, peryferie i półperyferie. Według teorii Wallersteina w wyniku nieograniczonej akumulacji kapitału, podziału pracy na procesy produkcyjne charakterystyczne dla różnych obszarów (centrum *versus* peryferii i pół peryferie) wynikają nierówności w wymianie między obszarami centrum i obszarami peryferyjnymi. Teoria ta tłumaczy nierówności w rozwoju krajów europejskich oraz Ameryki Łacińskiej. Analizowane zróżnicowanie przestrzenne problemu narkotyków i narkomanii dotyczy krajów zaliczanych do obszarów półperyferyjnych lub peryferii, gdzie w wyniku nierównych procesów społecznych i gospodarczych doszło do zacofania w obszarze rozwoju gospodarczego, ale również w organizacji i rozwoju społecznego. Analizowane w niniejszym opracowaniu kraje zostały odcięte od centrum, czyli rdzenia, co utrwaliło istniejące już wcześniej zacofanie. W efekcie pewne procesy społeczne jak np. rozwój problemu narkotyków i narkomanii na tym obszarze mają inną charakterystykę i prawdopodobnie mniejsze rozmiary, co będzie weryfikowane w ramach jednej z hipotez niemiejszej pracy. W odniesieniu do niektórych wskaźników sytuacja w krajach postkomunistycznych zostanie porównana do sytuacji w krajach zachodniej Europy, czyli używając język teorii Wallersteina sytuacja w obszarze peryferyjnym/półperyferyjnym (analizowany obszar) zostanie porównana do centrum (pozostałe kraje UE).

W drugiej części tego rozdziału opisane zostały podstawowe grupy narkotyków oraz najczęściej występujące w tych grupach nielegalne substancje psychoaktywne jak również kluczowe dla pracy terminy.

Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne

Termin narkotyki zastosowany w niniejszej pracy oznacza środki odurzające i substancje psychotropowe objęte kontrolą prawną w analizowanych krajach. Kraje Unii Europejskiej opierają swoje prawodawstwo o konwencję narodów zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1961 (The International Drug Control Conventions 1961), 1971 (The International Drug Control Conventions 1971) i 1988 (The International Drug Control Conventions 1988). Słowo narkotyki w języku angielskim występuje jako *narcotic drugs* lub *illicit drug* ponieważ słowo drug jest używane również jako nazwa leków. Najbardziej popularnym narkotykiem w Europie jest marihuana (Europejski Raport Narkotkowy..., 2021). Z terminu

narkotyki wyłączone zostały nowe substancje psychoaktywne, czyli nowe narkotyki, które pojawiły się w Europie w 2008 roku i zaczęły być od tego czasu obejmowane kontrolą prawną (A. Peacock, 2019). Ich status był często na początku inny niż narkotyków, bo np. w Polsce i w Rumunii zaczęto stosować do kontroli tych substancji prawo administracyjne. Z czasem coraz większą liczbę nowych substancji psychoaktywnych obejmowano kontrolą na mocy prawa narkotykowego. Do 2019 roku w Europie odnotowano w Systemie Wczesnego Ostrzegania 790 nowych substancji psychoaktywnych (Europejski Raport Narkotykowy..., 2021). W ramach nowych substancji psychoaktywnych nazywanych potocznie „dopalaczami” znajdują się substancje mające różnorodne działania od syntetycznych kanabinoidów (zamiennik marihuany), syntetycznych katynonów (zamiennik amfetamin czy kokainy) środki halucynogenne jak NBOMe (zamiennik LSD) po opioidy jak nowe fentanyle (zamiennik heroiny). Jak już wspomniano – w pracy wyodrębniona została tematyka nowych substancji psychoaktywnych. Temat ten będzie jeszcze później omawiany, jednak warto zasygnalizować kluczową kwestię dotyczącą zbierania danych i prowadzenia porównań między krajami. W przypadku nowych substancji psychoaktywnych mamy do czynienia z sytuacją stosowania różnego rodzaju nazewnictwa w poszczególnych krajach. Jedynie w Polsce mamy jeden termin „dopalacze” na określenie całej grupy nowych substancji, która pojawiła się na rynku narkotykowym w 2008 roku i na początku przez wiele lat większość z nich była legalna. Określenie „nowe substancje psychoaktywne” nie jest nazwą stosowaną przez ich użytkowników – jak to pokazały wyniki dwóch międzynarodowych badań I-TREND (P. Sałustowicz i inni, 2015) oraz NPS-transnational project (A. Benschop i inni, 2017). Systemy monitorujące w poszczególnych krajach w różny sposób starały się rozwiązać ten problem. Jednym z podejść jest stosowanie nazw potocznych używanych przez osoby sięgające po te substancję. Jednakże wśród użytkowników pojawiają się nowe kolejne nazwy, co zakłóca porównywalność danych z badań realizowanych w różnych latach. Jakość zebranych danych oraz ograniczenia w porównywaniu sytuacji między krajami były tematami dyskusji z przedstawicielami Reitox Focal Pointów, które realizowano w ramach niniejszej pracy (załącznik nr 1).

Opioidy

Jest to grupa substancji naturalnych lub syntetycznych wiążących się z receptorami opioidowymi. Do substancji opioidowych zaliczamy zarówno substancję pochodzenia naturalnego jak morfina, kodeina czy substancje syntetyczne jak metadon czy fentanyl. Dwie pierwsze substancje są opiatami (P. Jabłoński i inni, 2012). Najbardziej popularna z omawianej grupy jest heroina – narkotyk wytwarzany z morfiny. Morfina jest głównym psychoaktywnym składnikiem rośliny mak lekarski. Zawarte w nim substancje działające na ośrodkowy układ nerwowy od starożytności wykorzystywane były do uśmierzania bólu. Heroina sprzedawana na nielegalnym rynku występuje w postaci proszku lub kryształków w kolorze od białego do brązowego. W postaci płynu koloru od jasno do ciemnobrązowego występuje polska odmiana heroiny tzw. kompot. Wszystkie narkotyki z tej grupy są silnie uzależniające i powodują wiele szkód zdrowotnych. Długotrwałe używanie morfiny prowadzi do uzależnienia oraz ciężkiego zaparcia i utraty popędu seksualnego (A.J. Heinz i inni, 2016). Są to najsilniejsze substancje psychoaktywne na rynku narkotykowym. Dodatkowo po 2008 roku pojawiły się nowe fentanyle jak np. car fentanyl, które są znacznie silniejsze od najbardziej popularnej heroiny. W przypadku zażywania opioidów występuje zjawisko tolerancji – co oznacza, że coraz większa dawka narkotyku jest potrzebna, aby osiągnąć ten sam efekt. Nawet jednorazowe przyjęcie opioidów może spowodować uszkodzenie wątroby, zakażenie wirusem HIV czy śmierć z przedawkowania (B. Jakubowska, 2012).

Konopie indyjskie

Konopie to nazwa rośliny, która w zależności do zawartości D9-tetrahydrokannabinolu (THC) nazywana jest konopiami indyjskimi lub włóknistymi. Jeżeli konopie zawierają 0,2% THC lub więcej to określane są konopiami indyjskimi i ich uprawa oraz posiadanie podlega prawu narkotykowemu. Z konopi wytwarzany jest haszysz oraz pochodzi z niej marihuana, która *de facto* jest suszem z kwiatostanu rośliny. Najczęściej marihuanę lub haszysz pali się w postaci tzw. skrętów w fajkach lub fijkach. Marihuana, oprócz THC, zawiera także inne substancje: pozostałe kannabinoidy (substancje oddziałujące na system nerwowy) i terpeny. Używanie marihuany może prowadzić do kłopotów w zapamiętywaniu, trudnościami w koncentracji uwagi, apatią, osłabieniem zainteresowań. Niekiedy używanie marihuany może wywołać chorobę psychiczną. Marihuana zawiera dużą ilość

substancji smolistych zatem długotrwałe jej używanie może prowadzić do szkodliwych następstw w obrębie układu oddechowego (krtań, oskrzela, płuca), krwionośnego (serce) i pokarmowego (wątroba). Efektem zażywania marihuany jest poprawa nastroju, rozluźnienie a czasem nawet euforia. Wyrazem tego stanu mogą być: nieadekwatna do okoliczności wesołość i nadmierna gadatliwość. Osoba będąc pod wpływem marihuany może mieć zaburzenia w postrzeganiu czasu i przestrzeni (A. Klimkiewicz, A. Jasińska, 2018; Strona KBPN dopalacze.info 1, 2021).

Substancje stymulujące

Do tej grupy substancji zaliczamy całą grupę substancji będące tradycyjnymi narkotykami jak kokaina, amfetamina czy metamfetamin jak również syntetyczne katynony z grupy nowych substancji psychoaktywnych.

Amfetaminy

Amfetamina została odkryta w 1887 roku. Pierwszym farmaceutycznym preparatem amfetaminy był benzedrine, używany w leczeniu różnorodnych stanów. Amfetamina jest narkotykiem produkowanym w nielegalnych laboratoriach. Polska obok Belgii i Holandii należy do czołowych producentów tego narkotyku w Europie (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Na czarnym rynku sprzedaje się ją w formie siarczanu, który ma wygląd białego lub beżowego proszku. Bywa używana w wielu formach z wyjątkiem palenia, w ten sposób zażywa się metamfetaminę. Amfetamina ma działanie stymulujące na centralny układ nerwowy. Poprzez swoje działanie na ośrodek nagrody w mózgu powoduje pobudzenie psychoruchowe i podwyższenie nastroju (Strona KBPN dopalacze.info 1, 2021). W efekcie może nastąpić silne pobudzenie, które może być związane z utratą krytycyzmu wobec własnego postępowania i mniejszej możliwości samokontroli. Długotrwałe przyjmowanie amfetaminy może spowodować braku snu oraz ograniczone łaknienia. Nadużywanie amfetaminy prowadzi do tzw. psychozy amfetaminowej, która wymaga leczenia psychiatrycznego (Strona KBPN dopalacze.info 1, 2021). Metamfetamina została po raz pierwszy zsyntezowana przez japońskiego naukowca Nagayoshiego Nagai w 1893 roku z efedryny. Środek podobny w działaniu do amfetaminy, np. znosi uczucie zmęczenia, silnie ogranicza potrzebę snu i wywołuje spadek łaknienia (W. Ling 2006). Jednakże metaamfetamina jest silniejsza niż amfetamina (A. Dietrich-Muszalska, 2012). Najczęstszym powikłaniem psychiatrycznym u osób

uzależnionych od metamfetaminy (niezależnie od postaci przyjmowanej substancji) jest depresja, której mogą towarzyszyć myśli samobójcze. Przyjmowana jest ona głównie w drodze palenia.

Kokaina

Z liści krasnodrzewu (łac. erythroxylon coca) występującego w górzystych rejonach Ameryki Południowej wyizolowano alkaloid odpowiedzialny za ich psychoaktywne właściwości, który nazwany został kokainą. Krasnodrzew uprawiany jest przede wszystkim w Kolumbii, Peru i Boliwii. W tych krajach żute są liście koki. Występują na nielegalnym rynku narkotykowym dwie substancje w formie proszku chlorowoderek kokainy i crack przypominającego wyglądem drobne jasne kamyki. Kokaina jest silnym stymulantem układu nerwowego (Strona KBPN dopalacze.info 3, 2021). Używanie kokainy powoduje wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie oddechu oraz przyspieszenie akcji serca, opóźnia objawy zmęczenia, zmniejsza potrzebę odżywiania się i snu (B. Jakubowska, 2012). Najbardziej charakterystycznym efektem jest pobudzenie psychoruchowe i uczucie euforii. U części osób używających kokainy obserwowane są objawy depresji, nawet po długim czasie od odstawienia narkotyku.

Ecstasy

Jest to narkotyk występujący w formie tabletki zawierający MDMA (3,4-Metylenodioksymetamfetamina). MDMA została pierwszy raz otrzymana w 1912 r. w niemieckich zakładach farmaceutycznych Merck KGaA (The Vaultes of Erowid...). Tabletki ecstasy mogą zawierać również inne substancje z tej grupy jak MDA, PMA, PMMA. Główne efekty działania MDMA to otwartość na kontakty międzyludzkie, lekkie halucynacje, pobudzenie, euforia, empatia, jak również intensyfikacja odbioru bodźców zewnętrznych. Efekty uboczne zażycia ecstasy to wzmożona pobudliwość, wyostrome postrzeganie bodźców zewnętrznych (kolorów, dźwięków), brak łaknienia, przyspieszony oddech, nieadekwatne do możliwości poczucie siły oraz zgrzytanie zębami (B. Jakubowska, 2012).

LSD

Najbardziej popularnym środkiem halucynogenem jest LSD (Dietyloamid kwasu D-lizergowego). LSD zostało wynalezione w 1938 r. przez szwajcarskiego chemika Alberta Hofmanna w laboratoriach firmy Sandoz. Po zażyciu LSD mogą występować przeżycia mistyczne, urojenia o treści fantastycznej, nastroj

ekstacyczno-euforyczny oraz iluzje i omamy. Długotrwałe używanie może wywołać poważne depresje, stany urojeniowe (B. Jakubowska, 2012).

GHB, GBL

Są to substancje stosowane w celu odurzenia, ale również w celach przestępczych. Kwas γ -hydroksymasłowy (GHB) wywołuje oszołomienie oraz amnezję i dlatego jest wykorzystywany jako substancja ułatwiający gwałt lub kradzież. GBL jest laktonem GHB i w organizmie przekształca się w GBL. Długotrwałe używanie GHB może powodować uzależnienie zarówno fizyczne, jak i psychiczne (P. Jabłoński i inni, 2012).

Nowe Substancje Psychoaktywne, czyli „dopalacze”

Dwie najbardziej popularne grupy nowych substancji psychoaktywnych (NSP) w Polsce to: syntetyczne kanabinoidy oraz syntetyczne katynony (M. Kidawa, 2021). Psychostymulanty z grupy NSP ze względu na strukturę chemiczną substancje te najczęściej należą do grupy katynonów. W tej grupie znajdują się takie substancje, jak: mefedron, 3-mmc, alfa-pvp, pentedron, bufedron, brefedron, MDPV, alfa-PVP oraz wiele innych. Najczęściej występują w postaci kryształów lub białego proszku, rzadziej występują w postaci płynu. Sporadycznie są dodawane do mieszanek ziołowych. Przyjmowane są donosowo (wciągane), doustnie lub dożylnie. Niektóre z substancji mogą być palone. Przyjęcie tych substancji powoduje ogólne pobudzenie psychoruchowe, wzrost ciśnienia, wzrost temperatury ciała, często rozszerzone źrenice, szczękocisk, bóle w klatce piersiowej, napięcie mięśni (A. Malczewski, M. Kidawa, 2017). Syntetyczne kannabinoidy obejmują bardzo dużą grupę substancji o różnej strukturze chemicznej. Ich cechą wspólną jest fakt, że są one syntetycznymi agonistami receptorów kannabinoidowych. W tej grupie znajdują się takie substancje, jak: AM-2201, UR-144, i nowsze: AB-FUBINACA, AB-CHMINACA, MDMB-CHMICA oraz wiele innych. Zażywanie syntetycznych kanabionidów doprowadziło do wielu zatruć (M. Kidawa, 2021), jak również do zgonów m.in. w Polsce (P. Adamowicz, 2016). Z uwagi na działanie na te same receptory uznaje się, że syntetyczne kannabinoidy działają podobnie do marihuany. Jednak wiele z nich wykazuje kilkakrotnie, a nawet kilkunastokrotnie silniejsze działanie na receptory niż porównywane THC zawarte w marihuanie. Dodatkowo w przeciwieństwie do marihuany nie zawierają substancji działających antypsychotycznie (jak kannabidol). Substancje te występują najczęściej w postaci

mieszanek ziołowych, gdzie substancja czynna jest łączona z obojętnym materiałem roślinnym (tzw. bazą). Występują także w postaci proszku. Najczęściej są palone, rzadko raportowane są inne drogi przyjęcia. Syntetyczne kannabinoidy działają na organizm trochę inaczej i najczęściej zdecydowanie mocniej niż klasyczna marihuana. Efektem zażywania mogą być: bóle głowy, żołądka, zębów, bóle serca, bezsenność, brak apetytu, wymioty, napady drgawkowe, halucynacje, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, tachykardia, zawał mięśnia sercowego, uszkodzenia nerek, napady lęku i paniki, depresję. Zgłaszane są także przypadki występowania krótko- i długotrwałych psychoz po używaniu syntetycznych kannabinoidów (A. Malczewski, M. Kidawa, 2017).

Ponadto w pracy pojawiają się nazwy następujących instytucji, które zajmują się monitorowaniem problemu narkotyków i narkomanii:

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ang. skrót używany w pracy EMCDDA) powstało w 1993 r. Zostało otwarte w Lizbonie w 1995 r. i jest jedną ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej. EMCDDA istnieje, aby zapewnić UE i jej państwom członkowskim faktyczny przegląd europejskich problemów narkotykowych oraz solidną bazę dowodową wspierającą debatę o narkotykach i narkomanii. Oferuje decydentom dane, potrzebne do tworzenia świadomych przepisów i strategii antynarkotykowych. Pomaga również profesjonalistom i praktykom pracującym w terenie w określeniu najlepszych praktyk i nowych obszarów badań. Corocznie EMCDDA przygotowuje i wydaje szereg publikacji w tym coroczny Europejski Raport Narkotykowy.

Krajowe Centra Monitorujące (Reitox National Focal Point). Reitox to europejska sieć informacji o narkotykach i narkomanii utworzona w tym samym czasie co EMCDDA. Skrót „Reitox” pochodzi od francuskiego „Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies”. Członkami sieci Reitox są wyznaczone krajowe instytucje lub agencje odpowiedzialne za gromadzenie danych i zgłaszanie przypadków narkotyków i narkomanii. Instytucje te nazywane są „krajowymi punktami kontaktowymi”. W pracy doktorskiej zastosowano termin krajowe centra monitorujące, które w opinii autora najlepiej odpowiada zakresowi pracy Focal Pointów. W Polsce funkcję Focal Pointa pełni Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wskaźniki EMCDDA

Praca opiera się w dużym stopniu na analizie różnych wskaźników. Są one stosowne do opisu problemu narkomanii (np. rozpowszechnienie używania narkotyków oraz związanych z nimi problemów), rynków narkotykowych czy dostępności narkotyków (np. ocena dostępności narkotyków w badaniach ankietowych oraz ich ceny). Ogólnie wskaźnikami w badaniach społecznych mogą być takie zjawiska, stany rzeczy i zdarzenia (zachowania), które w łatwy sposób można zaobserwować, i które w sposób pośredni dostarczają informacji o badanym zjawisku. Wskaźnikami mogą być zatem zachowania ludzkie, wypowiedzi członków danej zbiorowości czy też przedmioty materialne, które można traktować jako skutki postaw i zachowań ich twórców (S. Nowak, 2007). Wskaźniki wybierane do monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie krajów służą obserwowaniu skali problemu oraz zachodzących w nim zmian. Koncepcja wykorzystania szeregu wskaźników do opis problemu narkotyków i narkomanii wynika z faktu, że samo zjawisko narkotyków i narkomanii ma charakter z natury ukryty, więc uzyskanie obrazu możliwe jest dzięki pośrednictwu różnego typu danych (B. Bukowska, 2008). Źródłem informacji w ramach wskaźników monitorowania mogą być więc rutynowo zbierane dane statystyczne, dokumentacja instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii czy też wyniki prowadzonych projektów badawczych. W procesie konceptualizacji wybierane i opisywane są wskaźniki, które będą używane podczas pomiaru badanego zjawiska oraz jego różnych aspektów (E. Babbie, 2007). Kluczowe wskaźniki EMCDDA zastosowane w pracy podano poniżej.

Wskaźnik badania populacji osób w wieku 15–64 lat (General Population Survey, angielski skrót GPS) EMCDDA dostarcza informacji o skali rozpowszechnienia używania narkotyków w państwach członkowskich Unii Europejskiej. EMCDDA otrzymuje z krajowych centrów dane z badań krajowych i szkolnych prowadzonych na podstawie reprezentatywnych probabilistycznych prób. Ankiety lub kwestionariusze wykorzystywane w badaniach prowadzonych przez poszczególne kraje składają się z informacji od osób używających narkotyki na temat obecnego i przeszłego używania narkotyków, cech osobowych oraz wiedzy i postaw dotyczących narkotyków lub innych powiązanych tematów (np. tematów zdrowotnych). Zbierane są również metadane dotyczące czynników, które mogą

mieć wpływ na interpretację, ważność i wiarygodność danych. EMCDDA podejmuje wysiłki do zharmonizowania gromadzenia danych i sprawozdawczości (Handbook for surveys..., 2002). Niemniej jednak różnice w metodologii badań wpływają na interpretację i porównywalność wyników. Do porównań zastosowano odsetki użytkowników poszczególnych narkotyków.

Do analiz i porównań zostało wykorzystane przede wszystkim rozpowszechnienie używania marihuany i haszyszu, czyli przetworów konopi indyjskich z badań ogólnopolskich i szkolnych. Jest to najczęściej używany narkotyk w Europie (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Oszacowanie rozpowszechnienia używania przetworów konopi indyjskich z badań przedstawione w pracy oparte jest na dwóch przedziałach czasowych:

- użycie narkotyków w ciągu całego życia określane jest jako eksperymentowanie z substancją psychoaktywną;
- użycie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy – okazjonalne użytkowanie „recent use”;

Badanie populacyjne zrealizowane według standardów EMCDDA dotyczy grupy osób w wieku 15–64 lat, a w analizach często jest uwzględniana grupa młodych dorosłych (15–34 lata) (Europejski Raport Narkotykowy, 2018).

Wskaźnik problemowego używania narkotyków opioidowych (Problem Drug Use – PDU) (Europejski Raport Narkotykowy, 2018) dostarcza informacji na temat liczby osób używających opioidy w sposób problemowy. Zalecane metody szacowania populacji osób używających narkotyków wysokiego ryzyka, w tym opioidów, są metodami pośrednimi. Dlatego też mogą występować ograniczenie w porównywaniu sytuacji między krajami. Oszacowania opierają się na dostępnych rejestrach zdrowia lub danych policyjnych, w których znajdują się informacje na temat całkowitej populacji użytkowników. Dane te są wykorzystywane w celu oszacowania ukrytej grupy, która nie jest wychwytywana przez wspomniane rejestry oraz badania ankietowe. Metoda mnożnikowa: (multiplier methodes MM), metoda podwójnego połowu (Capture and recapture CRC) (G. Hay i inni, 2009) są powszechnie stosowane do szacowania występowania populacji ukrytych na poziomie krajowym i lokalnym.

Zgony z powodu narkotyków (Drug-related deaths and mortality, angielski skrót DRD) (Europejskiego Raportu Narkotykowego, 2018). Wskaźnik zgonów

związanych z narkotykami (DRD) opracowany przez EMCDDA koncentruje się na zgonach bezpośrednio spowodowanych przez narkotyki i śmiertelności wśród osób zażywających narkotyki⁶. W pracy zaprezentowano Zróżnicowanie przestrzenne wskaźnika zgonów na milion osób z powodu używania narkotyków w 2016 roku.

Choroby zakaźne (a dokładniej: HIV). Z powodu iniekcyjnego używania narkotyków (Drug-related infectious diseases, angielski skrót DRID). EMCDDA systematycznie monitoruje zakażenia wirusem (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). W pracy wykorzystano wskaźnik – nowych zakażeń wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Jeden z celów pobocznych dotyczy polityki narkotykowej. W niniejszej pracy polityka narkotykowa jest rozumiana jako polityka, zwykle rządu, dotycząca kontroli narkotyków. Niektórzy twierdzą, że polityka narkotykowa jest po prostu połączeniem programów i praw, które mają na celu osiągnięcie szeregu funkcji administracyjnych (T.F Babor i inni, 2009). Funkcje te obejmują trzy odrębne obszary: zapobieganie inicjacji narkotykowej, regulacje, ustawodawstwo i inicjatywy, które koncentrują się na kontroli podaży narkotyków. Te działania administracyjne są następnie wdrażane w wielu sektorach i organach w społeczeństwie, w tym w szkołach, społecznościach, za pomocą sił policyjnych i poprzez kontrolę granic i innych (T.F Babor i inni., 2010).

1.3 Źródła danych i metody analizy

Przy gromadzeniu materiałów wykorzystano zarówno metody reaktywne, jak i nie reaktywne. Przy czym dominowały te drugie. W przypadku danych statystycznych oparto się tzw. analizie danych zastanych (desk research). Jest o powszechnie stosowana metoda w naukach społecznych (B. Czarniawska, 2014; J. Heaton, 2008). Uzupełniając posłużono się metodą indywidualnych wywiadów pogłębionych (individual in-depth interview) (K. Brounéus, 2011; R. Rivas, M. Gibson-Light, 2016). Przy analizie tych danych dodatkowo posługiwano się publikacjami naukowymi lub eksperckimi.

Przy porównywaniu danych statystycznych z różnych krajów prawie zawsze występują problemy z ich porównywalnością, no co zwracał uwagę m.in.

⁶ Według Dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) są to kody: F11-F12, F14-F16, F19, X41, X42, X44, X61, X62, X64, Y11, Y12, Y14 (K. England, 2016).

T. Michalski (2010b) przy analizie sytuacji zdrowotnej ludności europejskich krajów postkomunistycznych. Dlatego też zdecydowano o bardzo szczegółowym opisie źródeł danych wraz z charakterystyką ich jakości. Ze względu na obszerność tego opisu, uporządkowano go opierając się na celach pobocznych których realizacji mają służyć użyte dane. Ponadto w kontekście sformułowanych dwóch celów metodycznych (Jaka jest dostępność i jakość danych charakteryzujących sytuację narkotykową na analizowanym obszarze? Na ile jest wiarygodne porównywanie danych pochodzących ze sprawozdawczości pomiędzy poszczególnymi krajami?) za ważny uznano dokładny opis jakości pozyskanych danych, co zrobiono to przy opisie danych do celów pobocznych. Warto jednak zwrócić uwagę, że mimo, iż w Europie został stworzony system monitorowania z szeregiem protokołów metodologicznych i wytycznych, to zasady te nadal nie zostały w pełni wprowadzone w wszystkich krajach, które są przedmiotem niniejszej pracy.

Monitorowanie zjawiska narkotyków i narkomanii realizowane jest dzięki wykorzystaniu różnorodnych wskaźników m.in. pięciu kluczowych wskaźników EMCDDA. W ramach prac nad określeniem skali problemu narkotykowego EMCDDA stworzyło wskaźniki służące do opisu problemu narkotykowego i narkomanii, czyli zagadnień dotyczących trzech celów poznawczych sformułowanych w niniejszej pracy. Na jej potrzeby zostały wykorzystane różnorodne wskaźniki, które służą badaniu problemu narkotykowego w krajach postkomunistycznych będącymi członkami Unii Europejskiej. Zostały one opisane w dalszej części tego podrozdziału. Identyfikacja potencjalnych źródeł danych oraz wybór wskaźników było jednym z kluczowych elementów prac przygotowawczych. Wartości tych wskaźników zbierane są przez krajowe centra monitorujące, jednakże nie wszystkie informacje są dostępne dla roku 2016, czyli referencyjnego dla tej pracy. W przypadku niektórych krajów pozyskane dane mogą dotyczyć mniejszych obszarów⁷. Zatem pierwszym ograniczeniem przy porównywalności danych będzie ich brak lub to, że nie będą one dotyczyć całego kraju. Drugą kwestią jest różna jakość danych dotyczących opisywanych krajów. Większość informacji analizowanych w pracy pochodzi z systemów monitorujących poszczególnych krajów. Są one corocznie przekazywane do EMCDDA – jednakże nie oznacza to, iż

⁷ Czasem nawet tylko jednego miasta jak np. w przypadku Rumunii zgony z powodu narkotyków dostępne są tylko dla Bukaresztu (Romania Harm And Harm Reduction Workbook, 2017).

dane zbierane są corocznie. W przypadku badań populacyjnych dotyczących rozpowszechnienia używania narkotyków mogą być one realizowane co cztery lata. Wynika to z tego, że dynamika części problemów narkotykowych nie jest na tyle duża, aby corocznie wartości wskaźników ulegały zmianom. Ponadto badania populacyjne obejmujące wszystkich dorosłych mieszkańców są dość kosztowne. W takiej sytuacji do analiz został uwzględniony rok badania najbliższy 2016 roku.

W przypadku danych użytych do realizacji pierwszego celu pobocznego o charakterze poznawczym (Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemu narkotyków?), pochodzą one przede wszystkim z instytucji zwalczających przestępczość narkotykową. Policja, służba celna i inne służby mundurowe prowadzą aktywne działania w ramach zwalczania przestępczości narkotykowej mające za zadanie zabezpieczenia narkotyków oraz wykrywanie przestępstw narkotykowych. Posłużono się danymi nt. liczby zabezpieczonych narkotyków. Omawiane wskaźniki stanowią element europejskiego systemu monitorowania prowadzonego przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wspieranego przez krajowe centra monitorujące (EU Drug..., 2019; Improved drug..., 2018). W jego ramach zbierane i analizowane są także dane dotyczące czystości, składu tabletek ekstazy oraz cen narkotyków. Informacje o cenach i czystości służą do określenia dostępności narkotyków. W tym samym celu wykorzystano badania ankietowe wśród młodzieży szkolnej, gdzie zbierano dane na temat deklaracji badanej młodzieży na temat możliwości zdobycia narkotyków (ESPAD report 2015, 2016). Ponadto w ramach pracy zebrane zostały dane na temat liczby przestępstw narkotykowych (Statistical Bulletin 2020 - Offenders) oraz liczby osób zatrzymanych za przestępstwa narkotykowe (Statistical Bulletin 2020 - Offences). Informacje dotyczące rynków narkotykowych oraz skali ich używania wykorzystywane są do oszacowania wielkości rynku narkotykowego w Unii Europejskiej (Technical Report. Estimating..., 2019). Przeprowadzone zostały także wywiady z krajowymi kierownikami (lub ich zastępcami) Reitox Focal Point EMCDDA (Krajowe Centra Monitorujące) na temat rynków narkotykowych. Zrealizowano je, aby uzyskać informacje kontekstowe do zebranych danych liczbowych. Ponadto w analizach wykorzystano referaty wygłoszone przez ekspertów zagranicznych w ramach

konferencji i seminariów organizowanych lub współorganizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2015–2019⁸.

Poniżej szczegółowo omówiono dostępność danych. W nawiasie podany został rok, którego dotyczą dane jak również miasto, jeżeli nie są to dane z całego kraju.

Dane o konfiskatach narkotyków odnoszą się do wszystkich konfiskat dokonanych w każdym kraju w 2016 roku przez wszystkie organy ścigania (policję, służby celne, straż graniczną itp.). Wymagana jest ostrożność w odniesieniu do podwójnego liczenia tych samych konfiskat przez różne służby, które może mieć miejsce w danym kraju chociaż zwykle się go unika. W przypadku zabezpieczeń narkotyków stosowane są dwie jednostki statystyczne: ilość w kilogramach lub gramach oraz liczba zabezpieczeń. Informacje o przestępstwach przeciwko prawu narkotykowemu dotyczącym narkotyków (zażywanie, posiadanie, handel itp.) odzwierciedlają różnice w prawie, ale także różne sposoby jego egzekwowania i stosowania, a także priorytety i zasoby przydzielane konkretnym problemom przez organy wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych. Warto zwrócić uwagę, że systemy informacyjne dotyczące przestępstw narkotykowych różnią się znacznie w poszczególnych krajach, zwłaszcza jeśli chodzi o procedury rejestrowania, definicje i jednostki statystyczne. W Polsce np. policja stosuje w swojej pracy najczęściej następujące jednostki statystyczne: postępowania wszczęte i zakończone, przestępstwa stwierdzone oraz podejrzani. Warto podkreślić, że skala przestępczości narkotykowej opisywana przez wskaźnik liczby przestępstw jest mocno powiązana z aktywnością służb zwalczających tego typu przestępczość (E. Kuźmich i inni, 2009). W przypadku większości przestępstw narkotykowych mamy zarówno sprawcę to jest osobę posiadającą narkotyki, jak również przedmiot przestępstwa, czyli narkotyk. Dlatego też liczby osób zatrzymanych za posiadanie narkotyków należy interpretować w kontekście innych wskaźników. Duże liczby osób aresztowanych za posiadanie narkotyków mogą być efektem wzmożonej aktywności policji wobec użytkowników narkotyków. Ważnym wskaźnikiem są dane o cenach narkotyków dzięki którym można spróbować określić zmiany na rynku narkotykowym. Ceny są wskaźnikiem dostępności narkotyków i zarazem istotnym narzędziem do zrozumienia działania mechanizmów podaży narkotyków. Wzrost cen

⁸ Kraków 2015 r., Poznań 2016 r., Warszawa 2018 r. i 2019 r., Tallin 2017, Wilno 2018 r., Gdańsk 2019 r.

może oznaczać, iż popyt przewyższa podaż i dilerzy wiedząc, że sprzedadzą narkotyki, podnoszą ich ceny. EMCDDA zbierane dane dotyczące cen średnich, minimalnych, maksymalnych, mediany oraz wartości modalnej. Powyższe informacje przekazywane są do EMCDDA jako dane krajowe w trybie rocznym. Raportowane ceny odnoszą się do poziomu detalicznego rynku. Krajowe centra monitorujące mają dwa główne źródła danych do tego wskaźnika: z Policji (np. na Łotwie) oraz z badań wśród użytkowników (np. na Węgrzech). Podczas analizy informacji dotyczących cen wymagana jest jednak pewna ostrożność. W przypadku niektórych z nich mogą występować problemy z reprezentatywnością. Dane z niektórych krajów pochodzą raczej z lokalnych niż krajowych systemów monitorowania lub z niepowtarzanych badań *ad hoc*. Istnieją również wątpliwości co do metody zastosowanej do obliczenia średnich – czy to średnich ważonych, czy prostych lub po prostu środkowego punktu między wartości najwyższą i najniższą. W niektórych krajach jak np. w Polsce ceny zbierane są tylko na potrzeby statystyczne, a wartość zabezpieczonych narkotyków nie ma znaczenia w postępowaniu sądowym. W takich przypadkach resorty siłowe mogą nie przywiązywać dużej wagi do jakości zbieranych tego typu danych. Sytuacji nie zmienił fakt, że np. w Polsce od 2015 roku dochody osiągnane z tytułu handlu narkotykami oraz produkcji zostały włączone do produktu krajowego brutto w ramach bieżącej rewizji rachunków narodowych (Informacja..., 2020). Ceny narkotyków są stosowane do wyliczenia wielkości handlu i produkcji we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Dążąc do poprawy jakości danych EMCDDA opracowało publikację dotyczącą zbierania i analizowania danych dotyczących cen narkotyków w którego przygotowaniu brałem udział (Guidelines for collecting..., 2010). Podobne zastrzeżenia można sformułować do danych dotyczących średniej czystości narkotyków. Siła produktów z konopi indyjskich jest określana poprzez zawartość D9-tetrahydrokannabinolu (THC), gdzie THC jest głównym składnikiem psychoaktywnym konopi. THC wyrażane jest w procentach. Podobnie jak w przypadku cen, kwestią otwartą jest na ile zbierane i przekazywane dane dotyczą całego kraju, a średnia faktycznie jest średnią arytmetyczną.

W pracy wykorzystano pięć grup danych na temat problemu narkotyków (rynek narkotykowy oraz dostępność narkotyków):

1. Zabezpieczenia narkotyków w podziale na dwie grupy: liczba oraz ilość amfetaminy, heroiny oraz marihuany jako wskaźnik na milion mieszkańców. Przedstawione zostały dane dotyczące liczby zabezpieczonej amfetaminy (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - amphetamine, 2020) za 2016 rok, a dla Polski za 2017 rok oraz ilości zabezpieczonej amfetaminy za 2016 rok (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - amphetamine, 2020), a dla Słowenii za 2015 rok. W pracy są także omówione dane dotyczące liczby zabezpieczonej marihuany (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, 2020) za 2016 rok z wyjątkiem Polski (2017 rok) oraz Słowenii (2015 rok), jak również ilości ujawnionej marihuany (Europejski Raport Narkotykowy, 2018) za 2016 rok, a dla Słowenii za 2015 rok. Obraz uzupełniają dane dotyczące liczby konfiskat heroiny (Europejski Raport Narkotykowy, 2018) za 2016 rok z wyjątkiem Polski (2017 rok) oraz Słowenii (2015 rok), a także ilości zabezpieczonego tego narkotyku (Europejski Raport Narkotykowy, 2018) w 2016 roku, a dla Słowenii za 2015 rok.
2. Liczba przestępstw narkotykowych (Statistical Bulletin 2020 - Drug law offences, 2020) oraz osób popełniających te przestępstwa (Statistical Bulletin 2020 - Offenders, 2020) przedstawiona w postaci wskaźnika na 1000 mieszkańców. W przypadku liczby przestępstw dane za 2016 roku dotyczą wszystkich krajów oprócz Słowacji (2017 rok).
3. Ceny detaliczne narkotyków dotyczące marihuany (Statistical Bulletin 2020 - price – cannabis, 2020) oraz amfetaminy (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020). Cena średnia arytmetyczna marihuany jest dla 2016 roku, z wyjątkiem Bułgarii (2015 rok) oraz Rumunii – brak danych. Cena średnia arytmetyczna amfetaminy jest za 2016, z wyjątkiem Czech (2018 rok), Estonii (2017 rok) oraz Litwy (2017 rok) – brak danych dla Rumunii.
4. Czystość narkotyków – dane dotyczą marihuany (Statistical Bulletin 2020 - purity – cannabis) oraz amfetaminy (Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). Średnia zawartość (%) THC w marihuanie za 2016 rok z wyjątkiem Bułgarii (2015 rok), Rumunii (2017 rok) oraz Litwy i Łotwy dla których odnotowano brak danych. Średnia czystość amfetaminy jest za 2016 rok z wyjątkiem Czech (2018 rok) i Rumunii – brak danych.

5. Dostępność narkotyków według badań ESPAD dla wszystkich krajów za 2015 rok (ESPAD 2015, 2016). W analizie uwzględniono odsetki użytkowników deklarujących jako łatwe lub bardzo łatwe zdobycie marihuany oraz amfetamin.

Drugi cel poboczny koncentruje się na używaniu narkotyków oraz na problemach związanych z używaniem narkotyków (Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemów zdrowotnych związanych z narkotykami?). Dotyczy on zatem pośrednio narkotyków obejmując analizę rozprzestrzenia używania narkotyków oraz skutków zdrowotnych związanych z ich zażywaniem. Jest to kluczowy obszar w niniejszej pracy, ponieważ skala zjawiska używania narkotyków oraz problemów związanych z konsumpcją nielegalnych substancji psychoaktywnych dotyczy w największym stopniu tematu doktoratu. Stanowi ona główny element porównań oraz weryfikacji hipotez badawczych. W analizie przestrzennego zróżnicowania wykorzystane zostały wskaźniki epidemiologiczne stosowane EMCDDA w ramach europejskiego systemu monitorowania w tym przede wszystkim pięć kluczowych wskaźników EMCDDA. Odpowiedzi na pytanie dotyczące skali używania narkotyków udzielają nam reprezentatywne ogólnokrajowe badania populacji generalnej oraz międzynarodowe badania na młodzieży szkolnej ESPAD (Prevalence and patterns of drug use). Wskaźnik ten dostarcza nam informacji na temat oszacowanego rozpowszechnienia używania narkotyków oraz wzorów ich używania (Drug use:..., 2009).

Kolejny kluczowy wskaźnik EMCDDA: liczba problemowych użytkowników narkotyków (Problematic Drug Users, angielski skrót angielski PDU) (An overview of the..., 2009; Guidelines for..., 2008). Analizy zostały opracowane w oparciu o oszacowania problemowych użytkowników opioidów (Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - OAYGON), a dla Bułgarii dane dotyczące osób używających problemowo opioidy oraz stymulanty (Bulletin 2020 - Problem drug use - Overall) oraz dla Estonii dane (Statistical Bulletin - 2020 - Problem drug use - Injecting - Trends) obejmują osoby używające problemowo opioidy oraz stymulanty w iniekcjach. Zażywanie narkotyków może powodować poważne konsekwencje zdrowotne łącznie ze śmiercią osoby używającej. Dlatego też w opisie rozmiarów problemu narkomanii stosowane są dwa kolejne wskaźniki, które zostały zastosowane w pracy, takie jak zakażenie wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (Europejski Raport Narkotkowy, 2018) oraz zgony

z powodu narkotyków oraz śmiertelność wśród użytkowników narkotyków (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Ponadto w celu określenia skali problemów zdrowotnych związanych z narkotykami jak zgony czy zakażenia z powodu zażywania narkotyków w omawianych krajach – przeprowadzane zostały wywiady z krajowymi kierownikami (lub ich zastępcami) Reitox Focal Point EMCDDA (Krajowe centra monitorujące problem narkotyków i narkomanii). W przypadku dwóch krajów dodatkowo wywiady udzieliły osoby zajmujące się przestępczością narkotykową. W załączniku nr 1 przedstawiona została lista osób, z którymi przeprowadzono wywiady, wyniki pytań zadanych w trakcie wywiadów w postaci tabeli jak również zakres wywiadów, które trwały od 20 do 40 minut. Poza dwoma pierwszymi przeprowadzonymi w Wilnie – zostały one zrealizowane on-line. Jednym z elementów wywiadów było zebranie danych o prawie narkotykowym jego implementacji oraz skali problemu nowych substancji psychoaktywnych.

Analizy dotyczące prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu opracowane są również na podstawie referatów wygłoszonych przez ekspertów zagranicznych, jak i pochodzących z Polski w ramach konferencji i seminariów organizowanych lub współorganizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2015–2019⁹. Wynikiem seminarium w Wilnie było opracowanie analizy dotyczącej problemu opioidów, w tym zgonów z powodu tego narkotyków w Polsce i w krajach bałtyckich, która została zaprezentowana na konferencjach naukowych w Lizbonie¹⁰, Rydze¹¹ oraz w Paryżu¹² w 2019 roku.

Poniżej zawarto szczegółowe informacje, w tym dostępność danych, na temat wskaźników użytych do realizacji drugiego celu pobocznego. W nawiasie podany został rok, którego dotyczą dane jak również miasto lub region, jeżeli nie są to dane z całego kraju. Łącznie jest to sześć grup danych:

1. Rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji generalnej i młodzieży.
Wskaźnik badania populacji ogólnej (General Population Survey (GPS)).
EMCDDA koncentruje się na szacunkach rozpowszechnienia i wzorach używania

⁹ Kraków 2015 r., Poznań 2016 r., Warszawa 2018 r. i 2019 r., Wilno 2018 r., Gdańsk 2019 r.

¹⁰ LxAddictions19: The future of addictions — new frontiers for policy, practice and science, 23-25 listopada 2019, SICAD, EMCDDA, Addiction journal, SSA, ISAJE.

¹¹ The 30th Conference of the European Society for Social Drug Research (ESSD), 26-28 września 2019, ESSD oraz University of Latvia.

¹² 2019 ISSDP conference, 22-25 maja 2019, International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP) oraz Paris School of Economics.

narkotyków w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Bulgaria Drugs Workbook, 2017; Croatia Drugs Workbook, 2017; Czech Republic Drugs Workbook, 2017; Estonia Drugs Workbook, 2017; Lithuania Drugs Workbook, 2017; Latvia Drugs Workbook, 2017; Romania Drugs Workbook, 2017; Slovakia Drugs Workbook, 2019; Slovenia Drugs Workbook, 2020, Hungary Drugs Workbook, 2018). W pracy wykorzystano przede wszystkim badania pokazujące zróżnicowanie przestrzenne skali używania przetworów konopi indyjskich (marihuany i haszyszu) oraz amfetamin (Europejski Raport Narkotykowy 2018) w 2016 roku: Bułgaria, Czechy, Litwa, Rumunia oraz dla 2015 roku: Węgry Słowacja, Łotwa, Chorwacja jak również Estonia (2008: kohorta 15–34 lata, brak danych dla amfetamin w grupie 15–64 lata), Polska (2014), Słowenia (2012). Dane prezentowały odsetki użytkowników (wskaźnik kiedykolwiek w życiu w kohorcie 15–64 lata) oraz w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (15–34 lata). Dla Węgiei grupa wiekowa zaczynała się od 18 lat, a nie od 15 lat. Badania szkolne oparte na projekcie ESPAD 2015 dostępne były dla wszystkich krajów dla 16 latków. Zaprezentowane odsetki dotyczyły używania kiedykolwiek w życiu marihuany i haszyszu oraz amfetaminy.

2. Problemowe używanie narkotyków opioidowych (Problem Drug Use - PDU) (Europejski Raport Narkotykowy 2018). W pracy zastosowano wskaźnik szacowania problemowych użytkowników opioidów: Bułgaria (2016: osoby używające opioidy oraz stymulanty), Chorwacja (2015), Czechy (2016), Estonia (2015 – iniekcyjne używanie opioidów oraz stymulantów), Węgry (2015 – iniekcyjne używanie opioidów oraz stymulantów), Łotwa (2017), Litwa (2016), Polska (2014), Rumunia (2017), Słowacja (2019), Słowenia (2019).
3. Zgłaszalność do leczenia substytucyjnego. W pracy wykorzystano dane dotyczące wskaźnika osób leczonych w substytucji na milion mieszkańców w 2016 roku (Europejski Raport Narkotykowy 2018).
4. Choroby zakaźne a konkretnie HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków (Europejski Raport Narkotykowy 2018). Nowe zakażenia wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków: dane za 2016 dostępne dla wszystkich krajów.
5. Zgony z powodu narkotyków (Drug-related deaths and mortality, angielski skrót DRD) (Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018). W pracy posłużono się

wskaźnikiem zgonów na milion osób z powodu używania narkotyków w 2016 roku. Dla Rumunii zaprezentowano dane dotyczące Bukaresztu.

6. Osoby, które można uznać za zagrożone rozwojem problemów związanych z konopiami indyjskimi (marihuana i haszysz) według badania ESPAD z 2019 roku (ESPAD Report 2019..., 2020) – odsetki badanych.

Raporty krajowe dotyczące poszczególnych krajów są źródłem informacji kontekstowych i metodologicznych oraz podstawą wielu dodatkowych informacji dla interpretacji danych dotyczących zgonów z powodu narkotyków, zakażeń HIV z powodu zażywania narkotyków w iniekcjach oraz problemowego używania narkotyków opioidowych (Bulgaria Harms And Harm Reduction Workbook, 2017; Croatia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017; Czech Republic Harm and Harm Reduction Workbook, 2017, Harms And Harm Reduction Workbook, 2017; Lithuania Harms And Harm Reduction Workbook, 2017; Latvia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017; Romania Harm And Harm Reduction Workbook, 2017; Slovakia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017; Slovenia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017; Hungary Harms And Harm Reduction Workbook, 2017) oraz dla danych dotyczących leczenia substytucyjnego (Bulgaria Treatment Workbook, 2017; Croatia Treatment Workbook, 2017; Czech Republic Treatment Workbook, 2017; Estonia Treatment Workbook, 2017; Lithuania Treatment Workbook, 2017; Latvian Treatment Workbook, 2017; Romania Treatment Workbook, 2017; Slovakia Treatment Workbook, 2017; Slovenia Treatment Workbook, 2017; Hungary Treatment Workbook, 2018).

Trzeci cele poboczny dotyczy nowych substancji psychoaktywnych i brzmi: Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemu tzw. nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”)? W ramach jego realizacji są omawiane zagadnienia związane z „nowymi substancjami psychoaktywnymi” nazywanymi w Polsce „dopalaczami” (P. Jabłoński, A. Malczewski, 2014). Dotyczy on bezpośrednio i pośrednio narkotyków koncentrując się na tzw. „dopalaczach”, czyli nowych narkotykach. W analizie wykorzystane zostały wskaźniki podobne do stosowanych przy poprzednim celu poznawczym, jednakże ze względu na bardzo dynamiczny charakter tego zjawiska tradycyjne wskaźniki służące do monitorowania problemu narkotyków nie zawsze są w stanie uchwycić rozmiary jak i posłużyć do pełnej charakterystyki zjawiska nowych substancji psychoaktywnych. Ponadto status

prawny nowych substancji psychoaktywnych nie zawsze był taki sam jak narkotyków. Kraje Unii Europejskiej stosowały różne rozwiązania prawne w celu ograniczania zjawiska nowych substancji psychoaktywnych (New psychoactive substances..., 2016). Dlatego też analiza skali problemów związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych została przedstawiona w oddzielnym celu poznawczym. Co więcej wykorzystanie kluczowych wskaźników EMCDDA, które zostały opisane w celu pobocznym drugim może prowadzić czasami do uzyskania fałszywego obrazu używania nowych substancji psychoaktywnych w poszczególnych krajach. Dobrym przykładem jest rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych w Estonii według międzynarodowych badań ankietowych na młodzieży szkolnej ESPAD. Pomiar ten został zrealizowany w 2015 roku wśród 16-latków. Według tych badań w Estonii odnotowano najwyższy wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu nowych substancji psychoaktywnych wśród krajów biorących udział w badaniach ESPAD (obok Polski) – 10% badanych używało kiedykolwiek w życiu (The 2015 ESPAD..., 2016). Warto jednak zauważyć, że dane z innych źródeł jak np. zabezpieczenia narkotyków, zgłaszalność do leczenia z powodu narkotyków czy badania w całej populacji, nie potwierdzają wysokiego poziomu używania nowych substancji psychoaktywnych w Estonii. Wnioski z seminarium zorganizowanego w Krakowie w 2015 roku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wraz z EMCDDA pokazały, że skala używania nowych substancji psychoaktywnych w Estonii jest niewielka (A. Malczewski, 2015). Innym przykładem ograniczeń w analizie nowych narkotyków jest kolejny kluczowych wskaźników EMCDDA dotyczący zgonów z powodu narkotyków oparty przede wszystkim na danych z ogólnych rejestrów śmiertelności. Te rejestry nie zidentyfikują obecności nowych substancji psychoaktywnych w przypadkach zgonów z powodu substancji psychoaktywnych, ponieważ w ICD-10 nie ma specjalnych kodów do kodowania tych substancji. Zgony z udziałem nowych substancji psychoaktywnych kodowane są za pomocą bardziej ogólnych kodów, takich jak „inne stymulanty”, jeżeli do zgonu doszło z powodu stymulującej nowej substancji psychoaktywnej. Dlatego też, jak w przypadku wcześniejszych celów pobocznych – przeprowadzone zostały wywiady z krajowymi kierownikami (lub ich zastępcami) Reitox Focal Point EMCDDA. Analizy dotyczące prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu przeprowadzone zostały także na podstawie

referatów wygłoszonych przez ekspertów zagranicznych w ramach konferencji i seminariów organizowanych lub współorganizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii¹³.

Poniżej zawarto szczegółowe informacje, w tym dostępność, na temat wskaźników użytych do realizacji tego celu pobocznego.

Rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych w populacji generalnej. Systemy monitorujące prowadzone przez krajowe centra monitorujące w różny sposób starały się rozwiązać kwestię związaną z używaniem wielu różnych nazw na nowe substancje psychoaktywnych. Jednym z podejść jest stosowanie nazw potocznych używanych przez osoby sięgające po te substancję. Innym rozwiązaniem było używanie nazw chemicznych w postaci wzorów. Takie podejście można zastosować w odniesieniu do częstych użytkowników, którzy mają wiedzę na temat substancji, po które sięgają. Pojawianie się nowe kolejnych nazw zakłóca porównywalność danych z badań realizowanych w różnych latach. W przypadku badania ESPAD (ESPAD Report 2015, 2016) krajowi koordynatorzy dodawali do wystandaryzowanego pytania krajowe określenia, aby ograniczyć liczbę błędnych odpowiedzi. W Eurobarometrze Komisji Europejskiej (Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401, 2014) zastosowano jedno takie samo pytanie dla wszystkich krajów z Unii Europejskiej biorących udział w tym pomiarze. Dodatkowo zastosowano reprezentatywne, ale nie duże próby na poziomie około 500 wywiadów w każdym kraju. Jakość zebranych danych oraz ograniczenia w porównywaniu sytuacji między krajami były tematami dyskusji z przedstawicielami Reitox Focal Pointów. W pracy wykorzystano sześć wskaźników przedstawianych poniżej, ponadto przeprowadzono analizę krajowych raportów w tym obszarze (Bulgaria Drugs Workbook, 2017; Croatia Drugs Workbook, 2017; Czech Republic Drugs Workbook, 2017; Estonia Drugs Workbook, 2017; Lithuania Drugs Workbook, 2017; Latvia Drugs Workbook, 2017; Romania Drugs Workbook, 2017; Slovakia Drugs Workbook, 2019; Slovenia Drugs Workbook, 2020, Hungary Drugs Workbook, 2018).

Liczba zidentyfikowanych nowych substancji psychoaktywnych według danych pochodzących z Systemu Wczesnego Ostrzegania (SWO) (Early Warning System

¹³ Kraków 2015 r., Poznań 2016 r., Warszawa 2018 r. i 2019 r., Wilno 2018 r., Gdańsk 2019 r.

Database of EMCDDA, 2018). Do zadań SWO należy zbieranie informacji o identyfikacji nowych substancji psychoaktywnych w laboratoriach prowadzących analizy kryminalistyczne oraz toksykologiczne, monitorowanie występowania NSP oraz monitorowanie występowania zagrożeń dla zdrowia publicznego. W ramach monitorowania skali występowania NSP corocznie przekazywane są przez laboratoria tworzące system SWO dane do Krajowych Centrów Monitorujących dotyczące liczby oraz ilości analizowanych nowych substancji psychoaktywnych (M. Kidawa, 2013). Dane te mają swoje ograniczenia. Nie przedstawiają one całości zabezpieczonych NSP w poszczególnych krajach, lecz stanowią zbiorczą informację na temat liczby i ilości substancji przekazanych do analizy. Niejednoznaczna jest także definicja przypadku stosowana w poszczególnych analizowanych krajach. Niektóre laboratoria mają dostęp do informacji o całości zabezpieczonych NSP, a inne jedynie do ilości przekazanego materiału do analizy. Dane dotyczące liczby zabezpieczonych NSP dostępne są dla wszystkich krajów z 2016 rok.

W pracy wykorzystano 6 grup danych na temat nowych substancji psychoaktywnych:

1. Używania nowych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wśród 16 latków (w %) z 2015 roku według badania ESPAD (ESPAD Report 2015, 2016).
2. Wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15–24 lat według badań z 2014 roku wyrażony w procentach (Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401, 2014).
3. Używanie nowych substancji psychoaktywnych – wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15–64 lat według badań z lat 2012–2016 (Bulgaria Drugs Workbook, 2017; T. Glavak i inni, 2016; Czech Republic Drugs Workbook, 2017; Estonia Drug Workbook, 2017; Psichoaktyviųjų Medžiagų Vartojimo..., 2017; Latvia Drugs Workbook, 2017; Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień, 2015; Romania Drug Workbook, 2017; Country Report on Drug Situation Slovakia, 2016; Slovenia Country Drug Report, 2018; B. Paksi i inni, 2015).
4. Liczby zabezpieczonych nowych substancji psychoaktywnych w 2016 roku w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach – wskaźnik na milion mieszkańców (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018).

5. Odsetka zgonów z powodu nowych substancji psychoaktywnych wśród wszystkich zgonów z powodu narkotyków w 2016 roku (H. López-Pelayo i inni, 2021).
6. Odsetek osób uważających jako łatwe zdobycie nowych substancji psychoaktywnych w ciągu 24 godzin wśród osób w wieku 15–24 lat według badań z 2014 roku (Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401, 2014).

Aby zrealizować postawione cele uznano, że niezbędne jest syntetyczne omówienie sytuacji w badanej grupie krajów. Dokonano tego w rozdziale 2. Prezentowane w nim wskaźniki mają daty z 2017 roku, a dane demograficzne pochodzą z 2016 r. Stało się tak dlatego, że w tytule wskaźnika syntetycznego z zasady jest umieszczany przez jego autorów rok jego udostępnienia, a nie rok z którego pochodzą dane. Ten drugi w większości jest wcześniejszy.

Indeks Wolności Prasy (World Press Freedom Index) jest to syntetycznym wskaźnikiem o mieszanym charakterze ilościowo-jakościowym. Określa on stopień wolności prasy. Indeks jest opracowywany dwutorowo. Z jednej strony są zbierane dane dotyczące nadużyć i aktów przemocy wobec dziennikarzy w ocenianym okresie. Z drugiej strony są gromadzone informacje w oparciu o ankietę zawierającą 87 pytań pozwalającymi na wyliczenie siedmiu wskaźników określających wielkość/jakość: pluralizmu, niezależność mediów, autocenzura, ram prawnych, przejrzystości, infrastruktury, nadużyć. Indeks przyjmuje wartość od 0 do 100, gdzie 0 oznacza najlepszy możliwy wynik, a 100 – najgorszy (Detailed methodology, b.d.). Użyte dane pochodzą ze źródła „2016 World Press Freedom Index”.

Indeks Percepcji Korupcji (Corruption Perceptions Index) ma także charakter wskaźnika syntetycznego i opiera się na 13 źródłach danych, które obejmują oceny ekspertów i kadry kierowniczej na temat szeregu zachowań korupcyjnych w sektorze publicznym. Każde ze źródeł uwzględnionych w CPI jest ustandaryzowane, aby umożliwić agregację. W rezultacie standaryzacji wszystkie dane są konwertowane do układu 0–100, gdzie 0 reprezentuje najwyższy poziom postrzeganej korupcji, a 100 najniższy poziom postrzeganej korupcji (z tym, że cztery źródła danych są skalowane w odwrotny sposób, dlatego na koniec ich wyniki są mnożone przez –1). Otrzymany wskaźnik może być podawany w postaci rangowania lub w postaci punktowej od 0 do 100, gdzie 100 oznacza sytuację najlepszą. Na potrzeby niniejszej analizy posłużono się rangowaniem w którym im wyższa wartość – tym mniejsza

korupcja (Corruption Perceptions Index 2017: Technical Methodology Note, b.d.). Użyte dane pochodzą ze źródła „Corruption Perceptions Index 2017”.

Indeks Percepcji dobrobytu (Legatum Prosperity Index) jest jedną z syntetycznych miar, które za zadanie mają określić poziom dobrobytu ludności biorąc pod wagę także pozaekonomiczne mierniki. Opiera się on na 104 zmiennych zgrupowanych w dziewięciu kategoriach: sytuacja ekonomiczna, otoczenie biznesowe, zarządzanie, edukacja, zdrowie, bezpieczeństwo i ochrona, wolność osobista, kapitał społeczny, środowisko naturalne. Szczegóły jego konstrukcji są zawarte w publikacji „The Legatum Prosperity Index 2017” (2017). Wskaźnik ma charakter destymulacyjny: poszczególnym krajom są przypisywane rangi, gdzie 1 oznacza kraj o najlepszej analizowanej sytuacji, zatem im wyższa ranga – tym gorsza w danym państwie sytuacja. Użyte dane pochodzą ze źródła „The Legatum Prosperity Index 2017, 2017”.

Indeks Rozwoju Społecznego (Social Progress Index) także jest wskaźnikiem syntetycznym. A służy on do kompleksowego opisu warunków i jakości życia ludności. Jest on konstruowany trój etapowo: najpierw jest 50 zmiennych, z których konstruuje się 12 wskaźników cząstkowych, następnie z nich budowane są trzy wskaźniki grupowe (podstawowe potrzeby człowieka, podstawy dobrego samopoczucia, możliwości) i dopiero z nich otrzymywany jest końcowy wskaźnik. Wskaźnik przyjmuje wartość od 0 do 100, gdzie 100 oznacza sytuację najlepszą (Global Index: Methodology). Użyte dane pochodzą z publikacji M.E. Porter i inni (2017).

Ponadto w tym rozdziale wykorzystano dane demograficzne do wyliczenia mediany wieku oraz odsetka ludności w wieku 15–39 lat. Wyliczenia przeprowadzono dla 2016 roku, a dane pochodzą z bazy prowadzonej przez Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (European Health for All database (HFA-DB)).

Dla weryfikacji celu trzeciego pracy dokonano przeglądu polityk narkotykowych – starając się wyodrębnić grupy krajów od najbardziej liberalnych do najbardziej represyjnych. W opracowywaniu grup powyższych krajów zastosowano metodę triangulacji danych poprzez wykorzystanie kilku źródeł, które zostały pogrupowane w trzy grupy – dla każdej z nich zrobiono syntezę danych, z których uzyskano

końcowy wynik – grupy krajów od najbardziej liberalnych do najbardziej represyjnych:

- pierwsze źródło danych stanowiły wyniki ankiet z analizowanych krajów dotyczące zapisów prawa oraz jego implementacji (dwa pytania z trzech umieszczonych ankiecie oraz zadawanych w trakcie wywiadów); zbiorcze wyniki ankiet są przedstawione w załączniku nr 1;
- drugie źródło danych to były dane z przeglądu rozwiązań prawnych jakościową analizą porównawczą tabelą prawdy (ang. qualitative comparative analysis truth table) (Q.C. Schneider, C. Wagemann, 2012), które zostały zaprezentowane w workbookach (Bulgaria Legal framework workbook, 2017; Croatia Legal framework workbook, 2017; Slovenia Legal framework workbook, 2017; Estonia Legal framework workbook, 2017; Hungary Legal framework workbook, 2017; Latvia Legal framework workbook, 2017; Lithuania Legal framework workbook, 2017; Romania Legal framework workbook, 2017; Slovakia Legal framework workbook, 2017; Poland Legal framework workbook, 2017; Czech Republic Legal framework workbook, 2017);
- trzecie źródło danych stanowią statystyki instytucji zajmujących się redukcją podaży narkotyków (wskaźnik liczby przestępstw narkotykowych) (Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018) oraz dane z raportu EMCDDA pt. Kary za handel narkotykami w Unii Europejskiej: badanie opinii ekspertów (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017).

Pierwsze źródło danych zostało opisane w załączniku nr 1. Drugim źródłem informacji do triangulacji była analiza istniejących rozwiązań prawnych pod kątem ich represyjności. W tym podejściu jak już wspomniano zastosowano jakościową analizę porównawczą tabeli prawdy (ang. qualitative comparative analysis truth table) do stworzenia indeksu krajów o liberalnej i represyjnej polityce narkotykowej. W tej metodzie ocenia się różne rozwiązania prawne na zasadzie czy one występują (wtedy w tabeli zapisuje się 1) czy nie (i wtedy wpisuje się 0). W tabeli uwzględniona została ocena legislacji poszczególnych krajów pod kątem karalności za używanie narkotyków (pierwszy wymiar). Część krajów w Europie nie penalizuje używania narkotyków (np. Polska) wychodząc z założenia, że karani powinni być sprzedawcy, producenci i inne osoby zaangażowane w handel narkotykami, a nie użytkownicy. Drugim wymiarem, jaki zastosowano do analizowania prawa

narkotykowego, jest kwestia możliwość pozbawienia wolności za posiadanie niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek. W niektórych krajach w takiej sytuacji stosowane są rozwiązania prawa administracyjnego – czyli wobec osób mających nieznaczną ilość narkotyku na własny użytek stosowane jest prawo administracyjne, a nie karne np. w Czechach. W trzecim wymiarze sprawdzano czy w przypadku popełnienia przestępstwa z powodu posiadania narkotyków można zastosować alternatywy do karania. W czwartym: czy w przypadku popełnienia przestępstwa z powodu sprzedaży narkotyków można zastosować także alternatywy do karania. W przypadku dwóch ostatnich wymiarów możliwości stosowania alternatyw wobec karania za posiadanie lub handel narkotykami oznacza np. leczenie tych osób czy udział ich w zajęciach profilaktycznych. Drugie źródło danych do triangulacji dotyczyło zatem przepisów prawa narkotykowego.

Trzecie źródło informacji do triangulacji danych opierało się na dwóch bardziej szczegółowych źródłach. Pierwszym są statystyki instytucji zajmujących się redukcją podaży narkotyków (wskaźnik liczby przestępstw narkotykowych) (Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018). Drugim jest raport EMCDDA pt. Kary za handel narkotykami w Unii Europejskiej: badanie opinii ekspertów. W raporcie zaprezentowano wyniki badań dotyczących krajowych przepisów dotyczących handlu narkotykami i ich stosowania w państwach członkowskich Unii Europejskiej (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017). Raport EMCDDA opiera się na analizie przepisów krajowych oraz opiniach prawników praktyków — sędziów, prokuratorów i obrońców — z 26 krajów. Kary określone w przepisach krajowych za handel haszyszem, amfetaminą, kokainą i heroiną zostały porównywane z wynikami wyroków oczekiwanyymi przez prawników, w tym z nałożonymi karami i szacowanym czasem, jaki może spędzić w więzieniu. W niniejszej pracy wykorzystano dane dotyczące mediany liczby lat więzienia za sprzedaż haszyszu (wyroki za posiadanie 1 kg), amfetaminy (wyroki za 100 g) oraz kokainy (wyroki za 100 gram), ponieważ w przypadku tych substancji były dostępne dane dla wszystkich jedenastu analizowanych krajów.

Dane z tych trzech źródeł zostały następnie wykorzystane do końcowej syntezy, aby określić poziom represyjności polityk w poszczególnych krajach i porównać go następnie z wielkością problemu nowych substancji psychoaktywnych, aby zweryfikować hipotezę trzecią pracy, co zostało przeprowadzone w rozdziale 7.

Niniejsza praca mieści się w ramach ujęcia tradycyjno-empirycznego modelu empirycznego orientacji scjentystycznej spośród wyróżnionych przez Z. Chojnickiego (1985, 1999) w geografii. Główną metodą używaną w pracy jest opis. Niemożność zastosowania wyrafinowanych metod statystycznych wynikała z dwóch przesłanek: małej liczby obiektów (11 krajów) oraz niekompletności części danych (co wykazano szczegółowo powyżej). Zastosowano jedynie klasyfikację jednocechową metodą rozstępu krytycznego (Z. Hellwig, 1968) oraz współczynnik zmienności właściwej i średnią arytmetyczną. Ponadto posłużono się metodami: bonitacyjną i rangową (J. Runge, 2006). Natomiast do badania powiązań między analizowanymi zmiennymi posłużono się współczynnikiem korelacji liniowej Pearsona bądź współczynnikiem korelacji rang Spearmana (W. Makać, D. Urbanek-Krzysztofiak, 2003).

2. Sytuacja społeczno-ekonomiczna

Społeczeństwa krajów omawianych w pracy w ostatnich latach przechodziły bardzo skomplikowane przemiany z powodu dwóch wielkich grup procesów. Pierwszy z tych procesów o charakterze ogólnoświatowym wyznaczany jest przez globalizację (por. A. Ahmad, 2013; Ch.-P. Chang, Ch.-Ch. Lee, 2010) jak również zmiany demograficzne, które zostały opisane przed teorię drugiego przejścia demograficznego (B. Zaidi, S.P. Morgan, 2017; Ch. Wilson, 2013). Powyższe procesy mają swoje odzwierciedlenie w przemianach zachodzących w europejskich krajach postkomunistycznych (por. J. Drahekoupil, 2009; T. Sobotka, 2008). Do drugiej grupy należą procesy związane z transformacją ustrojową, która rozpoczęła się w tych krajach po 1990 roku (por. O. Havrylyshyn, 2007; R. Kollmorgen, 2013).

Mamy w tym przypadku do czynienia z bardzo szerokim spektrum procesów, dlatego też próba przedstawienia kompleksowej charakterystyki zróżnicowania w nich sytuacji byłaby bardzo obszerna. W efekcie mogłaby stanowić nawet osobne opracowanie. Zdecydowano zatem o wybraniu do opisu jedynie takich wskaźników, które mają charakter syntetyczny. Potencjalny wpływ wskaźników na charakter i skalę zjawiska narkomanii był głównym kryterium wyboru tych wskaźników.

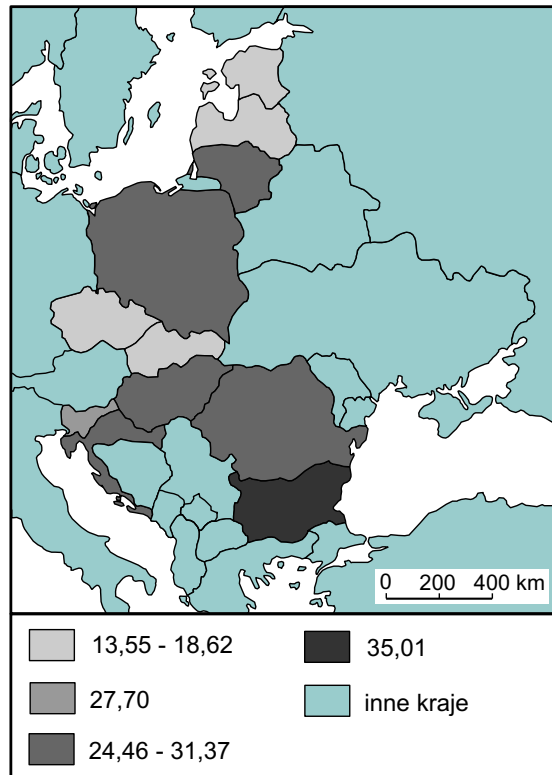
Po upadku systemu państw „demokracji ludowej” rozpoczął się cały szereg przekształceń o charakterze społeczno-politycznym. Na pierwszym miejscu należy wymienić tu przede wszystkim powstanie demokratycznego systemu politycznego. Jego stworzenie związane było między innymi z przemianami w systemach politycznych w kierunku ich pluralizmu i przejrzystości. Istnieje wiele teorii i klasyfikacji tego procesu (por. M. Barański, E. Pioskowik, 2005; D. Janušauskienė, 2008). Dla przykładu K. von Beyme (1996) wyróżnił trzy typy przemian politycznych zachodzących na początku lat 90-tych ubiegłego wieku: (1) spadku znaczenia reżimu wskutek porozumienia dotychczasowej władzy z opozycją, jak to

miało miejsce np. w Polsce czy na Węgrzech; (2) zapaści reżimu i przejęcia władzy przez dotychczasową opozycję, jak to np. miało miejsce w Czechosłowacji oraz (3) przejęcia władzy przez drugoplanowych członków dotychczasowego reżimu, którzy rozpoczęli przeprowadzanie mniej lub bardziej fasadowych reform, jak np. było to w Bułgarii czy Rumunii. Nie jest zaskakujące, że upływem czasu następowało różnicowanie się systemu politycznego funkcjonującego w tych państwach. Najczęściej im władza państwowa jest bardziej autorytarna, a system polityczny danego kraju mniej spełnia zasady liberalnej demokracji to w efekcie tym bardziej ulega zmniejszeniu sfera wolności.

Biorąc pod uwagę cel przedstawionej rozprawy za istotny uznano poziom demokratyzacji funkcjonującego w danym kraju systemu politycznego oraz wolności społeczeństwa. Uznano, że stopień demokratyzacji wpływa na tworzenie i wdrażanie polityki przeciwdziałania narkomanii¹⁴, ale także na zachowania antyzdrowotne populacji. Dlatego też, przyjęto, iż dobrym miernikiem funkcjonowania sfery politycznej jest stosunek władzy do przedstawicieli mass-mediów. W efekcie zdecydowano o przedstawieniu na rycinie 2.1. Indeksu Wolności Prasy (World Press Freedom Index). Wartość wskaźnika zmienności właściwej (28,4%) wskazuje na małe zróżnicowanie sytuacji w omawianych krajach. Najlepsza sytuacja wystąpiła w dwóch republikach postradzieckich (Estonia: 13,55 i Łotwa 18,62) oraz w państwach byłej Czechosłowacji (Słowacja: 15,51 i Czechy: 16,91). Natomiast wyraźnie najgorzej było w Bułgarii (35,01). Patrząc na rycinę 2.1. nie dostrzegamy większych prawidłowości przestrzennych. Może poza tym, że nieznacznie lepsza sytuacja jest w północnej części omawianego obszaru, a gorsza w jego południowej.

Odzyskanie podmiotowości przez samorządy terytorialne i realizowanie reform w tym zakresie jest także ważnym elementem o charakterze politycznym procesu transformacji ustrojowej w kontekście celów niniejszej pracy (S. Dan, Ch. Pollitt, 2015; J. Nemeč, 2014). Jest to istotne, ponieważ na samorządach spoczywa także ciężar prowadzenia polityki przeciwdziałania narkomanii (T. Kowalewicz (red.), 2018; *Drugs policy and the city in Europe*, 2015). Szczególnie w Polsce samorządy odgrywają kluczową rolę w tym obszarze (A. Malczewski (red.), 2017). Nie znaleziono

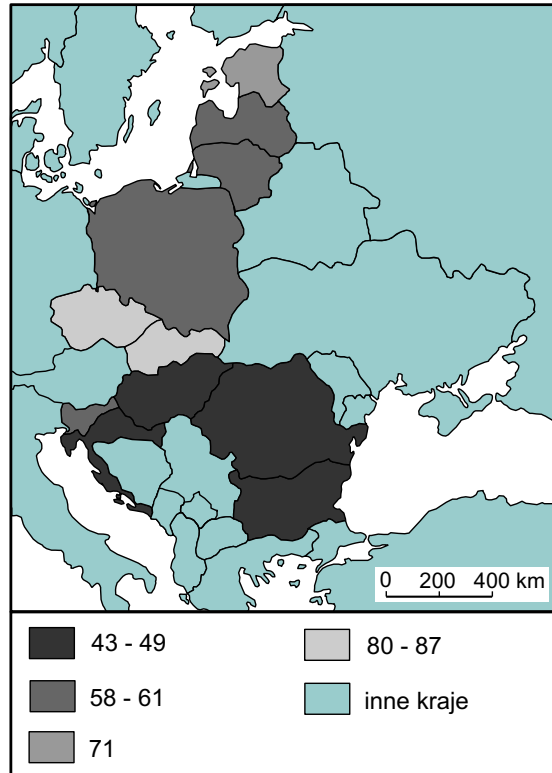
¹⁴ Dobrym przykładem mogą być tutaj Czechy, gdzie polityka antynarkotykowa jest raczej liberalna (J. Csete, 2012; J. Červený, 2017), a po drugiej stronie jest (nie będąca tutaj przedmiotem analizy) Rosja, gdzie zamiast pomagać osobom uzależnionym podaje się je kryminalizacji (M. Golichnko, A. Sarang, 2013).



Ryc. 2.1. Wartość Indeksu Wolności Prasy (2017).

Źródło: 2017 World Press Freedom Index.

niestety który umożliwiłby nie budzące zastrzeżeń porównanie analizowanej grupy krajów w tym zakresie. Uznano jednak, że częściowo ten brak może zastąpić wskaźnik pokazujący rozmiary korupcji. Zjawisko to przez lata było dość rozwinięte w europejskich krajach postkomunistycznych (R. Karklis, 2005). W analizowanej grupie krajów po 1990 roku podejmowano szereg działań, od realnych po deklaratywne, w celu zmniejszenia skali tego zjawiska (L. Johannsen, K.H. Pedersen, 2012; A. Ledeneva, 2009). Na rycinie 2.2. przedstawiono jego rozprzestrzenienie za pomocą Indeksu Percepcji Korupcji (Corruption Perceptions Index). Wskaźnik zmienności właściwej (22,6%) wskazuje na niewielkie różnicowanie skali korupcji w opisywanych krajach. Analizowaną zbiorowość krajów możemy podzielić na trzy następujące grupy. Najlepsza sytuacja występuje w państwach byłej Czechosłowacji (Czechy 87, Słowacja 80), za którymi sytuuje się Estonia (71). W drugiej, które była mało wewnątrznie zróżnicowaną grupą (58–61) znalazły się następujące kraje: Słowenia, Polska, Litwa i Łotwa o średnim poziomie postrzegania korupcji jako problemu. Względnie najwyższy poziom odbioru korupcji jako problemu zanotowano w Chorwacji, Rumunii, Węgrzech i Bułgarii (43–49).



Ryc. 2.2. Wartość Indeksu Percepcji Korupcji (2017).

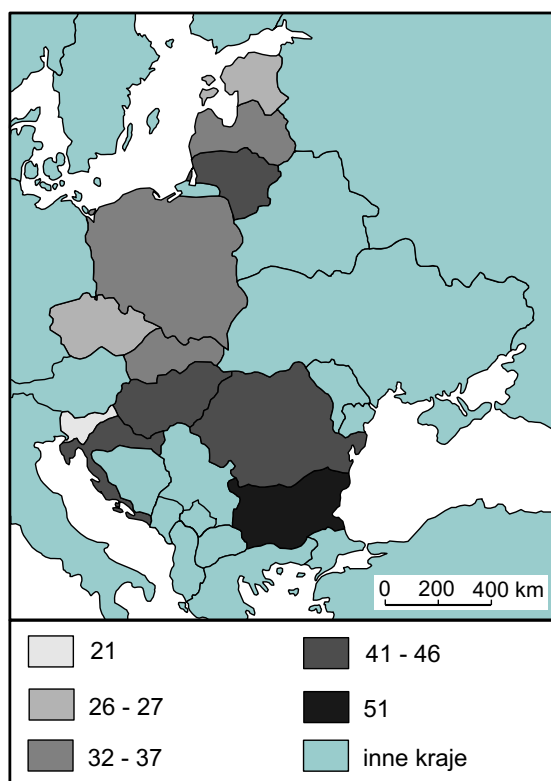
Źródło: Corruption Perceptions Index 2017.

Kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na natężenie i formy zachowań pro- lub antyzdrowotnych społeczeństwa jest poziom jego zamożności oraz zapatrywania obywateli na ich przyszłość. Ponadto poziom zamożności obywateli wpływa częściowo na wybór używanych narkotyków, których rodzaj może stanowić funkcję „wyznacznika statusu” (Kidawa M., Struzik M., 2008). Stąd za istotny uznano opis sytuacji gospodarczej i zamożności obywateli analizowanych państw.

Jest charakterystyczne, że analizowana grupa krajów jest mocno zróżnicowana ze względu na rok rozpoczęcia, głębokość i tempo wprowadzania reform gospodarczych oraz determinację ich kontynuacji (por. J. Roaf i inni, 2014; J. Thornton, 1998). Warto wziąć pod uwagę, iż reformy gospodarcze, nawet w razie ich udanego przeprowadzenia, to nie tylko korzyści, ale także i koszty społeczne (J.M. Nelson, 1998). Dlatego też, aby te zmienne opisać, posłużono się dwoma wskaźnikami syntetycznymi o mieszanym charakterze ekonomiczno-społecznym.

Pierwszy z tych wskaźników to Indeks Percepcji Dobrobytu (ang. Legatum Prosperity Index). Analizowane kraje nieznacznie różniły się między sobą pod względem jego wartości (współczynnik zmienności właściwej równy 24,6%).

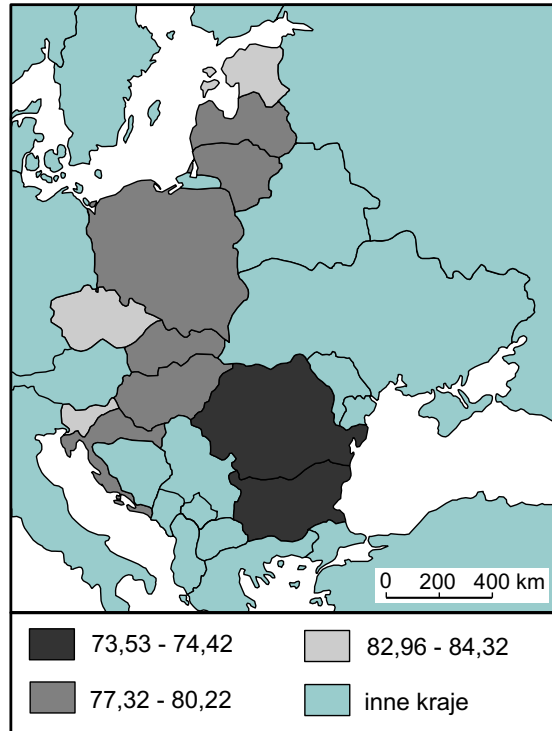
Z analizy ryciny 2.3. widzimy, że najlepiej było w Słowenii (21), za którą uplasowały się Czechy i Estonia (odpowiednio 26 i 27). Do trzeciej grupy o średniej sytuacji zakwalifikowano Polskę, Słowację i Łotwę (32–37). Kraje o gorszej sytuacji są położone głównie na południu analizowanego obszaru należą do nich: to Litwa (jako jedyna położona na północy), Chorwacja, Węgry, Rumunia oraz Bułgaria o wyraźnie najgorszej sytuacji (51).



Ryc. 2.3. Wartość Indeksu Percepcji Dobrobytu (2017).

Źródło: The Legatum Prosperity Index 2017, 2017.

Drugi wskaźnik, którym posłużono się do oceny jakości życia, to Indeks Rozwoju Społecznego (ang. Social Progress Index). W tym przypadku sytuacja w charakteryzowanej grupie państw była bardzo podobna (współczynnik zmienności właściwej równy zaledwie 4,3%). W tym przypadku odnotowujemy, że najkorzystniejsza sytuacja wystąpiła w krajach które od samego początku konsekwentnie realizują reformy (Czechy, Estonia, Słowenia: 82,96–84,32). Po przeciwnej stronie mamy takie kraje jak Bułgarię i Rumunię (73,53–74,42) w których procesy transformacji ustrojowej zaczęły się z dużym opóźnieniem w stosunku do pozostałych badanych państw. Pozostałe kraje są w trzeciej grupie, ulokowanej pomiędzy dwiema opisanymi powyżej.



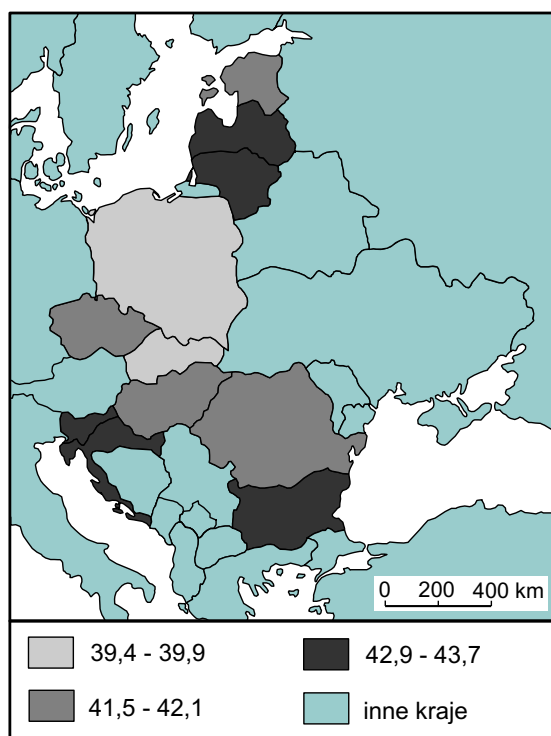
Ryc. 2.4. Wartość Indeksu Rozwoju Społecznego (2017).

Źródło: M.E. Porter i inni, 2017.

Z rozprzestrzenieniem zjawiska narkomanii i narkotyków związana jest również sytuacja demograficzna i zdrowotna ludności. W przypadku pierwszego obszaru zjawisko to dotyka głównie młodzież i osoby w wieku produkcyjnym mobilnym (A. Malczewski, 2020). Natomiast sytuacja zdrowotna jest wielotorowo powiązana ze zjawiskiem narkomanii i narkotyków w ten sposób, że zażywanie substancji psychoaktywnych wpływa negatywnie na zdrowie i funkcjonowanie społeczne (D. Nutt, 2010).

Procesy transformacji ustrojowej w europejskich krajach postkomunistycznych będących członkami UE spowodowały szereg zmian o charakterze demograficznym i zdrowotnym. Zmiany demograficzne wpisują się w drugą teorię przejścia demograficznego (por. D.J. Van De Kaa, 1987; R. Lesthaeghe R., 2010), z tym że regionalne uwarunkowania powodują, iż jej niekorzystne skutki dla populacji zamieszkujących te kraje są bardzo mocne (por. S. Billingsley, 2011; T. Michalski, 2012). W rezultacie m.in. postępuje starzenie ludności, które można zobrazować za pomocą mediany wieku. Miara ta pokazuje przeciętny wiek osób w danej zbiorowości. Jej wartość wyznacza granicę wieku, którą połowa osób w tej zbiorowości już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła (J.Z. Holzer,

2003). Patrząc na rycinę 2.5. odnotowujemy, iż najstarsze społeczeństwa znajdują się na południu badanego obszaru (Chorwacja, Słowenia, Bułgaria: 43,0–43,7) oraz na jego północy (Łotwa i Litwa: po 42,9), a nieznacznie młodsze (Słowacja, Polska 39,4–39,9) w jego centrum. Współczynnik zmienności właściwej (3,1%) wskazuje na bardzo małe zróżnicowanie wieku ludności, ale to jest akurat typowe przy analizie struktur ludnościowych.



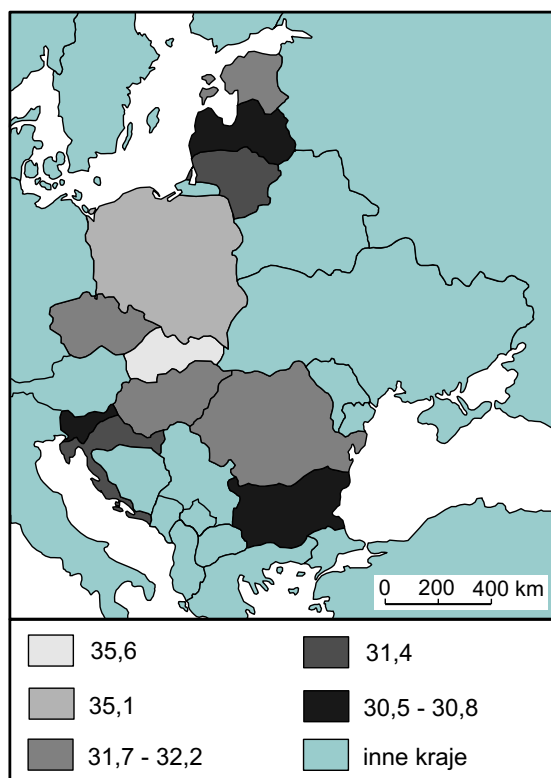
Ryc. 2.5. Mediana wieku ludności w 2016 roku.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: European Health for All database (HFA-DB).

Aby jeszcze lepiej przedstawić ewentualny wpływ sytuacji demograficznej na rozprzestrzenienie narkomanii zaprezentowano odsetek ludności w wieku 15–39 lat w całości populacji zamieszkującej poszczególne kraje¹⁵. Kohortę 15–39 wyodrębniono, ponieważ wśród osób mniej więcej w tym wieku wskaźniki używania narkotyków są największe (Europejski Raport Narkotykowy:..., 2021). Patrząc na rycinę 2.6. ponownie odnotowujemy brak występowania prawidłowości przestrzennych. Najmniejszy odsetek osób w wieku 15–39 lat wystąpił w Bułgarii, Słowenii oraz Łotwie (30,5–30,8%). Natomiast największy widzimy na Słowacji

¹⁵ Oczywiście są to dane przybliżone, ponieważ oficjalne dane prezentowane przez poszczególne państwa prawie zawsze wliczają do populacji je zamieszkującej osoby przebywające nawet powyżej 3 miesięcy poza ich granicami. Chyba że dokonały aktu wymeldowania.

oraz w Polsce (odpowiednio: 35,1% i 35,6%). Sytuacja była bardzo mało zróżnicowana (współczynnik zmienności właściwej równy jedynie 5,1%).



Ryc. 2.6. Odsetek ludności w wieku 15–39 lat, stan na 2016 rok.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: European Health for All database (HFA-DB).

Analizując sytuację związaną z demokracją i zasobnością (ryciny 2.1.–2.4.) można odnotować, że najlepsza sytuacja występowała w Estonii oraz Czechach, a relatywnie dobra w Słowacji i Słowenii. Po przeciwnej stronie wyraźnie była Bułgaria i częściowo Rumunia. Występującą w pozostałych krajach sytuację możemy uznać za przeciętną. Z kolei analizując strukturę wiekową ludności (ryciny 2.5. i 2.6.) odnotowujemy w dużym stopniu odmienny obraz. Najmłodsze społeczeństwa, a zatem mające największe kohorty młodych osób potencjalnie zagrożonych narkomanią i narkotykami, są w Słowacji i Polsce. Po przeciwnej stronie mamy Bułgarię, Słowenię oraz Łotwę.

3. Przestrzenne zróżnicowanie używania narkotyków

3.1. Opis poszczególnych krajów

Bulgaria

Badanie bułgarskiej populacji osób w wieku 15–64 lat dotyczące rozpowszechnienia używania narkotyków zostało przeprowadzone w 2016 roku (n=3996) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LTP, 2020). Wyniki tego pomiaru pokazują, że konopie indyjskie pozostają najczęściej używaną nielegalną substancją w Bułgarii. Do używania marihuany i haszyszu kiedykolwiek w życiu przyznało się 8,3% respondentów (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LTP, 2020) w wieku 15–64 lat a w ciągu ostatniego roku 10,3% badanych w wieku 15–34 lata (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - YA, 2020). Jakikolwiek narkotyk był używany przez 11,2% badanych w wieku 15–64 lat (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LTP, 2020). Dane EMCDDA pokazują, że trzynaście krajów Unii Europejskiej miało wyższe niż Bułgaria wskaźniki dotyczące rozpowszechnienia używania konopi indyjskich (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Według omawianego badania częściej po marihuanę sięgają mężczyźni (14,3%) niż kobiety (6,0%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - YA, 2020). Największy odsetek użytkowników marihuany zarejestrowano wśród osób w wieku 15–24 lata – 13,5% (używanie w ciągu ostatniego roku) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - YA, 15-24, 2020). Na drugim miejscu znalazła się MDMA/ecstasy z odsetkiem 3,1% (mężczyźni 4,3%, kobiety 1,8%). Używanie MDMA/ecstasy w Bułgarii należy do jednych z najwyższych – tylko trzy unijne kraje odnotowały wyższe wskaźniki: Holandia (7,4%), Irlandia (4,4%), Wielka Brytania (3,3%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - YA, 2020). Wśród osób w wieku 15–24 lata, najwyższe odsetki wśród różnych grup wiekowych, było 5,0% badanych,

którzy zażywali MDMA/ecstasy w ciągu 12 miesięcy przed badaniem (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - 15–24, 2020). Używanie amfetamin było mniej popularne wśród badanych osób. W ciągu ostatniego roku wśród 15–24-latków odnotowano 1,8% osób sięgających po amfetaminy (2,3% mężczyźni i 1,2% kobiety). Kokaina była najmniej rozpowszechnionym stymulantem. Według badania z 2016 roku 1,8% osób sięgało po nią w ciągu ostatniego roku (15–34 lata, mężczyźni 0,7%, kobiety 0,3%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cocaine - LYP - YA, 2020). Analiza tendencji używania narkotyków na podstawie badań populacyjnych wskazuje na wzrost rozpowszechnienia używania konopi indyjskich¹⁶ i MDMA wśród młodych ludzi (15–34 lata) w latach 2007–2016 (wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku) (Bulgaria Drugs Workbook, 2017). Rozpowszechnienie używania kokainy, amfetaminy i heroiny pozostaje na niskim poziomie w Bułgarii. Dane dotyczące używania narkotyków przez uczniów w wieku 16 lat w Bułgarii (i innych omawianych w tym rozdziale krajach) pochodzą z badania ESPAD¹⁷ (które scharakteryzowano w rozdziale 1.3.) z 2015 roku. Wśród bułgarskich uczniów wskaźniki rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych były znacznie wyższe niż średnie ESPAD dla sześciu z ośmiu kluczowych zmiennych¹⁸, z których jedną z nich było używanie konopi indyjskich kiedykolwiek w życiu (ESPAD report 2015, 2016). Odsetki badanych uczniów dotyczące używania marihuany i haszyszu należą do jednych z najwyższych w Europie (27% Bułgaria, 16% średnia ESPAD) (ESPAD report 2015, 2016). Używanie narkotyków innych niż konopie indyjskie (11%) było także znacznie powyżej średniej europejskiej (5%) (ESPAD 2016). Do używania narkotyków (bez marihuany i haszyszu) przyznało się 11% badanych uczniów (ESPAD, 2016).

¹⁶ W rozdziale stosowane są wymiennie określenia konopie indyjskie, przetwory konopi indyjskich lub marihuana i haszysz, co oznacza produkty konopne zawierające kannabinoid THC wśród których najczęściej używana jest marihuana (susz pochodzący z szczytu rośliny konopi indyjskiej) lub w mniejszym stopniu haszysz (żywica z rośliny konopi indyjskiej).

¹⁷ Wyniki dotyczące badania ESPAD z 2015 roku w przeciwieństwie do innych danych procentowych zawartych w tym rozdziale zostały przedstawione bez cyfr po przecinku co wynika z formatu danych umieszczonych w raporcie z badania ESPAD. Pozostałe dane procentowe z badań prezentowane są do jednego miejsca po przecinku.

¹⁸ Osiem kluczowych zmiennych badanie ESPAD to: 1) używanie papierosów, 2) picie alkoholu, 3) upijanie się, 4) używania marihuany, 5) używanie narkotyków (bez marihuany), 6) używania leków uspakajających i nasennych, 7) używanie substancji wziewnych, 8) używanie nowych substancji psychoaktywnych.

Chorwacja

Według krajowego reprezentatywnego badania w populacji osób zamieszkującej Chorwację z 2015 roku (n=4959) marihuana i haszysz są najczęściej używanym narkotykiem. Według tego pomiaru jedna piąta (19,4%) osób w wieku 15–64 lata przynajmniej raz w życiu zażywała konopie indyjskie. Odsetki badanych były wyższe wśród mężczyzn (25,8%), niż kobiet (13,0%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LTP, 2020). Jakikolwiek narkotyk był używany przez 20,3% badanych (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LTP, 2020). Zażywanie przetworów konopi indyjskich koncentruje się wśród młodych dorosłych (15–34 lata). Do sięgania po przetwory konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku przyznało się 16,0% osób w tym wieku (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - YA, 2020). W przypadku tego wskaźnika Chorwacja była na piątym miejscu w Unii Europejskiej po Francji, Włoszech, Czechach oraz Hiszpanii. Częściej po marihuanę i haszysz sięgają mężczyźni (21,8% wśród osób w wieku 15–34 lata) niż kobiety (10,1%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP-YA, 2020). Wyniki badań populacyjnych pokazały, że nastąpił wzrost używania konopi indyjskich z 10,5% (2012) do 16,0% (2015) (Croatia Drugs Workbook, 2017). Według omawianego pomiaru odsetek użytkowników kokainy wyniósł 1,6% (15–34 lata, w ciągu ostatniego roku) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cocaine - LYP - YA, 2020) a w przypadku MDMA (ecstasy) – 1,4% (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - YA, 2020). Podobnie jak w przypadku konopi indyjskich nastąpił również wzrost odsetka osób używających kokainę, ekstazę oraz amfetaminy w latach 2012–2015 w grupie osób w wieku 15–34 lata. Odsetek użytkowników amfetamin w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wśród osób w wieku 15–34 lata chociaż nie jest wysoki (2,3%), to jest jednym z wyższych w Europie (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Amphetamines - LYP - YA, 2020). Według danych EMCDDA tylko trzy unijne kraje odnotowały wyższe odsetki: Holandia (3,9%), Estonia (2,5%) oraz Finlandia (2,4%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Amphetamines - LYP - YA, 2020). Miasto Zagrzeb uczestniczy w ogólnoeuropejskich badaniach dotyczących ścieków prowadzonych przez Sewage Analysis Core Group Europe (Grupę ds. Analizy Ścieków). Badanie „ścieków” pozwala na uzyskanie danych na temat zażywania narkotyków na podstawie analizy poziomów narkotyków i ich metabolitów znalezionych w ściekach miejskich.

W przypadku narkotyków stymulujących, wyniki wskazują na dalszy wzrost używania kokainy w Zagrzebiu w latach 2011–2017. Wskaźniki te są wyższe w weekendy niż w dni powszednie. Według tych badań w latach 2011–2015 odnotowano wzrost konsumpcji amfetaminy i MDMA/ecstasy, które ustabilizowały się w ostatnich latach. Warto zwrócić uwagę, że poziom metabolitów metamfetaminy mierzony w ściekach pozostawał niski w czasie prowadzenia tych badań. Co wskazują na ograniczone stosowanie tej substancji w mieście (Croatia Country Drug Report, 2018). Omówienie sytuacji dotyczącej używania narkotyków w Chorwacji uzupełniają dane z badań szkolnych z 2015 roku. Informacje dotyczące używania narkotyków przez uczniów w wieku 16 lat pochodzą z międzynarodowego badania ESPAD. Wśród chorwackich uczniów odnotowane wskaźniki rozpowszechnienia substancji psychoaktywnych były znacznie wyższe, niż średnie dane ESPAD (z 35 krajów) dla pięciu z ośmiu kluczowych zmiennych, z których jedną było użycie konopi indyjskich kiedykolwiek w życiu. Używanie narkotyków innych niż konopie indyjskie było na poziomie średniej europejskiej w Chorwacji (5%) (ESPAD 2016). W 2015 roku odnotowano, że skala używania środków wziewnych w ciągu całego życia (26% Chorwacja, a 7% średnia europejska) było wyższe w Chorwacji niż średnia europejska (ESPAD report 2015, 2016).

Czechy

Wyniki badania populacyjnego w Czechach z 2016 (n=2875) (Czech Republic Drugs Workbook, 2017) wskazały, że 9,5% badanych (wiek 15–64 lat) używało marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - trend - Cannabis - LYP - 2020). Zażywanie narkotyków koncentruje się głównie wśród młodych dorosłych w wieku 15–34 lata, przede wszystkim mężczyzn. Dane z 2016 roku wskazują, że prawie co piąty młody człowiek (15–34 lata: 19,4%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - trend - Cannabis - LYP - YA, 2020) w ostatnim roku używał marihuanę lub haszysz konopie indyjskie, czyli nieco poniżej poziomu odnotowanego w badaniach z lat 2013–14 (Czech Republic Drugs Workbook, 2017). Wyższe wskaźniki zostały zarejestrowane tylko we Włoszech i Francji, co oznacza, że skala rozpowszechnienia używania marihuany w Czechach należy do najwyższych w Unii Europejskiej (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Używanie innych nielegalnych substancji było znacznie mniej powszechne.

MDMA/ecstasy było najczęstszym stymulantem używanym w populacji ogólnej, a jego stosowanie również było skoncentrowane przede wszystkim wśród młodych dorosłych (4,1%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - trend - Ecstasy - LYP - YA, 2020). Używanie metamfetaminy jest mniej powszechne w całej populacji, ale jest to główna substancja wśród osób sięgających często po narkotyki, głównie w iniekcjach (Czech Republic Drugs Workbook, 2017). Jednym z podstawowych źródeł informacji o skali używania narkotyków wśród młodzieży są dane uzyskane w badaniu ESPAD. Do używania narkotyków (bez marihuany i haszyszy) przyznało się 6% badanych uczniów (ESPAD, 2016). Wyniki czeskie były znacznie powyżej średniej z tego badania. Warto zauważyć, że wskaźniki używania kiedykolwiek w życiu marihuany (37% w porównaniu do 16%) oraz środków uspokajających i nasennych bez recepty były ponad dwukrotnie wyższe niż średnia europejska (16% w porównaniu do 6%) (ESPAD report 2015, 2016).

Estonia

W 2018 roku przeprowadzone zostało badanie wśród mieszkańców Estonii w wieku 15–64 lat. Wyniki badania pokazują, że 7,0% populacji (n=2234) sięgnęło po narkotyki w ciągu 12 miesięcy przed badaniem. Częściej to zdarzało się w przypadku mężczyzn (9,7%) niż kobiet (5,2%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020). Według tych badań, najbardziej popularną substancją w Estonii jest marihuana (6,6% używających w ciągu ostatniego roku) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP, 2020). W przypadku pozostałych narkotyków odsetki badanych deklarujących zażywanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem nie były duże: MDMA/ecstasy (1,0%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP, 2020), kokaina (1,0%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cocaine - LYP, 2020), amfetaminy (0,9%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Amphetamine - LYP, 2020). Według badań ESPAD z 2015 roku wskaźnik używania marihuany był wyższy od średniej badania 25% uczniów zadeklarowało używanie marihuany (średnia ESPAD to 16%), a na drugim miejscu były środki wziewne z odsetkiem 13% (średnia badania 7%) (ESPAD report 2015, 2016). Do używania narkotyków (bez marihuany i haszyszy) przyznało się 5% badanych uczniów (ESPAD, 2016).

Litwa

Badania populacyjne dotyczące używania narkotyków na Litwie zostało przeprowadzone w 2016 roku (15–64 lata, n=4794). Omawiany pomiar pokazuje, że 3,1% populacji osób w wieku 15-64 na Litwie sięgnęło po narkotyki w ciągu ostatniego roku przed badaniem. Częściej zdarzało się to w przypadku mężczyzn (5,1%) niż kobiet (1,2%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020). Kiedykolwiek w życiu narkotyków używało 11,5% badanych w wieku 15–64 lata (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LTP, 2020). Najbardziej popularną substancją wśród badanych osób w 2016 roku była marihuana 10,8% (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LTP, 2020). Używanie marihuany dotyczyło głównie młodych dorosłych 15–34 lata: 6,0% zadeklarowało używanie w ciągu ostatniego roku (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - YA, 2020). Wskaźniki używania narkotyków wśród młodych dorosłych, były wyższe niż w całej badanej populacji (15–64 lata), ale mimo to miały niskie wartości: MDMA/ecstasy (1,0%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - YA, 2020), kokaina (0,5%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cocaine - LYP - YA, 2020), oraz amfetaminy (0,5%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Amphetamines - LYP - YA, 2020). Badania przeprowadzone wśród młodzieży szkolnej w ramach projektu ESPAD w 2015 roku odnotowały, że 18% 15–16-latków z Litwy używało marihuany kiedykolwiek w życiu (średnia ESPAD 16%). Na drugim miejscu uplasowały się substancje wziewne z odsetkiem 8% (średnia ESPAD 7%) (ESPAD report 2015, 2016). Wyniki dla Litwy są zatem trochę wyższe niż średnia badania ESPAD i lokują się pomiędzy wynikami innych krajów bałtyckich. Do używania narkotyków (bez marihuany i haszyszy) przyznało się 5% badanych uczniów (ESPAD, 2016).

Łotwa

Według badań z 2015 roku (n=8029) skala używania narkotyków wśród osób w wieku 15–64 lata wyniosła na Łotwie 23%, co oznacza spadek w porównaniu do wcześniejszego pomiaru z 2007 (28%) (Latvia Drugs Workbook, 2017). Omawiane badanie pokazuje, że 4,6% dorosłej populacji sięgnęło po narkotyki w ciągu ostatniego roku przed badaniem. Częściej to zdarzało się w przypadku mężczyzn (7,5%), niż kobiet (1,8%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020). Najbardziej popularnymi substancjami na Łotwie jest marihuana i haszysz,

zwłaszcza wśród młodych dorosłych (10% zadeklarowało używanie w ciągu ostatniego roku przed badaniem) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU- cannabis - LYP - YA, 2020). Na drugim miejscu znalazła się kokaina (1,2%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cocaine - LYP - YA, 2020), a następnie MDMA/ecstasy (0,8%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - YA, 2020) oraz amfetaminy (0,7%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Amphetamines - LYP - YA, 2020). W 2016 roku przeprowadzone zostały badania wśród uczestników imprez klubowych. Badania wskazały, że 60% osób miało kontakt z narkotykami. Wśród nich najbardziej popularna była marihuana (57%¹⁹), a następnie syntetyczne kannabinoidy „spice” (12%) i amfetamina (12%) (Zile-Veisberga, 2018). Według badań na młodzieży ESPAD grupie młodzieży szkolnej (16 lat) 19% używało różnych nielegalnych substancji psychoaktywnych. Najbardziej popularnymi substancjami była marihuana i haszysz (17%) oraz nowe substancje psychoaktywne z grupy syntetycznych kannabinoidów „spice” (10%) (ESPAD report 2015, 2016). Do używania narkotyków (bez marihuany i haszyszu) przyznało się 8% badanych uczniów (ESPAD, 2016).

Polska

Przeprowadzone w 2014 roku wyniki badań wśród osób w wieku 15–64 lat zamieszkałych w Polsce wskazały, że 4,7% badanych używało jakiegokolwiek narkotyku w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (n=1379) co było prawie takim samym odsetkiem jak w przypadku używania marihuany i haszyszu (4,6%) (Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych..., 2015). W ciągu ostatniego roku przed badaniem przetwory konopi indyjskich były używane o wiele częściej wśród mężczyzn (7,9%), niż kobiet (1,7%). Oprócz marihuany odsetki użytkowników pozostałych narkotyków nie były wysokie. Do używania kiedykolwiek w życiu marihuany lub haszyszu przyznało się 16,3% badanych, a plasującą się na drugim miejscu amfetaminę 1,7%. Według omawianych badań najbardziej popularną substancją jest marihuana, która przede wszystkim używana jest wśród młodych dorosłych (31% badanych w grupie 25–34 latków), ekstazy (5,3%), amfetamina (4,3%) oraz kokaina (4,3%) (Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych..., 2015). Według badań na młodzieży ESPAD z 2015 roku w grupie młodzieży szkolnej (16

¹⁹ Format danych, bez cyfr po przecinku wynika z prezentacji danych w ten sposób w materiale źródłowym.

lat) 25% uczniów używało różnych nielegalnych substancji psychoaktywnych (ESPAD report 2015, 2016) a biorąc pod uwagę deklaracje o zażywaniu kiedykolwiek w życiu stwierdzamy, że najbardziej popularnymi substancjami była marihuana i haszysz (24%) oraz nowe substancje psychoaktywne (10%) (J. Sierosławski, 2016). W 2016 roku przeprowadzone zostały również badania na młodzieży szkolnej w wieku 18 lat. Pomiar pokazał, że 42,0% badanej młodzieży używało marihuanę lub haszysz, natomiast amfetaminę 7,2% badanych (Fundacja CBOS, 2016).

Rumunia

Rozpowszechnienie używania nielegalnych substancji wśród osób w wieku 15–64 lat w Rumunii zwiększało się w latach 2004–2016 (Romania Drugs Workbook, 2017). Jednakże rozpowszechnienie używania narkotyków pozostaje na niskim poziomie w porównaniu z innymi krajami europejskimi (Romania Country Drug Report, 2018). Według badań z 2016 roku (n=7200) 5,8% respondentów używało narkotyków w ciągu ostatniego roku przed badaniem (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020). Odsetki dla mężczyzn były wyższe (6,8%), niż dla kobiet niższe (4,8%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020). Do używania marihuany i haszyszu w ciągu ostatniego roku przed badaniem przyznało się 3,2% badanych (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LTP, 2020). Marihuana i haszysz są najczęściej używanym narkotykiem, a jego stosowanie dotyczy przede wszystkim osób w wieku 25–34 lata – w tej grupie odnotowano najwyższe odsetki użytkowników osiągające 6,2% (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP-25-34, 2020). Rozpowszechnienie używania pozostałych substancji wśród młodych dorosłych w ciągu ostatniego roku przed badaniem było na niskim poziomie: MDMA/ecstasy (0,2%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - YA, 2020), kokainy (0,2%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cocaine - LYP - YA, 2020) i amfetaminy (0,1%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - amphetamine - LYP - YA, 2020). Według wyników ostatniego pomiaru z 2016 roku dwa razy większy odsetek badanych w wieku 15–34 lata zadeklarował, że używał marihuany w ciągu ostatniego roku, niż w 2013 roku (5,8%) (Romania Drugs Workbook, 2017). Dane z badań szkolnych ESPAD z 2015 rok odnotowują niższe wskaźniki używania marihuany w Rumunii od średniej wynikającej ze wszystkich krajów

uczestniczących w ESPAD. Do używania marihuany przyznało się 8% 16-latków (ESPAD report 2015, 2016), a narkotyków (bez marihuany i haszyszy) przyznało się 6% badanych uczniów (ESPAD 2016).

Słowacja

W 2015 roku w Słowacji przeprowadzone zostało badanie wśród osób w wieku 15–64 lat (n=8029) dotyczące skali używania narkotyków w dorosłej populacji. Omawiane badanie pokazuje, że 4,7% dorosłej populacji sięgnęło po narkotyki w ciągu ostatniego roku przed badaniem. Częściej to zdarzało się w przypadku mężczyzn (7,5%) niż kobiet (1,8%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU- AID - LYP, 2020). Badania populacyjne na Słowacji z 2015 roku pokazują, że marihuana i haszysz są najbardziej rozpowszechnionymi substancjami używanymi wśród populacji dorosłych osób (Slovakia Drugs Workbook, 2019). Sięganie po przetwory konopi indyjskie jest najbardziej popularne wśród osób w wieku 15–34 lata (9,3%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - cannabis - LYP -YA, 2020). Ponad trzykrotnie wyższe wskaźniki zażywania marihuany lub haszyszu zarejestrowano wśród młodych dorosłych mężczyzn (15–34 lata: 13,8%), niż kobiet (4%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - cannabis - LYP - YA, 2020). Analizując trend używania marihuany wśród młodych dorosłych, warto zauważyć, że rozpowszechnienie używania konopi indyjskich zmniejszyło się o prawie połowę w latach 2006–2010 (wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku przed badaniem). Lecz ostatni pomiar z 2015 roku wskazał na wzrost odsetka badanych używających konopi indyjskich wśród tej grupy (Slovakia Country Drug Report, 2019). Według badań najczęściej używanym stymulantem wśród młodych dorosłych jest MDMA/ecstasy (1,2%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - YA, 2020). Na drugim miejscu plasuje się amfetaminy (0,8%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - YA, 2020). Dwa słowackie miasta Bratysława i Pieszczany uczestniczą w ogólnoeuropejskich badaniach dotyczących ścieków realizowany przez Grupę Analizy Ścieków w Europie (SCORE). Wyniki tego badania odnotowują spadek używania metamfetaminy w obu miastach w latach 2016–2017 (Slovakia Country Drug Report, 2018). Używanie wszystkich środków pobudzających (kokainy, amfetaminy, metamfetaminy i MDMA) wydaje się bardziej rozpowszechnione w ratysławie niż w Pieszczanach. Wyniki badania pokazują, że poziomy MDMA

i metabolitów kokainy rosną w obu miastach w weekendy (Slovakia Country Drug Report, 2018). Najnowsze dane ESPAD pochodzą z 2015 roku. Do używania narkotyków kiedykolwiek w życiu przyznało się 28% badanych uczniów (średnia dla badania ESPAD 18%), a po marihuanę i haszysz sięgnęło 26% (średnia dla badania ESPAD 16%). (ESPAD report 2015, 2016).

Słowenia

Według badań w wśród osób wieku 15-64 lat (n=9161) przeprowadzonych w 2018 roku 21,2% badanych używało jakiegokolwiek narkotyku (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LTP, 2020). Konopie indyjskie były najczęściej używanym narkotykiem wśród osób w wieku 15–64 lata w Słowenii (Slovenia Drugs Workbook, 2020). Wskaźnik używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku wyniósł 5,9% w całej badanej grupie, a dla jakiegokolwiek narkotyku wyniósł 6,3% (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020). Odsetki osób sięgających po narkotyki są na ogół wyższe wśród mężczyzn niż kobiet. Wyniki badań z 2018 roku pokazują, że w ciągu ostatniego roku przed badaniem 7,8% mężczyzn używało marihuany lub haszyszu, w przypadku kobiet odsetek ten wyniósł 3,8% (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020). Stosowanie innych nielegalnych substancji było mniej powszechne niż przetworów konopi indyjskich. Analizując skalę sięgania po narkotyki wśród młodych dorosłych (wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku, 15–34 lata), odnotowujemy następujące wartości wskaźników: MDMA/ecstasy 1,3% (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - YA, 2020), kokaina 1,8% (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cocaine - LYP - YA, 2020), amfetaminy 1,1% (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Amphetamines - LYP - YA, 2020). Według omawianych badań zażywanie narkotyków koncentruje się w młodszych grupach wiekowych, zwłaszcza wśród osób 15–24 lata, gdzie odsetki użytkowników konopi w ciągu ostatniego roku wyniosły 16,6%. (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - 15-24, 2020). W 2017 roku przeprowadzone były badania dotyczące analizy ścieków, realizowane przez Grupę ds. Analizy Ścieków w Lublaniu, która koordynuje projekt w Europie. Wyniki tego pomiaru wskazują na stosunkowo wysoki poziom metabolitów kokainy w ściekach i niski poziom amfetaminy i metamfetaminy, co oznacza ograniczone stosowanie tych dwóch ostatnich substancji w Lublaniu (Slovenia Country Drug Report, 2018). Podobnie

jak inne omawiane kraje, Słowenia bierze udział w międzynarodowych badań szkolnych na młodzieży ESPAD. Wyniki badania ESPAD z 2015 odnotowują, że słoweńska młodzież ma wyższe odsetki używania niż średnie odsetki dla całego badania w przypadku substancji wziewnych (Słowenia 14%, średnia ESPAD 4%), marihuany i haszyszu (Słowenia 25%, średnia ESPAD 16%) (ESPAD report 2015, 2016).

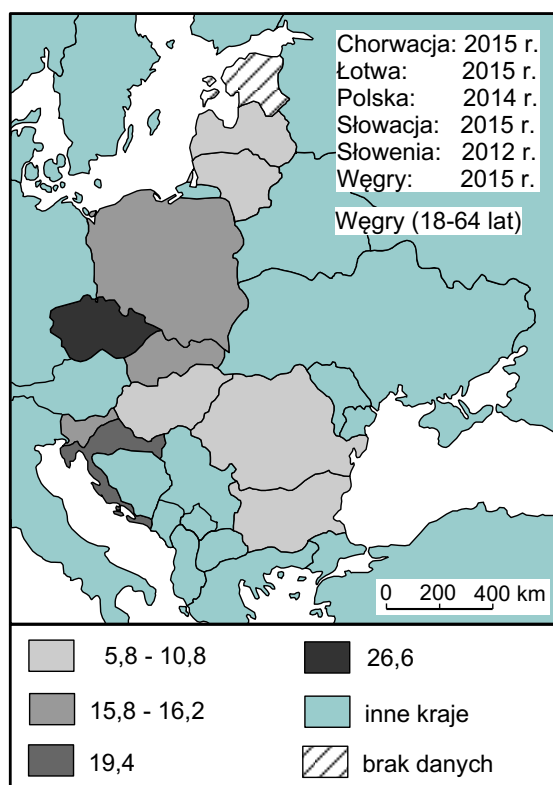
Węgry

Konopie indyjskie są na Węgrzech, podobnie jak w innych krajach UE, są najczęściej używaną nielegalną substancją wśród osób wieku 18-64 lat. Wyniki reprezentatywnych badań z 2015 roku (n=2274) pokazały, że 7,4% respondentów w wieku 18–64 lat używało marihuany lub haszyszu chociaż raz w swoim życiu (Statistical Bulletin 2020 - PoDU- Cannabis - LTP, 2020). W przypadku jakiegokolwiek narkotyku odsetek wyniósł 9,9% (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LTP, 2020). W ciągu ostatniego roku przed badaniem narkotyki używało 1,6% badanych. Nielegalne substancje są popularniejsze wśród mężczyzn (3,2%), niż wśród kobiet (1,6%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020). Stosowanie konopi indyjskich w celu odurzenia się dotyczy głównie młodych dorosłych w wieku 18–34 lata (3,5% zadeklarowało używanie w ciągu ostatniego roku). Odsetki badanych sięgających po marihuanę i haszysz są znacznie wyższe w przypadku mężczyzn (5,8%) niż kobiet (1,5%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - YA, 2020). Rozpowszechnienie używania pozostałych substancji w ciągu ostatniego roku przed badaniem nie było wysokie: MDMA/ecstasy (2,1%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - YA, 2020), kokainy (0,9%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cocaine - LYP - YA, 2020) i amfetaminy (1,4%) (Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Amphetamines - LYP - YA, 2020). Dodatkowym źródłem informacji o skali używania narkotyków na Węgrzech są wyniki badania ESPAD wśród 16 latków. W roku 2015 według badań ESPAD używanie przetworów konopi indyjskich było najbardziej rozpowszechnione wśród młodzieży szkolnej (13%). Następną substancją pod względem używania były syntetyczne kannabinoidy (10%), czyli nowe substancje psychoaktywne podobne w działaniu do marihuany (Hungary Drugs Workbook, 2018). Trzecią kategorią substancji pod względem

popularności były środki uspokajające i nasenne dostępne bez recepty (9%) (Report ESPAD 2015, 2016).

3.2. Synteza

W niniejszym podrozdziale omówione zostały wybrane wskaźniki dotyczące używania na omawianym obszarze przetworów konopi indyjskich (marihuana i haszysz) oraz amfetamin (metamfetmina oraz amfetamina), jak i samej amfetaminy. Rycina 3.1. prezentuje zróżnicowanie przestrzenne skali używania przetworów konopi indyjskich w okolicach 2016 roku według krajowych badań na mieszkańcach prezentowanych państw w wieku 15–64 lat. Jedynie dla Węgier dane dotyczą osób w wieku 18–64 lat. Najwyższe odsetki użytkowników przetworów konopi indyjskich (wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu) odnotowano w Czechach (26,6%, badanie z 2016 roku) oraz w Chorwacji (19,4%, badanie z 2015 roku), a najmniejsze na Węgrzech (7,4%, badanie z 2015 dla grupy wiekowej 18–64 lata) oraz Rumunii (5,8%, badanie z 2016 roku) (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Patrząc na rycinę 3.1 widać, że kraje położone na północy i południu analizowanego obszaru mają raczej lepszą sytuację (niższe odsetki użytkowników przetworów konopi indyjskich) niż kraje w centrum. Wartość współczynnik zmienności właściwej na poziomie 43,9% wskazuje na przeciętne zróżnicowanie w tym zakresie. Porównując dane dotyczące analizowanych krajów tylko Czechy mają wyższy odsetek użytkowników przetworów konopi indyjskich od średniej dla Unii Europejskiej, która wyniosła 26,3%. Analizując rozprzestrzenienie skali używania kiedykolwiek w życiu przetworów konopi indyjskich (ryc. 3.1.) możemy pokusić się o stwierdzenie, że ich wyższe wartości odnotowano w krajach zamożniejszych i o bardziej zaawansowanych reformach. Potwierdzają to stosunkowo wysokie korelacje ze zmiennymi (z rozdz. 2.) opisującymi zamożność: 0,74 z Indekssem Rozwoju Społecznego i -0,68 z Indekssem Percepcji Dobrobytu. Także poziom korelacji z Indekssem Percepcji Korupcji jest wysoki (0,74). Zdaje się to świadczyć o pozytywnej korelacji z sytuacją gospodarczą – im lepsza sytuacja w zakresie tych trzech zmiennych to tym wyższe wartości wskaźnika używania przetworów konopi indyjskich kiedykolwiek w życiu.

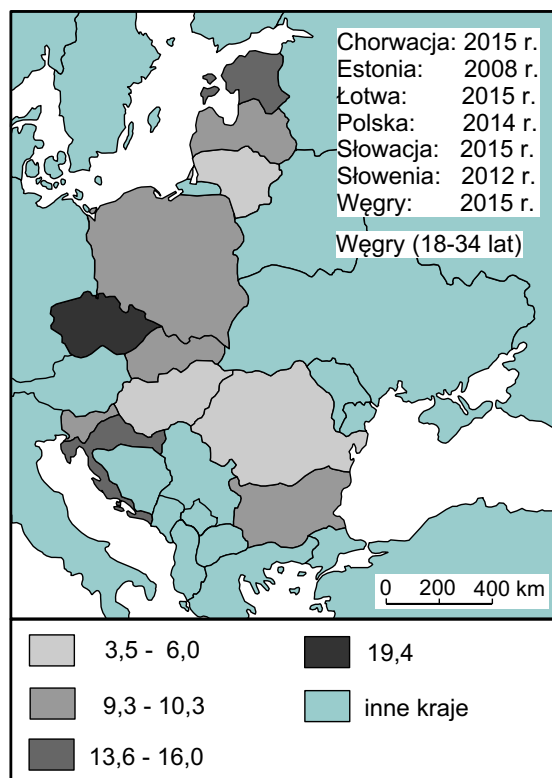


Ryc. 3.1. Zróżnicowanie przestrzenne skali używania przetworów konopi indyjskich (marihuany i haszyszu) według badań na mieszkańcach analizowanych krajów w wieku 15-64 lat (dla Węgier 18-64 lata) w 2016 roku – wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu, odsetki badanych osób.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

Na rycinie 3.2. przedstawiono zróżnicowanie przestrzenne skali używania przetworów konopi indyjskich według badań na mieszkańcach analizowanych krajów w wieku 15–34 lat (dla Węgier 18–34 lata) w 2016 roku lub trochę wcześniej. Są to te same badania, co użyte w rycinie 3.1., jednakże zaprezentowano na rycinie 3.2. odsetki dotyczą używania w ciągu 12 miesięcy przed badaniem. Najwyższe odsetki odnotowano w Czechach (19,4%, badanie z 2016 roku) Chorwacji (16,0%, badanie z 2015 roku) oraz Estonii (13,6, badanie z 2008 roku) a najmniejsze na Litwie (6,0%, badanie z 2016 roku), Rumunii (5,8%, badanie z 2016) na Węgrzech (3,5%, badanie z 2015 dla grupy wiekowej 18–34 lata). Porównując dane dotyczące analizowanych krajów z wyniki dla całej Unii Europejskiej stwierdzamy, że tylko Czechy mają wyższy odsetek od Unii Europejskiej, który wyniósł 14,1% (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). W przypadku używania przetworów konopi indyjskich w ciągu 12 miesięcy przed badaniem nie widać tak wyraźnych prawidłowości przestrzennych, jak przy wskaźniku używania kiedykolwiek w życiu tych substancji. Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 64,8% wskazuje na

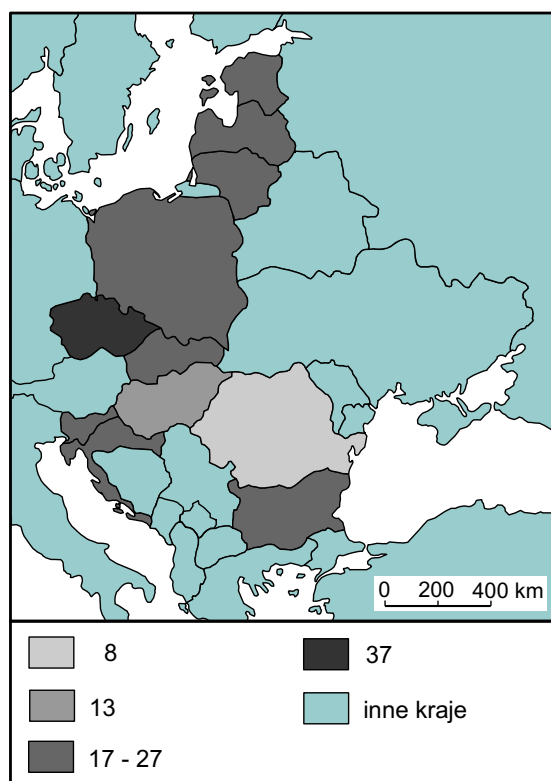
przeciętne zróżnicowanie w tym zakresie. Wprawdzie występują korelacje z Indekssem Rozwoju Społecznego (0,57) oraz Indekssem Percepcji Korupcji (0,55), ale są one słabsze niż w przypadku wskaźnika używania kiedykolwiek w życiu konopi indyjskich.



Ryc. 3.2. Zróżnicowanie przestrzenne skali używania przetworów konopi indyjskich (marihuany i haszyszu) według badań na mieszkańcach analizowanych krajów w wieku 15–34 lat (dla Węgier 18–34 lata) w 2016 roku – wskaźnik używania w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, odsetki badanych.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

Informacje o skali używania przetworów konopi indyjskich dostarczają nam wyniki międzynarodowego badania ESPAD z 2015 roku wśród 16 latków zaprezentowane na rycinie 3.3. Najwyższe odsetki użytkowników marihuany i haszyszu (konopi indyjskich) wśród młodzieży szkolnej w wieku 16 lat odnotowano w Czechach (37% – wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu) i jest to kraj z największym odsetkiem wśród państw Unii Europejskiej biorących udział w badaniu ESPAD. Pozostałe analizowane kraje, poza Węgrami (13%) i Rumunią (8%), mają odsetki wyższe od średniej dla badania ESPAD, która wyniosła 16% (ESPAD report 2015, 2016). Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 34,6% wskazuje na małe zróżnicowanie między omawianymi państwami w tym zakresie. Wprawdzie w przypadku wyników badania ESPAD z 2015 dla

używania przetworów konopi indyjskich nie widać prawidłowości przestrzennych (ryc. 3.3.), tym niemniej analiza korelacji tej zmiennej ze zmiennymi opisanymi w rozdziale 2 uwidacznia podobne związki, jak w przypadku używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród osób wieku 15–34 lat, a mianowicie stosunkowo wysoką korelację z Indekssem Rozwoju Społecznego (0,60) oraz Indekssem Percepcji Korupcji (0,63).

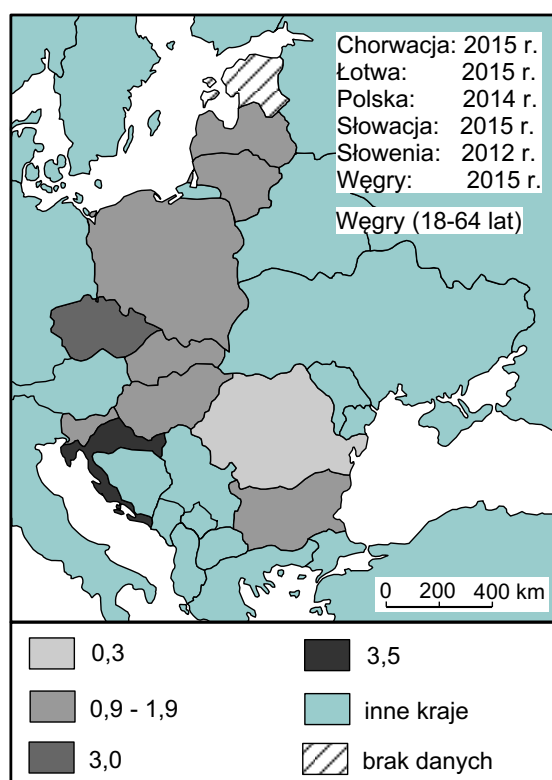


Ryc. 3.3. Zróżnicowanie przestrzenne skali używania przetworów konopi indyjskich (marihuana i haszysz) według badania ESPAD z 2015 roku – wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu przez młodzież szkolną w wieku 16 lat, odsetki badanych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ESPAD 2015.

Na rycinach w dalszej części niniejszego rozdziału zaprezentowane zostały także informacje o narkotykach stymulujących, które są najbardziej popularne w analizowanych krajach, czyli o amfetaminach. Analizując dane zawarte na rycinie 3.4. stwierdzamy, że najwyższe odsetki osób w wieku 15–64 lat (dla Węgier w wieku 18–64 lat), które zadeklarowały używanie amfetamin kiedykolwiek w życiu odnotowano w Chorwacji (3,5%, badanie z 2015 roku) oraz Czechach (3,0%, badanie z 2016 roku), a najmniejsze w Rumunii (0,3%, badanie z 2016 roku). Wszystkie analizowane kraje miały odsetki poniżej średniej dla Unii Europejskiej

3,6% (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Patrząc na odsetki użytkowników amfetaminy w wieku 15–64 lat nie można dostrzec prawidłowości przestrzennych (ryc. 3.4). Wartość współczynnik zmienności właściwej na poziomie 52,1% wskazuje na średnie zróżnicowanie w tym zakresie. Także zmienna ta nie wykazuje korelacji (wartości poniżej $|0,31|$) ze zmiennymi społeczno-ekonomicznymi opisanymi w rozdziale 2.

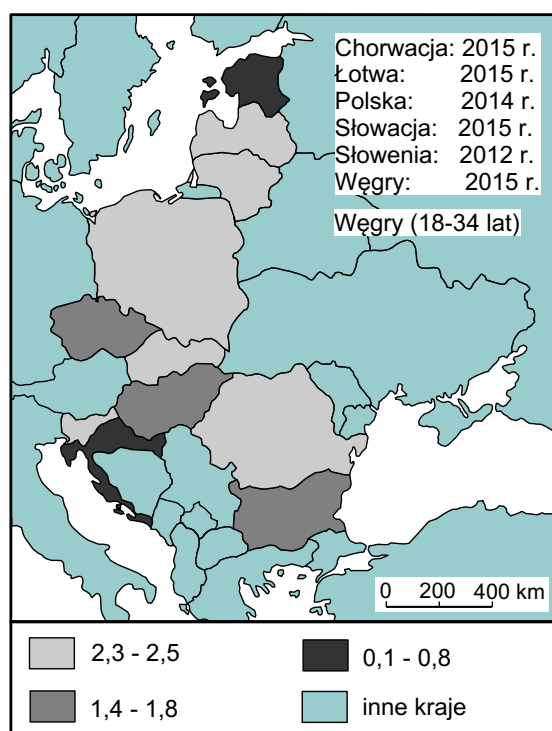


Ryc. 3.4. Zróżnicowanie przestrzenne skali używania amfetamin (amfetamina oraz metamfetamina) według badań krajowych wśród osób w wieku 15–64 lat (Węgry 18–64 lata) w 2016 roku – wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu, odsetki badanych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

Według danych zaprezentowanych na rycinie 3.5. najwyższe odsetki osób w wieku 15–34 lat (Węgry: 18–34 lat), które zadeklarowały używanie amfetaminy i/lub metamfetaminy w ciągu 12 miesięcy przed badaniem odnotowano w Estonii (2,5%, badanie z 2016 roku) oraz Chorwacji (2,3%, badanie z 2015 roku). Z kolei najmniejsze odsetki zarejestrowano w Rumunii (0,1%, badanie z 2016 roku) oraz w Polsce (0,4%, badanie z 2015). Porównując dane dotyczące analizowanych krajów z wynikami dla całej Unii Europejskiej (1,0%) stwierdzamy, że pięć spośród badanych krajów ma większe odsetki – oprócz wspomnianej Estonii i Chorwacji

zaliczamy do nich również Bułgarię (1,8%), Czechy (1,7%) oraz Węgry (1,4%) (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Odsetki użytkowników amfetaminy w ciągu ostatniego roku w wieku 15–34 lat (dla Węgier 18–34 lat), podobnie jak w przypadku odsetków użytkowników dla wskaźnika używania w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, nie wykazuje prawidłowości przestrzennych (ryc. 3.2.). Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 64,8% wskazują na średnie zróżnicowanie w tym zakresie. Podobnie jest także w zakresie korelacji tej zmiennej z opisanymi w rozdziale 2 (wartości poniżej $|0,32|$). Można zatem pokusić się o wniosek, że nie widać żadnych związków w przypadku tego wskaźnika.

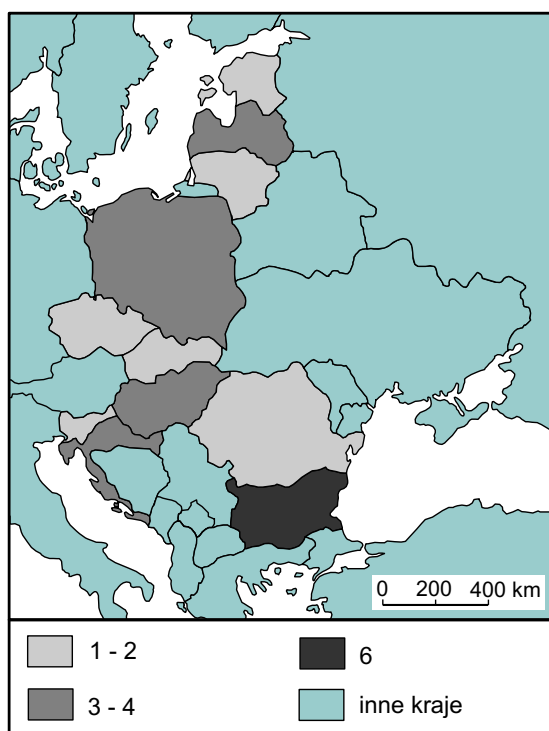


Ryc. 3.5. Zróżnicowanie przestrzenne skali używania amfetamin (amfetamina oraz metamfetamina) według badań krajowych wśród osób w wieku 15–34 lat (Węgry 18–34 lata) w 2016 roku – wskaźnik używania w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, odsetki badanych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

Na rycinie 3.6. zaprezentowane zostały dane dotyczące używania amfetaminy przez młodzież szkolną w wieku 16 lat (wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu) badania ESPAD z 2015 roku. Analizując wyniki odnotowujemy najwyższy odsetek badanych w Bułgarii (6%) a następnie w Polsce (4%) oraz w Chorwacji, za którą są Łotwa i Węgry (po 3% dla każdego kraju). To są kraje, które miały wskaźnik powyżej 2%, czyli powyżej średniej dla całego badania ESPAD. Najniższe odsetki

odnotowano w Czechach, Litwie, Rumunii, Słowacji oraz Słowenii (po 1% dla każdego kraju) (ESPAD report 2015, 2016). Patrząc na rycinę 3.6. nie odnotowujemy prawidłowości przestrzennych w używaniu kiedykolwiek w życiu amfetaminy przez młodzież szkolną w wieku 16 lat. Widać wyraźnie, że kraje o względnie dobrej sytuacji są naprzemiennie ułożone z krajami o relatywnie złej sytuacji. Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 65,7% wskazuje na średnie zróżnicowanie w tym zakresie. W przypadku związków ze zmiennymi opisanymi w rozdziale 2 widać korelację ze zmiennymi opisującymi sytuację społeczną: -0,57 z Indekssem Percepcji Korupcji oraz 0,56 z Indekssem Wolności Prasy, więc można powiedzieć, że im gorsza sytuacja w zakresie wolności prasy oraz im większa korupcja, tym większe odsetki użytkowników amfetaminy według badania ESPAD.



Ryc. 3.6. Zróżnicowanie przestrzenne skali używania amfetaminy według badania ESPAD z 2015 roku – wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu przez młodzież w wieku 16 lat, odsetki badanych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ESPAD 2015, 2016.

3.3. Podsumowanie

Poddane w tym rozdziale dane pokazują, że hipoteza pierwsza: „Ogólnie zróżnicowanie zagrożenia/rozprzestrzenia narkomanii i narkotyków na analizowanym obszarze jest niewielkie” została potwierdzona częściowo. W celu

weryfikacji tej hipotezy wykorzystano średnią dla Unii Europejskiej w przypadku grup wiekowych 15–64 lata²⁰ oraz 15–34 lata²¹ oraz średnią badania ESPAD dla wyników badania wśród młodzieży w wieku 16 lat. Na rycinach od 3.1 do 3.6 przedstawione zostało przestrzenne zróżnicowanie dwóch rodzajów narkotyków. Pierwszy narkotyk to przetwory konopi indyjskich, które od lat są najbardziej popularną nielegalną substancją psychoaktywną w Unii Europejskiej (J. Manthey, 2019). Drugą substancją psychoaktywną, a raczej ich grupą, była amfetamina lub/i metamfetamina czyli amfetaminy, które od dłuższego czasu są najbardziej popularnymi po kokainie nielegalnymi substancjami stymulującymi w Unii Europejskiej (M.-S. Martens i inni, 2020). Jednakże na analizowanym w pracy obszarze używanie amfetamin jest bardziej rozpowszechnione od kokainy (Europejski Raport Narkotykowy 2018). W przypadku przetworów konopi indyjskich wskaźniki używania tych substancji poza Czechami (por. J. Červený i inni, 2017) są niższe dla grupy wiekowej 15–64 lata, jak również analizowanej grupy 15–34 lata od średniej dla Unii Europejskiej. Jednakże wyniki badania wśród młodzieży szkolnej dają inny obraz skali rozpowszechnienia tego narkotyku, bo prawie wszystkie kraje (poza Rumunią i Węgrami) mają wyższe odsetki od średniej z badania ESPAD. Co więcej Czechy mają najwyższe odsetki użytkowników przetworów konopi w całym badaniu ESPAD. W przypadku tego badania prawie połowa krajów (5 z 11) miała także wyższe odsetki użytkowników amfetamin niż średnia dla całego badania ESPAD. Badania na pozostałych analizowanych w tym rozdziale grupach wiekowych pokazują na niejednoznaczny obraz skali używania amfetamin. Dane z prezentowanych pomiarów dla grupy wiekowej 15–64 lata (wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu) skłaniają, do konkluzji, że skala używania tej substancji nie jest duża. Odsetki użytkowników amfetamin dla wszystkich analizowanych krajów były poniżej średniej dla Unii Europejskiej. Z drugiej strony wyniki badań dla grupy wiekowej 15–34 lata (wskaźnik używania w ciągu 12 miesięcy przed badaniem) odnotowują, że pięć krajów z jedenastu analizowanych ma odsetki użytkowników amfetamin wyższe od średniej dla Unii Europejskiej.

²⁰ Dla Węgier były to badania na kohorcie 18–64 lata.

²¹ Dla Węgier były to badania na kohorcie 18–34 lata.

Odnosząc się do drugiej hipotezy pracy „Sytuacja społeczno-ekonomiczna państw nie jest grupą czynników różnicujących skalę i rodzaj problemu narkotyków i narkomanii” – została ona częściowo odrzucona na podstawie analiz zaprezentowanych w tym rozdziale. W przypadku wskaźnika używania kiedykolwiek w życiu w grupie wiekowej 15–64 lata mamy pozytywną korelację wskazującą, że im wyższe wartości używania przetworów konopi indyjskich tym kraje są bardziej zaawansowane w reformach i zamożniejsze. Ponadto dla wskaźników dotyczących używania amfetaminy wśród 16 latków z badania ESPAD oraz amfetamin wśród 15–34 latków występują korelacje z Indekssem Rozwoju Społecznego oraz Indekssem Percepcji Korupcji, ale są one słabsze niż w przypadku wskaźnika używania kiedykolwiek w życiu przetworów konopi indyjskich. Dodatkowo w odniesieniu do używania amfetaminy wśród młodzieży w wieku 16 lat odnotowujemy odmienną tendencję, że im gorsza sytuacja w zakresie wolności prasy oraz im większa korupcja, tym większe odsetki użytkowników amfetaminy według badania ESPAD. Konkludując wyniki analiz nie pozwalają na całkowite odrzucenie drugiej hipotezy ponieważ istnieją przesłanki, że sytuacja społeczno-ekonomiczna może różnicować skalę problemów narkotyków i narkomanii jeżeli weźmiemy pod przestrzenne zróżnicowanie używania przetworów konopi indyjskich oraz amfetaminy. Tym bardziej, że badania mikroskalowe wskazują na zwiększone zainteresowanie tymi narkotykami wśród nastolatków z większymi trudnościami społeczno-ekonomicznymi (por. N. Knaappila i inni, 2020; K. Oppong Asante, 2019).

4. Przestrzenne zróżnicowanie skali problemów związanych z używaniem narkotyków

4.1 Opis poszczególnych krajów

Bulgaria

Szacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków wskazało, że liczba problemowych użytkowników narkotyków wyniosła 3,75 osoby na 1000 mieszkańców (17358 osób w 2016 roku) (Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Overall, 2020). Jednakże wysoce ryzykowne zażywanie narkotyków w Bułgarii wiąże się z używaniem przede wszystkim opioidów (głównie heroiny) oraz używaniem ich drogą iniekcji (Bulgaria Drugs Workbook, 2017). Heroina jest główną substancją z powodu, której osoby leczą się z powodu narkotyków. W 2016 roku 62% osób podjęło leczenie z powodu heroiny wśród wszystkich, którzy zgłosili się do leczenia. W tym roku zgłosiło się do leczenia 1720 osób. Na drugim miejscu odnotowane zostały osoby podejmujące leczenie z powodu amfetaminy (11%), a następnie marihuany (5%) a na trzecim miejscu z powodu kokainy (2%) (Bulgaria Treatment Workbook, 2017). Leczeniem substytucyjnym²² objęto w 2016 roku 3338 osób (Statistical Bulletin 2020 - Health and social responses - OST, 2020). W 2016 roku w Bułgarii zarejestrowano 21 zgonów spowodowanych przez narkotyki (Europejski Raport Narkotykowy, 2018) a średni wiek zgonu z powodu narkotyków wyniósł 35 lat (Bulgaria Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Wskaźnik umieralności w wyniku narkotyków wśród dorosłych (15–64 lata) oszacowano na

²² Leczenie substytucyjne adresowane jest tylko do osób uzależnionych od opioidów i polega one na podawaniu najczęściej metadonu (opioиду) w odpowiednich dawkach, które nie wywołują odurzenia. Podawanie metadonu zapobiega występowaniu objawów zespołu abstynencyjnego, redukuje głód psychiczny opiatów oraz redukuje skutki zdrowotne i społeczne związane z uzależnieniem (D. Ayanga i inni, 2016).

4 zgony na milion w 2016 roku (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Lecz należy mieć na uwadze, że liczba zgłoszonych zgonów spowodowanych przez narkotyki jest nieoszacowana w Bułgarii, co wynika z trudności związanych z trzymywaniem danych na temat przyczyn zgonów, jak również kodowaniem przyczyny śmierci (Bulgaria Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). W 2016 roku zarejestrowano w Bułgarii 22 nowe przypadki HIV z powodu zażywania narkotyków drogą iniekcji (Bulgaria Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Informacje na temat rozpowszechnienia chorób zakaźnych wśród użytkowników narkotyków w 2017 roku dotyczą klientów, którzy zostali przetestowani, ponieważ zgłosili się do ośrodków leczenia uzależnień. Odsetek testów pozytywnych na HIV w tej grupie wyniósł 6%, a w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C – 77%, natomiast typu B – 5% (HBsAg) (Bulgaria Harms And Harm Reduction, 2017).

Chorwacja

Szacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków wskazało, że liczba problemowych użytkowników opioidów wyniosła 3,09 osoby na 1000 mieszkańców (8874 osób w 2012 roku). Ponadto w 2015 roku w Chorwacji były 6344 osoby zażywające narkotyki iniekcyjnie (2,21 na 1000 mieszkańców) (Croatia Drugs Workbook, 2017). Dane z ośrodków leczenia wskazują, że większość osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy (770 osób w 2016 roku) podaje konopie indyjskie jako narkotyk powodujący uzależnienie (59% w 2016 roku). Na drugim miejscu wśród osób podejmujących leczenie są osoby uzależnione od heroiny (22%). Według danych z tych placówek używanie narkotyków w iniekcjach jest główną drogą przyjmowania heroiny (Croatia Treatment Workbook, 2017). Leczeniem substytucyjnym objęto w 2016 roku 4256 osoby (Statistical Bulletin 2020 - Health and social responses - OST, 2020). W 2016 roku nie zarejestrowano żadnego przypadku zakażenia wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Dane z badania biobehawioralnego z 2014 roku przeprowadzonego w trzech chorwackich miastach (Split, Zagrzeb i Rijeka) wykazało, że ponad 1/3 osób zażywających narkotyki w zastrzykach w tych miastach – miała wyniki pozytywny testu na żółtaczkę typu C (Croatia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Według tego pomiaru mniej niż 1/5 osób zażywających narkotyki w iniekcjach była

badana w ciągu ostatnich 12 miesięcy i miała pozytywny wynik na żółtaczkę typ B oraz HIV (Croatia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). W 2016 roku zarejestrowano 56 przypadków zgonów z powodu narkotyków wśród osób w wieku 15–64 lat ze wskaźnikiem 20 przypadków na milion osób (Croatia Country Drug Report, 2018). Większość zgonów, dla których dostępne były raporty toksykologiczne, była spowodowana opioidami – głównie metadon, ale także heroina, buprenorfina i tramadol.

Czechy

Problemowe używanie narkotyków w Czechach związane jest przede wszystkim z używaniem metamfetaminy. Według szacunków z 2016 roku było 42800 iniekcyjnych użytkowników narkotyków (Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Injecting - AY) ze wskaźnikiem 6,14 na 1000 mieszkańców (Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Injecting - trends). Dodatkowo oszacowanie z 2016 roku wskazuje na 12500 uzależnionych od opioidów (Czech Republic Harm and Harm Reduction Workbook, 2017) ze wskaźnikiem 1,79 na 1000 mieszkańców (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Warto zwrócić uwagę, że buprenorfina była głównym narkotykiem wśród osób używających często opioidów (Czech Republic Drug Workbook, 2017). Na podstawie badań w populacji generalnej z 2016 roku oszacowano, iż około dwóch na dziesięciu użytkowników marihuany to są osoby używające tego narkotyku w sposób problemowy (Czech Republic Drug Workbook, 2017). Według danych zbieranych w ramach wskaźnika zgłaszalności do leczenia – metamfetamina raportowana była jako narkotyk powodujący najwięcej problemów. Na drugim miejscu znalazła się marihuana. Najbardziej rozpowszechnionym wzorem używania metamfetaminy lub opioidów w Czechach jest przyjmowanie tych narkotyków w iniekcjach (Czech Republic Treatment Workbook, 2017). Leczeniem substytucyjnym objęto w 2016 roku około 5000 osób (Statistical Bulletin 2020 - Health and Social Responses - OST, 2020). W Czechach informacje na temat zakażeń z powodu zażywania narkotyków wskazują, że zakażenia wirusem HIV, oraz WZW C i B nie ulega zmianie. Liczba nowych przypadków HIV wśród populacji ogólnej jest stosunkowo niska. W porównaniu do innych krajów Czechy mają niskie wskaźniki HIV z powodu zażywania narkotyków w iniekcjach: 0,7 przypadku na milion mieszkańców (Czech Republic Country Drug Report,

2018). Ponad połowa nowo zgłoszonych przypadków zakażenia wirusem typu C, w którym znana jest droga transmisji, wynika z używania narkotyków dożylnie (Czech Republic Harm And Harm Reduction Workbook, 2017). Informacje z programów redukcji szkód pokazują, że mniej niż jeden na pięciu badanych w tych programach miał pozytywny wynik testu na wirusa typu C (14,6%) (Czech Republic Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). W 2016 roku zgłoszono 1101 zatruc z powodu narkotyków w Czechach i była to wielkość zbliżona do odnotowanej rok wcześniej (1205). Metamfetamina i benzodiazepiny są narkotykami powodującymi najwięcej zatruc, w dalszej kolejności są konopie indyjskie (Czech Republic Drug Country Report, 2018). W 2016 roku odnotowano 32 przypadki zgonów z powodu narkotyków, mniej niż w 2015 roku (44 przypadki) (Statistical Bulletin 2020, OD - Trends - SD, 2020). Jest to niski wskaźnik w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, bo wynosi 4,3 przypadku na milion mieszkańców. Wyniki badań toksykologicznych pokazują, że opioidy (buprenorfina lub inne leki opioidowe oraz heroina), same lub w połączeniu z innymi substancjami psychoaktywnymi, były głównym narkotykiem odpowiedzialnym za mniej niż połowę zgonów spowodowanych przez narkotyki w 2016 rok. Narkotyki stymulujące, głównie metamfetamina, mają związek z około jedną trzecią zgonów z powodu narkotyków przede wszystkim wśród mężczyzn (Czech Republic Harms And Harm Reduction Workbook, 2017).

Estonia

W 2016 roku Estonia miała najwyższy wskaźnik śmiertelnych przedawkowań narkotyków w Europie związanych z używaniem fentanyli (Statistical Bulletin 2020, OD - Trends - SB, 2020). W 2016 roku odnotowano 113 zgonów, co daje wskaźnik 132 przypadki na milion mieszkańców (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). W 2015 roku liczba zgonów wyniosła 88, ale w 2014 była większa – 98 osób (Statistical Bulletin 2020, OD - Trends - SB, 2020). W przypadku zakażeń HIV w wyniku iniekcyjnego przyjmowania narkotyków odnotowywano trend spadkowy. W 2016 roku zarejestrowano 30 nowych zakażeń, a w 2014 roku 67 przypadków (Statistical Bulletin 2020 - Infectious diseases - NHIV). Według badania przeprowadzonego w 2016 roku w mieście Kohtla-Järve wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, częstość występowania wirusa HIV wynosiła 66%, wirusowego zapalenia wątroby typu C – 81%, a wirusowego zapalenia wątroby

typu B (HBsAg) – 4%. Głównym narkotykiem zażywany w ciągu ostatnich czterech tygodni przed badaniem był fentanyl (65%) (Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Popularność opioidów widać w statystykach placówek leczących osoby uzależnione od narkotyków. Zdecydowana większość osób (93%) zgłasza się z powodu opioidów do placówek leczenia osób uzależnionych od narkotyków. Na drugim miejscu są osoby leczone z powodu amfetamin (4%) (Estonia Treatment Workbook, 2017), w tym przede wszystkim z powodu amfetaminy (Estonia wywiad, 2021). Leczeniem substytucyjnym objęto 1248 osób w 2016 roku (Statistical Bulletin 2020 - Health And Social Responses - OST, 2020). Liczba iniekcyjnych użytkowników narkotyków wyniosła 8606 (Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Injecting - MRE). Informacje na temat osób leczących się z powodu narkotyków pokazują, iż iniekcjni użytkownicy narkotyków są grupą dominującą wśród osób często sięgających po narkotyki. Według danych z tego typu placówek – 69% osób podejmujących leczenie z powodu opioidów przyjmowało je w iniekcjach. W 2019 roku w Estonii do leczenia zgłosiło się 290 osób (Estonia Treatment Workbook, 2017). O skali używania iniekcyjnego w Estonii, jak również zasięgu działań z zakresu redukcji szkód, świadczy także liczba rozdanych sprzętu do iniekcji. W 2016 roku rozdano użytkownikom narkotyków ponad 2 mln strzykawek poprzez programy redukcji szkód w Estonii (Harms And Harm Reduction Workbook, 2017).

Litwa

Oszacowania dotyczące problemu narkomanii wskazują, że w latach 2015–2016 na Litwie było od 4854 do 12 444 problemowych użytkowników narkotyków oraz od 8371 do 10474 iniekcyjnych użytkowników narkotyków (D. Thanki i inni, 2020). Wstępne szacunki określają również, że na Litwie jest od 4742 do 7000 osób używających amfetaminę w sposób ryzykowny (D. Thanki i inni, 2020). W 2016 roku do leczenia na Litwie zgłosiło się 2384 osób. Najczęściej do leczenia osoby zgłaszają się na Litwie z powodu opioidów (86% spośród wszystkich zgłoszeń do placówek leczenia uzależnień od narkotyków). W tej grupie osób 85% przyjmowało je w drodze iniekcji. W wyniku problemów związanych z używaniem przetworów konopi do leczenia zgłosiło się 7% wszystkich leczonych (Lithuania Treatment Workbook, 2017). Odsetki są o wiele niższe niż w przypadku opioidów, ale i tak

wyższe niż w Estonii, gdzie odnotowano tylko 1% osób leczących się z powodu marihuany (Estonia Treatment Workbook, 2017). Na Litwie w analizowanym roku leczeniem substytucyjnym objęto 1231 osób (Statistical Bulletin 2020 - Health And Social Response - OST, 2020). W 2016 roku liczba nowo zgłoszonych przypadków zakażenia wirusem HIV wyniosła 214 i była wyższa niż w 2015 roku (157 przypadków). Z tego 83 osoby w 2016 roku zakaziły się w wyniku iniekcyjnego używania narkotyków (w 2015 roku 44) (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Wirusowe zapalenie wątroby typu B odnotowano wśród 32 osób (w 2015 roku: 35), a 2 z tych przypadków (w 2015 roku również 2) były związane z przyjmowaniem iniekcyjnym narkotyków. W 2016 r. wśród 16 osób wykryto wirusowe zapalenie wątroby typu C (w 2015 roku 23), a 3 przypadki były z powodu używania narkotyków w iniekcjach (Lithuania Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Z niepokojących zjawisk na Litwie warto zwrócić uwagę na rosnącą liczbę zgonów z powodu narkotyków na Litwie. W 2014 roku zarejestrowano 87 przypadków, rok później było to już 115, lecz dane dotyczące 2016 wskazały niewielki spadek do 109 przypadków (Statistical Bulletin 2020, OD - Trends - SB, 2020).

Łotwa

Szacunki dotyczące populacji osób używających narkotyki problemowo wskazują, że w 2016 roku było na Łotwie 11836 tego typu osób (9,3 na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lat) oraz 6231 osób używających opioidów i 2229 użytkowników problemowych środków stymulujących (Latvian Drugs Workbook, 2017). Z powodu narkotyków w 2016 roku zmarło 18 osób, co oznacza taką samą wartość jak w 2015 roku (Statistical Bulletin 2020, OD - Trends - SB, 2020). Na Łotwie odnotowano 62 przypadki nowych zakażeń wirusem typu HIV w 2016 roku, czyli mniej niż rok wcześniej kiedy to odnotowano 88 przypadków (Statistical Bulletin 2020, Infectious Diseases - NHIV, 2020). W 2016 roku na Łotwie podjęło leczenie 879 osób. Osoby podejmujące leczenie z powodu narkotyków w 2016 roku na Łotwie zgłaszały najczęściej używanie heroiny (42%), następnie marihuana (22%), a na kolejnym amfetaminy (16%) (Latvian Treatment Workbook, 2017). Na Łotwie w 2016 roku leczeniem substytucyjnym objęto 647 osób (Statistical Bulletin 2020 - Health And Social Responses - OST, 2020). W 2016 roku spośród wszystkich przypadków zakażeń żółtaczką typu C odnotowano 23,3% (n=398) w wyniku używania

narkotyków w iniekcjach przenoszonych drogą iniekcji. W 2015 r. odsetek ten był mniejszy i wyniósł 17,7% (Latvia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). W 2016 roku doszło do 2668 interwencji karettek pogotowia z powodu zatrucia narkotykami (Latvia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017).

Polska

Według oszacowania w 2014 było 100109 problemowych użytkowników narkotyków (Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Overall, 2020) (wskaźnik 3,7 osób na tysiąc mieszkańców), w tym odnotowano 14664 problemowych użytkowników opioidów (Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - OMRE, 2020) (wskaźnik 0,6 osób na tysiąc mieszkańców). W 2016 roku w Polsce zarejestrowano 204 zgony, a w 2015 roku – 255 zgonów, których przyczyną były narkotyki. Ofiarami śmiertelnych przedawkowań w Polsce są przede wszystkim mężczyźni (72% przypadków). W zdecydowanej większości przypadków nie określona została substancja, która spowodowała zgon (Raport o stanie narkomanii 2018, 2018). Jednakże w przypadku siedmiu przypadków zidentyfikowano nowe substancje psychoaktywne (H. López-Pelayo i inni, 2021). W 2016 roku rozpoznano 1314 nowych zakażeń HIV w Polsce, w tym 36 przypadków wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Ponadto badania Narodowego Instytut Zdrowia Publicznego zrealizowane w 2017 roku wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków pokazały, że przeciwciała anti-HIV występowały u 18,5% badanych przejmujących narkotyki w iniekcjach, a przeciwciała anti-HCV u 57,6% badanych (A. Malczewski, 2018c). Dane zbierane w ramach zgłaszalności do leczenia dla 6658 osób odnotowują, że najczęściej osoby podejmowały leczenie z powodu problemów z marihuaną (30%), a na drugim miejscu – amfetaminą (28%). Na trzecim miejscu uplasowała się heroina (13%) (Poland Country Drug Report, 2018). Na czwarty odnotowujemy metamfetaminę 8% (A. Malczewski, 2018c), której używanie dotyczy przede wszystkim województw graniczących z Czechami (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2020). W 2016 roku w programach leczenia substytucyjnego leczono w Polsce 2797 osób (Statistical Bulletin 2020 - Health And Social Responses - OST, 2020). Wśród osób leczonych – 14% zażywało narkotyki w iniekcjach w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed przyjęciem do placówki (Poland Treatment Workbook, 2017). Dane z placówek leczenia oraz z programów

redukcji szkód pokazują, że wśród problemowych użytkowników narkotyków przyjmowanie narkotyków w iniekcjach nie jest szeroko rozpowszechnione (A. Malczewski, 2018c).

Rumunia

Dane z Rumuńskiego Focal Pointa odnotowują około 21 tysięcy problemowych użytkowników opioidów, co oznacza wskaźnik o wartości 1,35 na 1000 osób dorosłej populacji w 2016 r. (Statistical Bulletin 2020, PDU - Opioids - Trends, 2020). Szacuje się, że liczba osób wstrzykujących narkotyki w Bukareszcie była bliska 10 000 w 2016 roku (Romania Drug Workbook, 2018). Informacje z placówek leczniczych wskazują, że heroina jest głównym narkotykiem zażywającym iniekcyjnie z powodu, którego podejmują oni leczenie (Romania Treatment Workbook, 2017). Prawie 9 na 10 osób używających narkotyki w iniekcjach podejmuje leczenie z powodu heroiny. Ponadto około 1 na 20 osób zareportowało nową substancję psychoaktywną jako substancję powodującą najwięcej problemów (Romania Treatment Workbook, 2017). Wzrost zapotrzebowania na leczenie z powodu używania marihuany można w dużej mierze przypisać sytuacji stosowania przepisów, które wskazują podjęcie leczenia jako alternatywę dla kary więzienia dla niektórych kategorii sprawców (Romania Country Drug Report, 2018). Leczeniem substytucyjnym objęto w 2016 roku 1480 osób (Statistical Bulletin 2020 - Health And Social Responses - OST, 2020). W latach 2014–2016 zmniejszyła się liczba nowych przypadków zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. W 2016 roku zarejestrowano 83 przypadki nowych zakażeń wirusem HIV (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Infekcja wirusem zapalenia wątroby typu C jest najczęstszą infekcją związaną z narkotykami wśród rumuńskich użytkowników narkotyków. Według badań z 2016 r. przeprowadzonych wśród osób zażywających narkotyki dożylnie – 11,6% z nich było zakażonych wirusem HIV. W przypadku zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C odnotowano, że trzy czwarte osób zażywających narkotyki w iniekcjach jest zakażonych wirusem typu C (Romania Harm And Harm Reduction Workbook, 2017). W 2016 r. liczba zgonów z powodu narkotyków wyniosła 19 przypadków (Statistical Bulletin 2020 - OD - Trends - SD, 2020). Dane o zgonach z powodu narkotyków są dostępne tylko dla Bukaresztu. Opioidy, w tym przede wszystkim metadon, odpowiadały za

największą liczbę zgonów. Nowe substancje psychoaktywne stwierdzono w czterech śmiertelnych przedawkowaniach, a kokainę w jednym w 2016 roku. Dwie lub więcej substancji psychoaktywnych było obecnych w 3/4 wykrytych zgonów. Większość ofiar zgonów z powodu narkotyków to mężczyźni. Średni wiek osób, które zmarły z powodu narkotyków wynosił około 32 lat, a trend długoterminowy pokazywał na stały wzrost wieku osób, które śmiertelnie przedawkowały narkotyki na przestrzeni lat w Bukareszcie (Romania Harm And Harm Reduction Workbook, 2017).

Słowacja

Szacowania ze Słowacji odnotowują 3222 tysięcy problemowych użytkowników heroiny, w 2018 roku (Statistical Bulletin 2020, PDU - Opioids - Trends, 2020). Liczba zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków na Słowacji jest bardzo mała. W 2016 roku odnotowano jeden nowy przypadek zakażenia HIV w związku z iniekcyjnym zażywaniem narkotyków. Infekcja wirusem zapalenia wątroby typu C jest najczęstszą infekcją związaną z narkotykami na Słowacji (Slovakia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Wśród osób podejmujących leczenie odnotowano 45,6% osób zakażonych WZW C (Slovakia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). W 2016 roku do leczenia na Słowacji zgłosił się 3253 osób. Metamfetamina (nazywana na Słowacji jako „perwitina”) była najczęściej zgłaszanym narkotykiem z powodu którego osoby podejmowały leczenie (38,1%) w 2016 roku. Drugim narkotykiem była heroina 26,7%, a następnie marihuana 22,7% (Slovakia Treatment Workbook, 2017). W 2016 roku leczeniem substytucyjnym objęto 642 osoby (Statistical Bulletin 2020 - Health And Social Responses - OST, 2020). W 2015 roku zarejestrowano 122 przypadki zatrucia z powodu narkotyków. 1/3 przypadków spowodowana była przez metamfetaminę (Slovakia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Roczna liczba zgonów w wyniku zażywania narkotyków wahała się od 13 do 26 przypadków w latach 2012–2016, a w 2016 roku 20 osób zmarło z powodu ich zażycia (Statistical Bulletin 2020, OD - Trends - SD, 2020). Około 9 z 10 zgonów spowodowanych przez narkotyki powiązано z opioidami. Byli to w zdecydowanej większości mężczyźni w wieku 30-50 lat - 75% przypadków (Slovakia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Wskaźnik zgonów z powodu narkotyków wśród

dorosłych w grupie wiekowej 15–64 lata to prawie pięć zgonów na milion w 2016 roku (Slovakia Country Drug Report, 2018).

Słowenia

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków wskazują, że w roku 2016 w Słowenii było około 4800 osób, a większość z nich wstrzykiwała heroinę (Slovenia Country Drug Report, 2018). W 2016 roku do leczenia z powodu narkotyków na Słowenii zgłosił się 269 osób. Informacje dotyczące zgłaszalności do leczenia do placówek leczących osoby uzależnione od narkotyków w 2016 roku wskazują, że z powodu opioidów do leczenia po raz pierwszy zgłosiło się ponad połowa osób (55,3%), z powodu amfetaminy 4,3%, kokainy 14,9%, a marihuany 14,9% (Slovenia Treatment Workbook, 2017). Leczeniem substytucyjnym w Słowenii objętych zostało w 2016 roku 3042 osoby (Statistical Bulletin 2020 - Health And Social Responses - OST, 2020). Dane wskazują, że zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C jest najczęstszą chorobą zakaźną związaną z zażywaniem narkotyków w iniekcjach. W 2016 roku prawie połowa osób (48,2%) przyjęta do placówek leczenia uzależnień od narkotyków została zbadana i miała pozytywny wynik na test na wirusowe zapalenie wątroby typu C. W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B odsetek wyniósł około 2,8% (Slovenia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Dane dotyczące miasta Ljubljana wskazują, że w 2016 roku zarejestrowano 157 osób, które zostały przyjęte do szpitali z powodu zatrucia narkotykami (Slovenia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Dostępne dane wskazują na wzrost liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki w Słowenii od 2011 roku. W 2016 roku w rejestrze zgonów odnotowano 40 tego rodzaju zgonów (Statistical Bulletin 2020, OD - Trends - SB, 2020). Wyniki badań toksykologicznych wykazały udział kokainy w 18 przypadkach, a heroiny w 10. Większość zgonów dotyczyła mężczyzn: 35 osób (Slovenia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). W badaniu kohortowym śmiertelności przeprowadzonym w latach 2004–2013 wśród leczonych użytkowników narkotyków, stwierdzono śmiertelność na poziomie 5,7 zgonów na 1000 osób, czyli dwa razy więcej niż w populacji ogólnej w tym samym wieku. Według tego badania nadmierną liczbę zgonów można przypisać nie tylko zażywaniu narkotyków, ale także samobójstwom, wypadkom drogowym i innym aktom przemocy, alkoholowej

marskości wątroby i chorobom sercowo-naczyniowym (Slovenia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017).

Węgry

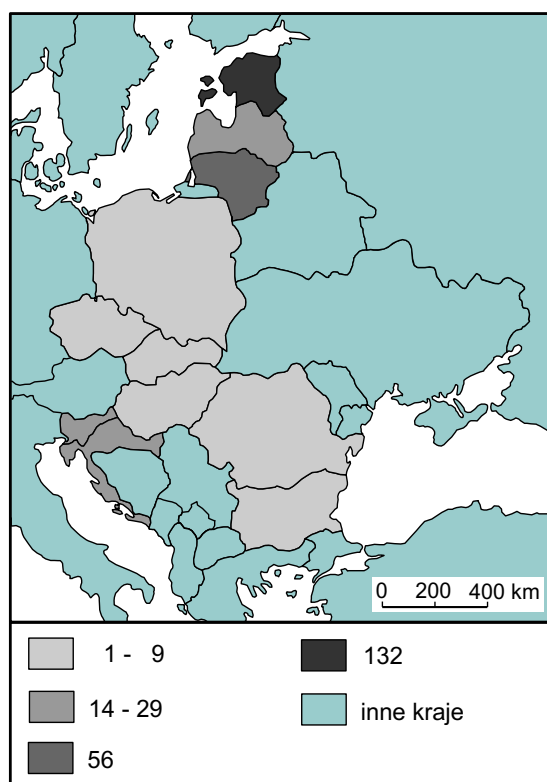
W tym kraju używanie narkotyków w grupach wysokiego ryzyka jest najczęściej związane przede wszystkim z iniekcyjnym przyjmowaniem nowych substancji psychoaktywnych oraz narkotyków stymulujących. Oszacowania liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2015 roku wskazują 6707 osób (0,98 na 1000 mieszkańców) (Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Injecting - Trends, 2020). Od 2011 roku znacznie wzrosło używanie nowych substancji psychoaktywnych wśród użytkowników iniekcyjnych (Hungary Drugs Workbook, 2018). Spośród 4098 pacjentów, którzy podjęli leczenie w 2016 roku, większość z nich wybrała je jako alternatywę wobec grożącej im kary za przestępstwa narkotykowe (Hungary Country Drug Report, 2018). W 2016 roku marihuana i haszysz były głównym narkotykiem z powodu których pacjenci podejmowali leczenie. Na drugim miejscu znalazły się nowe substancje psychoaktywne, a dalej amfetaminy i opioidy. Analiza trendów dotyczących zgłaszalności do leczenia pokazuje na zmniejszenie się liczby osób leczących się z powodu heroiny, a wzrost leczonych z powodu nowych substancji psychoaktywnych takich jak syntetyczne kannabinoidy i syntetyczne katynony (Hungary Treatment Workbook, 2018). Leczeniem substytucyjnym na Węgrze objętych zostało w 2015 roku 669 osób (Statistical Bulletin 2020 - Health And Social Responses - OST, 2020). W 2016 odnotowano trzy zakażenia HIV z powodu używania narkotyków (Statistical Bulletin 2020 - Infectious diseases - NHIV, 2020). Infekcje wirusem zapalenia wątroby typu C są często wykrywane wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach na Węgrzech. W 2014 roku odsetek osób zakażonych z tej grupy wyniósł 50%. Ostatnie badania wskazały, że 8 na 10 osób zażywających nowe substancje psychoaktywne w iniekcjach było zakażonych wirusem typu C (Hungary Harms And Harm Reduction Workbook, 2020). Wysoki odsetek osób zakażonych wirusem typu C może być spowodowany nowymi wzorami wstrzykiwania narkotyków takimi jak używania nowych substancji psychoaktywnych wymagających większej liczby iniekcji niż heroina (Hungary Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Na Węgrzech w okresie 2010–2016 co roku odnotowywano od 14 do 30 zgonów

z powodu narkotyków (Statistical Bulletin 2020 - OD - Trends - SD, 2020). Wahania w liczbie zgonów występujących przed 2011 rokiem przypisywano zmianom w czystości heroiny. Dostępność heroiny znacznie spadła po 2010 roku, co spowodowało, że w przypadkach zgonów związanych z narkotykami zaczęły dominować inne opioidy (Hungary Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). Opioidy związane były z jedną czwartą wszystkich zgonów i zawsze były zażywane w połączeniu z innymi substancjami psychoaktywnymi. W badaniach toksykologicznych dotyczących zgonów wykryto także amfetaminy, kokainy oraz nowe substancje psychoaktywne. Śmiertelne ofiary używania narkotyków lub nowych substancji psychoaktywnej to najczęściej mężczyźni ze średnią wieku 36 lat (Hungary Harms And Harm Reduction Workbook, 2017). W 2016 roku wskaźnik zgonów z powodu narkotyków wśród dorosłej populacji w (w wieku 15–64 lata) wynosił 3,93 zgonów na milion (Hungary Country Drug Report, 2018).

4.2. Synteza

Przy syntetycznej ocenie skali problemów związanych z używaniem narkotyków posłużono się trzema grupami zmiennych. Pierwsza obejmuje umieralność oraz zakażenia HIV z powodu używania narkotyków. W drugiej znalazły się osoby leczone w substytucji. Trzecia grupa zawiera osoby zagrożone rozwojem problemów związanych z konopiami indyjskimi oraz osoby problemowo używające opioidy.

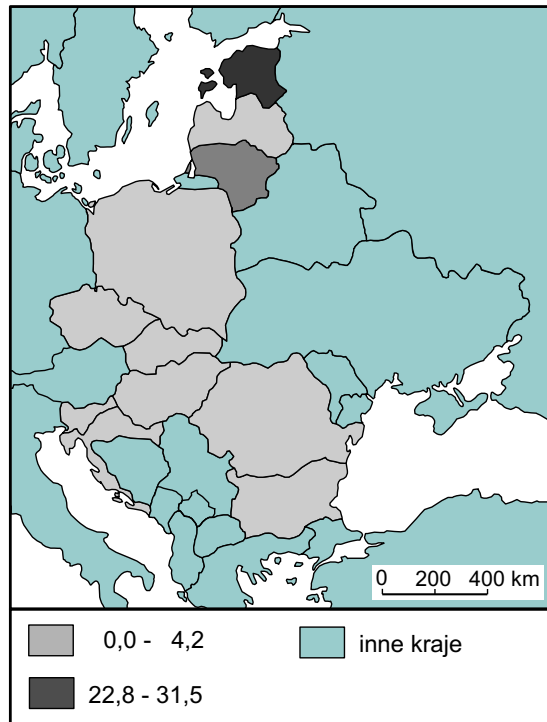
Na rycinie 4.1. został przedstawiony wskaźnik zgonów spowodowanych bezpośrednio przez narkotyki, czyli śmierć z powodu ich przedawkowania w 2016 roku. Najwyższe wskaźniki na milion mieszkańców odnotowano w Estonii (132), Litwie (56) oraz Słowenii (29). Patrząc na nie widzimy, że zdecydowanie najgorsza sytuacja wystąpiła w krajach Rady Bałtyckiej, szczególnie w Estonii. Najniższy wskaźnik odnotowano w Rumunii (1). Także w krajach postjugosłowiańskich poziom tej umieralności był podwyższony względem pozostałych krajów. Wskaźnik zgonów z powodu narkotyków w omawianych krajach był dwu i półkrotnie niższy (10) niż w przypadku krajów „starej unii” (26). Natomiast korelacje ze zmiennymi z rozdziału 2 są dość niskie (nie przekraczają one |0,39|).



Ryc. 4.1. Zróżnicowanie przestrzenne wskaźnika zgonów na milion osób z powodu używania narkotyków w 2016 roku.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

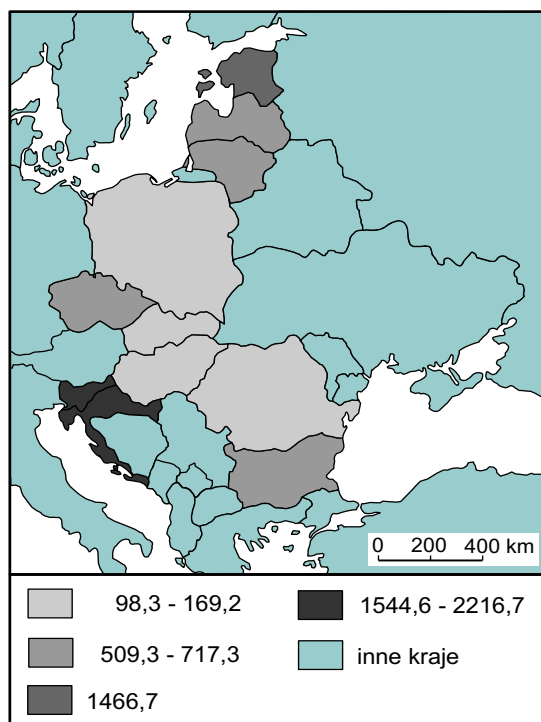
Z kolei na rycinie 4.2. zaprezentowano dane dotyczące zakażeń HIV z powodu przyjmowanie narkotyków w iniekcjach w 2016 roku. Analizując liczbę zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków dostrzegamy bardzo wyraźny podział na kraje Rady Bałtyckiej (Łotwa 31,5; Litwa 28,7; Estonia 22,8) o bardzo wysokim natężeniu tych zakażeń oraz pozostałe kraje badanego obszaru. Najniższe wskaźniki o natężeniu poniżej 0,5, odnotowano na Węgrzech (0,3) oraz na Słowacji (0,2), jak również w Chorwacji, gdzie nie zarejestrowano ani jednego przypadku zakażenia HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków. Warto zwrócić uwagę, że na Węgrzech przyjmowane w iniekcjach są głównie nowe substancje psychoaktywne, których wzór zażywania wymaga wielu iniekcji, a więc pociąga za sobą wyższe ryzyko chorób zakaźnych (A. Tarján i inni, 2017) – a mimo to Węgry mają niskie wskaźniki zakażeń HIV wśród omawianych krajów. Wskaźnik zakażeń HIV z powodu narkotyków przyjmowanych iniekcyjnie w analizowanych krajach był wyższy (4,6) niż w przypadku UE-15 (2,7). Jednocześnie nie widać powiązań tegoż natężenia ze zmiennymi z rozdziału 2 (wielkość korelacji jest poniżej $|0,34|$).



Ryc. 4.2. Zróżnicowanie przestrzenne wskaźnika zakażeń HIV na milion osób z powodu używania narkotyków w 2016 roku.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

Ryc. 4.3. przedstawia liczbę leczonych substytucyjnie w przeliczeniu na 1 mln obywateli w 2016 roku. Widzimy przede wszystkim, że w 2016 sytuacja w tym zakresie była średnio zróżnicowana (współczynnik zmienności właściwej równy 88,9%). Najwyższe wskaźniki odnotowano w Słowenii (2217) oraz w Chorwacji (1545), a najniższy w Polsce (98). W rozkładzie przestrzennym tej zmiennej (ryc. 4.3.) widać prawidłowość polegającą na tym, że wysokie wartości tego wskaźnika wystąpiły w krajach postjugosłowiańskich oraz postradzieckich. Wskaźniki dla analizowanych krajów, poza Słowenią, były niższe niż dla Unii Europejskiej. Patrząc na korelacje ze zmiennymi opisanymi w rozdziale 2. – widzimy powiązanie ze zmiennymi demograficznymi (korelacja -0,56 z odsetkiem ludności w wieku 15–39 lat w całości populacji oraz 0,52 z medianą wieku ludności), lecz widać także korelację (0,53) z Indekssem Rozwoju Społecznego.



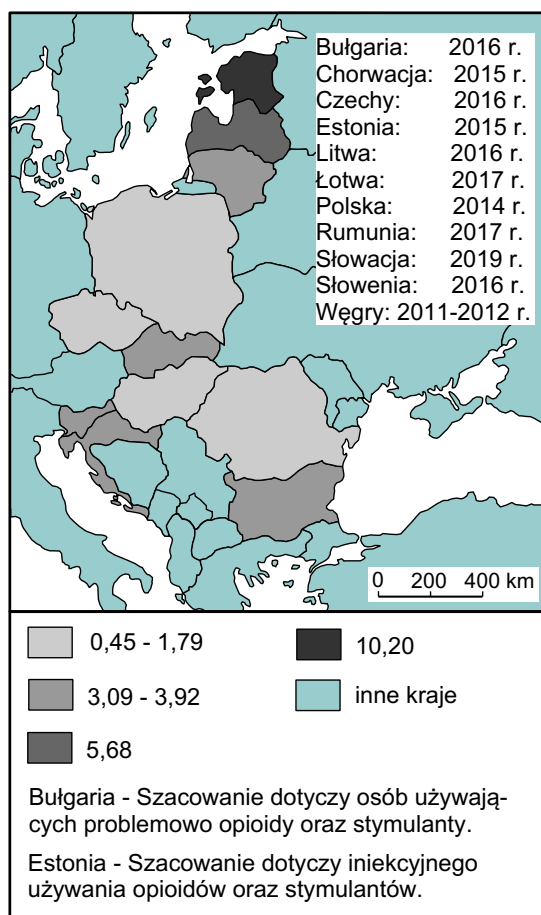
Ryc. 4.3. Wskaźnik osób leczonych w substytucji na milion mieszkańców w 2016 roku.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

Odsetki osób, które można uznać za zagrożone rozwojem problemów związanych z używaniem konopii indyjskich zaprezentowano na ryc. 4.4. W tym celu w badaniu ESPAD z 2019 roku wykorzystano Cannabis Abuse Screening Test (CAST)²³, który mierzy możliwą obecność i zakres problemów związanych z konopiami indyjskimi. Test ten został zastosowany po raz pierwszy w 2019 roku, dlatego w przeciwieństwie do innych danych prezentowanych w pracy z badania ESPAD z roku 2015 – w tym przypadku dane dotyczą roku 2019. Najwyższe odsetki odnotowano w Czechach (6,5%), na Słowenii (6,3%) oraz na Łotwie (5,8%), a najniższe w Rumunii (2,1%) i na Węgrzech (1,7%). Odsetek dla wszystkich krajów biorących udział w projekcie ESPAD wyniósł około 4%, zatem poza Rumunią i Węgrami, wszystkie pozostałe analizowane kraje mają odsetek wyższy lub równy do średniej z badania ESPAD. Patrząc na używanie marihuany wysokiego ryzyka (w %) w 2019 roku nie widać prawidłowości przestrzennych (ryc. 4.4). Natomiast analizując związki tej zmiennej z przedstawionymi w rozdziale 2. widzimy wyraźne korelacje ze zmiennymi

²³ Test ten został opracowany we Francji przez zespół badaczy z Francuskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii i składa się z sześciu pytań o częstotliwość występowania poszczególnych symptomów nadużywania przetworów konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy, na które odpowiada się przy użyciu pięciopunktowej skali od „nigdy” do „bardzo często” (CAST---, b.d.; S. Legleye i inni, 2012).

opisującymi zamożność i częściowo warunki gospodarowania (0,64 dla Indeksu Rozwoju Społecznego, -0,60 dla Indeksu Percepcji Dobrobytu oraz 0,56 dla Indeksu Percepcji Korupcji).

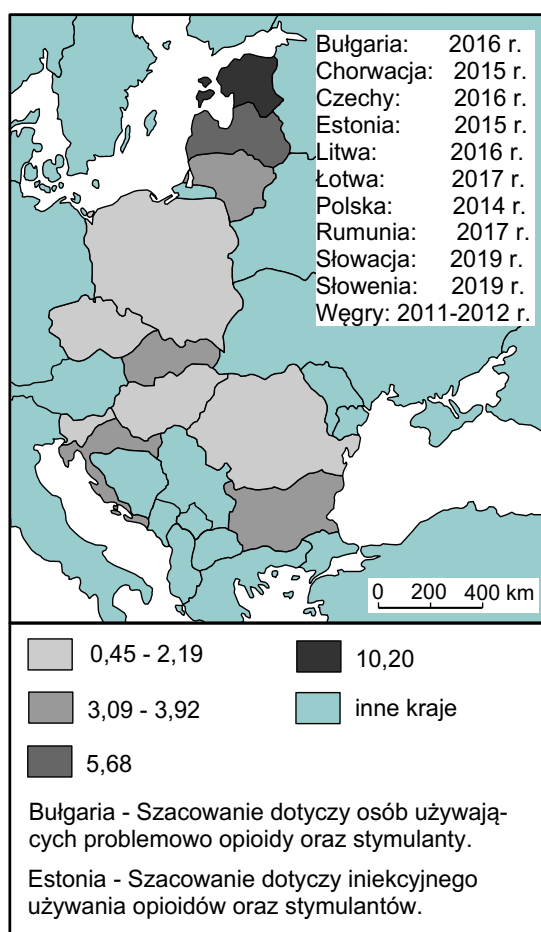


Ryc. 4.4. Zróżnicowanie przestrzenne odsetka osób, które można uznać za zagrożone rozwojem problemów związanych z konopiami indyjskimi (marihuana i haszysz) według badania ESPAD z 2019 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ESPAD Group 2020.

Na rycinie 4.5. zostały przedstawione krajowe szacowania osób używających problemowo opioidy, ale w przypadku dwóch krajów (Bułgaria i Estonia) dane dotyczą również innych substancji (ponieważ oszacowania tylko dla opioidów nie były dostępne). Ze względu na różny rok szacowania w poszczególnych krajach, dane pochodzą z okresu 2011–2019. Najwyższe wskaźniki odnotowano w Estonii 10,20 na tysiąc osób (szacowanie dotyczy iniekcyjnego używania opioidów oraz stymulantów) oraz Łotwie 5,68 na tysiąc osób. Najniższy wskaźnik dotyczy Węgier i wynosi 0,45 na tysiąc osób. Do wyników zaprezentowanych na rycinie 4.5. należy podchodzić z ostrożnością, gdyż nie dość że pochodzą z różnych lat, to jeszcze

dotyczą różniących się metodycznie szacunków. Tym niemniej patrząc na tę rycinę możemy stwierdzić, że z wyraźnie gorszą sytuacją mieliśmy do czynienia w krajach postradzieckich. A sama sytuacja była średnio zróżnicowana, gdyż współczynnik zmienności wyniósł 74,8%. Nie ma możliwości porównania danych do średniej europejskiej, jednakże dane dotyczące Polski, Węgier są najniższymi w Unii Europejskiej. Jeżeli pominiemy Estonię i Łotwę, to siedem krajów UE (Austria, Finlandia, Francja, Malta, Portugalia, Wielka Brytania, Włochy) ma wskaźniki wyższe od prezentowanych na rycinie krajów (Europejski Raport Narkotykowy 2018). Nie widać także wyraźnych korelacji między tą zmienną, a zaprezentowanymi w rozdziale 2. (najwyższa odnotowana wyniosła -0,47).



Ryc. 4.5. Zróżnicowanie przestrzenne wskaźnika na tysiąc osób liczby osób problemowo używających opioidy (lub również inne substancje w przypadku Bułgarii i Estonii) w latach 2011–2019.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - OAYGON; Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Overall; Statistical Bulletin - 2020 - Problem drug use - Injecting - Trends.

4.3. Podsumowanie

Analizy przeprowadzone w niniejszej części pracy pokazują, że hipoteza pierwsza: „Ogólnie zróżnicowanie zagrożenia/rozprzestrzenia narkomanii i narkotyków na analizowanym obszarze jest niewielkie” została potwierdzona częściowo. W przypadku zgonów z powodu narkotyków wskaźniki dla analizowanych państw są niższe od wskaźnika dla pozostałych krajów UE. Z taką samą sytuacją mamy do czynienia (z wyjątkiem Słowenii) także w przypadku leczenia substytucyjnego. W przypadku wskaźnika osób, które mogą mieć problemy z powodu zażywania marihuany (badanie ESPAD: 16 latkowie) – wskaźniki dla większości analizowanych w pracy krajów (z wyjątkiem Rumunii i Węgier) są wyższe od odsetek dla całego badania ESPAD. Także dane dotyczące wskaźnika HIV (zakażenia HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków) dla krajów będących przedmiotem niniejszej pracy są wyższe niż w przypadku reszty państw UE.

Dane dotyczące szacowania problemowych użytkowników opioidów nie dają jednoznacznego obrazu ponieważ, po pierwsze – są to dane z różnych lat, a po drugie – dwa kraje, w tym z najwyższym wskaźnikiem (Estonia), nie mają oszacowań dla problemowego używania opioidów.

Odnosząc się do drugiej hipotezy pracy „Sytuacja społeczno-ekonomiczna państw nie jest grupą czynników różnicujących skalę i rodzaj problemu narkotyków i narkomanii”, można stwierdzić, że została ona częściowo potwierdzona na podstawie zaprezentowanych w tym rozdziale informacji. Analiza danych dotyczących zakażeń HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków oraz zgonów z powodu narkotyków nie wskazała na związek ze zmiennymi z rozdziału 2. W przypadku osób leczonych substytucyjnie związek wystąpił tylko w przypadku zmiennych dotyczących wieku oraz Indeksem Rozwoju Społecznego. Jedyne analiza danych z badania ESPAD (odsetki osób, które można uznać za zagrożone rozwojem problemów związanych z konopiami indyjskimi) pokazała na korelacje ze zmiennymi opisującymi zamożność i częściowo warunki gospodarowania. Podobne wnioski odnotowano w rozdziale 3.2., w którym przedstawione zostały dane dotyczące rozpowszechnienia używania konopi indyjskich według badań na mieszkańcach analizowanych krajów oraz młodzieży szkolnej. Konkludując wyniki analiz – nie pozwalają one na całkowite odrzucenie drugiej hipotezy ponieważ istnieją przesłanki, że sytuacja społeczno-ekonomiczna może różnicować skalę

problemów narkotyków i narkomanii, jeżeli weźmiemy pod uwagę przestrzenne zróżnicowanie leczenia substytucyjnego oraz przede wszystkim wskaźniki dotyczące problemów związanych z konopiami indyjskimi. Jednakże przesłanki te są o wiele słabsze niż to pokazywała analiza w rozdziale 3.2.

5. Przestrzenne zróżnicowanie rynków narkotykowych i przestępczości narkotykowej

5.1 Opis poszczególnych krajów

Bulgaria

W 2016 roku w Bułgarii odnotowano 4886 przestępstw narkotykowych popełnionych przez 3759 osoby w związku z narkotykami (Bulgaria, Country Drug Report, 2018). Położona wzdłuż szlaku bałkańskiego Bułgaria jest uważana za kraj tranzytowy dla przemytu narkotyków, a rynek narkotykowy jest kształtowany przez podaż narkotyków i popyt na nie w krajach Europy Zachodniej i Bliskiego Wschodu. W Bułgarii uprawiane są konopie indyjskie, głównie w pomieszczeniach zamkniętych (tzw. „indoor”), jak również występuje nielegalna produkcja amfetamin. Odbywa się ona na małą skalę i przede wszystkim do użytku domowego (Malczewski, 2019a). Marihuana i haszysz są najczęściej zabezpieczanymi narkotykami. W 2016 roku odnotowano 62 zabezpieczenia marihuany (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, 2020), podczas których skonfiskowano 1624 kg tego narkotyku (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - herbal, 2020) oraz 8 konfiskat haszyszu (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - resin, 2020) z 220,2 kg ujawnionego narkotyku (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - resin, 2020). Najbardziej popularna wśród użytkowników narkotyków marihuana była sprzedawana za 6,3 Euro za grama – dane za 2015 rok (Statistical Bulletin 2020 - price – cannabis, 2020). Zawartość THC²⁴ w marihuanie dostępnej na nielegalnym rynku wyniosła 12,3% – dane za 2015 rok (Statistical Bulletin 2020 - price -

²⁴ Zawartość THC, czyli stężenie procentowe THC (Tetrahydrokannabinol) wyznacza moc działania psychoaktywnego marihuany. Czym większa zawartość THC w marihuanie tym silniejsze działanie psychoaktywne narkotyku.

cannabis, 2020). Przemysł marihuany z Macedonii i Albanii do Turcji, przez Bułgarię i Grecję odbywa się transportem samochodowym. Warto dodać, że Europa Zachodnia i Środkowa, a także Turcja, Syria i Liban są głównymi miejscami docelowymi dla przemycanych przez Bułgarię przetworów konopi indyjskich (Bulgaria, Country Drug Report, 2018). W 2016 roku przemysł opiatów do Europy Zachodniej był prowadzony szlakiem bałkańskim przez Bułgarię – w efekcie odnotowano 30 konfiskat heroiny (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - heroin, 2020), w których zabezpieczono 582 kg tego narkotyku (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - heroin, 2020). Ta sama trasa, ale w przeciwnym kierunku, służy do przemytu MDMA z Holandii i Belgii do Turcji i na Bliski Wschód (Drug market and crime workbook Bulgaria, 2017). Konfiskaty tabletek ekstazy w 2016 roku wyniosły 181 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - MDMA, 2020) i 283 tabletki (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - MDMA, 2020). Według danych z bułgarskich laboratoriów 77% zabezpieczonych tabletek ekstazy zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje (Bulgaria Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). Ilość skonfiskowanej kokainy w 2016 wyniosła 84,1 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - cocaine, 2020) w ramach 19 zabezpieczeń (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - cocaine, 2020), a amfetaminy 88,8 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - amphetamine, 2020) w 22 sprawach (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - amphetamine, 2020). W 2016 roku średnia cena amfetaminy na nielegalnym rynku wynosiła 9,7 Euro za gram (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020) a czystość amfetaminy 14,5% (Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). Analizę rynku narkotykowego w Bułgarii uzupełniają informacje o dostępności marihuany. W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież jest pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku 44% 16-latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwo, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 23%, a metamfetaminy 17% (ESPAD report 2015, 2016).

Chorwacja

Dane dotyczące 2016 rok wskazują, że większość spraw związanych z łamaniem prawa narkotykowego w Chorwacji była kwalifikowana jako wykroczenie, podczas gdy około jedna czwarta przestępstw była związana z nielegalną produkcją,

przemycaniem lub sprzedażą narkotyków (A. Malczewski, 2019a). Całkowita liczba zgłoszonych przestępstw narkotykowych wyniosła 11551 (Croatia, Country Drug Report, 2018). Większość przestępstw narkotykowych dotyczy przetworów konopi indyjskich, amfetamin i tabletkami MDMA. Chorwacja jest krajem tranzytowym ponieważ przez ten kraj prowadzi szlak bałkańskiego. W przeszłości ta trasa używana była głównie do przemytu heroiny z Afganistanu (Drug market and crime workbook Croatia, 2017). W 2016 roku inne narkotyki i prekursory były przemywane tą drogą do i z Europy Zachodniej. Kokaina pochodząca z krajów Ameryki Południowej i Środkowej, jest przemywana do Chorwacji drogą morską lub lądową z Europy Zachodniej bądź Turcji. Amfetaminy i inne syntetyczne narkotyki stymulujące przemywane są przede wszystkim z Belgii i Holandii, a także z niektórych krajów Europy Wschodniej i Azji (A. Malczewski, 2019a). W 2016 roku zabezpieczono 23,3 kg amfetaminy (Statistical Bulletin 2020 – SoD - QS - amphetamine, 2020). Większość konopi indyjskich (głównie marihuana) sprzedawana na nielegalnym chorwackim rynku narkotykowym, pochodzi z Albanii. Marihuana jest przemywana do Chorwacji drogą lądową przez Czarnogórę oraz Bośnię i Hercegowinę (Croatia, Country Drug Report, 2018). Do Chorwacji narkotyki są również transportowane morzem. Konopie indyjskie są uprawiane w Chorwacji coraz częściej na rynek lokalny. Dane policji pokazują Internet jest głównym miejscem zakupu nowych substancji psychoaktywnych (Drug market and crime workbook Croatia, 2017). W 2016 roku Policja zabezpieczyła nielegalne laboratorium służące do produkowania amfetaminy i MDMA. Było to pierwsze tego typu laboratorium (Croatia, Country Drug Report, 2018). W 2016 roku zabezpieczono 10 kg ekstazy (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - MDMA, 2020). Marihuana była najczęściej wykrywaną substancją w Chorwacji 1320,5 kg w 2016 roku (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - herbal, 2020) w mniejszym stopniu zabezpieczony był haszysz 7,4 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - resin, 2020). Marihuana była sprzedawana na nielegalnym rynku za 12,2 Euro (Statistical Bulletin 2020 - price - cannabis, 2020) – średnia cena za gram w 2016 roku. Stężenie THC w marihuanie wyniosło 10,7% (Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis, 2020). Informacje z 2016 roku wskazują zarówno na spadek liczby konfiskat, jak również ilości zabezpieczonej heroiny. W tym roku zabezpieczono 120,3 kg heroiny (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - heroin, 2020). W 2016 roku 93%

analizowanych tabletek pochodzących z nielegalnego rynku narkotykowego zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje (Croatia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). Średnia cena amfetaminy na nielegalnym rynku wyniosła 23,2 Euro za gram (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020) a średnia czystość 11,8% (Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież była pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku 42% 16-latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwy, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 16%, a metamfetaminy 11% (ESPAD report 2015, 2016).

Czechy

W 2016 roku w Czechach odnotowano 5564 przestępstw narkotykowych (Czech Republic, Country Drug Report, 2018). Konopie indyjskie są najczęściej zabezpieczanym narkotykiem. W 2016 roku wykryto 722,11 kg marihuany (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, 2020) podczas 4777 konfiskat tego narkotyku (Statistical Bulletin, 2018). Marihuana była sprzedawana w Czechach za 6,5 Euro (Statistical Bulletin 2020 - price - cannabis, 2020) – średnia cena za gram. Stężenie THC w marihuanie sprzedawanej na nielegalnym rynku wyniosło 7,4% (Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis, 2020). Według informacji z organów zajmujących się przestępczością narkotykową wzrasta uprawa krajowa marihuany w Czechach, i to zarówno w warunkach naturalnych (tzw. „outdoor”), jak i sztucznych (tzw. “indoor”) (Drug market and crime workbook Czech Republic, 2017). Marihuana z upraw w Czechach jest głównie przeznaczona na lokalny rynek. Jednakże część marihuany jest przemykana również do innych krajów przede wszystkim sąsiednich. Zorganizowane grupy przestępcze pochodzenia wietnamskiego przyczyniły się do wzrostu upraw na dużą skalę, a w ostatnich latach grupy te zaangażowały się również w produkcję i dystrybucję metamfetaminy („perwityn”²⁵) (Drug market and crime workbook Czech Republic, 2017). W przeciwieństwie do innych krajów europejskich, gdzie, oprócz Słowacji, dominuje na rynku kokaina (zachodnia i południowo-zachodnia część Unii Europejskiej) lub amfetamina (wschodnia i północna część Unii Europejskiej) (Czech Republic,

²⁵ Perwityn to nazwa stosowana dla metamfetaminy w krajach Europy Środkowej (A. Dietrich-Muszalska, 2012).

Country Drug Report, 2018). Spore ilości metamfetaminy są eksportowane na sąsiednie i północnoeuropejskie rynki np. do Niemiec (Czech Republic, Country Drug Report, 2018). Metamfetamina produkowana jest głównie w laboratoriach domowych, które produkują niewielkie ilości tego narkotyku. Takie laboratoria są trudne do wykrycia, ponieważ można je szybko przetransportować w inne miejsce. Jednakże w ostatnich latach zabezpieczane są w Czechach laboratoria prowadzone przez zorganizowane grupy przestępcze. Tego typu laboratoria produkują duże ilości metamfetaminy (Czech Republic, Country Drug Report, 2018). W 2016 roku wykryto 261 laboratoriów produkujących metamfetaminę (Drug market and crime workbook Czech Republic, 2017). W 2009 roku w Czechach wprowadzono ograniczenia dotyczące sprzedaży leków zawierających pseudoefedrynę, czego skutkiem był znaczny wzrost nielegalnego ich przywozu z zagranicy, głównie z Polski. Ponadto dane operacyjne sugerują, że ponadnarodowe grupy przestępcze zajmujące się handlem i produkcją metamfetaminy przenoszą część swojej działalności za granicę, głównie do Polski, w celu skrócenia drogi handlu prekursorami i minimalizowania ryzyka związanego z wykryciem substancji (A. Malczewski, 2019b). Warto odnotować, że w 2016 roku po raz pierwszy wykryto w Czechach laboratorium produkujące duże ilości amfetaminy. Była to amfetamina wytwarzana głównie na eksport ponieważ głównym stymulantem używanym w Czechach jest metamfetamina (Czech Republic, Country Drug Report, 2018). Heroina wykryta w Czechach coraz częściej dociera do tego kraju drogą południowego Kaukazu (z Iranu przez Armenię, Azerbejdżan i Gruzję na Ukrainę lub Mołdawię). Trasa przemytu z Bałkanów jest rzadziej wybierana niż nowa droga z południowego Kaukazu (Czech Republic, Country Drug Report, 2018). W latach 2013–2016 leki zawierające buprenorfinę, plastry fentanylowe i środki przeciwbólowe na bazie morfiny były również konfiskowane w Czechach (Drug market and crime workbook Czech Republic, 2017). Kokaina przemykana jest do Czech głównie z Belgii, Hiszpanii i Holandii, za pośrednictwem kurierów i przewoźników przesyłek pocztowych. Większość kokainy zabezpieczanej w Czechach nie jest przeznaczona do tego kraju (Drug market and crime workbook Czech Republic, 2017). Średnia cena amfetaminy na nielegalnym rynku wyniosła 63,4 Euro za gram (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020) dane dla 2018 roku a średnia czystość tego narkotyku w 2018 roku wyniosła 14,9%

(Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). Warto zwrócić uwagę, że 100% analizowanych tabletek ekstazy pochodzących z nielegalnego rynku narkotykowego zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje (Czech Republic Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). W Czechach nie ma miejsc produkcji MDMA, która pochodzi przede wszystkim z Holandii (Czech Republic, Country Drug Report, 2018). W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież była pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku 50% 16-latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwo, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 7%, natomiast metamfetaminy 12% (ESPAD report 2015, 2016).

Estonia

Estonia jest krajem tranzytowy dla przemytu substancji psychoaktywnych do krajów skandynawskich i Rosji. Nielegalny rynek opioidów zdominowany jest od 20 lat przez fentanyl (P. Reuter i inni, 2021). W 2016 stwierdzono 5653 przestępstw narkotykowych (Drug market and crime workbook Estonia, 2017). W Estonii produkuje się amfetaminę i gamma-hydroksymaślan (GHB), a także uprawia się konopie indyjskie, choć w bardzo małych ilościach (Estonia, Country Drug Report, 2018). Marihuana przemycana jest do Estonii z Holandii, a amfetamina oraz metamfetamina przywożone są z Holandii, Litwy i Polski (Estonia, Country Drug Report, 2018). W Estonii przede wszystkim sprzedawana jest użytkownikom narkotyków marihuana, GHB, metamfetamina oraz fentanylny (Drug market and crime workbook Estonia, 2017). Zorganizowane grupy przestępcze nadal odgrywają istotną rolę w handlu narkotykami. W ostatnich latach znacznie wzrosła sprzedaż narkotyków za pośrednictwem Internetu, w szczególności sieci Darknet. Narkotyki i inne substancje psychoaktywne są przemycane do kraju za pośrednictwem poczty. Fentanyl i nowe analogi fentanylu są coraz częściej dostarczane za pomocą poczty oraz przesyłek kurierskich (Malczewski, 2018a). Fentanyl, który powoduje wiele zatruć w Estonii (Europejski Raport Narkotykowy, 2018), jest przywożony z Chin i Rosji. Z kolei nowe substancje psychoaktywne z grup fentanyli trafiają do Estonii z Chin. W 2016 roku największe ilości zabezpieczonych narkotyków w Estonii dotyczyły haszyszu 548,2 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - resin, 2020). Tą ilość zabezpieczono w 22 sprawach (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - resin,

2020). Drugą pod względem ilości zabezpieczonych narkotyków była marihuana. W 575 sprawach (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, 2020) wykryto 45,8 kg marihuany (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - resin, 2020). Marihuana była sprzedawana w Estonii w cenie 20 Euro za gram (Statistical Bulletin 2020 - price - cannabis, 2020). Stężenie THC w marihuanie oferowanej na nielegalnym rynku wyniosło 15,6% (Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis, 2020). Jednym z priorytetów estońskiej policji jest walka z rynkiem fentanyli – w 2016 roku zabezpieczono 700 g fentanylu oraz nowych analogów fentanylu (Drug market and crime workbook Estonia, 2017). W 2017 r. średnia cena amfetaminy na nielegalnym rynku wyniosła 22 Euro za gram (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020), a jej średnia czystość 15,6% (Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). 87% analizowanych tabletek pochodzących z nielegalnego rynku narkotykowego zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje (Estonia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież były pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku 34% 16-latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwo, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 9% (ESPAD report 2015, 2016).

Litwa

W 2016 roku zarejestrowano 2288 przestępstw narkotykowych na Litwie jak również odnotowano największą liczbę zabezpieczeń narkotyków w ciągu ostatnich 10 lat, bo aż 1425 (Drug market and crime workbook Litwania, 2017) – w tym zabezpieczeń marihuany było 654 przypadków (Statistical Bulletin 2020 - SoD– NoS – herbal, 2020). Ilość zabezpieczonego haszyszu stanowiła największą konfiskatę narkotyków w 2016 roku na Litwie – 550,5 kg w 54 zabezpieczeniach, podczas gdy marihuany zabezpieczono o wiele mniej – 67,6 kg (P. Povilanskienė, 2019). W 2016 roku miały miejsce rekordowe zabezpieczania heroiny, bo aż 27,8 kg, w 2015 roku było to 1,8 kg (P. Povilanskienė, 2019). Takie ilości wykrytej heroiny były efektem powołania specjalnej grupy policyjnej w Wilnie, która miała za zadanie zwalczanie handlu heroiną (P. Povilanskienė, 2019). Heroina trafia na Litwę z krajów Azji Środkowej przez Rosję i Białoruś, często w celu dalszego tranzytu do krajów Europy Zachodniej. Kłajpeda pozostaje jednym z głównych punktów przemytu kokainy.

Mimo, że coraz częściej wykorzystywane są inne sposoby przemytu narkotyków np. drogi lądowe, poczta lub droga powietrzna (Drug market and crime workbook Lithuania, 2017).

Litwa, podobnie jak pozostałe kraje Rady Bałtyckiej, jest krajem tranzytowym narkotyków między krajami Europy Zachodniej, Europy Wschodniej i Skandynawii, głównie drogą lądową. Metamfetamina jest nielegalną substancją najczęściej produkowaną na Litwie. Narkotyk ten przeznaczona jest na rynek krajowy oraz przemyca się go do innych krajów. Jednak dane z lecznictwa wskazują, że w przypadku stymulantów osoby na Litwie podejmują leczenie głównie z powodu amfetaminy. Metamfetamina jest dostarczana do krajów skandynawskich, Białorusi, Rosji i Wielkiej Brytanii drogą lądową lub promem. W 2016 roku zabezpieczono trzy laboratoria do produkcji metamfetaminy (A. Malczewski, 2018a). Głównym źródłem marihuany dla rynku narkotykowego jest przemyt marihuany z Holandii lub Hiszpanii wskazuje na to brak lokalnych upraw marihuany – nie wykryto żadnej w 2016 roku. Tabletki MDMA są przewożone z Holandii, Belgii i Polski (Lithuania, Country Drug Report, 2018). Usługi kurierskie są coraz częściej wykorzystywane do transportu niewielkich ilości nielegalnych narkotyków, takich jak tabletki ecstazy czy amfetamina. Jednym z wyzwań w kontroli podaży substancji psychoaktywnych na Litwie jest pojawienie się coraz większych transportów GBL, prekursora do produkcji GHB. Co może być efektem delegalizacji GBL w Polsce (A. Malczewski, 2018a). W 2017 r. średnia cena amfetaminy na nielegalnym rynku wyniosła 25 Euro za gram (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020), a jej średnia czystość osiągała 16,2% (Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież były pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku 25% 16-latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwo, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 6%, a metamfetaminy 5% (ESPAD report 2015, 2016).

Łotwa

Na Łotwie wykryto w 2016 roku 3105 przestępstw narkotykowych oraz niewielkie laboratorium produkujące metamfetaminę (Drug market and crime workbook Latvia, 2017). Metamfetamina jest substancją, która obok amfetaminy jest najbardziej popularnym stymulantem na Łotwie. W 2016 roku zabezpieczono 16,7 kg

metamfetaminy (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - methamphetamine, 2020) i 1,7 kg amfetaminy (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - amphetamine, 2020). Najwięcej spośród narkotyków stymulujących zabezpieczono w tym roku jednak kokainy, bo aż 33,7 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - cocaine, 2020) – ale to w przypadku marihuany odnotowano największe konfiskaty, aż 44,4 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - herbal, 2020). Liczba wykrytych miejsc, gdzie uprawiane były konopie indyjskie, bardzo wzrosła w latach 2011–2016, ale liczba roślin zabezpieczonych przez Policję w ostatnich latach znacznie się zmniejszyła. Syntetyczne środki stymulujące (amfetamina, metamfetamina, MDMA) są dostarczane na Łotwę z Litwy, Holandii, Belgii i Niemiec, do konsumpcji krajowej jak i do dalszej dystrybucji do sąsiednich krajów skandynawskich. Marihuana jest importowana z Holandii, Wielkiej Brytanii i Niemiec, a haszysz (pochodzący z Afryki Północnej) trafia na Łotwę z innych krajów UE, zwykle w drodze do Rosji (A. Malczewski, 2018a). Heroina dociera na Łotwę głównie drogą lądową z Rosji i Białorusi a nowe substancje psychoaktywne trafiają do tego kraju z Azji. Narkotyki są przemywane przez łotewską granicę drogą lądową, różnymi rodzajami pojazdów, koleją, a także drogą powietrzną i przez porty morskie (A. Zile-Veisberga, 2018). Kokaina trafia na Łotwę drogą lądową, lotniczą lub pocztową i dostarczana jest z innych krajów europejskich (Latvian Drug Report, 2018). Podobnie jak w innych krajach bałtyckich w przemycaeniu nielegalnych substancji wzrasta rola przesyłek pocztowych lub dostaw kurierskich (Drug market and crime workbook Latvia, 2017). W 2013 r. marihuana była sprzedawana na Łotwie w średniej cenie 13,9 Euro za gram a w 2018 7 Euro za gram (Statistical Bulletin 2020 - price - cannabis, 2020) dane dotyczące stężenia THC w marihuanie nie są dostępne. Cena amfetaminy na nielegalnym rynku najczęściej występująca (modalna) wyniosła 15 Euro za gram (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020), a średnia czystość 27,5% (Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). 21% analizowanych tabletek pochodzących z nielegalnego rynku narkotykowego zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje (Estonia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież były pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku 24% 16-latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwo, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 7%, natomiast metamfetaminy 6% (ESPAD report 2015, 2016).

Polska

W 2016 roku odnotowano w Polsce 31008 postępowań wszczętych z powodu narkotyków (Poland, Country Drug Report, 2018) przeciwko 29434 osobom. Polska jest zarówno krajem tranzytowym dla handlu narkotykami, jak i źródłem produkcji narkotyków syntetycznych na rynki Europy Zachodniej. Polska obok Belgii i Holandii jest jednym z głównych producentów amfetaminy na rynku europejskim, a w ostatnich latach pojawiła się również produkcja metamfetaminy (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). W 2016 roku Policja zlikwidowała 24 nielegalne laboratoria: 18 służące do produkcji amfetaminy, trzy do produkcji metamfetaminy, dwa do mefedronu i jedno do produkcji nowej substancji psychoaktywnej (4-CMC) (Drug market and crime workbook Poland, 2017). Heroina z Afganistanu, która jest przeznaczona głównie do Niemiec i Wielkiej Brytanii, dociera do Polski głównie szlakiem bałkańskim. Na polskim rynku występują również polska domowa heroina, zwana „kompotem” (Poland, Country Drug Report, 2018). Z kolei kokaina jest przemykana przez kraje Europy Zachodniej oraz Turcję i Grecję. Przemyt marihuany do Polski odbywa się głównie z terytorium Holandii, Belgii, Niemiec oraz terytorium Czech przy wykorzystaniu w przeważającej mierze transportu drogowego (samochody osobowe, autokary rejsowe) (A. Malczewski, 2018c). W 2016 roku zlikwidowano ponad 1400 plantacji konopi (Poland, Country Drug Report, 2018) jak również odnotowano duże konfiskaty marihuany (2569,4 kg) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - herbal, 2020) oraz o wiele mniejsze haszyszu (32,9 kg) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - resin, 2020). Na drugim miejscu pod względem ilości zabezpieczonych narkotyków uplasowały się konfiskaty amfetaminy (943,3 kg) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - amphetamine, 2020), a na trzecim kokainy (448,7 kg) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - cocaine, 2020). W 2016 roku odnotowano również duże ilości skonfiskowanych tabletek ekstazy: 149921 tabletek (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - MDMA, 2020). Według danych z Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego Policji 93% analizowanych tabletek pochodzących z nielegalnego rynku narkotykowego zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje w 2017 roku (Poland Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). Podobnie jak na Węgrzech i w Czechach, także i na terytorium Polski nielegalne laboratoria narkotykowe (metamfetaminowe) i uprawy konopi indyjskich prowadzone są m.in. przez grupy przestępcze składające

się także z obywateli państw azjatyckich (A. Malczewski, 2018c). Średnie stężenie THC w marihuanie sprzedawanej na nielegalnym rynku wyniosło 9,9% (Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis, 2020). Marihuana była sprzedawana w cenie 8 Euro za gram. Średnia cena amfetaminy na nielegalnym rynku wyniosła 8,1 Euro (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020), a jej średnia czystość osiąga 16,4% (Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież była pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku 39% 16-latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwo, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 17%, a metamfetaminy 13% (ESPAD report 2015, 2016).

Rumunia

W 2016 roku w przypadku 7140 osób prowadzone było dochodzenie z powodu przestępstw narkotykowych. Ze względu na swoje położenie geograficzne Rumunia stanowi część bałkańskiej drogi przemytu heroiny do Europy. Heroina używana w Rumunii pochodzi z Afganistanu. Jest przemykana głównie przez Turcję i inne kraje bałkańskie do Rumunii, a następnie do Europy Środkowej i Zachodniej (A. Malczewski, 2018b). Kokaina dociera do Rumunii z Ameryki Południowej przez porty Morza Czarnego lub drogą lądową i lotniczą z innych krajów Unii Europejskiej i jest przeznaczona głównie na rynki poza granicami kraju (Romania, Country Drug Report, 2018). Liczba wykrytych narkotyków w 2016 roku osiągnęła najwyższą wartość w ciągu ostatnich 10 lat. Większość zabezpieczeń narkotyków dotyczyła rynku detalicznego (Romania, Country Drug Report, 2018). Marihuana była w 2016 roku głównym narkotykiem pod względem liczby konfiskat zabezpieczonych w Rumunii (2140 przypadków) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS – herbal, 2020), chociaż całkowita ilość zabezpieczonych konopi zmniejszyła się w 2016 roku do 142,6 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - herbal, 2020). W tym roku wykryto również 38,4 kg haszyszu (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - resin, 2020). Przetwory konopi indyjskich były nad drugim miejscem pod względem ilości zabezpieczonych narkotyków. Najwięcej w Rumunii w 2016 roku zabezpieczono kokainy 2321,3 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - cocaine, 2020). Wykryto również w tym samym roku dużą liczbę ekstazy – 14871 tabletek (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS – MDMA, 2020). Warto zauważyć, że ilość przejętej heroiny

w 2016 roku była najniższą odnotowaną w historii i wyniosła 3,5 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - heroin, 2020). Stężenie THC w marihuanie sprzedawanej na nielegalnym rynku wyniosło 14,4% (Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis, 2020) – wartość średnia z 2017 roku. Ceny marihuany nie są dostępne dla Rumunii. W 2019 roku 46% analizowanych tabletek pochodzących z nielegalnego rynku narkotykowego zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje (Romania Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież były pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku 14% 16-latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwo, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 4%, a metamfetaminy 4% (ESPAD report 2015, 2016).

Słowacja

W 2016 r. ścigano za przestępstwa narkotykowe łącznie 1493 osoby (Drug market and crime workbook Slovakia, 2017) na Słowacji. Podaż narkotyków w krajach sąsiadujących ze Słowacją odgrywa coraz ważniejszą rolę na rynku nielegalnych narkotyków na Słowacji, chociaż odnotowuje się również produkcję krajową. Uprawy konopi indyjskich i miejsca produkcji metamfetaminy pozostają najczęściej zabezpieczanymi nielegalnymi miejscami produkcji/uprawy jakichkolwiek narkotyków na Słowacji. Dane z instytucji zajmujących się zwalczaniem przestępczości narkotykowej wskazują, że obie te substancje są coraz częściej pozyskiwane z Czech (A. Malczewski, 2019b). Marihuana sprzedawana na Słowacji jest z krajowych upraw konopi indyjskich. Krajowa produkcja metamfetaminy odbywa się głównie w małych laboratoriach podobnie jak w Czechach. Do jej produkcji stosowane są leki zawierające pseudoefedrynę lub z efedryny. Warto zatem zwrócić uwagę, że na Słowacji produkowana jest metamfetamina tak samo jak w sąsiednich Czechach. Heroina dostępna na nielegalnym rynku przemykana jest drogą bałkańską z Afganistanu do Słowacji (Slovakian, Country Drug Report, 2018). W 2016 dokonano 48 zabezpieczeń tego narkotyku (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - heroin, 2020) o ilości 56 gram (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - methamphetamine, 2020). Narkotyki są wwożone na Słowację drogą lądową, ale usługi kurierskie w przemycaeniu narkotyków mają coraz większą rolę (Slovakian, Country Drug Report, 2018). W 2016 roku zabezpieczono najwięcej marihuany

40,4 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, 2020) (1303 zabezpieczeń) oraz metamfetaminy 4,8 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - methamphetamine, 2020) (758 zabezpieczeń) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - methamphetamine, 2020). Marihuana była sprzedawana w średniej cenie za gram osiagającej 9 Euro dane za 2015 rok (Statistical Bulletin 2020 - price - cannabis, 2020). Średnie stężenie THC w marihuanie oferwanej na nielegalnym rynku wyniosło 12,1% (Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis, 2020) dane za 2015 rok. Tak samo jak w Czechach 100% analizowanych tabletek pochodzących z nielegalnego rynku narkotykowego zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje (Slovakia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). Średnia cena amfetaminy na nielegalnym rynku wyniosła 50 Euro (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020), a jej średnia czystość 36,7% (Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież były pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku 43% 16-latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwo, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 8% a metamfetaminy 11% (ESPAD report 2015, 2016).

Słowenia

Większość przestępstw narkotykowych w Słowenii dotyczy konopi indyjskich. W 2016 roku odnotowano 1737 przestępstw narkotykowych. Zasadniczo przestępstwa narkotykowe wykrywane w tym kraju dotyczą użycia i posiadania narkotyków (Drug market and crime workbook Slovenia, 2018). Rynek narkotyków w Słowenii, podobnie jak sąsiedniej Chorwacji, związany jest z położeniem geograficznego kraju na szlaku bałkańskim, który jest główną drogą nielegalnego handlu heroiną (z Turcji) i konopi indyjskich (z krajów Bałkanów Zachodnich) do Europy Zachodniej. Europa Południowo-Wschodnia, w tym Słowenia, wykorzystywana jest także jako miejsce dla przemytu kokainy z krajów Ameryki Południowej. Narkotyki na rynek krajowy przemycane są głównie lądem (A. Malczewski, 2019a). Marihuana z uprawy konopi indyjskich w Słowenii sprzedawana jest na lokalnym rynku (Drug market and crime workbook Slovenia, 2017). Dane za 2016 rok pokazują na zwiększoną uprawę konopi, głównie w pomieszczeniach zamkniętych (tzw. „indoor”). Marihuana z niektórych upraw

konopi indyjskich przeznaczona jest także na rynki sąsiednie (Austria, Chorwacja, Niemcy i Włochy) (Slovenia, Country Drug Report, 2018). Informacje na temat zabezpieczeń narkotyków nie są dostępne dla 2016 roku, dlatego też w pracy podano informacje dotyczące 2017 roku. W 2017 roku zabezpieczono największą ilość przetworów konopi indyjskich: 837,9 kg marihuany (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, 2020) oraz 2,54 kg haszyszu. Na trzecim miejscu plasują się heroina (6,47 kg) a następnie kokaina (2,77 kg). Największe liczby zabezpieczeń narkotyków zarejestrowano w przypadku przetworów konopi: marihuany (3768 przypadków) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, 2020) i haszyszu (107) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - resin, 2020), a następnie kokainy (277) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - cocaine, 2020) oraz heroiny (268) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - heroin, 2020). Prawie całe ilości heroiny i kokainy zostały skonfiskowane w ramach jednego zabezpieczenia i prawdopodobnie nie były one przeznaczone na rynek wewnętrzny. Słowenia jest postrzegana jako kraj zapewniający wsparcie logistyczne członkom grup przestępczych w Europie i poza nią (A. Malczewski, 2019a). Marihuana była sprzedawana w cenie 6 Euro średnio za gram (Statistical Bulletin 2020 - price – cannabis, 2020) – dane za 2010 rok. Średnie stężenie THC w marihuanie występującej na nielegalnym rynku wyniosło 17,8% (Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis, 2020). Według danych z laboratoriów 69% analizowanych tabletek pochodzących z nielegalnego rynku narkotykowego zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje (Slovenia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). Średnia czystość amfetaminy na nielegalnym rynku wyniosła 9,9% (Statistical Bulletin 2020 - purity – amphetamine, 2020). W ramach badań szkolnych ESPAD młodzież była pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku – 45% 16 latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako łatwo lub bardzo łatwy, w przypadku zarówno amfetaminy jak i metamfetaminy odsetki wyniosły 8% (ESPAD report 2015, 2016).

Węgry

W 2016 roku stwierdzono na Węgrzech 6473 przestępstwa narkotykowe (Hungary, Country Drug Report, 2018). Marihuana jest najczęściej zabezpieczanym narkotykiem, który jest coraz częściej przewożony na Węgry przez wietnamskie grupy przestępcze z Czech, Holandii oraz krajów Bałkanów Zachodnich i Holandii

(Drug market and crime workbook Hungary, 2017). Konopie indyjskie uprawiane są na niedużą skalę. Węgry tradycyjnie były krajem tranzytowym dla heroiny pochodzącej z Afganistanu i przemyconej przez Bliski Wschód trasą bałkańską do Europy Zachodniej. Od 2010 roku, kiedy liczba zabezpieczeń heroiny znacznie spadła w porównaniu z okresem sprzed 2010 rokiem, wskazując na początek „niedoboru heroiny” na rynku węgierskim, liczba konfiskat i ilość przechwyconej heroiny pozostają stosunkowo niewielkie (A. Malczewski, 2018b). Z Belgii i Holandii przewozi się na Węgry amfetaminę i MDMA. W 2016 roku zabezpieczono jedno niewielkie laboratorium amfetaminy w 2016 roku (Hungary, Country Drug Report, 2018). Na Węgry kokaina dociera samochodami z Hiszpanii lub Holandii lub bezpośrednio z Ameryki Południowej przez osoby podróżujące samolotami (Drug market and crime workbook Hungary, 2017). Na Węgrzech w 2016 roku odnotowano największą ilość zabezpieczonej marihuany 494,12 kg (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - herbal, 2020). Marihuana była sprzedawana za 7,8 Euro za gram (Statistical Bulletin 2020 - price - cannabis, 2020) na Węgrzech. Średnie stężenie THC w marihuanie sprzedawanej na nielegalnym rynku wyniosło 8,7% (Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis, 2020). Na drugim miejscu plasuje się ilości zabezpieczonej kokainy (25 kg) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - cocaine, 2020) oraz amfetaminy (24,8 kg) (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - amphetamine, 2020). Najwięcej liczb spraw narkotykowych odnotowano w przypadku konopi indyjskich: marihuany 2673 (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, 2020) oraz haszyszu 149 (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - resin, 2020), na drugim miejscu mamy amfetaminę 778 spraw (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - amphetamine, 2020), a na trzecim ekstazy 332 spraw (Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - MDMA, 2020) gdzie zabezpieczono 79702 tabletek ekstazy (Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - MDMA, 2020). 79% analizowanych tabletek ekstazy pochodzących z nielegalnego rynku narkotykowego zawierało tylko MDMA lub pochodne do MDMA substancje (Hungary Standard table 15: Composition of illicit drug tablets, 2017). Średnia cena amfetaminy na nielegalnym rynku wyniosła 11,1 Euro (Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020), a średnia czystość 21,5% (Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020). W ramach badań szkolnych młodzież były pytana o dostępność narkotyków. Według pomiaru z 2015 roku – 25% 16 latków oceniało możliwość zakupu marihuany jako

łatwo lub bardzo łatwy, w przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 12%, a metamfetaminy 10% (ESPAD report 2015, 2016).

5.2. Synteza

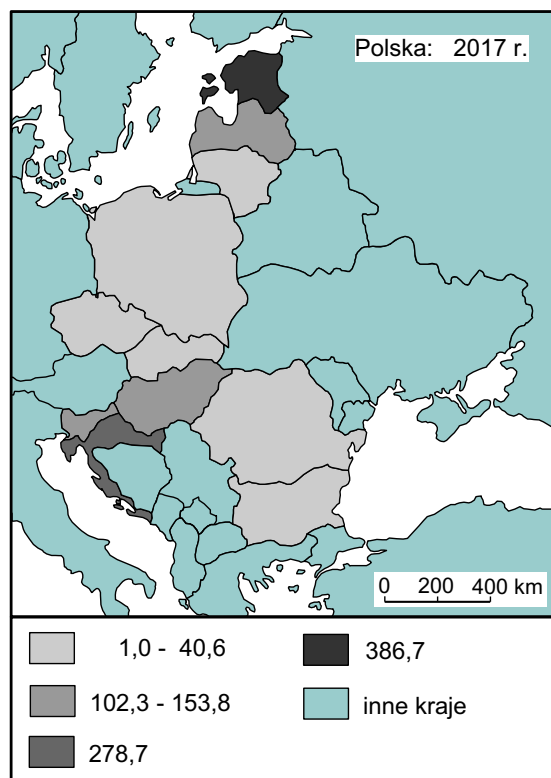
W niniejszym podrozdziale dokonano syntetycznej oceny rynków narkotykowych oraz przestępczości narkotykowej w oparciu o 14 zmiennych skupionych w pięciu grupach:

- liczby i ilości (kg) zabezpieczonych narkotyków jako wskaźnik na milion mieszkańców (marihuana, amfetamina oraz heroina);
- liczby przestępstw i przestępców jako wskaźnik na milion mieszkańców;
- średnie ceny detaliczne narkotyków na nielegalnym rynku (marihuana oraz amfetamina);
- średnia czystość amfetaminy oraz średnie stężenie THC w marihuanie;
- dostępność marihuany oraz amfetaminy według badania ESPAD na 16-latkach (odsetki badanych).

Ryc. 5.1. przedstawia wskaźnik liczby zabezpieczeń amfetaminy na milion mieszkańców w 2016 roku. Największe wartości wskaźnika odnotowano w Estonii (386,7) oraz w Chorwacji (278,7). Najmniejsze wartości w Polsce (1,0 dla 2017 roku, ale są to tylko zabezpieczenia Straży Granicznej, a więc dane są zaniżone) oraz na Słowacji (1,1). Patrząc na ryc. 5.1 możemy pokusić się o stwierdzenie, że najgorszą sytuację odnotowano w republikach postjugosłowiańskich oraz postradzieckich²⁶ oraz na Węgrzech. Różnice między krajami w zakresie liczby zatrzymań amfetaminy na 1 mln obywateli są znaczne, gdyż współczynnik zmienności właściwej przyjął wartość 122,5%. Jednocześnie nie widać związków między tą zmienną a opisanymi w rozdziale 2 (korelacje nie przekraczają wartości |0,34|). Porównując wskaźnik na milion osób dla analizowanych krajów (296) do pozostałych państw Unii Europejskiej (1521) odnotowujemy, że na omawianym obszarze skala zjawiska jest mniejsza niż w pozostałych krajach wspólnoty.

Przestrzenne zróżnicowanie zabezpieczonej (kg) amfetaminy na 1 milion mieszkańców w 2016 roku zaprezentowano na ryc. 5.2. Najwyższe wskaźniki odnotowane zostały w Polsce (36,2) oraz w Estonii (31,3), a najniższe na Słowacji

²⁶ Wprawdzie Litwa znalazła się w grupie krajów o najlepszej sytuacji, ale z wartością 41,0 zatrzymań amfetaminy na 1 mln obywateli otwiera tę grupę.



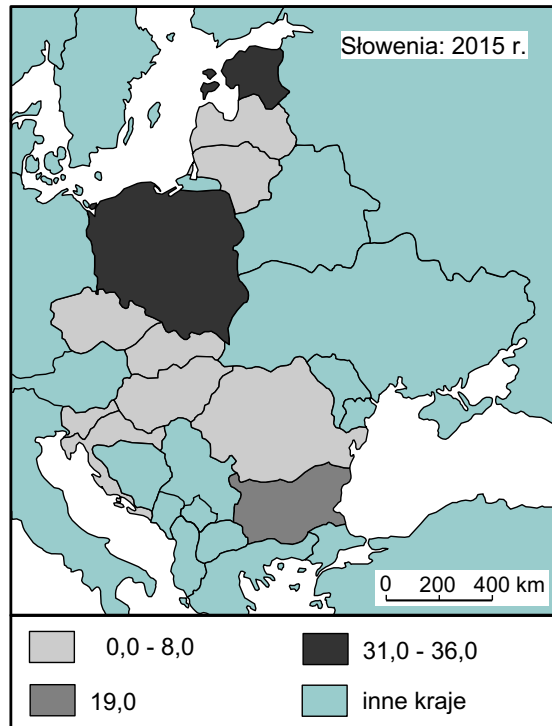
Ryc. 5.1. Zróźnicowane przestrzenne wskaźnika zabezpieczeń amfetaminy na milion mieszkańców w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - amphetamine, 2020.

(0,0²⁷). Patrząc na tę rycinę nie dostrzegamy prawidłowości przestrzennych w wadze (kg) zatrzymań amfetaminy. Aczkolwiek sytuację można uznać za mocno zróźnicowaną, gdyż współczynnik zmienności osiągnął wartość 133,9%. Nie widać także związku (współczynnik korelacji równy 0,30) tej zmiennej z liczbą zatrzymań amfetaminy na 1 mln mieszkańców. Również nie występują wyraźne korelacje (są poniżej |0,24|) ze zmiennymi opisanymi w rozdziale 2. Porównując wskaźnik na milion osób dla analizowanych krajów (17) do pozostałych krajów Unii Europejskiej (16) stwierdzamy, że na omawianym obszarze skala zjawiska jest podobna do sytuacji w pozostałych krajach Unii Europejskiej.

Na rycinie 5.3 zaprezentowano zróźnicowane przestrzenne wskaźnika liczby zabezpieczeń marihuany na jeden milion mieszkańców w 2016 roku. W przypadku Polski dane dotyczą tylko zabezpieczeń Straży Granicznej z 2017 roku, a dla Słowenii

²⁷ Nie oznacza to, że na Słowacji nie zabezpieczono żadnych ilości amfetaminy, bo wyniosły one 0,028 kg. Jednakże po przeliczeniu na wskaźnik otrzymano wartość 0,0.

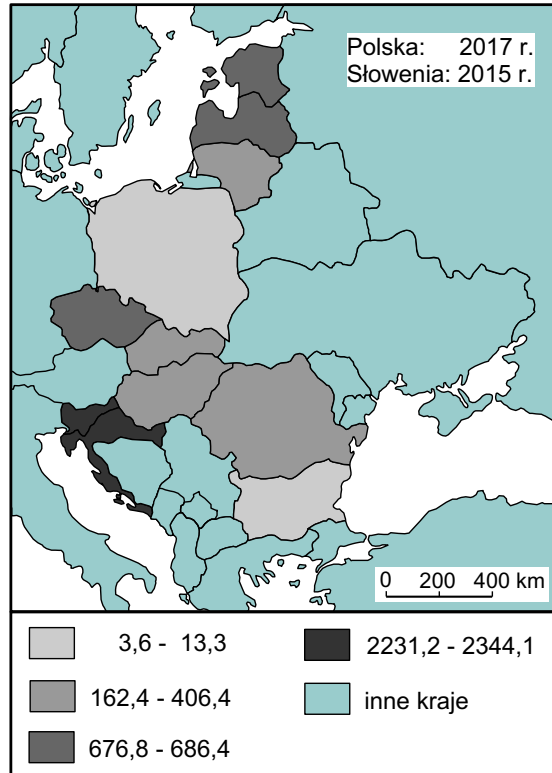


Ryc. 5.2. Zróżnicowane przestrzenne wskaźnika ilości (kg) zabezpieczonej amfetaminy na milion mieszkańców w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - amphetamine, 2020.

dane są za 2015 rok. Analizowana sytuacja była bardzo zróżnicowana (co potwierdza wysoka wartość współczynnika zmienności właściwej wynosząca aż 108,5%). Stało się to za sprawą Chorwacji (2344,1) i Słowenii (2261,2). W trzeciej w kolejności na Łotwie jest to już „zaledwie” 686,4 na 1 mln mieszkańców. Najmniejszy wskaźnik odnotowano w Bułgarii (13,3) oraz w Polsce (3,6 – ale są to tylko zabezpieczenia zrealizowane przez Straż Graniczną). Patrząc na rozkład przestrzenny tego zjawiska widzimy, że odznaczało się ono bardzo dużym natężeniem w krajach postjugosłowiańskich oraz znacznym w krajach Rady Bałtyckiej (ryc. 5.3.). Natomiast nie widać związków między liczbą zabezpieczeń marihuany na 1 mln obywateli a zmiennymi opisanymi w rozdziale 2. (korelacja nie przekracza wartości |0,43|). Porównując wskaźnik na milion osób dla analizowanych krajów (296) do innych krajów Unii Europejskiej (1521) odnotowujemy, że na omawianym obszarze skala zjawiska jest dużo mniejsza niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej.

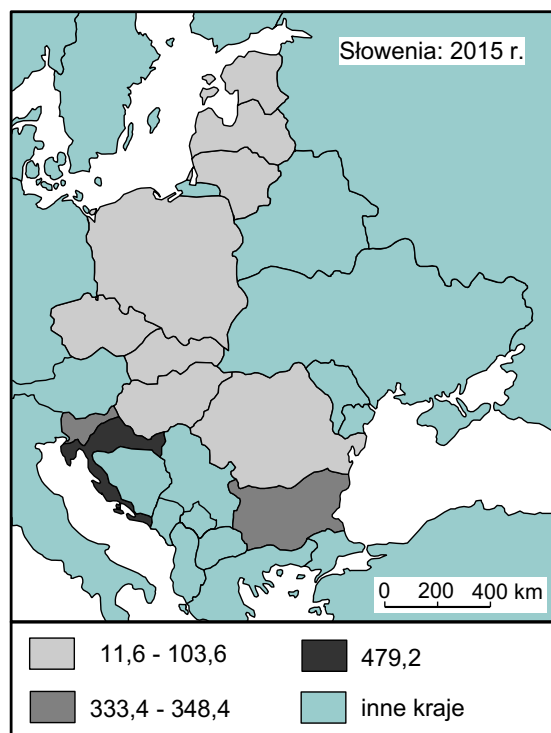
Wskaźnik ilości zabezpieczonej marihuany (w kg) z poszczególnych krajach bardzo się między sobą różnił (współczynnik zmienności właściwej równy 107,9%). Patrząc na ryc. 5.4. widzimy, że największe wskaźniki odnotowano ujawniono na



Ryc. 5.3. Zróżnicowane przestrzenne wskaźnika liczby zabezpieczeń marihuany na milion mieszkańców w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, 2020.

południu charakteryzowanego obszaru: Chorwacja (479,2), Bułgaria (348,4) oraz Słowenia (333,4). Nie jest to dziwne, gdyż Albania jest jednym z głównych producentów marihuany, która trafia następnie do Europy i stąd szlaki przemytu prowadzą przez te kraje. Najmniejszy wskaźnik odnotowano na Słowacji (10,6). Widać także korelację (0,69) między liczbą zabezpieczeń marihuany na 1 mln mieszkańców a wagą (kg) zabezpieczonej marihuany, co można wytłumaczyć tym, że czym więcej zabezpieczeń, czyli spraw – tym większa ilość zabezpieczonej marihuany. Spośród zmiennych opisanych w rozdziale 2. zmiennych tylko z medianą wieku jest widoczna korelacja (0,57), ale raczej jest to tzw. korelacja fałszywa. Porównując wskaźnik na milion osób dla analizowanych krajów (121) do pozostałych państw Unii Europejskiej (427) odnotowujemy, że na omawianym obszarze skala zjawiska jest wyraźnie mniejsza niż w pozostałej części Europy.

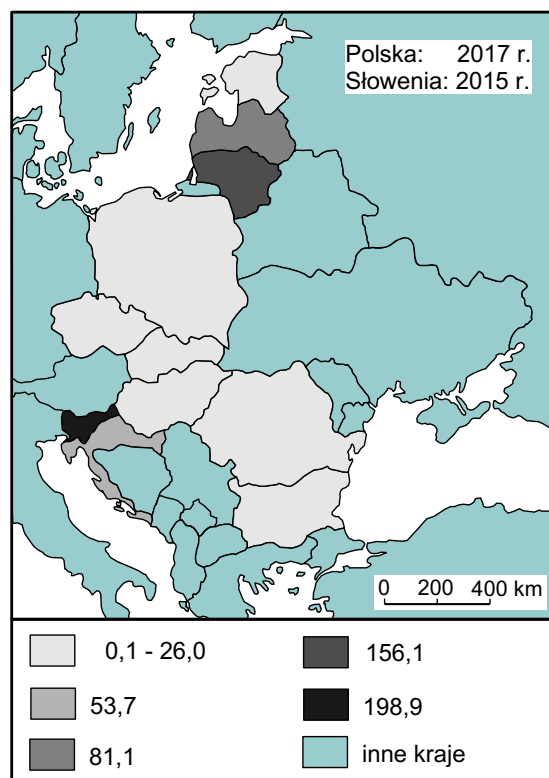


Ryc. 5.4. Zróżnicowanie przestrzenne wskaźnika ilości (kg) zabezpieczonej marihuany na milion mieszkańców w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

Na rycinie 5.5. przedstawiony został wskaźnik liczby zabezpieczeń heroiny w 2016 roku w omawianych krajach. Liczba tych zabezpieczeń w poszczególnych krajach została przeliczona na jeden milion mieszkańców. Największe wartości odnotowano na Słowenii (198,8 – w 2017 roku) oraz na Litwie (156,1), natomiast najmniejsze w Estonii (2,4) oraz w Polsce (0,1 w 2017 roku). Ale jak wcześniej już wspomniano, dane dla Polski są zaniżone, ponieważ dotyczą one tylko działań Straży Granicznej z 2017 roku. Analizując liczbę zabezpieczeń heroiny w 2016 roku dostrzegamy wyraźny podział krajów na dwie grupy. Pierwsza obejmuje te o wysokiej i średniej liczbie zabezpieczeń na 1 milion mieszkańców: republiki postjugosławańskie oraz republiki postradzieckie (bez Estonii). Do drugiej grupy zaliczono pozostałe państwa. Wysoki współczynnik zmienności właściwej (129,5%) wskazuje na bardzo duże zróżnicowanie w tym zakresie. Analizując związki tej zmiennej ze zmiennymi z rozdziału 2. możemy dostrzec jedynie niewielkie skorelowanie (0,51) z medianą wieku. Porównując wskaźnik na milion osób dla analizowanych państw (15) do krajów „starej” Unii Europejskiej (138)

odnotowujemy, że na omawianym obszarze skala zjawiska jest o wiele mniejsza niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej.



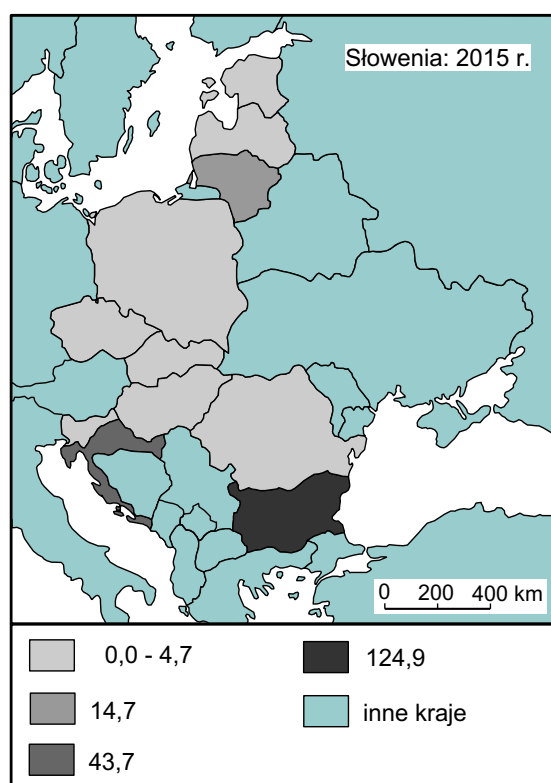
Ryc. 5.5. Zróżnicowanie przestrzenne wskaźnika liczby zabezpieczeń heroiny na milion mieszkańców w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

Ilość zabezpieczonej w 2016 roku heroiny (kg) w poszczególnych krajach w przeliczeniu na jeden milion mieszkańców zaprezentowano na ryc. 5.6. Największe względne ilości zabezpieczonej heroiny odnotowano w Bułgarii (124,9) oraz w Chorwacji (43,7) a najmniejsze w Estonii oraz w Słowacji²⁸. Bułgaria i Chorwacja są krajami na szlaku bałkańskim przemytu heroiny z Afganistanu do Europy, stąd też mogą się brać wysokie wartości wskaźnika (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Sytuacja odnośnie wskaźnika wagi zatrzymanej w 2016 roku heroiny jest jeszcze bardziej zróżnicowana (współczynnik zmienności właściwej osiąga wartość aż 207,5%), niż w przypadku liczby zabezpieczeń heroiny na 1 mln obywateli. Ale nie widać żadnych prawidłowości przestrzennych (ryc. 5.6.). Nie dostrzegamy także wyraźnych korelacji między wskaźnikiem ilości zatrzymanej

²⁸ Dane na rycinie 5.6 mogły by wskazywać, że nie było żadnych zabezpieczeń heroiny dla Estonii i Słowacji, ale wartości były tak małe, że przy przeliczeniu na wskaźnik otrzymano wartości 0,0. W Estonii było to 0,0004 kg natomiast w Słowacji 0,015 kg.

heroiny, a zmiennymi opisującymi sytuację społeczno-gospodarczą (rozdz. 2.) – jedynie w odniesieniu do mediany wieku odnotowano korelację wynoszącą 0,51. Co interesujące – w odróżnieniu od marihuany, w przypadku heroiny nie widać korelacji (-0,12) między liczbą zabezpieczeń heroiny na 1 mln obywateli a wskaźnikiem ilości zabezpieczonej heroiny. Porównując wskaźnik na milion osób dla analizowanych krajów (10) do pozostałych krajów Unii Europejskiej (13) odnotowujemy, że na omawianym obszarze skala zjawiska jest mniejsza niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej.

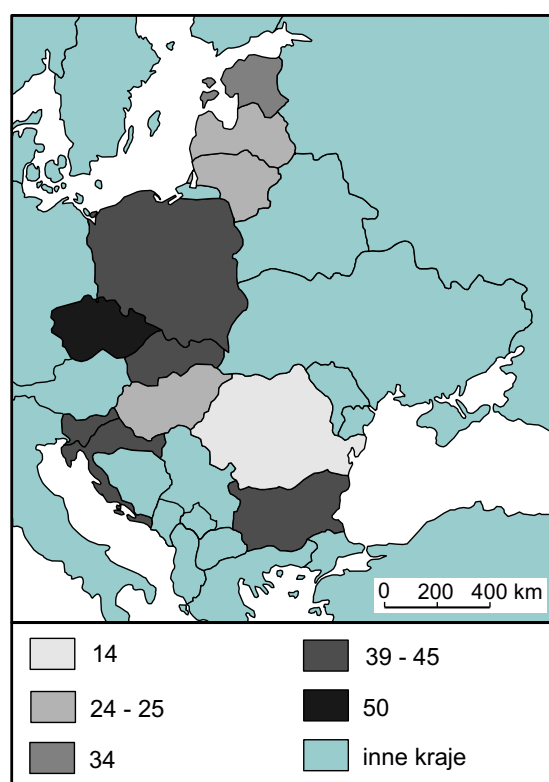


Ryc. 5.6. Zróżnicowanie przestrzenne wskaźnika ilości (kg) zabezpieczonej heroiny na milion mieszkańców w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Europejskiego Raportu Narkotykowego 2018.

W ramach badania ESPAD z 2015 roku młodzież (16 lat) była pytana o dostępność marihuany. Ryc. 5.7. zawiera prezentację odsetka respondentów, którzy zadeklarowali, że ten narkotyk jest dla nich łatwo bądź bardzo łatwo dostępny. Największe odsetki badanych zadeklarowały, jak łatwe lub bardzo łatwe zdobycie marihuany w Czechach (50%) a następnie na Słowenii (45%), Bułgarii (44%) oraz na Słowacji (43%). Pozostałe kraje odnotowały odsetki poniżej 40%. Uśredniony wynik dla całego badania ESPAD wyniósł 30% i poniżej tej wartości odnotowujemy wskaźniki dla Litwy (25%), Węgier (25%), Łotwy (24%), a zwłaszcza Rumunii

(14%). Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 31,0% wskazuje na małe zróżnicowanie między omawianymi państwami w tym zakresie. Patrząc na zróżnicowanie sytuacji nie dostrzegamy prawidłowości przestrzennych, gdyż kraje o deklarowanym wysokim i niskim poziomie dostępności są między sobą przemieszane. Aczkolwiek widać w centralnej części opisywanego regionu zgrupowanie krajów (Czechy, Polska, Słowacja) o deklarowanej łatwej dostępności tego narkotyku. W zakresie powiązań z cechami społeczno-ekonomicznymi widać jedynie słabe skorelowanie (0,58) z Indekssem Rozwoju Społecznego.

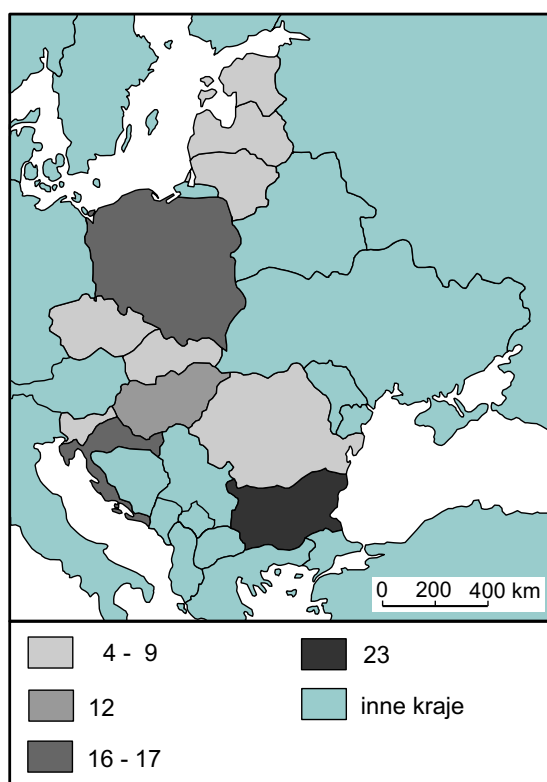


Ryc. 5.7. Zróżnicowanie przestrzenne dostępności konopi indyjskich – pytanie o dostępność przetworów konopi indyjskich według badania ESPAD z 2015 roku – odsetki odpowiedzi deklarujące jako „łatwe” lub i „bardzo łatwe” do zdobycia przez młodzież szkolną w wieku 16 lat.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ESPAD 2015, 2016

Wyniki badania ESPAD 2015 w zakresie dostępności amfetaminy zobrazowano na rycinie. 5.8. Pokazano na niej odsetek respondentów (młodzież 16 lat), która zadeklarowała, że ten narkotyk jest dla nich łatwo bądź bardzo łatwo dostępny. Największe odsetki badanych zadeklarowały, jako łatwe lub bardzo łatwe zdobycie amfetaminy w Bułgarii (23%), a następnie w Polsce (17%), Chorwacji (16%) oraz na Węgrzech (12%). Są to kraje, które mają odsetek powyżej 9%, czyli powyżej wyniku

dla całego badania ESPAD. Najmniejszy odsetek badanych tak deklarujących odnotowano w Rumunii (4%). Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 51,7% wskazuje na przeciętne zróżnicowanie między omawianymi państwami w tym zakresie. Porównując dane z analizowanych krajów do średniej badania ESPAD (9%), stwierdzamy, że oprócz krajów z najwyższymi odsetkami wymienionymi w opisie, pozostałe (7 krajów) odnotowały odsetki niższe niż ta średnia. Podobnie jak w przypadku marihuany nie dostrzegamy prawidłowości przestrzennych, gdyż kraje o deklarowanym wysokim i niskim poziomie dostępności są między sobą przemieszane. Odnośnie korelacji z cechami społeczno-ekonomicznymi (rozdz. 2.) widać jedynie słabe skorelowanie (0,59) z Indekssem Wolności Prasy, ale wydaje się, że jest to tzw. fałszywa korelacja.

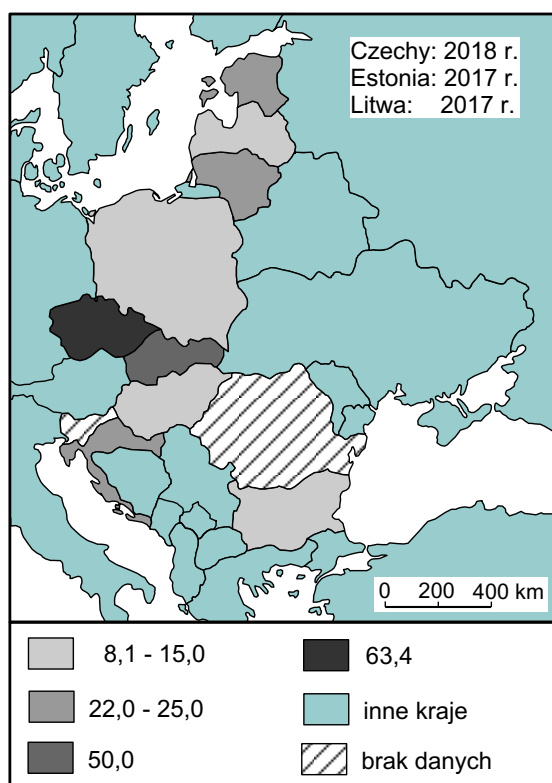


Ryc. 5.8. Zróżnicowanie przestrzenne dostępności amfetaminy – pytanie o dostępność amfetaminy według badania ESPAD z 2015 roku – odsetki odpowiedzi deklarujące jako „łatwe” lub i „bardzo łatwe” do zdobycia przez młodzież szkolną w wieku 16 lat.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ESPAD 2015, 2016

Na rycinie 5.9 przedstawione zostało przestrzenne zróżnicowanie średniej ceny amfetaminy w Euro w 2016 roku (Czechy 2018, Estonia 2017, Litwa 2017). Najdroższa amfetamina były sprzedawana w Czechach (63,4 Euro) oraz na Słowacji

(50 Euro). Wynika, to pewnie z sytuacji, że o wiele bardziej popularnym stymulującym narkotykiem w Czechach jest metamfetamina, a amfetamina nie jest często sprzedawana w krajach byłej Czechosłowacji. Najniższe ceny odnotowano w Polsce (8,1 Euro), co może wynikać z sytuacji, iż Polska jest głównym producentem amfetaminy w Europie Środkowo-Wschodniej. Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 71,3% wskazuje na średnie zróżnicowanie między omawianymi państwami w tym zakresie. Patrząc na rozkład przestrzenny średniej ceny w Euro amfetaminy wprawdzie nie dostrzegamy prawidłowości przestrzennych (ryc. 5.9.), ale za to analizując jej związki ze zmiennymi z rozdziału 2. możemy dostrzec znaczące korelacje (aczkolwiek należy pamiętać, że wyliczono je dla 9 krajów, co każe krytycznie spojrzeć na ich wysokie wartości). Zaskakująco wysoka jest korelacja średniej ceny Amfetaminy z Indekssem Percepcji Korupcji (aż 0,86). Poziom korelacji z Indekssem Wolności Prasy wynosi -0,57. Zatem można dostrzec jakieś związki tej ceny ze zmiennymi opisującymi praworządność. Także dość wysoki poziom korelacji odnotowano z dwiema zmiennymi

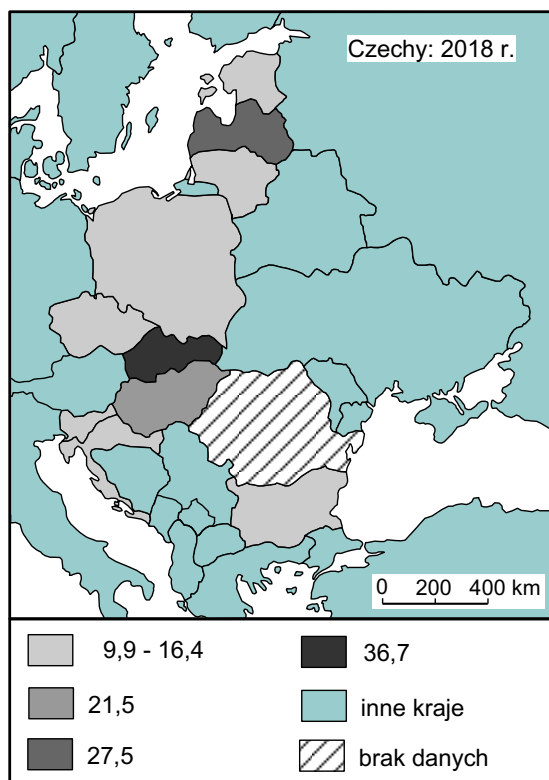


Ryc. 5.9. Przestrzenne zróżnicowanie średniej ceny detalicznej amfetaminy w Euro w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, 2020.

opisującymi poziom dobrobytu: 0,68 dla Indeksu Rozwoju Społecznego oraz 0,54 dla Indeksu Percepcji Dobrobytu. Średnia cena amfetaminy na analizowanym obszarze była większa (25,2 Euro) niż na pozostałym obszarze Unii Europejskiej (15,1 Euro). Wynika to głównie z wysokich cen amfetaminy na Słowacji i w Czechach, które są dwukrotnie (Słowacja) lub ponad dwukrotnie (Czechy) wyższe od średniej dla całego obszaru.

Na rycinie 5.10. zaprezentowane zostały dane dotyczące średniej czystości amfetaminy²⁹ w 2016 roku (z wyjątkiem Czech, gdzie dane dotyczą 2018 roku.) Amfetamina o największej czystości występowała na Słowacji (36,7%) oraz na Łotwie (27,5%). Najniższej czystości amfetaminę odnotowano w krajach należących do byłej Jugosławii: Chorwacji 11,8% oraz Słowenii 9,9%. Nie ma dostępnych danych dla Rumunii. Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 41,4% wskazuje na przeciętne zróżnicowanie między omawianymi państwami w tym zakresie. Także w przypadku średniej czystości amfetaminy nie widać prawidłowości



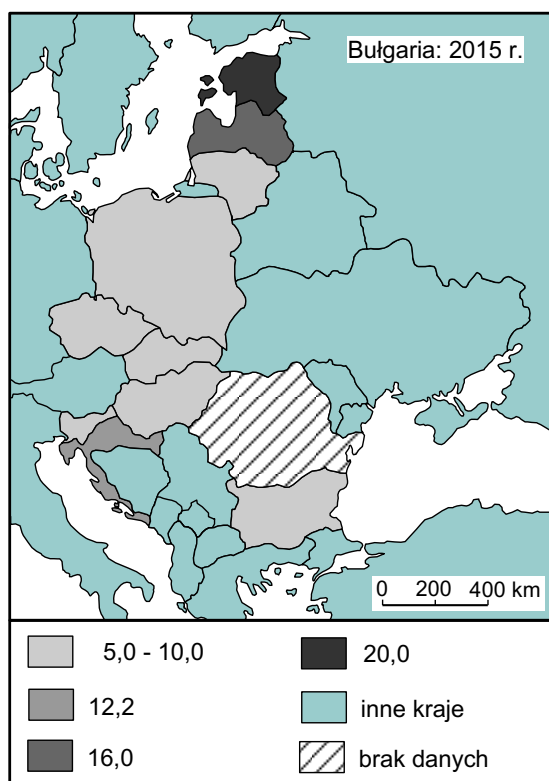
Ryc. 5.10. Zróżnicowane przestrzenne średniej czystości amfetaminy w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, 2020.

²⁹ Średnia czystość oznacza % stężenie amfetaminy sprzedawanej na nielegalnym rynku użytkownikom narkotyków.

przestrzennych (ryc. 5.10.). Natomiast mamy do czynienia z dość dziwną sytuacją w przypadku badania korelacji ze zmiennymi z rozdziału 2. Okazało się bowiem, że najwyższy poziom skorelowania otrzymano ze zmienną „odsetek ludności w wieku 25–39 lat” (0,57) oraz dla mediany wieku (-0,56). Należy to jednakże uznać za tzw. korelacje fałszywe. Porównując średnią czystość amfetaminy na analizowanym obszarze (18,4%) do stężenia amfetaminy wśród pozostałych krajów Unii Europejskiej (22,7%), odnotowujemy, że jest ono niższe wśród omawianych w pracy krajach.

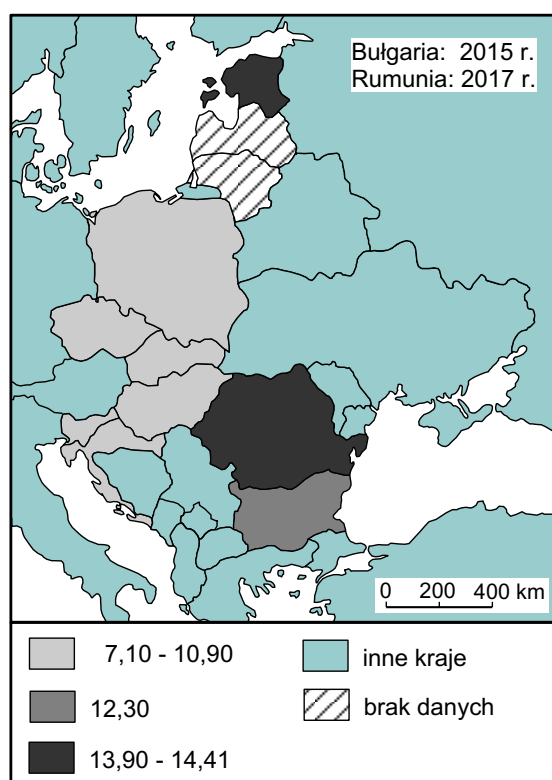
Średnia cena detaliczna (w Euro za gram) marihuany w 2016 roku została przedstawiona na ryc. 5.11. Patrząc na nią możemy stwierdzić, że najdroższa była w państwach Rady Bałtyckiej (Litwa 10 Euro, Łotwa 16 Euro, Estonia 20 Euro). Na pozostałym obszarze, pomijając Chorwację (12 Euro), jest niższa. Najtaniej sprzedawano amfetaminę za gram w Słowenii (5 Euro). Dla Rumunii nie było informacji o cenach marihuany. Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 43,9% wskazuje na przeciętne zróżnicowanie między omawianymi państwami w tym zakresie. W odniesieniu do związków średniej ceny tego narkotyku,



Ryc. 5.11. Zróżnicowane przestrzenne średniej ceny detalicznej (w Euro za gram) marihuany w 2016 roku.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Statistical Bulletin 2020 - price – cannabis, 2020.

to w odróżnieniu od amfetaminy, poziom korelacji ze zmiennymi z rozdziału 2 jest niski nie przekraczając $|0,45|$. Średnia cena marihuany na analizowanym obszarze jest (10,2) trochę niższa niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej (11,5).

Na ryc. 5.12. przedstawione zostały dane dotyczące rozkładu przestrzennego „mocy” marihuany, co oznacza stężenie THC w marihuanie sprzedawanej na nielegalnym rynku. Na rycinie możemy dostrzec, że największe średnie stężenie THC w marihuanie wystąpiło na południu charakteryzowanego obszaru w Bułgarii (12,3 dane dla 2015 roku) i Rumunii (14,4 dane dla 2017 roku) oraz na jego krańcu północnym w Estonii (13,9). Najniższe średnie stężenie THC odnotowano w Czechach (7,4). Brak danych dla Łotwy i Litwy nie pozwala stwierdzić, czy ten podwyższony poziom jest charakterystyczny tylko dla Estonii, czy dla wszystkich państw Rady Bałtyckiej. Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 19,4% wskazuje na małe zróżnicowanie między omawianymi państwami w tym zakresie. W przypadku korelacji ze zmiennymi z rozdz. 2 mamy do czynienia z taką samą sytuacją jak przy cenie marihuany, czyli nie występują wyraźne korelacje (nie przekraczają one $|0,40|$). Porównując średnie stężenie THC w marihuanie na

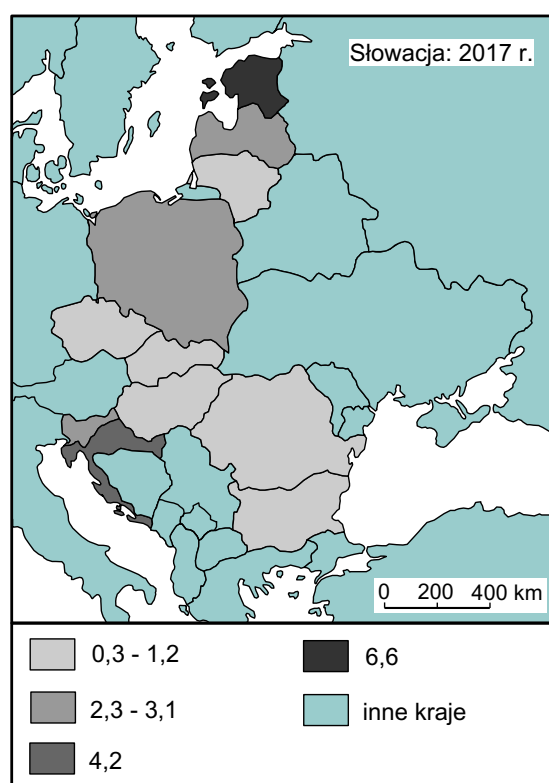


Ryc. 5.12. Zróżnicowane przestrzenne zawartości (%) THC w marihuanie w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis.

analizowanym obszarze (11,0%) do krajów z pozostałych obszarów odnotowujemy, że jest ono bardzo podobne (11,8%).

Liczbę przestępstw narkotykowych na 1000 mieszkańców popełnionych w 2016 roku zaprezentowano na ryc. 5.13. Najwyższe jego wartości odnotowano w Estonii (6,6) oraz w Chorwacji (4,2). Powyżej dwóch osób na 1000 mieszkańców zanotowano na Słowenii (3,1), Łotwie (2,4) oraz Polsce (2,3). Najmniejsze wskaźniki, poniżej jednej osoby na 1000 mieszkańców odnotowujemy na Słowacji (0,4) oraz Rumunii (0,3). Patrząc na zróżnicowanie przestrzenne państw ze względu na liczbę przestępstw z powodu narkomanii na 1000 mieszkańców (ryc. 5.13.) nie widać poważniejszych prawidłowości przestrzennych, może poza pasem krajów o niskim ich poziomie ciągnącym się od Czech przez Słowację, Węgry, Rumunię, aż po Bułgarię. Nie ma także wyraźnych związków między tą zmienną, a zmiennymi zawartymi w rozdziale 2. (wartość wszystkich współczynników korelacji liniowej jest poniżej $|0,44|$). Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 86,4% wskazuje na średnie zróżnicowanie między omawianymi państwami w tym

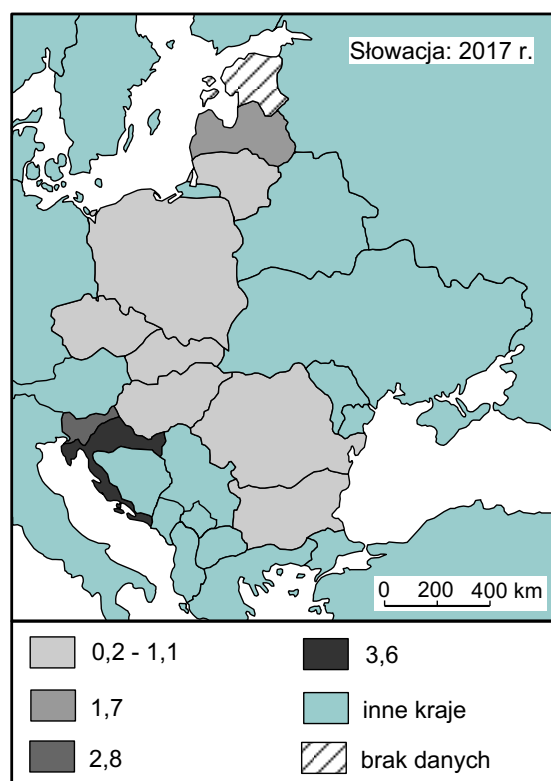


Ryc. 5.13. Zróżnicowanie przestrzenne wskaźnika liczby przestępstw narkotykowych na 1000 mieszkańców w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Statistical Bulletin 2020 - Drug law offences, 2020.

zakresie. Porównując wskaźnik na tysiąc osób dla analizowanych krajów (2,8) w stosunku do pozostałych krajów Unii Europejskiej (5,3) odnotowujemy, że na omawianym obszarze skala zjawiska jest prawie o połowę mniejsza niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej.

Na rycinie 5.14. przedstawione zostały dane dotyczące wskaźnika liczby osób popełniających przestępstwa dotyczące narkotyków w 2016 roku w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Najwyższe wskaźniki odnotowano w Chorwacji (3,6), Słowenii (2,8) oraz na Łotwie (1,7), a najniższe na Słowacji (0,2 w 2017 roku). Analizując rozkład przestrzenny wskaźników przestępców narkotykowych na 1000 mieszkańców (ryc. 5.14.) dostrzegamy, że wyraźnie gorsza sytuacja występuje w obu republikach postjugosłowiańskich. Wartość współczynnika zmienności właściwej na poziomie 79,7% wskazuje na średnie zróżnicowanie między omawianymi państwami w tym zakresie. Natomiast analizując związki ze zmiennymi opisującymi sytuację społeczno-gospodarczą (rozdział 2.) możemy stwierdzić niewielką (0,50) korelację z medianą wieku społeczeństw. Dane dotyczące liczby przestępców nie zostały



Ryc. 5.14. Zróżnicowanie przestrzenne wskaźnika liczby osób popełniających przestępstwa narkotykowe na 1000 mieszkańców w 2016 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Statistical Bulletin 2020 - Offenders, 2020.

wykorzystane do porównań z analizowanym obszarem, bo niektóre państwa UE takie jak Niemcy, Szwecja, Irlandia oraz Holandia nie raportują tych danych, więc obraz sytuacji byłby zatem niepełny.

4.3. Podsumowanie

Analizy przeprowadzone w niniejszej części pracy pokazują, że hipoteza pierwsza: „Ogólnie zróżnicowanie zagrożenia/rozprzestrzenia narkomanii i narkotyków na analizowanym obszarze jest niewielkie” została potwierdzona. Wskaźnik przestępstw narkotykowych jest prawie o połowę mniejszy w analizowanych krajach niż w pozostałych państwach UE. Ponadto wskaźniki konfiskaty marihuany są kilkukrotnie mniejsze zarówno w zakresie ilości (kg), jak i liczby zabezpieczeń na analizowanym obszarze niż w innych krajach Unii Europejskiej. W 2016 roku nastąpił wzrost zabezpieczeń tego narkotyku w Hiszpanii, Grecji i we Włoszech (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Duże różnice, między porównywalnymi obszarami, odnotowano również przy zestawieniu wskaźnika liczby zabezpieczeń heroiny oraz mniejsze w odniesieniu do wskaźnika ilości zabezpieczonej heroiny. Mimo, że Bułgaria jest jednym z głównych krajów przemytu heroiny do Europy szlakiem bałkańskim, a kraje z zachodnich Bałkanów są na tym szlaku (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol, 2019). Wskaźnik liczby zabezpieczeń amfetaminy jest również kilkukrotnie wyższy dla analizowanego obszaru niż w pozostałych krajach UE, pomimo że w zachodniej Europie dominującym w używaniu stymulujących substancji psychoaktywnych jest kokaina (K.V. Thomas i inni, 2012). Jedynie wskaźnik zabezpieczonej amfetaminy na milion mieszkańców był nieznacznie wyższy niż w pozostałych krajach UE. Może to wynikać z sytuacji, że Polska jest jednym z czołowych producentów amfetaminy w Europie, ale laboratoria wytwarzające amfetaminę wykrywane były również w 2016 roku w Czechach, Bułgarii, Estonii oraz na Węgrzech. Dostępność narkotyków (przetworów konopi indyjskich i amfetaminy) według badania ESPAD, wydaje się porównywalna w deklaracja badanej młodzieży jednak ten wskaźnik nie jest tak ważny jak liczby przestępstw czy konfiskaty narkotyków. Średnia cena amfetaminy dla analizowanych krajów była wyższa przy niższej czystości tego narkotyku w porównaniu do pozostałych krajów UE. Można zatem spróbować wysunąć wniosek, że poziom zagrożeniem tego narkotyku być może jest wyższy

w tych krajach, ponieważ za mniejszą ceną jest dostępna „mocniejsza” amfetamina. Średnia cena marihuany na analizowanym obszarze jest trochę niższa niż w pozostałych krajach UE przy podobnym stężeniu THC. Podsumowując hipoteza o nieznacznym rozprzestrzenianiu narkomanii i narkotyków na analizowanym obszarze została potwierdzona. Porównanie wskaźników dla omawianych krajów do pozostałych krajów Unii Europejskiej wskazuje w większości przypadków na znacznie większą skalę rynków narkotykowych na obszarze pozostałych krajów UE. Omawiane w pracy kraje nie są miejscem produkcji narkotyków na dużą skalę, z wyjątkiem Polski (amfetamina) oraz Czech (metamfetamina), czy kluczowymi miejscami do przemytu narkotyków. Są też oczywiście wyjątki jak wspomniana produkcja amfetamin, czy np. Bułgaria jest krajem gdzie zaczyna się jedna z tras bałkańskiego szlaku przemytu heroiny. W pozostałych krajach UE, do których stosowane jest porównanie, można wyróżnić kraje zarówno produkujące narkotyki, które są następnie przemywane do całej Europy czy poza nią jak np. Belgia czy Holandia (amfetamina, MDMA czy uprawy konopi indyjskiej), jak również miejscami, gdzie są tzw. punkty wejście tras przemytu narkotyków do Europy porty w Belgii, Holandii, Grecji czy na Półwyspie Iberyjskim.

Odnosząc się do drugiej hipotezy pracy „Sytuacja społeczno-ekonomiczna państw nie jest grupą czynników różnicujących skalę i rodzaj problemu narkotyków i narkomanii”, można stwierdzić, że została ona potwierdzona na podstawie zaprezentowanych w tym rozdziale informacji. Nie odnotowano wyraźnych korelacji ze zmiennymi opisanymi w rozdziale 2. Wskaźnik dostępności do amfetaminy korelowały słabo z Indekssem Wolności Prasy. Z kolei inny wskaźnik dostępności do konopi indyjskich także korelował słabo z Indekssem Rozwoju Społecznego. Związki jakie występowały niekiedy, to korelacje z wiekiem jak mediana wieku (wskaźnik liczby przestępstw narkotykowych, średnia czystość amfetaminy) lub grupy wiekowe (średnia czystość amfetaminy), które jednak pojawiały się przy pojedynczych wskaźnikach. Jedynie w przypadku średniej ceny amfetaminy odnotowano korelację z kilkoma zmiennymi (Indeksem Wolności Prasy, Indeksu Rozwoju Społecznego, Indeksu Percepcji Dobrobytu oraz z Indekssem Percepcji Korupcji). Ale w tym przypadku obliczenia zastosowano do 9 krajów z powodu braku danych dla dwóch pozostałych, więc należy je traktować z ostrożnością. Ponadto średnia czystość oraz

cena amfetaminy nie była kluczową zmienną do analizy czynników różnicujących jak np. są nimi liczby i ilości zabezpieczonej marihuany, amfetaminy czy heroiny.

6. Przestrzenne zróżnicowanie problemu nowych substancji psychoaktywnych

6.1 Opis poszczególnych krajów

Bulgaria

Badanie Flash Eurobarometer 401, zlecone przez Komisję Europejską, a wykonane na reprezentatywnej grupie osób w wieku 15–24 lata w 2014 roku, pokazuje, że nowe substancje psychoaktywne są używane w Bułgarii poniżej średniej unijnej. W 2014 roku wskaźnik ten wyniósł 6%, podczas gdy średnia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Badania ESPAD z 2015 roku odnotowują, że używanie nowych substancji psychoaktywnych zadeklarowało 8,3% badanych w wieku 16 lat (ESPAD Report 2015, 2016), czyli dwa razy więcej niż średnia z całego badania (4%) (ESPAD report 2015, 2016). Według danych z badania krajowego z 2016 roku 1,1% respondentów w grupie wiekowej 15–64 lata przynajmniej raz w życiu użyło nowych substancji psychoaktywnych. W ostatnich 12 miesiącach przed badaniem używało 0,4% badanych (15–64 lata) (0,5% mężczyzn; 0,3% kobiet). W grupie wiekowej 15–34 lata rozpowszechnienie nowych substancji psychoaktywnych w ciągu roku przed badaniem było wyższe 1,1% (1,3% mężczyzn i 0,9% kobiet) (Bulgaria Drugs Workbook, 2017). Całkowita waga skonfiskowanych nowych substancji psychoaktywnych wyniosła 12070,71 g w 2016 roku. Większość nowo zidentyfikowanych substancji należało do grupy syntetycznych kannabinoidów. W 2016 roku stanowiły one ponad 96% wszystkich skonfiskowanych zidentyfikowanych nowych substancji psychoaktywnych w Bułgarii. Największa ilość zidentyfikowanych syntetycznych kannabinoidów w Bułgarii to 5-Fluoro-ADB (5F-MDMB-PINACA) – 4010 g. Pozostałe wykryte substancje należą do grupy katynonów i innych substancji psychoaktywnych (Drug market and crime workbook

Bulgaria, 2017). W ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania odnotowano 128 zabezpieczeń nowych substancji psychoaktywne, co oznacza duży wzrost w porównaniu do 2015 roku (77) (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018).

Chorwacja

Badanie Flash Eurobarometer 401 przeprowadzone na reprezentatywnej grupie osób w wieku 15–24 lata, pokazuje, że używanie nowych substancji psychoaktywnych jest poniżej średniej unijnej. W 2014 roku wskaźnik ten wyniósł 6%, podczas gdy średnia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Jednakże używanie nowych substancji psychoaktywnych wśród uczniów w wieku 16 lat według badania ESPAD w Chorwacji było powyżej średniej unijnej (4,0%) w 2015 roku: 7,0% (7,0% po tyle samo dla obu płci) (ESPAD Report 2015, 2016). W ramach zbierania danych ze zgłaszalności do leczenia w 2014 roku po raz pierwszy uwzględniono w kwestionariuszu wypełnianym w trakcie przyjęcia do placówki leczącej osoby uzależnione od substancji psychoaktywnej pytanie o używanie nowych substancji psychoaktywnych. Według tych danych jako narkotyk podstawowy nową substancję psychoaktywną zgłosiły cztery osoby w 2014 roku oraz nie było takich zgłoszeń w 2015 i 2016 roku (Croatia Drugs Workbook, 2017). Informacje o zakresie stosowania nowych substancji psychoaktywnych w Chorwacji wśród problemowych użytkowników narkotyków są bardzo ograniczone (Croatia Drugs Workbook, 2017). Z badań ankietowych przeprowadzonych wśród klientów programów redukcji szkód w Chorwacji (D. Doleżał, 2013) wynika, że osoby uzależnione od opioidów z powodu niedoboru heroiny w Europie w latach 2010 i 2011 nie przeszły na używanie nowych substancji psychoaktywnych np. syntetycznych katynonów, jak to miało miejsce w Polsce, Rumunii czy na Węgrzech, ale skupiały się raczej na stosowaniu leków podawanych w terapii substytucyjnej w celu odurzenia się (Croatia Drugs Workbook, 2017). Wśród uczestników pierwszego badania odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek z 2011 roku (N=600) tylko 2,3% (N=342) przynajmniej raz w życiu stosowało mefedron, 2,9% (N=348) stosowało syntetyczne kannabinoidy i 14,9% (N=369) inne nowe leki. W drugiej rundzie badania (2013) tylko 1,1% (N=570) wszystkich uczestników (N=541) przynajmniej raz w życiu użyło syntetycznych katynonów, 3,5% (N=571) syntetycznych

kannabinoidów i 14,8% (N=567) inne nowe leki (Croatia Drugs Workbook, 2017). Badanie populacji osób w wieku 15–64 lat pokazało, że spośród 4992 respondentów 2,7% stwierdziło, że przynajmniej raz w życiu spróbowało nowej substancji psychoaktywnej podczas gdy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia wśród młodych dorosłych wyniósł 5,4% (15–34 lata) z najwyższym odsetkiem odnotowanym w grupie wiekowej 15–24 lata (6,9%). W ciągu roku przed badaniem 1,3% badanych stosowało nową substancję psychoaktywną (T. Glavak i inni, 2016). W ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania, wykryto w 2016 roku 34 nowe substancje psychoaktywne, co oznacza duży spadek w porównaniu do 2015 roku (168) (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018).

Czechy

Największe rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych odnotowane zostało w Czechach w latach 2010/2011, kiedy w kraju działało odpowiednio 20 i 50 sklepów. Głównie było to spowodowane zamknięciem sklepów w Polsce co spowodowało ich otwieranie w Czechach min dla polskich klientów (V. Běláčková, 2013). Podobnie jak w Polsce, najwyższe rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych odnotowano wśród klientów programów redukcji szkód. Według badania z 2013 roku spośród 1797 klientów takich programów 11% korzystało z nowych substancji psychoaktywnych (K. Grohmannova, 2013). Najpopularniejszą grupą nowych substancji psychoaktywnych były syntetyczne katynony w 2014 roku. Według TOP-10 projektu I-TREND były to: 3-MMC, 4-FA (4-Fluoroamfetamina), 4-MEC, 6-APB, AMT, bk-MDMA (metylon), etkatynon (ETH-CAT), MDPBP, metoksetamina (MXE), MPPP, pentedron (M. Jabłońska i inni, 2017). Sklepy stacjonarne zostały zamknięte w Czechach, jednak nowe substancje psychoaktywne były dostępne on-line. W maju 2014 roku w Czechach działało 30 aktywnych sklepów internetowych sprzedających nowe substancję (M. Martinez i inni, 2016). Według badania I-TREND realizowanego w pięciu krajach³⁰ w latach 2014–2015 roku syntetyczne kannabinoidy były najdroższe w czeskich sklepach on-line (T.M. Brunt i inni, 2017). Badanie Flash Eurobarometer 401 przeprowadzone na reprezentatywnej grupie osób w wieku 15–24 lata, pokazuje, że używanie nowych substancji psychoaktywnych jest

³⁰ Badanie było realizowane w Czechach, Polsce, Wielkiej Brytanii, Francji oraz w Holandii.

poniżej średniej unijnej w Czechach. W 2014 roku wskaźnik ten wyniósł 4%, podczas gdy średnia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Według badania ESPAD z 2015 roku używania nowych substancji psychoaktywnych zadeklarowało 6,52% badanych (6,0% chłopcy oraz 7,0% dziewczęta), co jest powyżej średniej z całego badania (4,0%), jednakże żaden z uczniów nie zgłosił stosowania nowych substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (ESPAD Report 2015, 2016). Według krajowego badania osób w wieku 15–64 lat z 2016 roku używanie nowych substancji psychoaktywnych odnotowano u 0,9% badanych (Czech Republic Drugs Workbook, 2017), co wskazuje na niskie rozpowszechnienie używania nowych substancji. Jednakże badanie skupiające się na zdrowiu i używaniu substancji psychoaktywnych wśród populacji romskiej w 2017 roku (n=546) pokazało, że stosowania nowych substancji psychoaktywnych jest wyższe w niektórych grupach w Czechach jak np. romska społeczność. Około 5,7% badanej populacji stosowało nowe substancje psychoaktywne w ciągu całego życia (9,9% mężczyzn i 1,5% kobiet. W porównaniu z rozpowszechnieniem używania w populacji mieszkańców Czech w wieku 15–64 lat, zażywanie nowych substancji psychoaktywnych w społeczności romskiej było około 5-krotnie wyższe (Czech Republic Drugs Workbook, 2017). W ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania, wykryto w 2016 roku 95 nowych substancji psychoaktywne, co oznacza duży wzrost w porównaniu do 2015 roku (35) (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018). Nowe substancje psychoaktywne nie są problemem w Czechach według opinii eksperta z Czeskiego Focal Pointa (Czechy wywiad, 2021).

Estonia

Nowym zjawiskiem w Estonii w latach 2015–2016 roku było pojawienie się na rynku narkotykowym nowych fentanyli z grupy nowych substancji psychoaktywnych. W 2016 roku 41% zabezpieczonych przez policję fentanyli to były nowe fentanyle, takie jak: acrylfentanyl (130 g), furanylfentanyl (81,6 g), carfentanyl (71,7 g) ocfentanyl (1,01 g), para-fluorofentanyl (0,91 g) i para-fluoroisobutyrylfentanyl (0,12 g) (Estonia Drug Market and Crime Workbook, 2017). Rok później odnotowano zmniejszenie się używania najbardziej popularnego wśród iniekcyjnych użytkowników fentanyle, który został w 2017 roku częściowo zastąpiony syntetycznymi katynonami (stymulant z grupy nowych substancji

psychoaktywnych) (Estonia wywiad, 2021). Według danych z Systemu Wczesnego Ostrzeżenia w 2016 roku analizowano 688 przypadków nowych substancji psychoaktywnych (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018). W tym samym roku odnotowano w Estonii 24 zgony z powodu nowych substancji psychoaktywnych (H. López-Pelayo i inni, 2021). Według badania zachowań zdrowotnych mieszkańców Estonii w wieku 15–64 lata w 2014 roku 0,6% używało kiedykolwiek w życiu nowych substancji psychoaktywnych (0,9% wśród mężczyzn, 0,5% wśród kobiet). W 2016 roku powtórnie przeprowadzone zostało badanie wśród 15–64 latków i ogólne rozpowszechnienie nowych substancji psychoaktywnych wyniosło 1,3% (2,4% wśród mężczyzn i 0,6% wśród kobiet) (Estonia Drug Workbook, 2017). Badanie Flash Eurobarometer 401 przeprowadzone na reprezentatywnej grupie osób w wieku 15–24 lata, pokazuje, że nowe substancje psychoaktywne są używane w Estonii poniżej średniej unijnej. W 2014 roku wskaźnik ten wyniósł 6%, podczas gdy średnia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Według badania ESPAD z 2015 roku do używania kiedykolwiek w życiu nowych substancji psychoaktywnych przyznało się 9,6% badanych uczniów w wieku 16 lat (10,0% wśród chłopców oraz 9,0% wśród dziewcząt). Estonia i Polska odnotowała najwyższe wskaźniki używania nowych substancji psychoaktywnych wśród krajów biorących udział w badaniach ESPAD (ESPAD Report 2015, 2016). Aczkolwiek dane z innych źródeł nie potwierdzają wysokiego poziomu zażywania nowych substancji psychoaktywnych w Estonii, których skala używania wśród młodzieży jest na niskim poziomie. W badaniu przeprowadzonym w mieście Narva w 2014 roku wśród osób wstrzykujących narkotyki 4% (n=14) zgłosiło użycie nowych substancji psychoaktywnych z grupy narkotyków stymulujących (S. Vorobjov, 2015). Jedynym wyjątkiem są nowe fentanyle, które są jednak używane przede wszystkim przez osoby zażywające narkotyki w iniekcjach. Wywiad z ekspertem z Estonii omówił sytuację dotyczącą nowych substancji psychoaktywnych, które według jego opinii nie były problemem w Estonii z wyjątkiem nowych fentanyli. W wywiadzie poruszona została kwestia wysokich odsetków użytkowników nowych substancji psychoaktywnych w badaniu ESPAD, które w opinii rozmówcy są wynikiem błędnego zrozumienia pytania przez badanych uczniów (Estonia wywiad, 2021).

Litwa

Według badania populacji w wieku 15–64 lat z 2016 roku 0,6% respondentów stwierdziło, że używało nowych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu. Istotnie częściej do używania nowych substancji psychoaktywnych przyznawali się mężczyźni w wieku 15–34 lata (mężczyźni – 0,7% i kobiety – 0,1%) (Psichoaktywiują Medžiagą Vartojimo..., 2017). Badania ESPAD pokazują, że wskaźnik używania nowych substancji psychoaktywnych na Litwie zbliżony jest do poziomu europejskiego (5,4% na Litwie, 4,0% w UE) (ESPAD Report 2015, 2016). Badanie Flash Eurobarometer 401 przeprowadzone wśród osób wieku 15–24 lata odnotował, że używanie nowych substancji psychoaktywnych było powyżej średniej UE: 5% na Litwie (średnia UE 3% dane za 2014 rok) (Young People and Drugs ..., 2014). Według danych z Systemu Wczesnego Ostrzegania w 2016 roku odnotowano 439 konfiskat nowych substancji psychoaktywnych. Warto wspomnieć, że w 2016 roku międzyministerialna grupa robocza, która zajmuje się oceną ryzyka nowych substancji psychoaktywnych oceniała pod kątem delegalizacji 86 nowych substancji psychoaktywnych. W wyniku prac tej grupy kontrolą objęto 48 substancji psychoaktywnych na mocy prawa generycznego w 2016 roku (R. Povilanskienė, R. Mačiūnienė, 2018). Ponadto w tym samym roku na Litwie dokonano 433 zabezpieczenia nowych substancji psychoaktywnych i było to kilkakrotnie więcej niż w roku 2015 (62 przypadki) (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018). W opinii ekspertów z Litwy nowe substancje psychoaktywne nie są problemem, głównie z powodu małego rozpowszechnienia używania tych substancji i małej skali problemów nimi spowodowanych. Litwa również nie miała dużego rynku tych substancji (Litwa wywiad 1, 2018; Litwa wywiad 2, 2018).

Łotwa

W ramach ogólnokrajowego badania osób w wieku 15–64 lat zrealizowanego w 2015 roku, respondentów zapytano, czy kiedykolwiek próbowali odurzających mieszanek/kadzideł do palenia (np. tzw. mieszanki „Spice³¹ Group” lub Alarma) z grupy nowych substancji psychoaktywnych. Wyniki pokazały, że takich mieszanek próbowało 2,8% osób w wieku 15–64 lat (4,5% mężczyzn, 1,2% kobiet). Spośród

³¹ Nazwa „Spice” była stosowana do pierwszych mieszanek roślinnych nasączanych syntetycznymi kannabinoidami w efekcie na początku używana była jako nazwa dla wszystkich tego typu produktów.

wszystkich, którzy kiedykolwiek próbowali „Spice” lub podobnych substancji, zrobiło to 0,7% w ciągu ostatniego roku przed badaniem (Latvia Drugs Workbook, 2017). Badanie Flash Eurobarometer 401 przeprowadzone na reprezentatywnej grupie osób w wieku 15–24 lata, pokazuje, że używanie nowych substancji psychoaktywnych jest powyżej średniej unijnej na Łotwie. W 2014 roku wskaźnik ten wyniósł 9%, podczas gdy średnia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Także używanie nowych substancji psychoaktywnych wśród uczniów w wieku 16 lat według badania ESPAD na Łotwie (6,6%, w tym: 8% wśród chłopców oraz 5% wśród dziewcząt) było powyżej średniej unijnej (4,0%) w 2015 roku (ESPAD report 2015, 2016). Według danych z placówek leczniczych 103 pacjentów, którzy stosowali nowe substancje psychoaktywne było odnotowanych w rejestrze pacjentów podejmujących leczenie z powodu narkotyków w 2016 roku. Jednakże nastąpiło zmniejszenie liczby leczonych osób od 2013 (245 osób). Spadek liczby pacjentów można wyjaśnić bardzo rygorystycznymi zmianami w przepisach związanych z narkotykami, w szczególności nowymi substancjami psychoaktywnymi z 2014 roku (Latvia Drugs Workbook, 2017)³². Według danych z Policji nastąpił spadek liczby konfiskat nowych substancji psychoaktywne o 62% z 889 przypadków w 2014 roku do 340 w 2016 roku co może być związane głównie ze zmianami legislacyjnymi w 2014 roku (Latvia Drug market and crime workbook, 2017). Wraz z tymi zmianami dystrybucja nowych substancji psychoaktywnych na legalnym rynku została zatrzymana, ale na nielegalnym rynku na mniejszą skalę była kontynuowana. Rynek nowych substancji psychoaktywnych był w 2016 roku bardziej zróżnicowany. Na przykład syntetyczne kannabinoidy czy Spice były główną grupą substancji na rynku dopalaczy w 2014 roku – 92% wszystkich dopalaczy stanowiły kannabinoidy syntetyczne. W 2016 roku gdy są one tylko na nielegalnym rynku inne grupy stają się coraz bardziej powszechne, zwłaszcza syntetyczne opioidy, a na mniejszą skalę fenetyloaminy (Latvia Drug market and crime workbook, 2017). W 2016 roku w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania odnotowano na Łotwie 467 przypadków zabezpieczenia nowych substancji psychoaktywnych (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018).

³² Więcej o zmianach prawnych znajdują się w rozdziale 7.2.

Polska

Największy rynek nowych substancji w Polsce występował w 2010 roku. W tym roku również wskaźniki używania wśród młodzieży były najwyższe wśród młodzieży – w badaniu Fundacji CBOS 12% spośród zapytanych uczniów w wieku 18 lat deklarowało zażywanie nowych substancji psychoaktywnych (Opinie i Diagnozy ..., 2017). W 2010 roku w całym kraju działało ponad 1 300 sklepów stacjonarnych oferujących nowe substancje psychoaktywne. Sprzedaż była prowadzona zarówno przez kanały dystrybucji on-line, jak i w sklepach stacjonarnych (P. Jabłoński, A. Malczewski, 2014). Najbardziej rozpowszechnionymi dopalaczami w 2014 i 2015 według badania I-TREND roku były katynony i syntetyczne kannabinoidy jak np. 3-MMC; ethcathinone; pentedron; 3,4-DMMC; alpha-PVP; brefedron; pMPPP oraz UR-144 i AM-2201 (M. Jabłońska i inni, 2017). Według tego badania 1/3 zakupionych nowych substancji psychoaktywnych miała inny skład chemiczny niż był on deklarowany przez sprzedawców (A. Malczewski, P. Sałustowicz, 2015). Dodatkowo ilościowe badanie w ramach projektu I-TREND na próbie n=1385 osób pokazało, że najczęściej używaną nową substancją psychoaktywną podczas ostatniego użycia był mefedron (17,7% badanych) (D. Wiszejko-Wierzbicka i inni, 2016). W 2014 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna nałożyła na właścicieli sklepów sprzedających nowe substancje psychoaktywne kary w wysokości ponad 14 007 100 zł (Raport Głównego..., 2015). W kolejnym roku doszło do fali zatruc z powodu nowych substancji psychoaktywnych. W 2015 roku odnotowano ich rekordową liczbę, bo aż 7284 w kolejnym roku liczba zatruc zmniejszyła się do 4369 (Raport Głównego..., 2017). Jednakże w latach 2013–2015 zgłoszono tylko 34 przypadki śmiertelne związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi, ale tylko w 8 przypadkach potwierdzono, że nowe substancje psychoaktywne były przyczyną zgonu (M. Bujalski i inni, 2017). W 2016 roku odnotowano 7 zgonów z powodu nowych substancji psychoaktywnych (H. López-Pelayo i inni, 2021). Dane z badań odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek wyraźnie pokazują zmiany na polskiej scenie narkotykowej. Wzrosło używania nowych substancji, a zmniejszyło się heroiny. W 2016 roku działało w Polsce około 100 sklepów stacjonarnych, które były albo samodzielnymi punktami

sprzedazy lub sklepami powiazanymi z onkretnym dystrybutorem³³. Okolo 40% odbiorcow programow wymiany (dane za 2016 rok) w ciagu ostatnich 30 dni przed badaniem zazywalo nowe substancje psychoaktywnych (A. Malczewski, 2018c). W calaj populacji skala uzywania nowych substancji psychoaktywnych jest na niskim poziomie, do ich uzywania kiedykolwiek w zyciu przyznal sie niewielki odsetek badanych (2,2%) – wedlug badan z 2014/2015 roku (Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzaleznien, 2015). Badanie Flash Eurobarometer 401 pokazuje, ze nowe substancje psychoaktywne sa uzywane w Polsce powyzej sredniej unijnej. W 2014 roku wskaznik ten wyniosl 9%, podczas gdy srednia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Wedlug badania ESPAD w 2015 roku do uzywania kiedykolwiek w zyciu nowych substancji psychoaktywnych przyznalo sie 9,6% badanych uczniow w wieku 16 lat (10,0% wzrod chlopcow oraz 9,0% wzrod dziewczat), czyli prawie dwa i polkrotnie wiecej niz srednia z calego badania (4%). Nizsze wskazniki odnotowano w kolejnym badaniu przeprowadzonym na mlodziuzy szkolnej w wieku 18 lat. Wyniki pokazaly, ze nowych substancji psychoaktywnych uzywalo 4% w 2016 roku (Opinie i Diagnozy ..., 2017). Dane dotyczace zgloszalnosci do leczenia z 2017 roku wskazuja, ze 4,3% osob, ktore zglosily sie na leczenie z powodu narkotykow, zglosilo syntetyczne katynony jako substancje z owodu, ktorej osoby podjely leczenie (A. Malczewski, 2018c). System Wczesnego Ostrzegania odnotowal w 2016 roku 28181 nowych substancji psychoaktywnych wykrytych w Polsce (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018).

Rumunia

Dane z badania w wieku 15–64 lat z 2016 roku wskazuja, ze okolo 2,5% doroslych probowalo nowych substancji psychoaktywnych, co najmniej raz w zyciu, chociaz regularne stosowanie pozostaje rzadkie i dotyczy glownie ludzi mlodych. W ciagu ostatniego roku przed badaniem odsetek uzytkownikow tych substancji wyniosl 0,9% (Romania Drug Workbook, 2017). Badanie Flash Eurobarometer 401 pokazuje, ze uzywanie nowych substancji psychoaktywnych jest ponizej sredniej unijnej. W 2014 roku wskaznik ten wyniosl 5% (15–24 lata), podczas gdy srednia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Wedlug wynikow badania ESPAD z 2015, nowe substancje psychoaktywne plasuja sie na drugim miejscu po konopiach

³³ jak np. sklepy w Pabianicach z firma majaca strone pod adresem *kolecjoner.nl* (A. Malczewski, M. Kidawa, 2018).

indyjskich, bo 5,1% 16-letnich uczniów zadeklarowało chociaż raz użycie nowych substancji psychoaktywnych, a 3,0% wymieniło ich używanie w ciągu ostatniego roku przed badaniem (ESPAD Report 2015, 2016). Najczęściej stosowanymi formami nowych substancji psychoaktywnych, są postacie mieszanek ziół do palenia (3%), natomiast 0,4% respondentów zażywa nowych substancji psychoaktywnych w formie proszków, kryształków lub tabletek (Romania Country Drug Report, 2018). Używanie nowych substancji psychoaktywnych znajduje się na trzecim miejscu wśród przyczyn zgłaszalności do leczenia narkotykowego (19,6%) w 2016 roku w Rumunii (Romania Treatment Workbook, 2017). W 2016 roku liczba interwencji medycznych z powodu używania nowych substancji psychoaktywnych wyniosła 1236 interwencji, co oznacza spadek w porównaniu do roku 2015 (1928) (Romania Drug Workbook, 2017). Nowe substancje psychoaktywne zajmują czołowe miejsce w rankingu interwencji medycznych na skutek używania narkotyków – odsetek tego typu interwencji wyniósł 40,4% w 2016 roku (Romania Drug Workbook, 2017). Ponadto w 2016 roku odnotowano 4 zgony z powodu nowych substancji psychoaktywnych (H. López-Pelayo i inni, 2021). System wczesnego ostrzegania odnotował w 2016 roku 19 nowych substancji psychoaktywnych wykrytych w umunii (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018). W 2016 roku odnotowano 4 zgony z powodu nowych substancji psychoaktywnych (H. López-Pelayo i inni, 2021). W opinii eksperta z rumuńskiego Focal Pointa problem nowych substancji psychoaktywnych w 2016 roku nie był duży. O wiele większy był w 2015 roku, kiedy odnotowano zostały wysokie liczby zatruc z powodu nowych substancji psychoaktywnych (Rumunia wywiad, 2021).

Słowacja

W 2015 roku mniej niż 1% dorosłych w wieku 15–64 lat używało jakiegokolwiek nowej substancji psychoaktywnej kiedykolwiek w życiu według ogólnokrajowych badań. Syntetyczne kannabinoidy używało 0,4% badanych a syntetyczne katynony 0,3% (Country Report on Drug Situation Slovakia, 2016). Wyniki badania Flash Eurobarometer 401 z 2014 roku pokazują, że nowe substancje psychoaktywne są używane na Słowacji powyżej średniej unijnej. W 2014 roku wskaźnik ten wyniósł 10%, podczas gdy średnia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Podobnie w przypadku badania szkolnego do używania kiedykolwiek w życiu nowych

substancji psychoaktywnych przyznało się 8% badanych uczniów w wieku 16 lat (4,0%, po tyle samo dla obu płci), czyli powyżej średniej dla całego badania, która wyniosła 3,9% (ESPAD Report 2015, 2016). Wyniki powyższych badań dotyczących nowych substancji psychoaktywnych uzupełniają badania na studentach wyższych uczelni z 2013 roku. W reprezentatywnej próbie studentów w wieku 19–25 lat (N=1065) odnotowano, że 2,9% badanych używało kiedykolwiek w życiu syntetyczne kannabinoidy oraz syntetyczne katynony (mefedronie lub/i MDPV) 0,5% respondentów (A. Nociar, 2014). W 2016 roku odkryto pierwszą przemysłową produkcję nowych substancji psychoaktywnych na Słowacji. Zorganizowana grupa obywateli polskich miała przygotować się do produkcji 3-CMC (Slovakia Drug market and crime workbook, 2017). Informacji o nowych substancjach psychoaktywnych dostarczają również badania ścieków komunalnych, których próbki pobrano z dziewięciu miast słowackich w ciągu dwóch lat (2017–2018) oraz podczas trzech festiwali muzycznych. W badaniu wzięło udział około 20% populacji słowackiej i 50 000 uczestników festiwalu. Podczas dwóch festiwali poszukiwano 30 nowych substancji psychoaktywnych w ściekach. W niskim zakresie stężenia metabolitów stwierdzono obecność pięciu nowych substancji psychoaktywnych należących do klas syntetycznych katynonów (mefedron, metakatynon, bufedron i pentedron) oraz fenetylamin (25-iP-NBoMe) (P. Brandeburovaal i inni, 2020). Nowe substancje psychoaktywne nie są problemem na Słowacji według opinii eksperta ze Słowackiego Focal Pointa. Używanie nowych substancji psychoaktywnych występuje przede wszystkim w ołudniowych częściach Słowacji wśród uboższych i słabiej wykształconych grup (Słowacja wywiad, 2021).

Słowenia

Mniej niż 1% dorosłych w wieku 15–64 lat w Słowenii zgłosiło, że kiedykolwiek stosował nową substancję psychoaktywną według badań z 2011–2012. Niemniej jednak dane z innych źródeł, wskazują, że stosowanie nowych substancji psychoaktywnych samodzielnie lub w połączeniu z uznaną nielegalną substancją może występować częściej wśród młodych ludzi w środowisku rekreacyjnym (Slovenia Country Drug Report, 2018). Charakterystyka używania nowych substancji psychoaktywnych zbadana została za pomocą kwestionariusza (n=249) wśród użytkowników nowych substancji psychoaktywnych ze Słowenii w 2014 r.

Większość użytkowników tych substancji próbowała syntetycznych katynonów. Większość respondentów objętych tych badaniem próbowało 3-MMC (67,9%), podczas gdy 43,0% próbowało metylonu, a 37,3% próbowało mefedronu (4-MMC) (M. Sande, 2016). Według badań przeprowadzonych wśród studentów Uniwersytetu w Lublaniu wynika, że 1,8% badanych używało halucynogennej nowej substancji psychoaktywnej (25C-NBOMe) (Slovenian Drug Workbook, 2017). Wyniki badania Flash Eurobarometer 401 z 2014 roku pokazują, że nowe substancje psychoaktywne są używane na Słowenii powyżej średniej unijnej. W 2014 roku wskaźnik ten wyniósł 13%, podczas gdy średnia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Podobnie w przypadku badania szkolnego ESPAD do używania kiedykolwiek w życiu nowych substancji psychoaktywnych przyznało się 2,9% badanych uczniów w wieku 16 lat (3% wśród chłopców oraz 3% wśród dziewcząt), czyli poniżej średniej dla całego badania, która wyniosła 4% (ESPAD Report 2015, 2016). W 2016 roku zgłoszono 10 zatruć nowymi substancjami psychoaktywnymi, co oznacza dwukrotny wzrost z 2015 roku (pięć przypadków) (Slovenian Harms and harm reduction workbook, 2018). System wczesnego ostrzeżenia odnotował w 2016 roku 192 nowych substancji psychoaktywnych wykrytych na Słowenii (Słowacki Early Warning System Data, 2017).

Węgry

Badanie Flash Eurobarometer 401 pokazuje, że nowe substancje psychoaktywne są używane na Węgrze poniżej średniej unijnej. W 2014 roku wskaźnik ten wyniósł 4% (15–24 lata) podczas gdy średnia UE to 8% (Young People and Drugs ..., 2014). Na Węgrzech przeprowadzone zostało badanie ESPAD w 2015 roku według, którego do używania kiedykolwiek w życiu nowych substancji psychoaktywnych przyznało się 3,6% badanych uczniów w wieku 16 lat (4% wśród chłopców oraz 5% wśród dziewcząt), czyli tyle ile średnia dla całego badania. Jednakże wyniki pytania o używanie syntetycznych kannabinoidów (nowe substancje psychoaktywne) zadanego na Węgrze w badaniu ESPAD pokazało na wysokie wskaźniki używania tej substancji wśród uczniów ponieważ 10% badanych używało syntetyczne kanabinoidy druga pozycja po najbardziej popularnej marihuanie (18,6%) (Zs. Eelekas, 2016). Według ogólnokrajowego badania wśród osób w wieku 18–64 lat z 2015 roku syntetyczne kanabinoidy (nowe substancje psychoaktywne) były na

trzecim miejscu (4,2%) pod względem rozpowszechniania używania po marihuanie (13,6%) oraz ecstazy (7,3%). Ponadto nowe substancje psychoaktywne z grupy stymulantów także były używane w badanej grupie (2,7%) (B. Paksi i inni, 2015). Dane uzyskane z programów wymiany igieł i strzykawek pokazały, że wzrasta popularność używania nowych substancji psychoaktywnych w iniekcjach. W 2009 roku 56% osób iniekcyjnych użytkowników narkotyków objętych pomocą programów redukcji szkód wstrzykiwało głównie heroinę, w 2016 roku tylko 5% klientów deklaroowało, że używało głównie tej substancji (O. Fóti, 2017). Pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych w 2010 roku (A. Lajta i inni, 2020) całkowicie przekształciło strukturę dotychczasowych wzorów używania narkotyków. Dane wskazują, że wzrost iniekcyjnego używania syntetycznych stymulantów (grupa nowych substancji psychoaktywnych, głównie syntetyczne katynony) spowodowało, iż w 2010 roku rozpowszechnienie iniekcyjnego używania tych substancji okazało się wyższe od heroiny, a w 2013 roku przewyższyło używanie amfetaminy. W 2010 roku mniej niż 8% klientów programów wymiany igieł i strzykawek używało syntetycznych stymulantów z grupy nowych substancji psychoaktywnych, natomiast w 2015 roku odsetek ten wyniósł aż 80% (Drugs Hungarian Workbook, 2018). Od roku 2016 iniekcyjne używanie syntetycznych katynonów stabilizuje się (główny narkotyk przyjmowany iniekcyjnie wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek w 2016 roku: 78%) (Zs. Kaló i inni, 2018). W 2016 rok odnotowano wzrost wdychania (folia aluminiowa) substancji tradycyjnie wstrzykiwanych oraz okresową bądź permanentną zmianę w kierunku używania syntetycznych kannabinoidów (palenie) (Drugs Hungarian Workbook, 2018). W roku 2010 głównym wstrzykiwanym syntetycznym stymulantem zażywany przez iniekcyjnych użytkowników narkotyków był mefedron, w roku 2011 MDPV, natomiast od roku 2012 substancja obiegowo nazywana „penta crystal/crystal” (Drugs Hungarian Workbook, 2018). Według analizy zawartości strzykawek z Budapesztu w 2017 używanych do iniekcji 80% z nich zawierało syntetyczne katynony (T.M. Brunt i inni, 2021). W 2016 roku odnotowano 13 zgonów z powodu nowych substancji psychoaktywnych (H. López-Pelayo i inni, 2021). System wczesnego ostrzegania odnotował w 2016 roku 5909 nowych substancji psychoaktywnych wykrytych na Słowenii (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018).

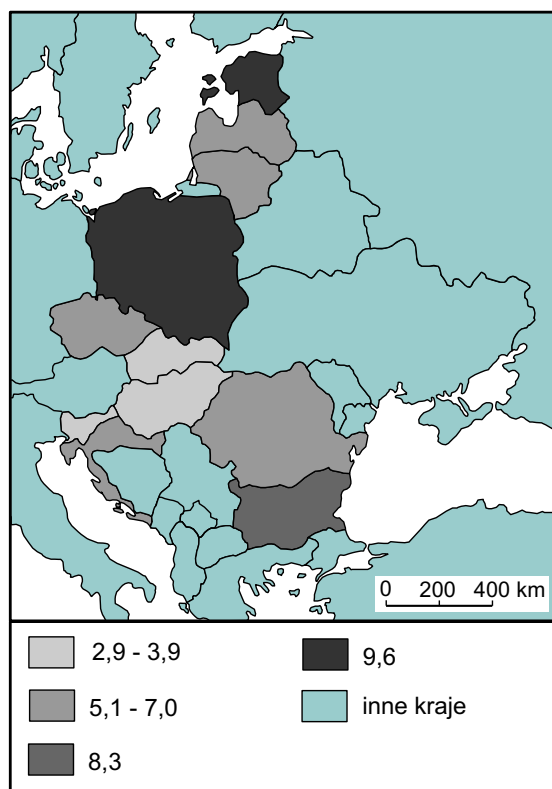
6.2. Synteza

Mając na względzie specyfikę nowych substancji psychoaktywnych (dopalaczy) oraz dynamikę zmian na tym rynku narkotykowym – uznano, że niemożliwe jest dokonanie syntezy tylko w oparciu o dane statystyczne. Dlatego też przeprowadzono dwie syntezy czątkowe. Pierwsza powstała w oparciu o dane statystyczne i została przedstawiona w tab. 6.1. i na ryc. 6.7. Druga synteza cząstkowa powstała w oparciu o badania zrealizowane wśród ekspertów z poszczególnych krajów. A jej wyniki przedstawiono w tab. 6.2. i na ryc. 6.8. Z kolei wyniki syntezy głównej powstały w oparciu o kolumnę G z tab. 6.1. i kolumnę B z tab. 6.2. przedstawiono w tab. 6.3. i na ryc. 6.9.

Opierając się na danych statystycznych kompleksowo sytuację w zakresie nowych substancji psychoaktywnych oceniono w oparciu o sześć zmiennych, które można połączyć w cztery grupy. Pierwsza obejmuje trzy zmienne i dotyczy deklaracji używania tych substancji kiedykolwiek w życiu przez różne grupy wiekowe badane według różnych badań. Czwarta zmienna zawiera informację na temat liczby zabezpieczonych nowych substancji psychoaktywnych w 2016 roku w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o nowych narkotykach. Piąta zawiera deklaracje łatwości zdobycia w ciągu doby nowych substancji psychoaktywnych, a szósta umieralności z powodu tych substancji.

Na rycinie 6.1. przedstawiono przestrzenne zróżnicowanie skali używania nowych substancji psychoaktywnych wśród 16-latków według badań ESPAD przeprowadzonych w 2015 roku. Jest to odsetek respondentów, którzy zadeklarowali używanie nowych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu. Najwyższe odsetki odnotowano w Polsce i w Estonii (po 9,6%) oraz w Bułgarii (8,3%), a najniższe na Słowenii 2,9%. Patrząc na rycinę 6.1. nie widzimy wyraźnych prawidłowości przestrzennych. Można wprawdzie stwierdzić, że w centralnej części (Słowacja, Słowenia, Węgry) analizowanego obszaru sytuacja jest lepsza, niż w jego północnej i południowej części. Ale jest to raczej skutek przypadku. Sytuacja jest mało zróżnicowana (współczynnik zmienności właściwej osiąga wartość 35,3%). Nie widać także związków (korelacje poniżej $|0,07|$) ze zmiennymi opisanymi w rozdziale 2. Porównując wyniki badania dla omawianych krajów do średniej dla całego badania ESPAD, która wyniosła 4%, stwierdzamy, że prawie wszystkie

analizowane kraje (oprócz Słowenii i Słowacji) miały odsetek wyższy od średniej dla tego badania³⁴.



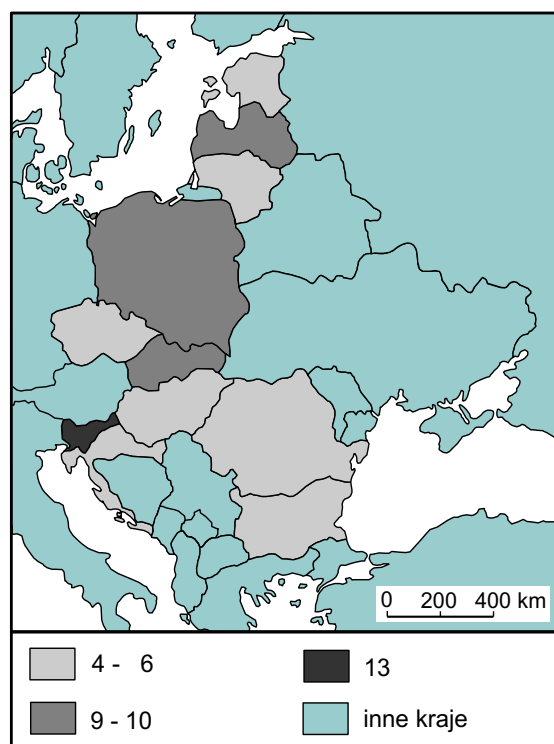
Ryc. 6.1. Przestrzenne zróżnicowanie skali używania nowych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wśród 16 latków (w %) z 2015 roku według badania ESPAD.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ESPAD Report 2015, 2016.

Na rycinie 6.2. przedstawiono przestrzenne zróżnicowanie używania nowych substancji psychoaktywnych za pomocą wskaźnika używania kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15–24 lat. Badanie Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401 zostało zrealizowane w 2014 roku na zlecenie Komisji Europejskiej. Najwyższe odsetki badanych deklarujących używanie tych substancji psychoaktywnych odnotowano w Słowenii (13%) oraz Słowacji (10%). Najniższe wskaźniki stwierdzono dla Węgier oraz Czech (po 4%). Sytuacja, podobnie jak w przypadku wyników dla badań wśród 16-latków, jest mało zróżnicowana (współczynnik zmienności właściwej równy 39,0%). Spośród zmiennych opisujących sytuację społeczno-ekonomiczną w tych krajach, jedynie w odniesieniu do Indeksu Percepcji Dobrobytu wystąpiła niewielka ujemna korelacja (-0,51), ale

³⁴ Wśród pozostałych krajów Unii Europejskiej, które wzięły udział w badaniu ESPAD, tylko Irlandia (6,6%) i Włochy (5,7%) odnotowały wyższe wskaźniki niż 4,0%.

uznano ją za przypadkową. Porównując odsetek deklaracji dla całego badania (8%) do wyników dla analizowanych krajów odnotowujemy, że cztery kraje z badanego regionu obszaru (jak również cztery kraje Zachodniej Europy) odnotowały wskaźniki wyższe od średniej dla całego badania. Wśród 10 krajów z najniższymi odsetkami 4 należą do badanych w pracy. Można zatem wysnuć wniosek, że skala używania na analizowanym obszarze była podobna panującej w pozostałej części objętej badaniem Europy.

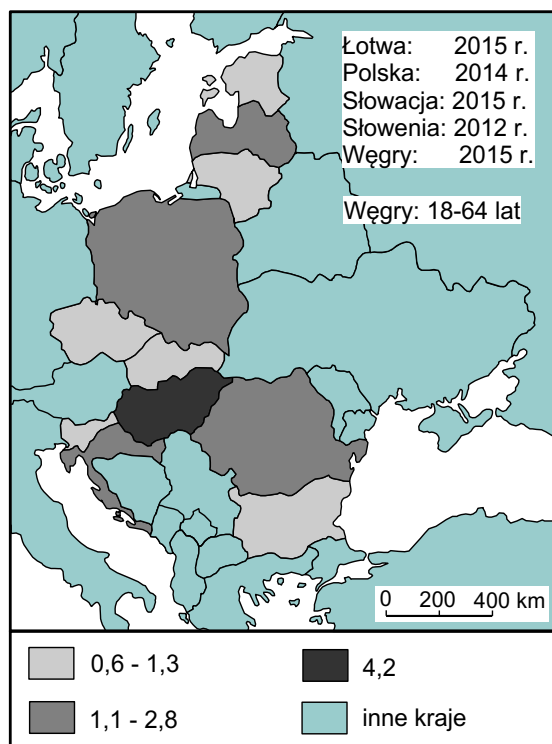


Ryc. 6.2. Przestrzenne zróżnicowania odsetka osób używających nowych substancji psychoaktywnych – wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15–24 lat według badań z 2014 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401, 2014.

Z kolei rycina 6.3. przedstawia przestrzenne zróżnicowanie używania nowych substancji psychoaktywnych – wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15–64 lat (18–64 lat dla Węgier) według badań realizowanych w latach 2012–2016. Najwyższy odsetek odnotowano na Węgrzech 4,2%, a na „podium” są jeszcze Łotwa (2,8%) oraz Chorwacja (2,7%). Najniższe odsetki odnotowano na Litwie (0,6%). Patrząc na wyniki używania nowych substancji psychoaktywnych, które przedstawiono na rycinie 6.3. – nie dostrzegamy prawidłowości

przestrzennych. A sytuacja w zakresie jest zróżnicowana w średnim stopniu (współczynnik zmienności właściwej osiągnął wartość 59,1%). Badając korelacje między odsetkami użytkowników nowych substancji psychoaktywnych a zmiennymi z rozdziału 2 stwierdzamy, że niewielka ujemna korelacja (-0,57) występuje jedynie w przypadku Indeksu Percepcji Korupcji (lecz uznano ją za przypadkową).

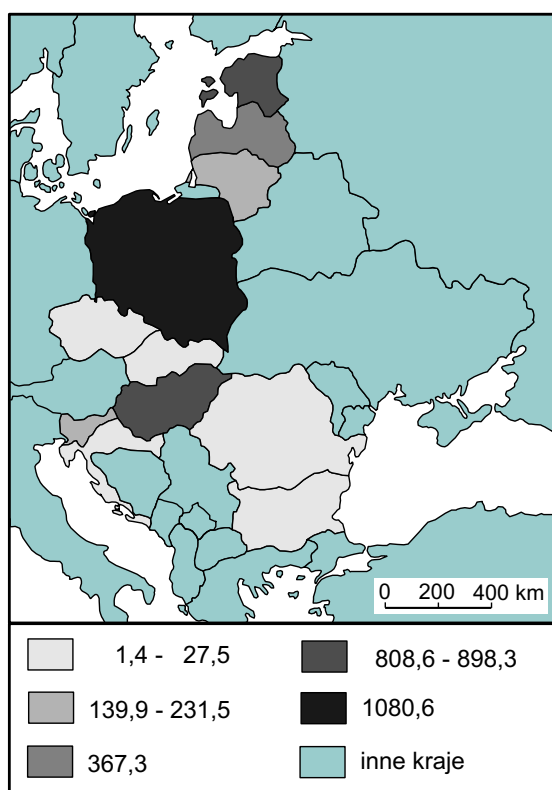


Ryc. 6.3. Przestrzenne zróżnicowanie używania nowych substancji psychoaktywnych – wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15-64 lat według badań z lat 2012–2016.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Bulgaria Drugs Workbook, 2017; T. Glavak i inni, 2016; Czech Republic Drugs Workbook, 2017; Estonia Drug Workbook, 2017; Psichoaktywną Medžiagą Vartojimo..., 2017; Latvia Drugs Workbook, 2017; Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień, 2015; Romania Drug Workbook, 2017; Country Report on Drug Situation Slovakia, 2016; Slovenia Country Drug Report, 2018; B. Paksi i inni, 2015.

Wskaźnik liczby zabezpieczonych nowych substancji psychoaktywnych w 2016 roku raportowany w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach przedstawiono na rycinie 6.4. Najwyższe wskaźniki odnotowano w Polsce (1080,6), jak również na Węgrzech (898,3) oraz Estonii (808,6). Najniższy wskaźnik wystąpił w Rumunii (1,4). Patrząc na rycinę 6.4. widzimy, że gorsza sytuacja występuje na północy charakteryzowanej grupy państw (kraje Rady Bałtyckiej plus Polska). Sama sytuacja jest dość zróżnicowana, gdyż współczynnik zmienności właściwej wyniósł 119,1%. Nie odnotowano związku liczby zatrzymań

nowych substancji psychoaktywnych ze zmiennymi opisanymi w rozdziale 2. (najwyższa odnotowana korelacja nie przekroczyła wartości $|0,31|$).

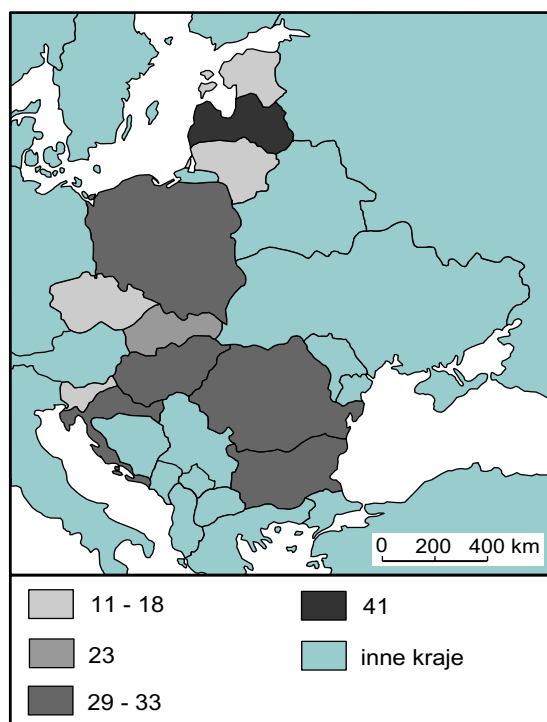


Ryc. 6.4. Przestrzenne zróżnicowanie wskaźnika liczby zabezpieczonych nowych substancji psychoaktywnych w 2016 roku w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach – wskaźnik na milion mieszkańców.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Early Warning System Database of EMCDDA, 2018.

Rycina 6.5. zawiera informacje na temat przestrzennego zróżnicowania odsetka osób w wieku 15–24 lat, które uważają, że zdobycie nowych substancji psychoaktywnych w ciągu 24 godzin jest łatwe. Dane pochodzą z badania pt. Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401. Badanie to zostało zrealizowane w 2014 roku na zlecenie Komisji Europejskiej. Najwyższe wskaźniki odnotowano na Łotwie (41%), Bułgarii (33%) oraz w Polsce (33%), a najniższe w Czechach 11% oraz Estonii (14%). Patrząc na rycinę 6.5. nie dostrzegamy prawidłowości przestrzennych. Ponadto sytuacja jest mało zróżnicowana, gdyż współczynnik zmienności właściwej wynosi 36,3%. Widać za to, że kraje najbardziej zaawansowane w reformach (Słowenia, Czechy, Estonia) oraz dodatkowo Litwa mają najlepszą sytuację. To spostrzeżenie potwierdzają korelacje prezentowanych wyników badania ze zmiennymi opisującymi sytuację społeczno-gospodarczą ludności

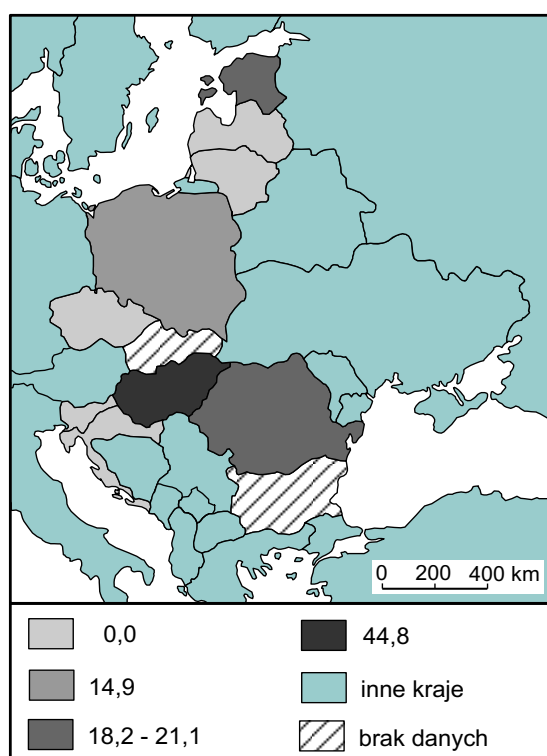
oraz korupcję: -0,65 z Indekssem Rozwoju Społecznego, 0,57 z Indekssem Percepcji dobrobytu oraz -0,64 z Indekssem Percepcji Korupcji. Porównując wyniki badania poszczególnych krajów do średniej dla całego pomiaru odnotowujemy, że ponad połowa analizowanych w pracy państw ma wyższe odsetki (6), a z pozostałych krajów UE tylko 5 ma wyższe wskaźniki. Można zatem pokusić się o stwierdzenie, że dostępność nowych substancji psychoaktywnych w objętych badaniem państwach jest wyższa niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej.



Ryc. 6.5. Przestrzenne zróżnicowanie odsetka osób uważających jako łatwe zdobycie nowych substancji psychoaktywnych w ciągu 24 godzin wśród osób w wieku 15-24 lat według badań z 2014 roku.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401, 2014.

Przestrzenne zróżnicowanie odsetka zgonów z powody nowych substancji psychoaktywnych wśród wszystkich zgonów z powodu narkotyków za 2016 rok zaprezentowano na ryc. 6.6. Najwyższy odsetek odnotowano na Węgrzech (44,8%), za którymi są Rumunia (21,1%) i Estonia (18,2%). Najmniejszy odsetek zgonów odnotowano w Polsce (14,9%). Wszystkie kraje, w których odnotowano chociaż jeden zgony z powodu nowych substancji – miały odsetek tych zgonów wśród wszystkich z poziomu narkotyków wyższy od europejskiego 11,7%. Dla Bułgarii oraz Słowacji nie było informacji na temat tego typu zgonów, a w pozostałych krajach

nie odnotowano zgonów z powodu nowych substancji. Patrząc na rycinę. 6.6 nie widzimy prawidłowości przestrzennych. Kraje o średnim bądź wysokim odsetku tych zgonów sąsiadują z państwami, w których nie odnotowano umieralności z powodu nowych substancji psychoaktywnych. Aczkolwiek sytuację w tym zakresie możemy uznać za bardzo zróżnicowaną (współczynnik zmienności właściwej równy aż 132,7%), głównie za sprawą Estonii. Natomiast nie widać wyraźnych korelacji ze zmiennymi społeczno-ekonomicznymi opisanymi w rozdziale 2. (wszystkie są poniżej |0,44|).



Ryc. 6.6. Przestrzenne zróżnicowanie odsetka zgonów z powodu nowych substancji psychoaktywnych wśród wszystkich zgonów z powodu narkotyków w 2016 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z H. López-Pelayo i inni, 2021.

Dane z badań i analiz omówione w tym podrozdziale zostały porangowane w celu otrzymania grup krajów podzielonych według wielkości problemu nowych substancji psychoaktywnych (tabela 6.1.). Zastosowanie metody rangowania ma posłużyć do weryfikacji hipotezy trzeciej niniejszej pracy: „Problem nowych substancji psychoaktywnych dotyczy przede wszystkim krajów charakteryzujących się represyjną polityką narkotykową”. Otrzymane w ten sposób grupy krajów zostaną zestawione z grupami krajów o różnym poziomie represyjności polityki narkotykowej wyróżnionymi w następnym rozdziale pracy. W tabeli 6.1. lista państw

została ułożone według porządku od krajów z najmniejszym problemem do krajów z największym problemem nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Wykorzystane zostały dane z prawie wszystkich zmiennych analizowanych w tym rozdziale. Wyjątkiem jest odsetek zgonów z powodu NSP wśród wszystkich zgonów – głównie z powodu braku danych dla dwóch krajów. Ponadto w przypadku tej zmiennej również w części krajów nie odnotowano zgonów z powodu nowych

Tab. 6.1. Ranking krajów ze względu na wielkość problemu NSP, wyznaczony w oparciu o dane statystyczne.

kraj:	A	B	C	D	E	F	G
Słowacja	2,5	2,5	3,0	2,0	5,0	15,0	1,5
Słowenia	1,0	1,0	3,0	6,0	4,0	15,0	1,5
Litwa	4,5	4,5	1,0	7,0	3,0	20,0	3,0
Czechy	7,0	7,0	3,0	4,0	1,0	22,0	4,0
Rumunia	4,5	4,5	8,0	1,0	7,5	25,5	5,0
Węgry	2,5	2,5	11,0	10,0	6,0	32,0	6,0
Chorwacja	7,0	7,0	9,0	3,0	7,5	33,5	7,0
Bułgaria	9,0	9,0	5,0	5,0	9,5	37,5	8,0
Estonia	10,5	10,5	6,0	9,0	2,0	38,0	9,0
Łotwa	7,0	7,0	10,0	8,0	11,0	43,0	10,0
Polska	10,5	10,5	7,0	11,0	9,5	48,5	11,0

1 oznacza kraj o relatywnie najlepszej sytuacji, a 11 o najgorszej.

A – Używanie NSP kiedykolwiek w życiu wśród 16 latków (w %) z 2015 roku według badania ESPAD.

B – Używanie NSP kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15–24 lat według badań z 2014 roku (%) (Eurobarometr).

C – Używanie kiedykolwiek w życiu NSP wśród osób w wieku 15-64 lat według badań z lat (%) 2012–2016.

D – Zabezpieczone NSP w 2016 roku w ramach SWEoNN – wskaźnik na milion mieszkańców.

E – Łatwe zdobycie NSP w ciągu 24 godzin wśród osób w wieku 15–24 lat według badań z 2014 (Eurobarometr).

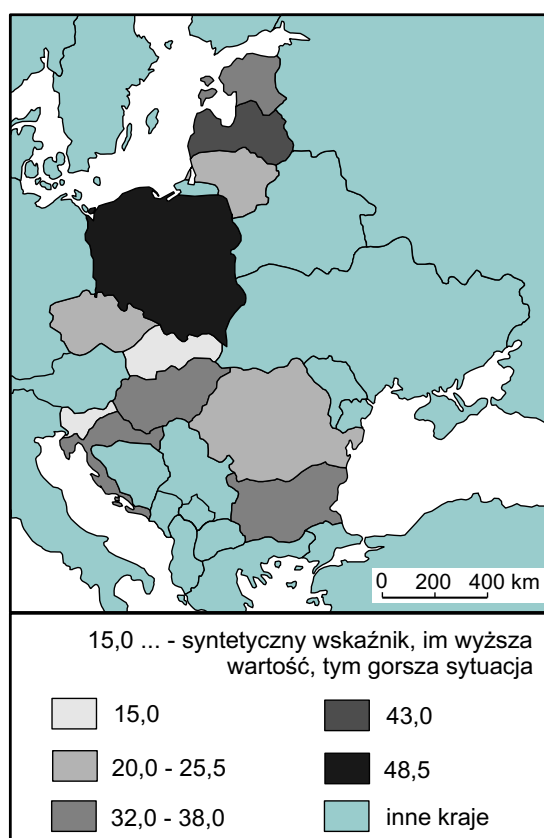
F – Synteza cząstkowa (suma wartości z kolumn AE).

G – Ranking do syntezy końcowej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401, 2014; ESPAD Report 2015, 2016; Early Warning System Database of EMCDDA, 2018; Bulgaria Drugs Workbook, 2017; T. Glavak i inni, 2016; Czech Republic Drugs Workbook, 2017; Estonia Drug Workbook, 2017; Psichoaktywną Medziagą Vartojimo..., 2017; Latvia Drugs Workbook, 2017; Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień, 2015; Romania Drug Workbook, 2017; Country Report on Drug Situation Slovakia, 2016; Slovenia Country Drug Report, 2018; B. Paksi i inni, 2015.

substancji psychoaktywnych, co może być rezultatem zbyt małych możliwości analitycznych laboratoriów w tych krajach. Uzyskane syntetyczne wyniki (kolumna F) w ujęciu przestrzennym przedstawiono na ryc. 6.7. Natomiast wyniki rangowania (kolumna G), zostały ponownie wykorzystane w rozdziale 7.

Analizując ryc. 6.7. stwierdzamy, że z największymi problemami wynikającymi z nowych substancji psychoaktywnymi w okresie 2012–2016 borykała się Polska, za którą plasowała się Łotwa. W relatywnie najlepszej sytuacji były Słowacja i Słowenia. Patrząc na tę rycinę nie dostrzegamy prawidłowości przestrzennych.



Ryc. 6.7. Ujęcie przestrzenne wielkości problemu NSP, wyznaczonego w oparciu o dane statystyczne. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kolumny F tab. 6.1.

Mając na względzie, że skala używania NSP oraz związanych z nimi problemów jest zagadnieniem trudnym do analizy i badania³⁵ – podjęto decyzję o zebraniu dodatkowych informacji w trakcie wywiadów z ekspertami, jak również za pomocą ankiety wysłanej emailem. Dane zebrane z tych dwóch źródeł posłużyły do wyciągnięcia średniej dla każdego kraju³⁶. Wyniki oceny ekspertów zaprezentowane

³⁵ co zostało omówione w podrozdziale 1.3.

³⁶ w przypadku krajów gdzie otrzymano więcej niż jedną odpowiedź.

zostały w tabeli 6.2., natomiast szczegółowe wyniki tej ankiety umieszczono w załączniku nr 1., gdzie także przedstawiono pytania w oparciu o które je skonstruowano. W ocenie ekspertów krajowych względnie najlepsza sytuacja w zakresie problemów generowanych przez nowe substancje psychoaktywne była notowana w Słowacji i Czechach, a także w Chorwacji i Estonii. Natomiast na to dużą wagę tego problemu zwracali uwagę eksperci krajowi z Węgier, Polski, Rumunii oraz Łotwy. Przestrzenny wymiar analizy (kolumna A z tab. 6.2.) przedstawiono na ryc. 6.8. Patrząc na nią nie znajdujemy wyraźnych prawidłowości przestrzennych. Wprawdzie występuje zgrupowanie trzech krajów (Węgry, Rumunia, Bułgaria) o relatywnie gorszej sytuacji, ale należy je uznać za przypadkową zbieżność przestrzenną.

Tab. 6.2. Ranking krajów ze względu na wielkość problemu NSP, wyznaczony w oparciu o wywiady z ekspertami krajowymi.

kraj:	A	B
Słowacja	2,0	1,0
Czechy	2,5	2,0
Chorwacja	3,0	3,5
Estonia	3,0	3,5
Słowenia	4,0	5,0
Litwa	4,8	6,0
Bułgaria	6,0	7,0
Łotwa	7,0	8,5
Rumunia	7,0	8,5
Polska	7,3	10,0
Węgry	8,0	11,0

1 oznacza kraj o relatywnie najlepszej sytuacji, a 11 o najgorszej.

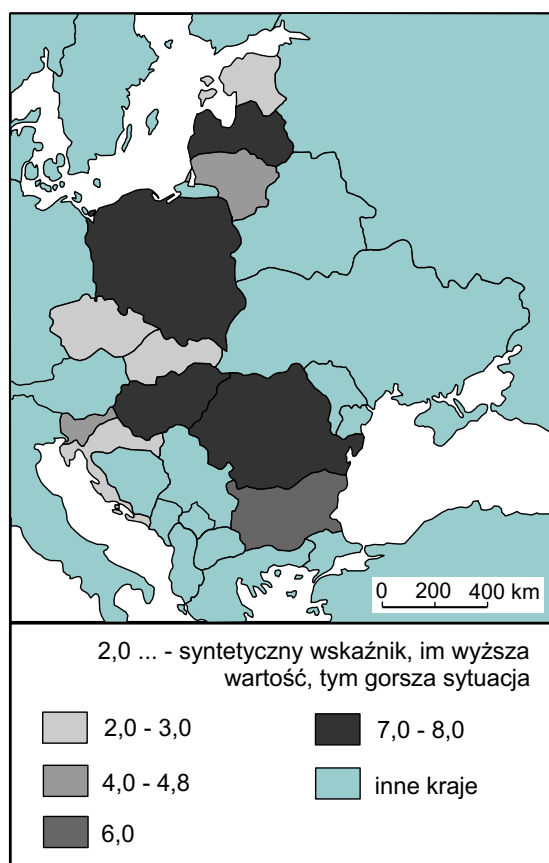
A – średnia z ankiet/odpowiedzi

B – Ranking do syntezy końcowej.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników ankiet wśród ekspertów.

W kolejnym kroku zestawione zostały ranking powstały w oparciu o syntezę częściową danych statystycznych (kolumna E w tab. 6.1.) i ranking oparty o syntezę częściową powstałą na podstawie ocen ekspertów (kolumna B w tab. 6.2.). Rezultat tej procedury badawczej, oparty na obu tych rankingach³⁷, zaprezentowany został w kolumnie D tabeli 6.3.

³⁷ Waga obu rankingów opartych na syntezach częściowych była taka sama.



Ryc. 6.8. Ujęcie przestrzenne wielkości problemu NSP, wyznaczonego w oparciu o wywiady z ekspertami krajowymi.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kolumny A tab. 6.2.

Tab. 6.3. Syntetyczny ranking krajów ze względu na wielkość problemu NSP.

kraj:	A	B	C
Słowacja	1,5	1,0	2,5
Czechy	4,0	2,0	6,0
Słowenia	1,5	5,0	6,5
Litwa	3,0	6,0	9,0
Chorwacja	7,0	3,5	10,5
Estonia	9,0	3,5	12,5
Rumunia	5,0	8,5	13,5
Bułgaria	8,0	7,0	15,0
Węgry	6,0	11,0	17,0
Łotwa	10,0	8,5	18,5
Polska	11,0	10,0	21,0

1 oznacza kraj o relatywnie najlepszej sytuacji, a 11 o najgorszej.

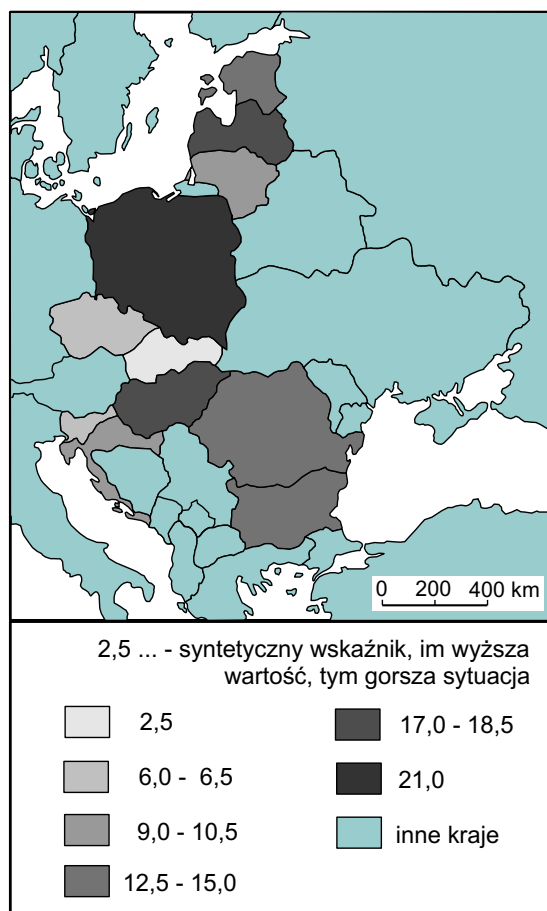
A – Ranking do syntezy końcowej (kolumna G w tab. 6.1.).

B – Ranking do syntezy końcowej (kolumna B w tab. 6.2.).

C – Synteza końcowa.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z tabel 6.1 i 6.2.

W efekcie powstało aż sześć grupy krajów uporządkowanych według skali problemu nowych substancji psychoaktywnych (ryc. 6.9). Do tej z największym problemem NSP zaliczono Polskę, za którą znalazły się będące w drugiej grupie Łotwa i Węgry. Po przeciwnej stronie, tj. do krajów o najmniejszym problemie z NSP zakwalifikowano Słowację, a drugą grupę po niej tworzą Czechy i Słowenia. Pozostałe kraje znalazły się w dwóch grupach o przeciętnej skali omawianych problemów.



Ryc. 6.9. Syntetyczne ujęcie przestrzenne wielkości problemu NSP.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kolumny C tab. 6.3.

6.3 Podsumowanie

Analizy przeprowadzone w niniejszej części pracy pokazują, że hipoteza pierwsza: „Ogólnie zróżnicowanie zagrożenia/rozprzestrzenia narkomanii i narkotyków³⁸ na analizowanym obszarze jest niewielkie” powinna zostać częściowo odrzucona. Na podstawie danych z kilku krajów takich jak Łotwa, Rumunia, Węgry, Polska,

³⁸ Ponieważ nowe substancje psychoaktywne są *de facto* nowymi narkotykami, dlatego też niniejszy rozdział został również wykorzystany do weryfikacji dwóch pierwszych hipotez pracy.

a nawet Estonia, w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych z grupy fentanyli, trudno jest stwierdzić, że rozprzestrzenienie narkomanii czy narkotyków jest niewielkie. Poza Łotwą, gdzie nie odnotowano przypadków śmiertelnych z przedawkowań, wszystkie wymienione kraje miały wysokie odsetki zgonów z powodu nowych substancji wśród wszystkich zgonów z powodu narkotyków. Co więcej – były to najwyższe odsetki zgonów z powodu nowych substancji psychoaktywnych wśród wszystkich zgonów w 2016 r. spośród krajów UE i tylko Szwecja i Finlandia miały wyższe odsetki niż Polska, ale mniejsze od Węgier, Rumunii i Estonii (H. López-Pelayo i inni, 2021). Warto zwrócić uwagę, że nawet w Czechach i na Słowacji, gdzie problem nowych substancji psychoaktywnych był niewielki, w opinii ekspertów z którymi przeprowadzono wywiady – pojawiły się zagrożenia w postaci produkcji nowych substancji psychoaktywnych na polski rynek (Słowacja) oraz otwierania sklepów z tymi substancjami dla polskich klientów (Czechy). Z kolei w Bułgarii (8,3%) i Chorwacji (7,0%) według badania ESPAD z 2015 roku odnotowano wyższe wskaźniki używania nowych substancji psychoaktywnych odsetek całego badania (4,0%). Badania Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401 dla osób w wieku 15–24 lat pokazują, że wskaźniki używania nowych substancji dla analizowanego obszaru są na podobnym poziomie do pozostałej części Unii Europejskiej, a dostępność nowych substancji wydaje się nawet większa.

Odnosząc się do drugiej hipotezy pracy „Sytuacja społeczno-ekonomiczna państw nie jest grupą czynników różnicujących skalę i rodzaj problemu narkotyków i narkomanii” – została ona potwierdzona na podstawie zaprezentowanych w tym rozdziale danych. Sytuacja społeczno-ekonomiczna nie różnicowała skali problemów związanych z nowymi substancjami, czyli nowymi narkotykami. Nie odnotowano związku opisywanych wskaźników w podrozdziale 6.2 ze zmiennymi zawartymi w rozdziale 2. Wśród krajów, które odnotowały wysokie wskaźniki zgonów z powodu nowych substancjami psychoaktywnych znalazły się zarówno takie państwa jak Estonia czy Węgry, czyli kraje o różnym stopniu rozwoju społeczno-ekonomicznego. W przypadku liczby zatrzymań nowych substancji „na podium” była Polska, Węgry oraz Estonia. Z kolei dla badań wśród używania kiedykolwiek w życiu tych substancji psychoaktywnych wśród 15–24 latków najwyższe odsetki ma Słowenia, Słowacja oraz razem na trzeciej pozycji Łotwa i Polska. Widać, że

wysokie wskaźniki mają zarówno kraje gdzie sytuacja społeczno-ekonomiczna jest względnie dobra jak również kraje, gdzie jest ona gorsza.

W efekcie zastosowywania triangulacji dwóch metod: dane statystyczne oraz wyniki ankiet wśród ekspertów przeprowadzonych w trakcie wywiadów oraz otrzymanych emailem otrzymano trzy grupy krajów. Zostały one wyodrębnione w oparciu o różną skalę problemu nowych substancji psychoaktywnych od największej (Polska, Łotwa, Węgry), po najmniejszą (Czechy, Słowacja, Słowenia). W pozostałych krajach sytuacja jest pośrednia. W niniejszym rozdziale nie weryfikuje hipotezy trzeciej „Problem nowych substancji psychoaktywnych dotyczy przede wszystkim krajów charakteryzujących się represyjną polityką narkotykową” ponieważ obejmuje ona również politykę narkotykową. Analiza dotycząca represyjności tej polityki została przedstawiona w kolejnym ósmym rozdziale, wraz z weryfikacją hipotezy trzeciej.

7. Prawo narkotykowe oraz dotyczące nowych substancji psychoaktywnych

7.1 Opis sytuacji w poszczególnych krajach

Bulgaria

W 1999 roku uchwalono w Bułgarii Ustawę o substancjach odurzających i prekursorach. Kolejna nowelizacja dokonana w roku 2010 ujednoczyła tenże dokument z innymi przepisami prawa krajowego oraz uregulowała mechanizmy w zakresie koordynacji działań w obszarze narkotyków na poziomie krajowym oraz regionalnym. Narkotyki podzielno na grupy ryzyka. Ich używanie jest zagrożone karą jako przestępstwo administracyjne w przypadku narkotyków z grupy wysokiego ryzyka oraz grzywną od 522 do 1306 euro³⁹. Przypadki posiadania mniejszych ilości, które były usankcjonowane Kodeksem Karnym są zagrożone karą grzywny do 511 euro, w innych przypadkach posiadanie jakiegokolwiek narkotyku zagrożone jest karą pozbawienia wolności od roku do 6 lat w przypadku substancji z grupy wysokiego ryzyka oraz karą pozbawienia wolności do 5 lat w przypadku substancji z grupy umiarkowanego ryzyka (Bulgaria Country Drug Report, 2018). Handel narkotykami zagrożony jest karą pozbawienia wolności od 2 do 8 lat w przypadku substancji z grupy wysokiego ryzyka oraz od 1 do 6 lat w przypadku substancji z grupy umiarkowanego ryzyka, ale ilości szczególnie wysokie lub inne okoliczności obciążające mogą spowodować wysłużenie kary pozbawienia wolności do 15 lat (Bulgaria Legal framework workbook, 2017). Status nowych substancji psychoaktywnej został uregulowany decyzją Krajowej Rady ds. Kontroli Narkotyków (ang. National Drug Control Council) i substancje te zostały objęte kontrolą

³⁹ W przypadku krajów w których euro nie jest obowiązującą walutą dokonano przeliczenia według średniego kursu z roku analizy.

w odpowiednich wykazach Rozporządzenia w Zakresie Klasyfikacji Roślin i Substancji jako Narkotyków (New psychoactive substances in Europe..., 2016).

Chorwacja

W Chorwacji kontrolę narkotyków regulują głównie dwa akty prawne: Ustawa o zwalczaniu narkomanii i kodeks karny. Ustawa ta została uchwalona w listopadzie 2001 r. jest od tego czasu aktualizowana. Reguluje ona warunki wytwarzania, posiadania i handlu narkotykami, substancjami psychoaktywnymi i prekursorami. Ustawa ta zakazuje nielegalnej uprawy, posiadania i handlu narkotykami oraz przewiduje kary dla osób prawnych, które łamią przepisy dotyczące handlu narkotykami, a także dla osób które przekraczają granicę bez zgłoszenia leków psychoaktywnych. Poważniejsze przestępstwa są ścigane na podstawie kodeksu karnego. Od stycznia 2013 r. posiadanie niewielkich ilości narkotyków do użytku osobistego nie jest przestępstwem, ale zgodnie ze wspomnianą ustawą jest klasyfikowane jako wykroczenie i podlega karze grzywny w wysokości od 650 do 2 600 euro (Croatia Country Drug Report, 2018). Nielegalna produkcja i przetwarzanie narkotyków bez zamiaru sprzedaży podlega karze od 6 miesięcy do 5 lat więzienia. Nielegalna produkcja, przetwarzanie, posiadanie, import i eksport z zamiarem sprzedaży podlega karze mieszczącej się w przedziale 1–12 lat pozbawienia wolności, która w określonych okolicznościach obciążających (np. udziałem dzieci lub możliwości poważnego uszczerbku na zdrowiu) może wzrosnąć nawet do 15 lat pozbawienia wolności. Natomiast zaangażowanie w przestępczość zorganizowaną może wydłużyć ten okres do 20 lat. Za handel prekursorami grozi kara od 6 miesięcy do 5 lat więzienia (Croatia Legal framework workbook, 2017). Kodeks karny zachęca sąd do zastosowania szeregu alternatywnych środków zamiast kary pozbawienia wolności dla użytkowników narkotyków, takich jak: grzywny, prace społeczne, okres próbny i leczenie (w przypadkach, w których w przeciwnym razie groziłaby kara pozbawienia wolności do sześciu miesięcy). Obowiązkowe leczenie odwykowe może zostać wydane na okres do 3 lat, a przy orzekaniu bierze się pod uwagę czas spędzony na leczeniu. Przestępstwo można również oddalić, jeżeli zostanie uznane za „małej wagi”.

Czechy

Zażywanie narkotyków nie jest w Czechach przestępstwem, a posiadanie niewielkich ilości na własny użytek jest przestępstwem innym niż karne. Zgodnie z Ustawą o wykroczeniach (ustawa nr 200/1990) jest ono zagrożone grzywną w wysokości do 555 euro. Kodeks karny wprowadza rozróżnienie między konopiami indyjskimi a innymi narkotykami w przypadku przestępstw związanych z posiadaniem konopi indyjskich: posiadanie większej niż małej ilości marihuany grozi karą do jednego roku więzienia, podczas gdy za posiadanie innych substancji grozi do dwóch lat kary pozbawienia wolności. W przypadku „znacznej” ilości narkotyków jest to od 2 do 8 lat (Czech Republic Country Drug Report, 2018). Sąd ma do wyboru szereg ogólnych alternatyw dla kary pozbawienia wolności⁴⁰ dla osób używających narkotyki i popełniających przestępstwa narkotykowe. Pozbawienie wolności z obowiązkowym leczeniem jest możliwą odpowiedzią na przestępstwa popełniane przez osoby uzależnione od narkotyków i uznane za społecznie niebezpieczne. Areszt jest również opcją dla młodocianych przestępców. Kary za sprzedaż narkotyków wahają się od 1 do 18 lat pozbawienia wolności, w zależności od okoliczności obciążających. Na przykład kara może być surowsza, jeśli sprawca popełni nowe przestępstwo w ciągu trzech lat od poprzedniego skazania (Czech Republic Legal framework workbook, 2017). W 2014 roku lista substancji kontrolowanych została usunięta z ustawy o substancjach uzależniających, a zamiast tego ujęta w rządowym rozporządzeniu (nr 463/2013 Sb., w sprawie wykazów substancji uzależniających). Ułatwia to szybszą kontrolę nowych substancji. Na mocy zmian prawnych z 2016 rok w 2017 roku do listy substancji kontrolowanych dodano sześćdziesiąt trzy dodatkowe substancje (New psychoactive substances in Europe..., 2016).

Estonia

Ustawa o środkach odurzających, substancjach psychotropowych oraz prekursorach tychże reguluje obszar narkotyków i substancji psychotropowych w Estonii. W ramach tego prawa, nieuprawniona konsumpcja narkotyków bez recepty, bądź też nielegalny ich wyrób, nabywanie lub posiadanie niewielkich ilości jakichkolwiek narkotyków – zagrożone jest karą grzywny (w wysokości na ogół ustalonej przez

⁴⁰ np. wyroki w zawieszeniu, prace społeczne.

policję) bądź karą pozbawienia wolności na okres do 30 dni (Estonia Country Drug Report, 2018). Wszelkie przypadki nielegalnego posiadania lub handlowania narkotykami nie przeznaczonymi wyłącznie na użytek własny uważane są za przestępstwo karne bez względu na rodzaj oraz ilość narkotyku. Czyny takie jak nielegalny wyrób, nabywanie, kradzież lub rabunek, przechowywanie, przewóz lub dostarczanie narkotyków z zamiarem zaopatrzenia – zagrożone są karą pozbawienia wolności do lat trzech za najmniejsze ilości, a w przypadku większych ilości – karą pozbawienia wolności od 6 lat do 20 lat lub nawet karą dożywotniego pozbawienia wolności, w zależności od innych obciążających okoliczności np. udział w zorganizowanej grupie przestępczej. Według estońskiego prawodawstwa duża ilość oznacza ilość narkotyków, rośliny lub grzyba, która wystarcza do spowodowania odurzenia co najmniej dziesięciu osób (czyli jest to co najmniej dziesięć dawek tych substancji). W roku 2011 parlament uchwalił przepisy regulujące wdrażanie leczenia uzależnienia od narkotyków jako alternatywy dla sankcji karnej dla użytkowników narkotyków. Leczenie jest alternatywą dla kary więzienia wyłącznie w przypadku, gdy przestępca skazany został na karę pozbawienia wolności na okres od 6 miesięcy do 2 lat i wyraża zgodę na poddanie się leczeniu odwykowemu (Act on Narcotic Drugs..., 2014). Nowe substancje psychoaktywne były głównie regulowane na podstawie aktualizacji czterech wykazów legalnych i nielegalnych środków odurzających i substancji psychotropowych osobno dla każdej nowej substancji. W 2013 roku, dodany został Wykaz V w celu uregulowania legalnego obrotu NSP w celach przemysłowych np. obrotu γ -Butyrolakton (GBL) oraz 1,4-butanediol (1,4-BD). Sprzedaż substancji w ramach tego wykazu stanowi przestępstwo jeśli substancja sprzedawana jest z zamiarem używania w celu odurzania się. W 2016 roku dodano Wykaz VI. Zawiera on 15 grup substancji. Są to substancje, ich izomery, sole oraz etery, które nie muszą być wyszczególniane osobno i są poddawane automatycznej kontroli (Estonia Country Drug Report, 2018).

Litwa

Na Litwie Ustawa o kontroli substancji odurzających i psychotropowych określa zasady klasyfikacji takich substancji i przepisy dotyczące ich zastosowania medycznego, a kodeks karny określa możliwe przestępstwa i kary. Zażywanie

narkotyków jest przestępstwem administracyjnym podlegającym karze grzywny; można również nakazać uzależnionej osobie udział w programie (rehabilitacyjnym). W 2016 roku za posiadanie niewielkiej ilości narkotyków (np. haszysz 0,25 grama) na własny użytek oprócz kary więzienia sąd mógł orzec karę grzywny. Sytuacja zmieniła się w 2017 roku, kiedy zaostrzono prawa narkotykowe. Od stycznia 2017 roku nabycie i posiadanie niewielkiej ilości narkotyków bez zamiaru jego dystrybucji jest przestępstwem podlegającym pracom społecznym lub karze ograniczenia wolności. Ta sama czynność obejmująca więcej niż określoną niewielką kwotę jest przestępstwem zagrożonym karą do 2 lat pozbawienia wolności. Handlarze narkotyków mogą zostać skazani na karę od 2 do 8 lat pozbawienia wolności, która wzrasta do 8–10 lub 10–15 lat, w zależności od ilości i okoliczności obciążających (np. udział nieletnich lub bycie członkiem zorganizowanej grupy przestępczej). Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia określa małe, duże i bardzo duże ilości narkotyków. Nowe substancje psychoaktywne są kontrolowane poprzez dodanie ich do listy kontrolowanych środków odurzających (lista substancji odurzających i psychotropowych). Począwszy od 2011 r. na tej liście zdefiniowano kilka grup ogólnych, umożliwiających szeroką kontrolę, co oznacza, że na Litwie działa prawo generyczne⁴¹ wobec nowych substancji psychoaktywnych (New psychoactive substances in Europe..., 2016).

Łotwa

Na Łotwie używanie, kupowanie i przechowywanie niewielkich ilości narkotyków jest przestępstwem administracyjnym podlegającym karze upomnienia lub grzywny w wysokości do 280 euro. Posiadanie większych ilości narkotyków na własny użytek może grozić karą do 3 lat więzienia. Wielokrotne nieuprawnione używanie, przygotowywanie, nabywanie lub posiadanie niewielkich ilości nielegalnych narkotyków w ciągu 12 miesięcy od popełnienia przestępstwa jest przestępstwem i podlega karze pozbawienia wolności od 15 dni do 3 miesięcy, pracom społecznym lub grzywnie. Sąd może narzucić leczenie wyrokiem w zawieszeniu lub zwolnić osobę używającą narkotyków od odpowiedzialności karnej lub administracyjnej, jeśli użytkownik wyraził zgodę na poddanie się leczeniu (Latvia Legal framework workbook, 2017). W 2013 r. nowelizacja rozporządzenia w sprawie substancji

⁴¹ Prawo generyczne jest to rozwiązanie prawne, gdzie delegalizuje się nie pojedyncze substancje, grupę substancji o podobnej strukturze chemicznej.

odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów podlegających kontroli na Łotwie wprowadziła zasadę ogólnego systemu kontroli nowych substancji psychoaktywnych. Ponadto nowelizacja ustawy „O procedurze legalnego obrotu środkami odurzającymi i psychotropowymi oraz produktami leczniczymi” wprowadziła tymczasową kontrolę nowych substancji psychoaktywnych na okres do 12 miesięcy, za którą grozi grzywna. W 2014 roku te przestępstwa związane z podażą stały się przestępstwami karnymi o karze pozbawienia wolności mieszczącej się od 2 lat więzienia do nawet 5 lat w przypadku wyrządzenia znacznej szkody. Podobnie jak w przypadku narkotyków, tryb kary (administracyjnej lub karnej) za przestępstwa związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi zależy od ilości używanej substancji (małej lub dużej), z wyjątkiem przypadków handlu narkotykami, które zawsze pociągają za sobą odpowiedzialność karną. W efekcie tych zmian wprowadzony został na Łotwie bardzo szybki mechanizm delegalizacji nowych substancji psychoaktywnych. Nowe substancje psychoaktywne są rekomendowane przez Łotewski Focal Point do delegalizacji, a następnie szybko wprowadzane pod kontrolę (New psychoactive substances in Europe..., 2016).

Polska

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii reguluje w Polsce kwestie związane z przestępczością narkotykową. Posiadanie narkotyków, nawet ich niewielkich ilości na własny użytek, podlega karze do 3 lat pozbawienia wolności. W drobnych przypadkach przestępca może zostać ukarany grzywną lub skazany na wykonanie kary ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku. Art. 62a daje prokuratorowi i sędziemu możliwość umorzenia postępowania przed wszczęciem śledztwa w przypadku przyłapania osób na posiadaniu niewielkich ilości narkotyków przeznaczonych do użytku prywatnego. Sąd może zdecydować o zmuszeniu skazanego narkomana do poddania się leczeniu przed odbyciem kary lub w zamian. W ramach alternatyw do karania w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii jest artykuł 72, który zezwala na zawieszenie postępowania przygotowawczego na czas leczenia przestępcy, natomiast art. 73a zezwala na przerwy w odbywaniu kary w trakcie leczenia. Handel narkotykami podlega karze grzywny i pozbawienia wolności na okres od 6 miesięcy do 12 lat, w zależności od wagi przestępstwa, ilości narkotyków oraz tego, czy celem było osiągnięcie zysku.

W przypadku wykroczenia sprawca może zostać ukarany grzywną, karą ograniczenia wolności albo pozbawieniem wolności do roku. A gdy jest to znaczna ilość narkotyków sprawca może podlegać karze pozbawienia wolności do lat 12 (Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r...). W 2016 roku inspekcja sanitarna nakładała kary administracyjne za sprzedaż nowych substancji psychoaktywnych, a posiadanie ich nie było karane, bo począwszy od 2010 roku nowe substancje psychoaktywne są kontrolowane na mocy prawa administracyjnego a nie prawa karnego.

Rumunia

Od roku 2004 kary za przestępstwa narkotykowe w Rumunii zostały uzależnione od rodzaju narkotyków, które podzielno na dwie grupy: ryzyka lub wysokiego ryzyka. Przepisy dotyczące przestępstw narkotykowych określone są w Kodeksie Karnym. Istnieją oddzielne pojęcia użytkownika i osoby uzależnionej, w zależności od postawionej diagnozy w trakcie procesu sądowego. Używanie narkotyków jest zabronione, ale nie ma za nie określonej kary. W przypadku posiadania na własny użytek narkotyków z grupy ryzyka, sąd może nałożyć grzywnę lub wymierzyć karę pozbawienia wolności na okres od 3 miesięcy do 2 lat. Natomiast za posiadanie narkotyków z grupy wysokiego ryzyka grozi kara pozbawienia wolności na okres od 6 miesięcy do 3 lat. Użytkownik narkotyków skazany za którekolwiek z wyżej wymienionych przestępstw może uniknąć kary więzienia, jeśli zgodzi się na udział w zintegrowanym programie pomocowym. Zgoda użytkownika narkotyków jest warunkiem niezbędnym do włączenia go do takiego programu. Umożliwia to i jasno definiuje nowy Kodeks Karny z roku 2014 (Romania Legal framework workbook, 2017). Wszelkie czyny związane z produkcją i sprzedażą narkotyków z grupy ryzyka są zagrożone karą pozbawienia wolności od 2 do 7 lat, natomiast w przypadku narkotyków z grupy wysokiego ryzyka przedział ten wynosi od 5 do 12 lat. Import lub eksport narkotyków z grupy ryzyka zagrożony jest karą więzienia mieszającą się w przedziale 3–10 lat, natomiast w przypadku narkotyków z grupy wysokiego ryzyka przedział ten wynosi od 7 do 15 lat (Romania Legal framework workbook, 2017). Po pojawieniu się w latach 2009–2010 w Rumunii nowych substancji psychoaktywnych, w roku 2011 podjęto dwie inicjatywy. Pierwsza polegała na intensyfikacji egzekwowania funkcjonującego prawa w wielu obszarach np. prawo z zakresu bezpieczeństwa konsumenta oraz przepisy podatkowe; druga inicjatywa

polegała na uchwaleniu nowego prawa penalizującego nieuprawnione dostarczanie wszelkich produktów potencjalnie posiadających właściwości psychoaktywne, bez względu na ich przeznaczenie. Nowe prawo określa cechy tego typu produktów, jak też i procedurę udzielania uprawnień w zakresie dostarczania ich. Niestosowanie się do przepisów tego prawa stanowi przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności na okres od 6 miesięcy do 3 lat (kara ulega skróceniu w przypadku gdy sprzedający nie miał świadomości właściwości psychoaktywnych danego produktu) (New psychoactive substances in Europe..., 2016).

Słowenia

W Słowenii, posiadanie niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek oraz ich konsumpcja nie stanowią czynu karalnego. Słoweńska ustawa o produkcji i obrocie nielegalnymi narkotykami zawiera osobne definicje narkotyków. Posiadanie narkotyków uważane jest za wykroczenie i w myśl Artykułu 33 wspomnianej ustawy jest zagrożone karą grzywny. Dla przykładu, za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na jednorazowy, własny użytek można zostać ukaranym grzywną w wysokości od 42 do 209 euro (Slovenia Country Drug Report, 2018). Sprawcy mogą liczyć na łagodniejszą karę, jeśli dobrowolnie poddadzą się leczeniu uzależnienia od narkotyków lub wezmą udział w programie bezpieczeństwa socjalnego uchwalonego przez Radę ds. Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia lub przez Radę ds. Narkotyków przy Ministerstwie Pracy (Slovenia Country Drug Report, 2018). Kodeks Karny określa dwa przestępstwa karne: wyrób i handel nielegalnymi narkotykami (Artykuł 186) oraz ułatwianie konsumpcji nielegalnych narkotyków (Artykuł 187). Artykuł 186 obejmuje sprzedaż, wyrób oraz zakup nielegalnych narkotyków z zamiarem sprzedaży, posiadania z zamiarem odsprzedaży, itp. Wszystkie te przestępstwa zagrożone są karą pozbawienia wolności od 1 roku do lat 10 bądź od 3 do 15 lat jeśli przestępstwu towarzyszyły okoliczności obciążające np. udział osób z grup szczególnie zagrożonych. W myśl Artykułu 187 Kodeksu Karnego za przestępstwo uznaje się udzielanie nielegalnych narkotyków do konsumpcji, udostępnianie nieletnim miejsc do konsumpcji nielegalnych narkotyków, itp. Tego typu przestępstwa zagrożone są karą więzienia na okres od 6 miesięcy do 8 lat. Przestępstwa, które obejmują osoby z grup szczególnie zagrożonych lub w toku popełnienia których przestępca dopuścił się nadużycia –

zagrożone są karą od 1 roku do 12 lat pozbawienia wolności (Slovenia Legal framework workbook, 2017). Kodeks Karny został znowelizowany w listopadzie 2011 roku ze skutkiem takim, że ułatwianie konsumpcji narkotyków nie jest zagrożone karą, jeśli zostało ono stwierdzone w kontekście programu leczenia uzależnienia od narkotyków lub gdy dotyczy to kontrolowanego używania substancji w oparciu o odpowiednie przepisy prawa i odbywa się w ramach lub pod nadzorem służb odpowiedzialnych za zdrowie publiczne. Nowe substancje psychoaktywne są poddawane kontroli w ramach regularnych aktualizacji wykazu substancji kontrolowanych (Slovenia Country Drug Report, 2018).

Słowacja

Przestępstwa narkotykowe określone są m.in. w rozdziale 171 Kodeksu Karnego. Za nieuprawnione posiadanie narkotyków na własny użytek można otrzymać karę do 3 lat pozbawienia wolności, jeśli jest to co najwyżej trzykrotność standardowej pojedynczej dawki lub do 5 lat pozbawienia wolności za posiadanie ilości odpowiadającej co najwyżej dziesięciokrotności standardowej pojedynczej dawki na własny użytek. Kary takie jak areszt domowy oraz prace społeczne mogą mieć również zastosowanie, chociaż wyroki natychmiastowego pozbawienia wolności mają status „remedium ostatecznego”. Posiadanie każdej ilości powyżej 10 dawek musi być sądzone w oparciu o Rozdział 172 Kodeksu Karnego, który określa karę od 3 do 10 lat pozbawienia wolności za handel, dostarczanie lub wyrób narkotyków. W roku 2013, minimalny wyrok zredukowano z 4 do 3 lat w celu umożliwienia stosowania sankcji alternatywnych dla więzienia (Slovakia Country Drug Report, 2018). Kara pozbawienia wolności wzrasta do przedziału 10–15 lat w zależności od wartości przedmiotu przestępstwa oraz okoliczności obciążających (recydywa, udział nieletnich), a następnie do 25 lat jeśli przestępstwo zostało popełnione w ramach zorganizowanej grupy przestępczej. Trzykrotne skazanie za niektóre poważne przestępstwa może skutkować automatyczną karą pozbawienia wolności na okres 25 lat, a nawet karą dożywotniego pozbawienia wolności (Slovakia Legal framework workbook, 2017). W zakresie kontroli nowych substancji psychoaktywnych, w kwietniu 2013 roku, w ramach nowego rozdział 16a Ustawy o Kontroli Narkotyków, Ustawa Nr 139/1998 Coll, ustanowiono wykaz substancji niebezpiecznych.

Węgry

Kary za przestępstwa narkotykowe określone są w Kodeksie Karnym. Używanie narkotyków na Węgrzech jest przestępstwem karnym zagrożonym karą do 2 lat więzienia. Za posiadanie narkotyków grozi kara do 2 lat pozbawienia wolności w przypadku nieznacznych ilości, lecz obecnie stosuje się inne kary w postaci od 1 do 5 lat więzienia za przestępstwo podstawowe. Od 2 do 8 lat więzienia grozi za oferowanie narkotyków, sprzedaż czy przemyt. Kary od 5 do 10 lat bądź od 5 do 15 lat więzienia mają zastosowanie w przypadku większych ilości narkotyków. Podobne zakresy kar dotyczą przestępstw związanych z zaopatrywaniem w narkotyki, przy czym zakres tych kar wzrasta do 5–20 lat pozbawienia wolności w przypadku określonych okoliczności oraz do kary dożywotniego pozbawienia wolności w przypadku znacznych ilości. Sąd może uwzględnić fakt używania narkotyków przez sprawcę przy wymierzaniu kary. Możliwość zawieszenia postępowania w przypadku podjęcia leczenia przysługuje sprawcom, którzy popełnili przestępstwa narkotykowe związane jedynie z nieznacznymi ilościami narkotyków (produkcja, wyrób, nabywanie, posiadanie na własny użytek). Takie rozwiązanie nie jest możliwe w okresie 2 lat od poprzedniego skazania (Hungary Legal framework workbook, 2017). Rząd węgierski, w celu kontrolowania nowych substancji psychoaktywnych, wydał w roku 2012 rozporządzenie dotyczące sformalizowanej szybkiej diagnozy. Dzięki temu rozwiązaniu dotyczącego nowych substancji psychoaktywnych zostały one objęte Dekretem 55/2014 Ministra Kapitału Ludzkiego oraz Dekretem Rządu 66/201. Objęcie to oznacza czasową kontrolę na okres roku, z możliwością wydłużenia o kolejny rok (lub do czasu pojawienia się nowych informacji na temat substancji). Stosownie do powyższego, nowy rozdział Kodeksu Karnego określił karę pozbawienia wolności na okres do 3 lat za wytwarzanie, przemyt oraz (od stycznia 2014 roku), karę od 1 roku do 5 lat pozbawienia wolności za sprzedaż oraz oferowanie, a także do 3 lat za posiadanie więcej niż niewielkiej ilości nowych substancji psychoaktywnej. Nakłanianie nieletnich do używania „substancji lub odczynnika o właściwościach odurzających, ale niesklasyfikowanego jako narkotyk” zagrożone jest karą do 3 lat (New psychoactive substances in Europe..., 2016).

7.2 Synteza

W ramach weryfikacji hipotezy trzeciej pracy: „Problem nowych substancji psychoaktywnych dotyczy przede wszystkim krajów charakteryzujących się represyjną polityką narkotykową” w rozdziale 6.2 dokonano opisu krajów postkomunistycznych będących członkami UE pod względem skali problemu nowych substancji psychoaktywnych. Natomiast w niniejszym rozdziale dokonano syntezy krajów pod względem represyjności ich polityki. Mając na względzie, że określenie poziomu represyjności polityk krajów omawianych w pracy, jest zagadnieniem trudnym do analizy i badania⁴² – podjęto decyzję o triangulacji (Z. Konecki, 2000) cząstkowych syntez powstałych w oparciu o dane z kilku źródeł.

Pierwszym źródłem była ocena ekspertów krajowych. Dane zebrano za pomocą ankiety wysłanej emailem oraz w trakcie wywiadów. Następnie informacje otrzymane z tych dwóch źródeł posłużyły do wyciągnięcia średniej dla każdego kraju. Wyniki oceny ekspertów zaprezentowane zostały w tabeli 7.1., natomiast szczegółowe wyniki tej ankiety umieszczono w załączniku nr 1., gdzie również

Tab. 7.1. Ranking krajów ze względu na represyjność prawa narkotykowego, wyznaczony w oparciu o wywiady z ekspertami krajowymi oraz ankiety.

kraj:	A	B	C	D
Słowenia	5,00	4,0	9,00	1,0
Litwa	5,50	4,75	10,25	2,0
Chorwacja	6,00	6,00	12,00	3,0
Czechy	6,25	6,25	12,50	5,0
Estonia	7,00	5,50	12,50	5,0
Rumunia	6,00	6,50	12,50	5,0
Węgry	7,25	6,25	13,50	7,0
Polska	6,50	7,50	14,00	8,0
Bułgaria	8,00	7,00	15,00	9,0
Łotwa	8,30	7,70	16,00	10,5
Słowacja	8,00	8,00	16,00	10,5

A – Ocena prawa narkotykowego (średnia z odpowiedzi).

B – Ocena implementacji prawa narkotykowego (średnia z odpowiedzi).

C – Synteza cząstkowa (suma wartości z kolumn A–B).

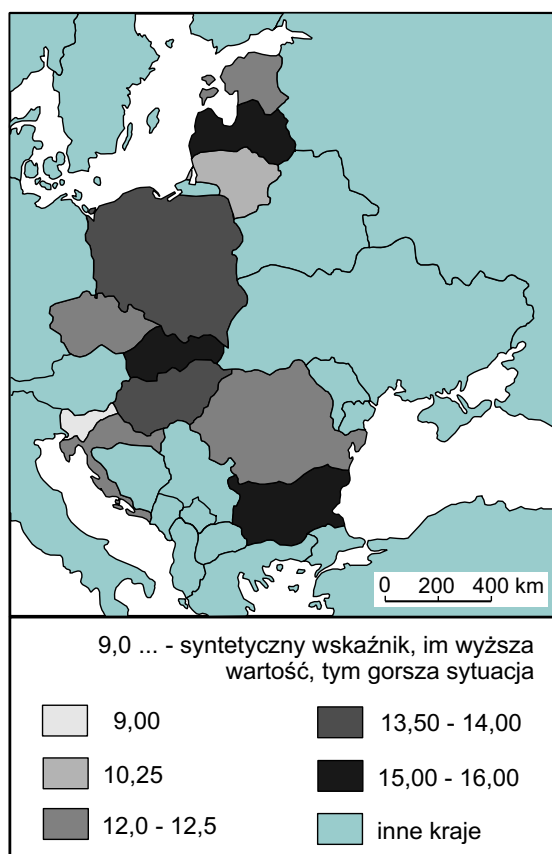
G – Ranking do syntezy końcowej (1 oznacza kraj o relatywnie najlepszej sytuacji, a 11 o najgorszej.).

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników ankiet wśród ekspertów.

⁴² co zostało omówione w podrozdziale 1.3.

przedstawiono pytania w oparciu, o które je skonstruowano. Przestrzenny wymiar analizy (kolumna C z tab. 7.1.) przedstawiono na ryc. 7.1. Natomiast wyniki rangowania wykorzystano do kolejnego kroku w analizie do tabeli 7.4.

W ocenie ekspertów krajowych krajami o najbardziej represyjnym prawie narkotykowym była Łotwa i Słowacja, za którymi uplasowała się Bułgaria. Natomiast za kraje o najmniej represyjnym prawie eksperci krajowi uznali Słowenię oraz Litwę. Patrząc na ryc. 7.1. nie dostrzegamy żadnych prawidłowości przestrzennych tak ocenionej surowości prawa narkotykowego.



Ryc. 7.1. Ujęcie przestrzenne represyjności prawa narkotykowego, wyznaczonego w oparciu o wywiady z ekspertami krajowymi oraz ankiety.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kolumny C tab. 7.1.

Drugim źródłem do triangulacji danych były informacje dokonane za pomocą jakościowej analizy z wykorzystaniem do tego celu tabeli w języku angielskim nazywanej qualitative comparative analysis truth table. W tej metodzie ocenia się różne rozwiązania prawne na zasadzie czy one występują (wtedy w tabeli zapisuje się 1 lub 0) czy nie (i wtedy wpisuje się 0 lub 1). W niniejszej analizie przyjęto, że rozwiązania represyjne lub brak rozwiązań pozwalających uniknąć kary lub ją

złagodzić – będą oznaczane jako 1. W tabeli 7.2. uwzględniona została ocena legislacji poszczególnych krajów pod kątem karalności za używanie narkotyków (kolumna A tabeli 7.2.). Drugim wymiarem, jaki zastosowano do analizowania prawa narkotykowego, jest kwestia możliwości pozbawienia wolności za posiadanie niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek (kolumna B tabeli 7.2.). W trzecim wymiarze sprawdzano, czy w przypadku popełnienia przestępstwa z powodu posiadania narkotyków można zastosować alternatywy do karania (kolumna C tabeli 7.2.). W czwartym: czy w przypadku popełnienia przestępstwa z powodu sprzedaży

Tab. 7.2. Ranking krajów ze względu na represyjność prawa narkotykowego opracowany na podstawie przeglądu rozwiązań prawnych dotyczących karania za używanie narkotyków, alternatyw do karania za posiadanie narkotyków oraz alternatyw do karania za posiadanie lub sprzedaż narkotyków.

Kraj:	A	B	C	D	E	F
Polska	0	1	0	0	1	1,5
Słowenia	0	0	1	0	1	1,5
Chorwacja	0	0	1	1	2	5,0
Czechy	0	0	1	1	2	5,0
Łotwa	1	0	0	1	2	5,0
Rumunia	0	1	0	1	2	5,0
Słowacja	0	1	0	1	2	5,0
Bułgaria	1	0	1	1	3	9,5
Estonia	1	1	1	0	3	9,5
Węgry	1	1	0	1	3	9,5
Litwa	1	0	1	1	3	9,5

A – Karalność używania narkotyków: tak = 1, nie = 0.

B – Możliwość pozbawienia wolności za posiadania niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek: tak = 1, nie = 0.

C – Alternatywy do karania za posiadanie narkotyków, tak występują = 0, nie występują = 1.

D – Alternatywy do karania za sprzedaż narkotyków, tak występują = 0, nie występują = 1.

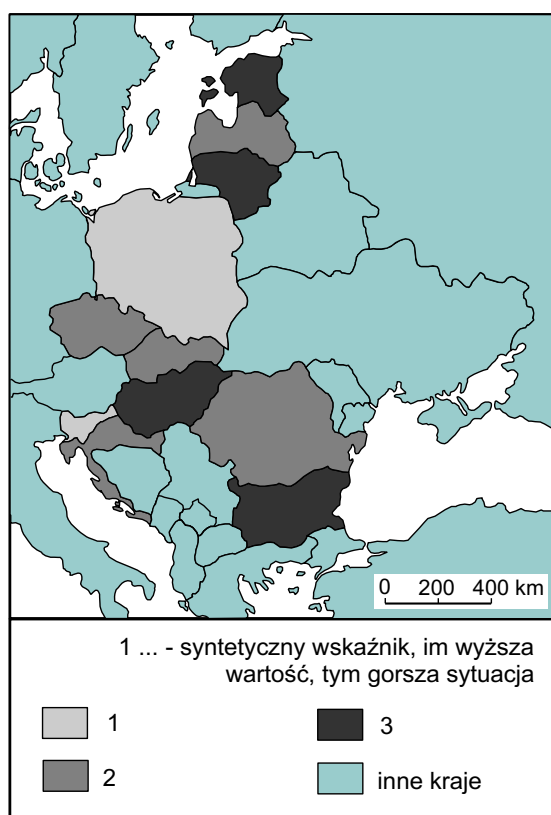
E – Synteza częściowa (suma z kolumn A–D).

F – Ranking do syntezy końcowej (1 oznacza kraj o relatywnie najlepszej sytuacji, a 11 o najgorszej).

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bulgaria Legal framework workbook, 2017; Croatia Legal framework workbook, 2017; Slovenia Legal framework workbook, 2017; Estonia Legal framework workbook, 2017; Hungary Legal framework workbook, 2017; Latvia Legal framework workbook, 2017; Lithuania Legal framework workbook, 2017; Romania Legal framework workbook, 2017; Slovakia Legal framework workbook, 2017; Poland Legal framwork workbook, 2017; Czech Republic Legal framework workbook, 2017.

narkotyków można zastosować także alternatywy do karania (kolumna D tabeli 7.2.). Uzyskane syntetyczne wyniki (kolumna E) w ujęciu przestrzennym przedstawiono na ryc. 7.2. Natomiast wyniki rangowania wykorzystano do kolejnego kroku w analizie do tabeli 7.4.

Na podstawie przeprowadzonej analizy za kraje z największą represyjnością prawa wyznaczoną w oparciu o analizę z tab. 7.2. uznano Bułgarię, Estonię, Litwę i Węgry. Żadnego kraju nie uznano za nie posiadający represyjnego prawa⁴³. A za kraje mało represyjne: Polskę i Słowenię. Patrząc na ryc. 7.2., podobnie jak przy poprzedniej mapie, nie dostrzegamy prawidłowości przestrzennych.



Ryc. 7.2. Ujęcie przestrzenne represyjności prawa narkotykowego, wyznaczonego w oparciu o ranking krajów ze względu na represyjność prawa narkotykowego opracowany na podstawie przeglądu rozwiązań prawnych dotyczących karania za używanie narkotyków, alternatyw do karania za posiadanie narkotyków oraz alternatyw do karania za posiadanie lub sprzedaż narkotyków

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kolumny E tab. 7.2.

Kolejną syntezę cząstkową uzyskano w oparciu o dane dotyczące wdrażania prawa narkotykowego przez służby zajmujące się zwalczaniem przestępczości narkotykowej. Pierwszym wymiarem wykorzystanym do oceny implementacji

⁴³ Za takie kraje uznano by te, dla których wystąpiłoby 0 w kolumnie E tab. 7.2.

polityki narkotykowej były wskaźniki mediany liczby lat więzienia dla osób sprzedających narkotyki. Pochodzą one z publikacji EMCDDA pt. „Kary za handel narkotykami w Unii Europejskiej: badanie opinii ekspertów” (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017). Zaprezentowano w nim wyniki badań dotyczących krajowych przepisów dotyczących handlu narkotykami. Raport EMCDDA z 2017 roku opiera się m.in. na opiniach prawników praktyków – sędziów, prokuratorów i obrońców — z 26 krajów, natomiast w pracy przedstawiono dane dla 11 analizowanych krajów⁴⁴. Wyniki badania EMCDDA zaprezentowano w tabeli 7.3 (kolumny A–C) tworząc rankingi dla każdego ze scenariuszy: sprzedaż 1 kg haszyszu, sprzedaż 100 gram kokainy oraz sprzedaż 100 gram amfetaminy. W przypadku sprzedaży 1 kg haszyszu (kolumna A z tabeli 7.3). najmniejszą medianę liczby lat odnotowano w Polsce i na Węgrzech, a największą na Litwie i Słowacji. W kolejnej kolumnie zaprezentowano dane dotyczące mediany liczby lat więzienia za sprzedaż 100 gram amfetaminy (kolumna B z tabeli 7.3). Najmniejszą medianę liczby lat odnotowano w Polsce i w Bułgarii, a największą na Litwie i Słowacji. W kolumnie C znalazł się ranking kraju według mediany średniej liczby lat za sprzedaż 100 gram kokainy. Najmniejszą liczbę lat odnotowano w Polsce i na Węgrzech, a największą na Litwie i Słowacji. W kolejnej kolumnie (D) dodano ranking krajów oparty o wskaźnik liczby przestępstw narkotykowych opisany w rozdziale 5.2. W tym przypadku najmniejszy wskaźnik odnotowano w Rumunii oraz Słowacji, a największy w Estonii i Chorwacji. Uzyskane syntetyczne wyniki (kolumna E) w ujęciu przestrzennym przedstawiono na ryc. 7.3. Natomiast wyniki rangowania wykorzystano do kolejnego kroku w analizie do tabeli 7.4.

Na podstawie analizy opartej o wielkość orzekanych kar pozbawienia wolności za przestępstwa narkotykowe oraz wskaźnik przestępstw narkotykowych uznano, że największą represyjnością charakteryzują się kraje Rady Bałtyckiej i Słowacja.

⁴⁴ W niniejszej pracy wykorzystano dane dotyczące mediany liczby lat więzienia za sprzedaż marihuany (wyroki 1 kg), amfetaminy (wyroki za 100 g) oraz kokainy (wyroki za 100 gram), ponieważ w przypadku tych substancji były dostępne dane dla wszystkich jedenastu analizowanych krajów. W ramach badania EMCDDA poprosiło sędziów, prokuratorów oraz obrońców o opinię, ile lat więzienia powinna dostać osoba, która sprzedawała powyższe ilości narkotyków. Profil sprzedawcy został dokładnie określony dla tych scenariuszy. Przedstawione w pracy dane dotyczą Bułgarii (informacje od 9 sędziów (S), 1 prokuratora (P) oraz 1 obrońcy (O)), Czech (3P), Estonii (2S, 1P), Chorwacja (2S, 1P, 2O), Łotwy (2S, 3P, 2O), Litwa (7S, 3P, 1O), Węgry (2S, 2O), Polska (5S, 3P), Rumunia (3S, 9P, 2O), Słowenia (4S, 2P, 1O), Słowacja (2S, 2P, 1O).

Natomiast najmniejszą Polska, Węgry i Bułgaria. Patrząc na ryc. 7.3. widzimy, że tak wyznacza represyjność prawa jest największa w krajach postradzieckich.

Tab. 7.3. Ranking krajów ze względu na represyjność prawa narkotykowego, wyznaczony w oparciu dane dotyczące mediany liczby lat orzekanych przez sędziów za przestępstwa narkotykowe oraz wskaźnik przestępstw narkotykowych.

kraj:	A	B	C	D	E	F
Polska	1,0	1,0	1,0	7,0	10,0	1,0
Węgry	2,0	3,0	2,0	4,5	11,5	2,0
Bułgaria	3,0	2,0	3,0	4,5	12,5	3,0
Czechy	6,0	6,0	6,0	3,0	21,0	4,0
Słowenia	4,0	4,0	5,0	9,0	22,0	5,0
Chorwacja	5,0	5,0	4,0	10,0	24,0	6,5
Rumunia	7,0	8,0	8,0	1,0	24,0	6,5
Łotwa	8,0	7,0	9,0	8,0	32,0	8,0
Słowacja	10,0	11,0	11,0	2,0	34,0	9,0
Estonia	9,0	9,0	7,0	11,0	36,0	10,0
Litwa	11,0	10,0	10,0	6,0	37,0	11,0

A – Ranking powstały w oparciu o deklarowane wyroki za 1 kg haszyszu – mediana liczby lat.

B – Ranking powstały w oparciu o deklarowane wyroki za 100 g amfetaminy – mediana liczby lat.

C – Ranking powstały w oparciu o deklarowane wyroki za 100 gram kokainy – mediana liczby lat.

D – Ranking powstały w oparciu o wskaźnik liczby przestępstw na 1000 mieszkańców.

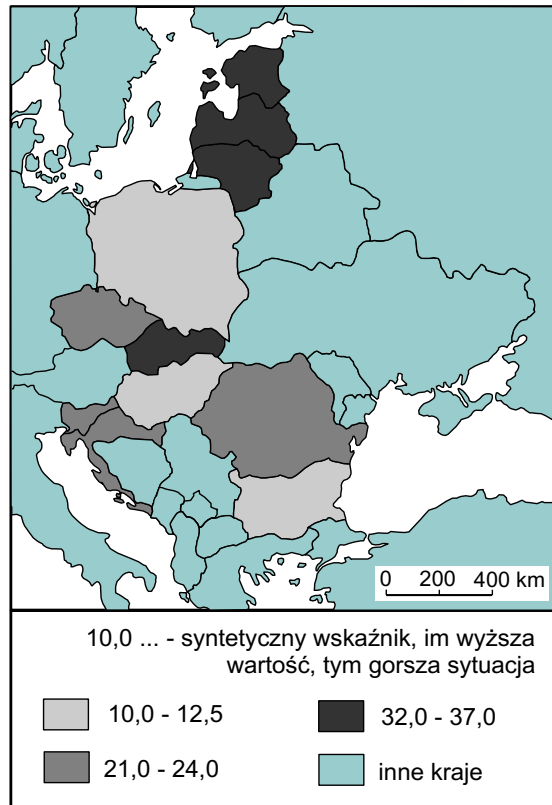
E – Synteza cząstkowa (suma wartości z kolumn A–D).

F – Ranking do syntezy końcowej (1 oznacza kraj o relatywnie najlepszej sytuacji, a 11 o najgorszej.).

Źródło: obliczenia własne na podstawie European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017.

W kolejnym kroku zestawione zostały ranking oparty o syntezę cząstkową powstałą na podstawie ocen ekspertów (kolumna D w tab. 7.1.) w oparciu o syntezę cząstkową danych dotyczących deklarowanych kar za sprzedaż narkotyków oraz przestępstw narkotykowych (kolumna F w tab. 7.2.) oraz analizę prawa narkotykowego (kolumna F w tab. 7.3.). Rezultat zsumowania wartości z trzech rankingów cząstkowych⁴⁵, zaprezentowany został w kolumnie D tabeli 7.4., a jego ujęcie przestrzenne na ryc. 7.4.

⁴⁵ Waga obu rankingów opartych na syntezach cząstkowych była taka sama.



Ryc. 7.3. Ujęcie przestrzenne represyjności prawa narkotykowego, wyznaczony w oparciu dane dotyczące mediany liczby lat orzekanych przez sędziów za przestępstwa narkotykowe oraz wskaźnik przestępstw narkotykowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kolumny E tab. 7.3.

Tab. 7.4. Syntetyczny ranking krajów ze względu na represyjność polityki narkotykowej.

kraje:	A	B	C	D
Słowenia	1,0	1,5	5,0	7,5
Polska	8,0	1,5	1,0	10,5
Czechy	5,0	5,0	4,0	14,0
Chorwacja	3,0	5,0	6,5	14,5
Rumunia	5,0	5,0	6,5	16,5
Węgry	7,0	9,5	2,0	18,5
Bułgaria	9,0	9,5	3,0	21,5
Litwa	2,0	9,5	11,0	22,5
Łotwa	10,5	5,0	8,0	23,5
Estonia	5,0	9,5	10,0	24,5
Słowacja	10,5	5,0	9,0	24,5

A – Ranking do syntezy końcowej (kolumna D w tab. 7.1.).

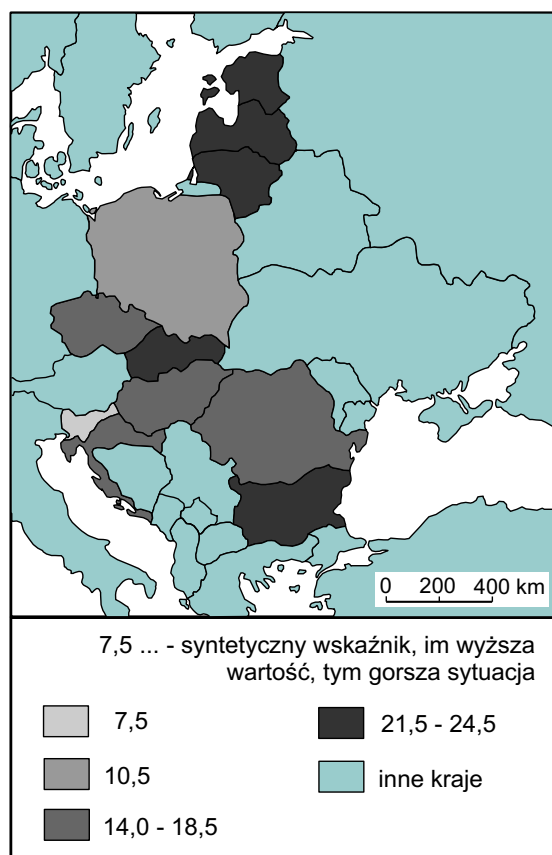
B – Ranking do syntezy końcowej (kolumna F w tab. 7.2.).

C – Ranking do syntezy końcowej (kolumna F w tab. 7.3.).

D – Synteza końcowa (i wyższa wartość, tym gorsza sytuacja).

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z tabel 7.1, 7.2 i 7.3.

Na podstawie przeprowadzonej analizy jakościowej stwierdzono, że w 2016 roku najbardziej represyjne prawo narkotykowe (uwzględniając także jego implementowanie) miały Słowacja i Estonia, za którymi plasowały się Łotwa, Litwa oraz Bułgaria. Po przeciwnej stronie były Słowenia a także Polska. W pozostałych krajach represyjność uznano za pośrednią. Patrząc na ryc. 7.4. można wyróżnić jeden zwarty obszar o wysokiej represyjności prawa obejmujący kraje Rady Bałtyckiej.



Ryc. 7.4. Ujęcie przestrzenne syntetycznej oceny represyjności prawa narkotykowego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kolumny D tab. 7.4.

7.3. Podsumowanie

W rozdziale zostały opisane rozwiązania prawne krajów postkomunistycznych będących członkami Unii Europejskiej. Warto zwrócić uwagę, że kraje stosują różne rozwiązania prawne wobec osób popełniających przestępstwa narkotykowe. W niektórych krajach stosowane są grzywny za używanie narkotyków (np. Bułgaria) czy posiadanie narkotyków (np. Chorwacja) ale z kolei w innych ustawodawca nie przewidział kar grzywny w takim przypadku (np. w Estonii). O ile używanie narkotyków nie wszędzie jest penalizowane, to posiadanie i sprzedaż narkotyków już

tak. W dwóch krajach (Słowacja i Estonia) można nawet zostać skazanym na dożywocie za przestępstwo narkotykowe. Wysokie kary za sprzedaż narkotyków grożą również na Węgrzech (nawet 20 lat) czy w Czechach (do 18 lat). Kraje stosują również alternatywy do karania za przestępstwa narkotykowe (np. w Polsce) lub nawet zachęcają do stosowania alternatyw, jeżeli przestępstwo zostało popełnione przez użytkownika narkotyków (np. w Chorwacji). Warto zwrócić uwagę, że rok 2016 był momentem, kiedy nastąpiły zmiany w prawie karnym w Czechach⁴⁶, kiedy orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego podważyło istniejące i stosowane przez sądy wartości graniczne dla określenia małej i dużej ilości narkotyków. Na Litwie z kolei w 2017 roku zaostrzono prawo znosząc kary administracyjne za posiadanie niewielkich ilości narkotyków.

Analizy przeprowadzone w niniejszej części pracy pokazują, że hipoteza trzecia pracy „Problem nowych substancji psychoaktywnych dotyczy przede wszystkim krajów charakteryzujących się represyjną polityką narkotykową” została w większości odrzucona. W tabeli 7.5. przedstawiono dwa rankingi krajów: ze względu na represyjność polityki narkotykowej oraz ze względu na wielkość problemu nowych substancji narkotykowych. Współczynnik korelacji rang Spearmana między nimi wyniósł zaledwie -0,06. W efekcie prowadzonych analiz zostały stworzone grupy krajów o różnym poziomie represyjności polityki narkotykowej, która jest określana w niniejszej pracy jako zapisy prawa narkotykowego oraz jego implementację. Słowenia, Polska a następnie w kolejności Czechy i Chorwacja miały najmniej represyjną politykę narkotykową a najbardziej represyjną mają kraje bałtyckie, Słowacja oraz Bułgaria. Oprócz Łotwy, żaden z tych krajów nie był „na podium” w rankingu krajów z największym problemem nowych substancji psychoaktywnych a Bułgaria była na czwartym miejscu. Warto zwrócić uwagę, że Słowacja, która miała najmniej problem nowych substancji psychoaktywnych znalazła się na pierwszym miejscu pod względem represyjności prawa narkotykowego. Z kolei w przypadku Polski mamy odwrotną sytuację. Jest

⁴⁶ W Czechach wprowadzono wartości graniczne, gdzie dokładnie określono co oznacza mała ilość narkotyków np. do 10 gram dla marihuany. W wyniku orzeczenia Trybunały sądy mogły orzekać, że np. 5 gram nie jest małą ilością narkotyków i podlega wtedy pod prawo karna a nie administracyjne. Opisywane zmiany w prawie została potraktowana jako „krok wstecz” jeśli chodzi o liberalizację prawa narkotykowego.

ona na czele rankingu krajów z problemem nowych substancji psychoaktywnych, natomiast w przypadku represyjności prawa odnotowano niską pozycję w rankingu.

Tab. 7.5 Syntetyczny końcowy ranking krajów ze względu na represyjność polityki narkotykowej oraz problem nowych substancji psychoaktywnych

kraj:	A	B
Bułgaria	7	8
Chorwacja	4	5
Czechy	3	2
Estonia	10	6
Litwa	8	4
Łotwa	9	10
Polska	2	11
Rumunia	5	7
Słowacja	11	1
Słowenia	1	3
Węgry	6	9

Czy wyższa wartość – tym większa represyjność polityki narkotykowej oraz skala problemu nowych substancji psychoaktywnych.

A – represyjność polityki narkotykowej.

B – skala problemu nowych substancji psychoaktywnych.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z tabel 6.3 i 7.4

8. Podsumowanie

Głównym celem pracy jest budowa niesformalizowanego modelu wyjaśniającego zróżnicowanie przestrzenne narkomanii w postkomunistycznych krajach będących członkami Unii Europejskiej w 2016 roku. W ramach pracy przeprowadzono analizę zróżnicowania problemu narkotykowego (skala używania substancji oraz rynki narkotykowe) oraz nowych substancji psychoaktywnych, jak również związanych z nimi problemów zdrowotnych w następujących państwach: Bułgaria, Chorwacja, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Słowacja, Słowenia, Węgry, Rumunia. Przystępując do gromadzenia danych i analiz sformułowano trzy cele poboczne o charakterze poznawczym, które przyjęły postać następujących pytań:

- 1) Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemu narkotyków?⁴⁷
- 2) Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemów zdrowotnych związanych z narkotykami?
- 3) Jakie są prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu problemu tzw. nowych substancji psychoaktywnych („dopalacze”)?

Pierwszy cel poznawczy zrealizowano w rozdziałach 3–5 i dotyczył on przestrzennego zróżnicowania używania narkotyków, rynków narkotykowych i przestępczości narkotykowej. W pracy zaprezentowane zostały wyniki badań ankietowych realizowanych zarówno przez Krajowe Centra Monitorujące jak również w ramach międzynarodowych projektów np. ESPAD. Wyniki badań krajowych wśród osób w wieku 15–34 lat odnotowują, że na pierwszym miejscu pod kątem rozpowszechnienia używania narkotyków we wszystkich badanych państwach są przetwory konopi indyjskich, a na drugim miejscu jest MDMA (ecstasy) – z wyjątkiem Chorwacji i Estonii, gdzie odnotowano najwyższe odsetki

⁴⁷ W ramach odpowiedzi na pytanie dotyczące pierwszego celu poznawczego skoncentrowano się zatem na rynkach narkotykowych i dostępności do wybranych narkotyków: marihuany i amfetamin.

użytkowników amfetaminy. W Rumunii w przypadku MDMA i kokainy odnotowano taki sam odsetek wskazań⁴⁸. Podobnie jak w przypadku używania narkotyków – największymi ilościami skonfiskowanych narkotyków we wszystkich krajach były zabezpieczenia przetworów konopi indyjskich, czyli marihuany (Słowacja, Słowenia, Czechy, Chorwacja, Węgry, Bułgaria, Estonia, Polska) i haszyszu (Litwa), wyjątek stanowiła tu Rumunia (kokaina). Na drugim miejscu pod względem ilości zabezpieczonych narkotyków odnotowano: heroinę (Chorwacja, Słowenia, Bułgaria, Słowenia), metamfetaminę (Słowacja, Czechy), marihuanę (Litwa, Rumunia), kokainę (Węgry, Łotwa) haszysz (Estonia) oraz amfetaminę (Polska) (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). W krajach bałkańskich analizowanych w pracy (z wyjątkiem Rumunii) dominują pod względem ilości zabezpieczenia heroiny, ponieważ państwa te leżą na szlaku przemytu heroiny z Afganistanu do Europy przez Turcję i właśnie kraje bałkańskie. Bułgaria jest jednym z głównych punktów wejścia przemytu do Europy (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Z kolei państwa Rady Bałtyckiej są krajami tranzytowymi narkotyków między krajami Europy Zachodniej, Europy Wschodniej i Skandynawii, głównie drogą lądową. W tych krajach wzrasta rola przesyłek pocztowych lub dostaw kurierskich w przemycaeniu nielegalnych substancji (Drug market and crime workbook Lithuania, 2017; Drug market and crime workbook Latvia, 2017; Drug market and crime workbook Estonia, 2017). Produkcja narkotyków syntetycznych w analizowanych krajach odbywa się głównie w Polsce (amfetaminy oraz w mniejszym stopniu nowych substancji psychoaktywnych) (A. Malczewski, 2018c) oraz Czechach i Słowacji (metamfetaminy i jedno laboratorium NSP) (Drug market and crime workbook Czech Republic, 2017; Drug market and crime workbook Slovakia 2017). Pojedyncze miejsca produkcji były wykrywane również w innych krajach: Litwa, Łotwa (metamfetamina) (Drug market and crime workbook Lithuania, 2017; Drug market and crime workbook Latvia, 2017) oraz Węgry (amfetamina) (Drug market and crime workbook Hungary, 2017). Jednak to Polska i Czechy są krajami, w których produkuje się narkotyki na dużą skalę: zarówno na

⁴⁸ Bulgaria Drugs Workbook, 2017; T. Glavak i inni, 2016; Czech Republic Drugs Workbook, 2017; Estonia Drug Workbook, 2017; Psichoaktywiju Medžiagų Vartojimo..., 2017; Latvia Drugs Workbook, 2017; Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień, 2015; Romania Drug Workbook, 2017; Country Report on Drug Situation Slovakia, 2016; Slovenia Country Drug Report, 2018; B. Paksi i inni, 2015.

rynki krajowe, jak i do przemytu np. z Czech przemykana jest metamfetamina do Niemiec (Drug market and crime workbook Czech Republic, 2017), a amfetaminy z Polski do państw skandynawskich (A. Malczewski, 2018c). Zorganizowane grupy przestępcze działają ponad granicami, np. produkcja 3-CMC (nowej substancji psychoaktywnej) na Słowacji była kierowana do Polski (Drug market and crime workbook Slovakia, 2017).

Drugi cel poznawczy został zrealizowany w rozdziale 4 i dotyczył przestrzennego zróżnicowania skali problemów związanych z używaniem narkotyków. Oprócz marihuany, która jest najpopularniejszym narkotykiem w analizowanych krajach, warto wyróżnić inne substancje, które charakteryzują wzory używania substancji psychoaktywnych w poszczególnych krajach w roku 2016 i z powodu których występuje najwięcej problemów związanych z narkotykami. W krajach bałtyckich i wśród analizowanych w pracy krajów bałkańskich są to opioidy, czyli heroina z wyjątkiem Estonii, gdzie dominują fentanyle⁴⁹. Na Węgrzech największy problem stanowiły nowe substancje psychoaktywne, podobnie jak w Polsce (Zs. Kaló i inni, 2018; Raport Głównego..., 2017). W Polsce były to również amfetaminy (A. Malczewski, 2018c). Symptomatyczne dla Czech i Słowacji jest problemowe używanie metamfetaminy, która jest najbardziej popularną substancją wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (Czech Republic Drugs Workbook, 2017; Slovakia Drug Workbook, 2017). W zależności od rodzaju substancji oraz jej statusu prawnego władze poszczególnych państw podejmują różne działania mające na celu ograniczenie zjawiska problemów związanych z używaniem narkotyków. W przypadku osób uzależnionych od opioidów działania lecznicze dotyczą przede wszystkim oferty leczenia substytucyjnego. Nie jest zaskakujące, że w rozkładzie przestrzennym wskaźnika liczby leczonych substytucyjnie w przeliczeniu na 1 mln obywateli widać prawidłowość polegającą na tym, że wysokie wartości tego wskaźnika wystąpiły w krajach postjugosłowiańskich oraz postradzieckich (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Wyniki badania ESPAD z 2015 roku pokazały, że największe zagrożenie uzależnieniem od marihuany występuje w Czechach, na Słowenii oraz Łotwie. Czechy odnotowały najwyższe odsetki

⁴⁹ Croatia, Country Drug Report, 2018; Slovenia, Country Drug Report, 2018; Romania, Country Drug Report, 2018; Bulgaria, Country Drug Report, 2018; Lithuania, Country Drug Report, 2018; Latvia, Country Drug Report, Estonia Country Drug Report, 2018.

16 latków używających marihuany w badania ESPAD (ESPAD 2015, 2016). Używanie narkotyków wywołuje poważne szkody zdrowotne włącznie ze śmiercią. Warto zwrócić uwagę, że analizowane kraje, poza Estonią i Litwą, nie miały wysokich wskaźników zgonów z powodu używania narkotyków. Estonia to kraj, który od wielu lat miała najwyższe wskaźniki zgonów w Unii Europejskiej. Litwa z kolei zanotowała chwilowy wzrost wskaźnika zgonów w latach 2016–2017 (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). W przypadku krajów bałtyckich należy zwrócić uwagę na wysokie wskaźniki zakażeń HIV z powodu zażywania narkotyków w iniekcjach. W tych krajach też odnotowano wysokie wskaźniki problemowego używania opioidów, które są używane przede wszystkim w iniekcjach – co może mieć wpływ na zwiększoną ilość zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki w zastrzykach (Europejski Raport Narkotykowy, 2018).

Trzeci cel poznawczy został realizowany w rozdziale 6 i częściowo w rozdziale 7. Dotyczy on nowych NSP, które pojawiły się w 2008 roku i zmieniły scenę narkotykową w Europie rozszerzając drastycznie dostępność do substancji psychoaktywnych nazywanych również nowymi narkotykami (A. Peacock, 2019). Kraje w UE, w tym państwa z analizowanego w pracy obszaru, podejmowały różne działania mające na celu przeciwdziałanie NSP. Wyniki analiz w niniejszej pracy pokazały, że przestrzenne zróżnicowanie problemu NSP między krajami jest duże. Najwyższe wskaźniki zabezpieczanych NSP w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach wśród analizowanych krajów odnotowano w Polsce, Węgrzech oraz Estonii (Early Warning System Database of EMCDDA, 2018). Z kolej dane z krajowych badań wśród 15–64 letnich mieszkańców odnotowały na „podium”: Węgry, Łotwę oraz Chorwację (Latvia Drugs Workbook, 2017; T. Glavak i inni, 2016; B. Paksi i inni, 2015). Na podstawie przeprowadzonych badań wśród ekspertów (załącznik nr 1.) stworzono ranking krajów z największym problemem NSP. Wynika z niego, że pierwsze cztery kraje to Węgry, Polska Rumunia oraz Łotwa. W przypadku Węgier odnotowano, że połowa zgonów z powodu narkotyków była efektem zażycia NSP (H. López-Pelayo i inni, 2021). Kraje z analizowanego obszaru nie są miejscami produkcji nowych substancji psychoaktywnych, lecz pojedyncze miejsca ich wytwarzania wykryto w Polsce i w Słowacji. Końcowa synteza dotycząca NSP została oparta na danych

statystycznych oraz opinii ekspertów. Stwierdzono, że największy problem nowych substancji psychoaktywnych występował w Polsce, Łotwie oraz na Węgrzech, a najmniejszy w krajach dawnej Czechosłowacji oraz w Słowenii.

Dwa cele poboczne o charakterze metodycznym zostały sformułowane również w postaci pytań:

- 1) Jaka jest dostępność i jakość danych charakteryzujących sytuację narkotykową na analizowanym obszarze?
- 2) Na ile jest wiarygodne porównywanie danych pochodzących ze sprawozdawczości pomiędzy poszczególnymi krajami?

Odnosząc się do pierwszego celu pobocznego o charakterze metodycznym, trzeba podkreślić, że dzięki pracy Krajowych Centrów Monitorujących udało się zebrać kluczowe dane potrzebne do weryfikacji hipotez badawczych w pracy doktorskiej. Wartości wskaźników zbierane są przez krajowe centra monitorujące, jednakże nie wszystkie informacje są dostępne dla roku 2016, czyli referencyjnego dla tej pracy. Dane zbierane przez Krajowe Centra Monitorujące są corocznie przekazywane do EMCDDA – jednakże nie oznacza to, iż dane zbierane są corocznie. W przypadku badań populacyjnych dotyczących rozpowszechnienia używania narkotyków mogą być one realizowane co cztery lata. Wynika to z tego, że dynamika części problemów narkotykowych nie jest na tyle duża, aby corocznie wartości wskaźników ulegały znaczącym zmianom. Ponadto badania populacyjne obejmujące dorosłych mieszkańców są dość kosztowne. W pracy wykorzystano również wyniki międzynarodowych badań realizowanych na młodzieży szkolnej w wieku 16 lat (badania ESPAD) z roku 2015 oraz wśród osób wieku 15–24 zleconych przez Komisję Europejską z roku 2014. Zdarzają się także niejednoznaczne wyniki badań. Na przykład wyzwaniem w monitorowaniu problemu narkotyków (w tym nowych narkotyków) i narkomanii jest rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych w Estonii według międzynarodowych badań ankietowych realizowanych na młodzieży szkolnej ESPAD. Według tych badań w Estonii odnotowano najwyższy wskaźnik (10%) używania kiedykolwiek w życiu nowych substancji psychoaktywnych wśród krajów biorących udział w badaniach ESPAD, obok Polski (ESPAD 2015, 2016). Warto jednak zauważyć, że dane z innych źródeł jak np. zabezpieczenia narkotyków czy zgłaszalność do leczenia z powodu narkotyków, nie potwierdzają wysokiego poziomu używania nowych substancji

psychoaktywnych w Estonii. Wnioski z seminarium zorganizowanego w Krakowie w 2015 roku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wraz z EMCDDA pokazały, że skala używania NSP w Estonii jest niewielka (A. Malczewski, 2015). Innym przykładem ograniczeń w analizie nowych narkotyków jest kolejny z kluczowych wskaźników EMCDDA dotyczący zgonów z powodu narkotyków – oparty jest on przede wszystkim na danych z ogólnych rejestrów śmiertelności. Te rejestry nie zidentyfikują obecności nowych substancji psychoaktywnych w odniesieniu do zgonów z ich powodu, ponieważ w ICD-10 nie ma specjalnych kodów do kodowania tych substancji. W celu m.in. określenia jakości danych przeprowadzone zostały wywiady z krajowymi ekspertami zajmującymi się narkotykami, narkomanią oraz NSP. Analizy dotyczące prawidłowości w przestrzennym zróżnicowaniu przeprowadzone zostały także na podstawie referatów wygłoszonych przez ekspertów zagranicznych w ramach konferencji i seminariów organizowanych lub współorganizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii⁵⁰. Zatem stwierdzić można, że dostępne dane (głównie za pośrednictwem EMCDDA) umożliwiają przeprowadzanie analiz sytuacji narkotykowej, ale zalecane jest porównywanie danych pochodzących z różnych źródeł. Ponadto w przypadku NSP niezbędne są konsultacje ze specjalistami, ponieważ dużo ważnych aspektów ich rozpowszechnienia umyka jeszcze oficjalnym statystykom.

W odniesieniu do drugiego celu pobocznego o charakterze metodycznym warto podkreślić, że monitorowanie zjawiska narkotyków i narkomanii realizowane jest w Europie dzięki wykorzystaniu różnorodnych wskaźników m.in. pięciu kluczowych wskaźników EMCDDA. Krajowe Centra Monitorujące z analizowanych krajów zbierają dane od wielu lat w oparciu o wytyczne i metodologię EMCDDA. W ramach pracy doktorskiej nad określeniem skali problemu narkomanii i narkotyków – korzystano ze wskaźników EMCDDA służących do analizy omawianego zjawiska, czyli zagadnień mieszczących się w ramach trzech celów poznawczych sformułowanych w niniejszej pracy. Na potrzeby analiz zostały wykorzystane różnorodne wskaźniki, które służą m.in. badaniu problemu narkotykowego w krajach postkomunistycznych będącymi członkami Unii

⁵⁰ Kraków 2015 r., Poznań 2016 r., Warszawa 2018 r. i 2019 r., Wilno 2018 r., Gdańsk 2019 r.

Europejskiej. Identyfikacja potencjalnych źródeł danych oraz wybór wskaźników było jednym z kluczowych elementów prac przygotowawczych. Wiarygodność i jakość zebranych danych została m.in. omówiona w trakcie przeprowadzonych jedenastu wywiadów, które zostały zrealizowane w ramach pracy doktorskiej. Uznano, że porównywanie szeroko rozumianej sytuacji narkotkowej pomiędzy krajami jest możliwe, ale wymaga bardzo dokładnego opisu zgromadzonych danych (odnośnie roku pochodzenia, obszaru gdyż nie zawsze jest to cały kraj, regionalnych odchyień od zaleceń EMCCDA odnośnie konstrukcji wskaźników itp.). Mając to na uwadze zdecydowano, że (1) powinien być bardzo rozbudowany rozdział zawierający opis źródeł oraz jakość posiadanych danych – stąd tak obszerny jest rozdział 1.3., (2) niecelowe jest stosowanie modeli sformalizowanych i skomplikowanych metod statystycznych, gdyż mogłoby to wywołać u czytelnika mylne wrażenie, że dane źródłowe są dla wszystkich krajów identycznej jakości i wiarygodności oraz odnoszą się dokładnie do tych samych lat.

Przystępując do pracy sformułowano trzy hipotezy:

- 1) Ogólnie⁵¹ zróżnicowanie zagrożenia/rozprzestrzenia narkomanii i narkotyków na analizowanym obszarze jest niewielkie.
- 2) Sytuacja społeczno-ekonomiczna państw nie jest grupą czynników różnicujących skalę i rodzaj problemu narkotyków i narkomanii.
- 3) Problem nowych substancji psychoaktywnych dotyczy przede wszystkim krajów charakteryzujących się represyjną polityką narkotykową.

W ramach przeprowadzonych w pracy analiz weryfikowano powyższe hipotezy w rozdziałach empirycznych pracy. Hipoteza pierwsza i druga były weryfikowane w rozdziałach numer 3–6. Hipoteza trzecia została zweryfikowana w rozdziale 7, w oparciu o dane przedstawione w rozdziałach 6 i 7. W pracy przyjęto strukturę odnoszącą się do podziału na rozdziały dotyczące skali używania narkotyków i problemów z nimi związanymi (rozdziały 3–4). Opis rynków narkotykowych i dostępności narkotyków zaprezentowano w rozdziale 5. Oddzielny rozdział dotyczył nowych substancji psychoaktywnych, w którym ujęto zarówno skalę używania jak związane z nimi problemy (rozdział 6). W kolejnym rozdziale

⁵¹ Ogólnie, to znaczy w zakresie głównych grup narkotyków jak np. przetwory konopi indyjskich (marihuana i haszysz) czy amfetaminy. Pominięto natomiast substancje psychoaktywne o niskim poziomie używania jak np. grzyby halucynogenne.

omówiono rozwiązania prawne w poszczególnych analizowanych krajach dotyczące narkotyków oraz nowych substancji psychoaktywnych. Badania opierały się przede wszystkim na analizie danych zastanych, jednakże zebrane zostały również informacje w postaci wywiadów i ankiet. Wyniki ankiet zostały zaprezentowane w rozdziałach 6 i 7, posłużyły one do weryfikacji hipotezy trzeciej pracy.

Pierwsza hipoteza „Ogólnie zróżnicowanie zagrożenia/rozprzestrzenia narkomanii i narkotyków na analizowanym obszarze jest niewielkie” została potwierdzona częściowo w rozdziale trzecim. W tym rozdziale przedstawiono przestrzenne zróżnicowanie używania narkotyków, które oparte było przede wszystkim na wynikach badań krajowych w populacjach osób w wieku 15–64 lata oraz na młodzieży szkolnej 16 lat. W kolejnym rozdziale zaprezentowano przestrzenne zróżnicowanie skali problemów związanych z używaniem narkotyków. W tym rozdziale analiza dotyczyła wskaźników m.in. zgonów z powodu narkotyków oraz zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Na podstawie danych zaprezentowanych w tym rozdziale hipoteza pierwsza została częściowo potwierdzona. Kolejna część pracy dotyczy przestrzennego zróżnicowania rynków narkotykowych i przestępczości narkotykowej. Analiza w rozdziale czwartym potwierdziła hipotezę pierwszą. Opisane zostały rynki narkotykowe w jedenastu analizowanych krajach. W efekcie pokazano, że kraje postkomunistyczne będące członkami Unii Europejskiej nie są głównymi producentami narkotyków w Europie (wyjątek to Czechy – metamfetamina i Polska – amfetamina), a raczej służą jako szlaki do przemytu narkotyków, jak np. kraje bałkański do zachodniej Europy, czy kraje bałtyckie np. do krajów skandynawskich. W rozdziale szóstym opisano problem nowych substancji psychoaktywnych i dane z tego rozdziału wprowadziły nowy element do weryfikacji hipotezy pierwszej. Na podstawie analiz z rozdziału szóstego hipoteza została częściowo odrzucona. Był to efekt stwierdzonego dużego problemu nowych substancji psychoaktywnych w kilku krajach z analizowanego obszaru, zwłaszcza w Łotwie, Węgrzech czy Polsce. W celu weryfikacji hipotezy dane z prezentowanych w pracy 11 krajów były przede wszystkim porównywane do średniej dla pozostałych państw Unii Europejskiej czy np. średniej z badania ESPAD. Rekapitulując weryfikację hipotezy pierwszej przeprowadzonej na podstawie rozdziałów 3–6 należy stwierdzić, że została ona potwierdzona w około połowie.

Drugą hipotezę „Sytuacja społeczno-ekonomiczna państw nie jest grupą czynników różnicujących skalę i rodzaj problemu narkotyków i narkomanii” weryfikowano, podobnie jak pierwszą, w rozdziałach 3–6. W tej części pracy do badania powiązań między analizowanymi zmiennymi posłużono się współczynnikiem korelacji liniowej Pearsona. Zmienne opisujące sytuacje w zakresie rozprzestrzenienia narkomanii i jej skutków zestawiano z indeksami społeczno-ekonomicznymi i demograficznymi opisanymi w rozdziale drugim pracy. Analiza danych zaprezentowana w rozdziale trzecim posłużyła do częściowego odrzucenia drugiej hipotezy. Z kolei dane dotyczące problemów związanych z używaniem narkotyków potwierdziły ją częściowo. Wyniki analiz dwóch kolejnych empirycznych rozdziałów pracy dotyczących rynków narkotykowych (rozdział 5) oraz nowych substancji psychoaktywnych (rozdział 6) stanowiły asumpt do potwierdzenia drugiej hipotezy. W efekcie rekapitulując można stwierdzić, że hipoteza druga została potwierdzona w ponad połowie.

W przeciwieństwie do dwóch pierwszych hipotez weryfikacja trzeciej („Problem nowych substancji psychoaktywnych dotyczy przede wszystkim krajów charakteryzujących się represyjną polityką narkotykową”) wymagała nie tylko opisu skali zjawiska używania nowych substancji psychoaktywnych (NSP) i związanych z tym problemów (rozdział 6), ale również opisu prawa narkotykowego (rozdział 7). Analizowane w pracy kraje wprowadzały zupełnie nowe rozwiązania prawne aby przeciwdziałać rozprzestrzenieniu NSP, których pojawienie się wywołało silne reakcje społeczne w niektórych krajach – łącznie z aktami wandalizmu wobec sklepów, jak to miało miejsce chociażby na Łotwie (A. Malczewski, M. Kidawa, 2018). W debacie społecznej w tych krajach pojawiła się opinia, że nowe substancje psychoaktywne mające często legalny lub półlegalny charakter – zdobyły między innymi swoją popularność, bo były alternatywą dla substancji nielegalnych. Według tej argumentacji użytkownicy sięgają zatem po nowe substancja psychoaktywne m.in. z powodu ich statutu prawnego (P. Sorosi, 2014). W przeciwieństwie do narkotyków, szczególnie na początku, używanie i posiadanie nowych substancji psychoaktywnych nie było karalne – a zatem stosowanie ich zamiast narkotyków, przy podobnym działaniu, pozwalało uniknąć konsekwencji prawnych. Niektóre z organizacji pozarządowych dążących do liberalizacji prawa narkotykowego argumentowały, że represyjna polityka narkotykowa powoduje, że użytkownicy

narkotyków używają nowe substancje jako legalny zamiennik narkotyków (P. Sorosi, 2014). W efekcie popularność zdobywają bardziej niebezpieczne substancje psychoaktywne. Niniejsza praca doktorska częściowo jest próbą zmierzenia się z tym tematem. Analiza zebranych danych pokazała, że hipoteza trzecia nie została w większości potwierdzona. Z czterech krajów o najbardziej represyjnej polityce Słowacja, Estonia, Łotwa oraz Litwa – tylko Łotwa miała duży problem z nowymi substancjami psychoaktywnymi.

W sferze koncepcyjnej praca opiera się na teorii tzw. efektu balona (F.O. Mora, 2011). Model dotyczy zmiany wzorów używania substancji psychoaktywnych z tradycyjnych narkotyków na nowe substancje psychoaktywne. Brak heroiny na rynkach w Polsce, Węgrzech i Rumunii spowodował zmianę wzorów używania narkotyków w iniekcji. Osoby zażywające heroinę dożylnie z powodu jej braku zaczęły używać nowych substancje psychoaktywne (P. Jabłoński, A. Malczewski, 2014). Brak zatem jednej substancji psychoaktywnej na rynku narkotykowym, spowodował zastąpienie jej przez użytkowników narkotyków, drugą. Nastąpiła zmiana wzorów używania substancji psychoaktywnych z tradycyjnych narkotyków na nowe substancje psychoaktywnych. Kolejnym przykładem „efektu balona” jest transgraniczny problem metamfetaminy. Czechy są czołowym producentem metamfetaminy w Europie, która trafia również na rynek niemiecki (Europejski Raport Narkotykowy, 2018). Metamfetamina produkowana jest przede wszystkim z pseudofedryny, która ekstrahowana jest z leków na kaszel dostępnych bez recepty w aptekach. Po wprowadzeniu mechanizmów kontrolnych sprzedaży leków zawierających pseudofedrynę w Czechach, źródłem zaopatrzenia dla nielegalnych laboratoriów stały się polskie apteki. W efekcie wzrosła sprzedaż tych leków, jak również w Polsce rozwinęła się produkcja metamfetaminy. Pisząc obrazowo: nacisk na balon powoduje wypchnięcie powietrza w innym miejscu. Czesi wprowadzili kontrolę sprzedaży leków zawierających pseudofedrynę i zorganizowane grupy przestępcze znalazły inne miejsce zaopatrywania się w prekursorzy do jej produkcji. Nacisk, czyli kontrola leków spowodowała, przesunięcie ich sprzedaży i zakupów do innego kraju (A. Malczewski, 2019b). Efekt balona wystąpił również w innym przypadku relacji polsko-czeskich. Zamknięcie sklepów z nowymi substancjami psychoaktywnymi w Polsce, 2010 roku spowodowało ich otwieranie na granicy z Polską w Czechach (V. Bělácková, 2013). Drugą teorią użytą w pracy jest

koncepcja Immanuela Wallerstaina (2007) dotycząca systemu światowego⁵² (ang. world-system). W tej teorii właściwą jednostką analizy nie są państwa czy społeczeństwa, lecz systemy historyczne, czyli minisystemy. A jednym z kluczowych elementów jest podział na obszar centrum, peryferie i półperyferie według teorii Wallerstaina. Analizowane w pracy zróżnicowanie przestrzenne problemu narkotyków i narkomanii dotyczy krajów zaliczanych do obszarów półperyferyjnych (względem „jądra” Unii Europejskiej), gdzie w wyniku nierównych procesów społecznych i gospodarczych doszło do zacofania w obszarze rozwoju gospodarczego, ale również w organizacji i rozwoju społecznego. W efekcie pewne procesy społeczne jak np. rozwój problemu narkotyków i narkomanii na tym obszarze mają inną charakterystykę i prawdopodobnie mniejsze rozmiary. W omówionych 11 państwach wśród stymulantów dominuje używanie amfetaminy i metamfetaminy – w przeciwieństwie do krajów Europy zachodniej i południowej, gdzie dominuje używanie kokainy wśród stymulantów. Porównanie szeregu wskaźników jak np. zgony z powodu narkotyków, odsetki użytkowników narkotyków wśród osób w wieku 15–34 lat – wskazało na mniejszą skalę problemów wśród krajów postkomunistycznych będących członkami UE, niż w pozostałych państwach Unii Europejskiej. Hipoteza pierwsza pracy mówiąca, że ogólnie zróżnicowanie zagrożenia/rozprzestrzenia narkomanii i narkotyków na analizowanym obszarze jest niewielkie (która została potwierdza w połowie) – pokazuje, że nadal istnieje podział na centrum (pozostały obszar, gdzie dominują najbardziej rozwinięte gospodarczo kraje Unii Europejskiej) oraz 11 analizowanych krajów zaliczanych do krajów peryferyjnych. Wejście opisywanych krajów do UE nie zmieniło naszej sytuacji i jak pisze Jan Sowa (2011) w „Fantomowym ciele króla” nadal jesteśmy w Polsce poza centrum, mimo że na pewno różnice między dwoma światami zmniejszają się.

⁵² Można się także spotkać w języku polskim z określeniem „system-świat”.

Spis literatury i źródeł

2017 World Press Freedom Index, Reporters Without Borders, <https://rsf.org/en/ranking/2017> (data dostępu: 14.01.2021).

Act on Narcotic Drugs and Psychotropic Substances and Precursors thereof, 2014, <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/530102013024/consolide> (data dostępu 20.05.2021).

Adamowicz P., 2016, Fatal intoxication with synthetic cannabinoid MDMB-CHMICA, *Forensic Science International*, 261, e5–e10.

Ahmad A., 2013, *New Age Globalization. Meaning and Metaphors*, Palgrave Macmillan, New York.

Aikins E.K.W., Ribeiro A.I., 2020, *Elements of health and medical geography*, Kendall Hunt, Dubuque.

An overview of the problem drug use (PDU) key indicator, 2009, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu-overview_en (data dostępu: 16.01.2021).

Ayanga D., Shorter D., Kosten T.R., 2016, Update on pharmacotherapy for treatment of opioid use disorder, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 17(17), 2307–2318.

Babbie E., 2007, *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Babor T.F., Caulkins J.P., Edwards G., Fischer B., Foxcroft D.R., Humphreys K., Obot I.S., Rehm J., Reuter P., Room R., Rossow I., Strang J., 2009, *Drug Policy and the Public Good*, Oxford University Press, Oxford.

Barański M., Pioskownik E., 2005, Interpretacje przyczyn zmiany politycznej w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, [w:] M. Barański (red.), *Systemy polityczne państw Europy Środkowej i Wschodniej. Ustrój, organy władzy, partie polityczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 9–16.

Běláčková V., 2013, *New synthetic drugs in the Czech Republic – ways to get through survey methods*, Presentation for REITOX Academy on New Psychoactive Substances, Warsaw, 5th September, 2013.

Benschop A., Bujalski M., Dabrowska K., Demetrovics Z., Egger D., Felinczi K., Henriques S., Kalo Z., Kamphausen G., Korf D.J., Nabben T., Silva J.P., Van Hout M.C., Wersé B., Wells J., Wiczorek L., Wouters M., 2017, *New Psychoactive Substances: transnational project on different user groups, user characteristics*,

extent and patterns of use, market dynamics, and best practices in prevention, NPS-transnational Project (HOME/2014/JDRU/AG/DRUG/7077), <https://www.drugsandalcohol.ie/29963/> (data dostępu: 16.01.2021).

Beyme von K., 1996, *Transition to Democracy in Eastern Europe*, Palgrave Macmillan UK, London.

Billingsley S., 2011, Exploring the Conditions for a Mortality Crisis: Bringing Context Back into the Debate, *Population, Space and Place*, 17(3), 267–289.

Brandeburovaal P., Bodik I., Horakova I., Žabka D., Castiglioni S., Salguerio-Gonzalez N., Zuccato E., Spalkova V., Mackulak T., 2020, Wastewater-based epidemiology to assess the occurrence of new psychoactive substances and alcohol consumption in Slovakia, *Ecotoxicology and Environmental Safety*, 200, artykuł number 110762.

Brounéus K., 2011, In-depth Interviewing: The process, skill and ethics of interviews in peace research, [w:] K Höglund, M. Öberg (red.), *Understanding peace research: Methods and challenges*, Routledge, London-New York, 131–145.

Brunt T., Atkinson A., Nefu T., Martinem M., Lahaie E., Malczewski A., Pazinty M., Belackova V., Brandt S., 2017, Online test purchased new psychoactive substances in 5 different European countries: A snapshot study of chemical composition and price, *International Journal of Drug Policy*, 44, 105–114.

Brunt T.M., Lefrançois E., Gunnar T., A., Seyler T., Goudriaan A.E., McAuley A., McKeown D.A., Detrez V., Csorba J., Deimel D., Auwärter V., Kempf J., Karolak S., Nefau T., 2021, Substances detected in used syringes of injecting drug users across 7 cities in Europe in 2017 and 2018: The European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE), *International Journal of Drug Policy*, /in press/, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103130>

Bujalski M., Dąbrowska K., Wieczorek Ł., 2017, New psychoactive substances in Poland. The analysis of policy responses and its effects, *Alcohol Drug Addict*, 30(3), 171–184.

Bukowska B., Jabłoński P., Sierosławski J., 2008, *Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Warszawa.

Bulgaria Drugs Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259435_EN_2%20Drugs_BG_2017%20EN.docx (data dostępu: 15.01.2021).

Bulgaria Harms and Harm Reduction Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259553_EN_3.4%20Harms%20and%20harms%20reduction_BG_2017%20EN.docx (data dostępu: 27.03.2021).

Bulgaria Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259429_EN_1.2%20Legal%20framework_BG_2017_EN.docx, (data dostępu 17.05.2021).

Bulgaria Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2017, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 03.02.2021).

Bulgaria Treatment Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259549_EN_3.2%20Treatment_BG_2017%20EN.docx (data dostępu: 27.03.2021).

Bulgaria, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/bulgaria_sl (data dostępu: 14.01.2021).

CAST – Cannabis Abuse Screening Test, b.d., Kannabishanke, https://kannabishanke.fi/wp-content/uploads/2020/11/Kannabishanke_Cast_ENG_MV.pdf (data dostępu: 25.02.2021).

Červený J., Chomynová P., Mravčík V., van Ours J.C., 2017, Cannabis decriminalization and the age of onset of cannabis use, *International Journal of Drug Policy*, 43, 122–129.

Chang Ch.-P., Lee Ch.-Ch., 2010, Globalization and Economic Growth: A Political Economy Analysis for OECD Countries, *Global Economic Review*, 39(2), 151–173.

Chojnicki Z., 1985, Orientacje filozoficzno-metodologiczne geografii – ich koncepcje i modele, *Przegląd Geograficzny*, 54(3), 255–281.

Chojnicki Z., 1999, *Podstawy metodologiczne i teoretyczne geografii*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań.

Corruption Perceptions Index 2017, Transparency International, https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017 (data dostępu: 11.02.2021).

Corruption Perceptions Index 2017: Technical Methodology Note, b.d., Transparency International, https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017#resources (data dostępu: 14.01.2021).

Country Report on Drug Situation Slovakia – Information of National Monitoring Centre for Drugs for National Drug Coordinators Meeting Bratislava October 19-20, 2016, National Monitoring Centre for Drugs for National Drug Coordinators, Bratislava.

Croatia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_257924_EN_Harms%20and%20Harm%20Reduction%20Workbook.docx (data dostępu: 27.03.2021).

Croatia Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_257926_EN_Legal%20Framework%20Workbook.docx, (data dostępu 17.05.2021).

Croatia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2017, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 03.02.2021).

Croatia Treatment Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_257936_EN_Treatment%20Workbook.docx (data dostępu: 27.03.2021).

Croatia, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/croatia_sl (data dostępu: 19.01.2021).

Csete J., 2012, *A Balancing Act. Policymaking on Illicit Drugs in the Czech Republic*, Open Society Foundations, Warsaw.

Czarniawska B., 2014, *Social Science Research: From Field to Desk*, SAGE Publications, Los Angeles.

Czech Republic Drugs Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258330_EN_Workbook_Drugs_CZ_2017.docx (data dostępu: 15.01.2021).

Czech Republic Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258411_EN_WB_Legal%20framework_CZ_2017.docx, (data dostępu 17.05.2021).

Czech Republic Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2017, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 03.02.2021).

Czech Republic, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/czech-republic_sl (data dostępu: 17.01.2021).

Czech Republic, Harm and harm reduction workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258373_EN_Template_Treatment_draft%20final_03_2017_bj.docx (data dostępu: 22.02.2021).

Czech Republic, Treatment workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259177_EN_Harms%20and%20harms%20reduction_2017.docx, (data dostępu: 22.02.2021).

Czechy wywiad, 2021, Wywiad z ekspertem (Victor Mravcik) z Czeskiego Focal Pointa, 28 maja 2021, on-line.

Dan S., Pollitt Ch., 2015, NPM Can Work: An optimistic review of the impact of New Public Management reforms in Central and Eastern Europe, *Public Management Review*, 17(9), 1305–1332.

Detailed methodology, b.d., Reporters Without Barriers, <https://rsf.org/en/detailed-methodology> (data dostępu: 14.01.2021).

Dietrich-Muszalska A., 2012, Perwityna, „krystaliczna metamfetamina” – nowe zagrożenie na polskiej scenie narkotykowej, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 12(3), 187–192.

Doležal D., 2013, *Dostupnost i cijene legalnih i ilegalnih droga u Republici*, Department of Criminology Faculty of Education and Rehabilitation Sciences University of Zagreb, Zagreb, https://drogeiovisnosti.gov.hr/UserDocsImages/uredarhiva/2013/11/DCID_2013_fin_alno_izvjesce.pdf (data dostępu: 09.04.2021).

Drahokoupil J., 2009, *Globalization and the State in Central and Eastern Europe. The politics of foreign direct investment*, Routledge, London-New York.

Drug market and crime workbook Bulgaria, 2017, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index255156EN.html> (data dostępu: 10.01.2021).

Drug market and crime workbook Croatia, 2017, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/improved-drug-supply-indicators-for-europe_en (data dostępu: 10.01.2021).

Drug market and crime workbook Czech Republic, 2017, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index267491EN.html> (data dostępu: 10.01.2021).

Drug market and crime workbook Estonia, 2017, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index267495EN.html> (data dostępu: 10.01.2021).

Drug market and crime workbook Hungary, 2017, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index255174EN.html> (data dostępu: 01.01.2021).

Drug market and crime workbook Latvia, 2017, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index267511EN.html> (data dostępu: 14.01.2021).

Drug market and crime workbook Lithuania, 2017, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index255182EN.html> (data dostępu: 10.01.2021).

Drug market and crime workbook Romania, 2017, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index255196EN.html> (data dostępu: 10.01.2021).

Drug market and crime workbook Slovakia, 2017, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index255198EN.html> (data dostępu: 08.01.2021).

Drug market and crime workbook Slovenia, 2017, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index255198EN.html> (data dostępu: 11.01.2021).

Drug market and crime workbook Slovenia, 2018, EMCDDA, <https://reitox.emcdda.europa.eu/html.cfm/index255200EN.html> (data dostępu: 10.01.2021).

Drug use: an overview of general population surveys in Europe, 2009, EMCDDA, (data dostępu: 16.01.2021).

Drug-related deaths and mortality in Europe: update from the EMCDDA expert network, 2019, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/drug-related-deaths-in-europe-2018> (data dostępu: 17.01.2021).

Drugs policy and the city in Europe, 2015, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Early Warning System Database of EMCDDA, 2018, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

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

EMCDDA standard protocol to collect data and report figures for the key indicator drug-related deaths (DRD-Standard, version 3.2), 2010, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html> (data dostępu: 16.01.2021).

England K., 2016, *Codification practices of drug related deaths following the WHO revision of ICD coding guidelines related to DRDs (Contract: CT.15.IBS.0129.1.0). Part I*, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/document-library/codification-practices-drug-related-deaths-following-who-revision-icd-coding-guidelines-related-drds-%E2%80%93-part-i_en (data dostępu 17.09.2017).

ESPAD 2016, <http://www.espad.org/report/table-34a-frequency-lifetime-use-illicit-drugs-other-marijuana-or-hashish-2015-percentages> (data dostępu: 01.08.2021).

ESPAD Group, 2020, *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

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

ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2020, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Estimating the prevalence of problem drug use in Europe, 1997, EMCDDA, Pompidou Group, https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34027EN.html_en (data dostępu: 16.01.2021).

Estonia Drugs Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_257850_EN_Estonia%20Drug%202017.docx (data dostępu: 15.01.2021).

Estonia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258246_EN_Estonia_Harms%20and%20harm%20reduction%20wb%202017.docx (data dostępu 27.03.2021).

Estonia Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259892_EN_Estonia%20%20Legal%20Framework%20.docx (data dostępu 17.05.2021).

Estonia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2017, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 03.02.2021).

Estonia Treatment Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258588_EN_ESTONIA%20Treatment.docx (data dostępu 27.03.2021).

Estonia wywiad, 2021, Wywiad z ekspertką (Katri Abel-Ollo) z Estońskiego Focal Poina, 29 kwietnia 2021 on-line.

Estonia, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/estonia_sl (data dostępu: 17.01.2021).

EU Drug Markets Report 2019, 2019, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-report-2019_en (data dostępu: 16.01.2021).

EU enlargement and drugs – Challengers and perspectives, 2003, Drugs in focus, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/261/Dif08en_63587.pdf (data dostępu: 16.01.2021).

European Drug Report 2020: Trends and Developments, 2020, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2020_en (data dostępu: 16.01.2021).

European Health for All database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe, <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/#demographic-and-socio-economic-indicators> (data dostępu: 11.02.2021).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol, 2019, *EU Drug Markets Report 2019*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017, *Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion*, Technical report. EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3573/Trafficking-penalties.pdf> (data dostępu: 26.09.2021).

Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia, 2017, EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001PLN.pdf> (data dostępu: 11.02.2021).

Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia, 2018, EMCDDA, https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1417507 (data dostępu: 11.02.2021).

Europejski raport narkotykowy 2021: Tendencje i osiągnięcia, 2021, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

Fóti O., 2017, *Tűcsere programok adatai 2016*, Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest (maszynopis).

Fundacja CBOS, Młodzież 2016, Fundacja CBOS i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016 https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1150305 (data dostępu: 25.02.2021).

Glavak Tkalić R., Miletić G.M., Maričić J., 2016, *Uporaba sredstava ovisnosti u hrvatskom društvu: istraživanje na općoj populaciji*, Institute of Social Sciences “Ivo Pilar” and Office for Combating Drug Abuse of the Government of the Republic of Croatia, Zagreb, https://www.researchgate.net/publication/30888955_Uporaba_sredstava_ovisnosti_u_hrvatskom_drustvu_Istrazivanje_na_opcoj_populaciji (data dostępu: 09.04.2021).

Global Index: Methodology, b.d., <https://www.socialprogress.org/index/global/methodology> (data dostępu: 14.01.2021).

Golichenko M., Sarang A., 2013, Atmospheric Pressure: Russian drug policy as a driver for violations of the UN Convention against Torture and the International

Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, *Health and Human Rights*, 15(1), <https://www.hhrjournal.org/2013/10/atmospheric-pressure-russian-drug-policy-as-a-driver-for-violations-of-the-un-convention-against-torture-and-the-international-covenant-on-economic-social-and-cultural-rights/> (data dostępu: 28.02.2021).

Grochowski M., 1990, Rozwój zjawiska narkomanii w Polsce – ujęcie regionalne, *Conference Papers IGiPZ PAN*, 9, 237–248.

Grohmannova K., 2013, *NSD use among PDU. Czech National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Presentation for Reitox Academy on New Psychoactive Substances 4–5 September 2013 Warsaw.

Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe: issues and challenges, 2010, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/556/EMCDDA-Manual5_Retail_prices_223869.pdf (data dostępu: 16.01.2021).

Guidelines for estimating the incidence of problem drug use, 2008, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65345EN.html_en (data dostępu: 16.01.2021).

Handbook for surveys on drug use among the general population, 2002, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58052EN.html> (data dostępu: 17.01.2021).

Havrylyshyn O., 2007, *Fifteen Years of Transformation in the Post-Communist World. Rapid Reformers Outperformed Gradualists*, CATO Institute, Washington, <https://object.cato.org/pubs/dpa/DPA4.pdf> (data dostępu: 28.02.2021).

Hay G., Gannon M., MacDougall J., Eastwood C., Williams K., Millar T., 2009, Capture—recapture and anchored prevalence estimation of injecting drug users in England: national and regional estimates, *Statistical Methods in Medical Research*, 18(4), 323–339.

Heaton J., 2008, Secondary Analysis of Qualitative Data: An Overview, *Historical Social Research*, 33(3), 33–45.

Heinz A.J., Epstein D.H., Schroeder J.R., Singleton E.G., Heishman S.J., Preston K., 2006, Heroin and cocaine craving and use during treatment: Measurement validation and potential relationships, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 355–364.

Hellwig Z., 1968, Zastosowanie metody taksonomicznej do typologicznego podziału krajów ze względu na poziom ich rozwoju oraz zasoby i strukturę wykwalifikowanych kadr, *Przegląd Statystyczny*, 15, 307–327.

Holzer J.Z., 2003, *Demografia*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

Hungary Drug Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258120_EN_Drugs_HU_2017.docx (data dostępu: 15.01.2021).

Hungary Harms and harm reduction workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258122_EN_Harms%20and%20harm%20reduction_HU_2017.docx (data dostępu: 22.02.2021).

Hungary Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258124_EN_Legal%20framework_HU_2017.docx, (data dostępu 17.05.2021).

Hungary Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2017, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 04.02.2021).

Hungary Treatment workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258130_EN_Treatment_HU_2017.docx (data dostępu: 22.02.2021).

Hungary, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/hungary_sl (data dostępu: 09.01.2021).

Improver drug supply indicators for Europe: progress report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/improved-drug-supply-indicators-for-europe_en (data dostępu: 17.01.2021).

Informacja Głównego Urzędu Statystycznego na temat rewizji rachunków narodowych w latach 1995–2018, 2020, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/roczne-rachunki-narodowe/informacja-glownego-urzedu-statystycznego-na-temat-rewizji-rachunkow-narodowych-w-latach-19952018,13,1.html> (data dostępu: 14.01.2021).

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

Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.C. (red.), 2012, *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Jabłoński P., Malczewski A., 2014, „*Dopalacze*” – skala zjawiska i przeciwdziałanie, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Jabłoński P., Malczewski A., 2014, *Dopalacze – skala zjawiska i przeciwdziałanie*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=841820 (data dostępu: 09.04.2021).

Jakubowska B., Muszyńska D., Kidawa M., 2012, *Szukaj porozumienia ze swoim dzieckiem – Bliżej siebie dalej od narkotyków*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Janušauskienė D., 2008, Post-Communist Democratization: Explaining the Differences, [w:] A. Blasko, D. Janušauskienė (red.), *Political Transformation and Changing Identities in Central and Eastern Europe*, The Council for Research in Values and Philosophy, Washington, 131–154.

Johannsen L., Pedersen K.H., 2012, How to Combat Corruption: Assessing Anti-Corruption Measures from a Civil Servant's Perspective, *Halduskultuur – Administrative Culture*, 13(2), 130–146.

Jones K., Moon G., 1987, *Health, Disease and Society: a Critical Medical Geography*, Routledge & Kegan Paul, London-New York.

- Kaló Zs., Szabó R., Bálint R., Péterfi A., Port Á., Szatmári D., Tarján A., Horváth G., 2018, *Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsszakértők bevonásával Magyarországon 2017–2018-ban*, Hungarian National Focal Point, Budapest (maszynopis).
- Karklis R., 2005, *The System Made Me Do It: Corruption in Post-Communist Societies*, Armonk, New York.
- Kidawa M., 2013, Zjawisko nowych narkotyków w świetle rozwiązań prawnych w Polsce – propozycja stworzenia zintegrowanego systemu, *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, 2(62), 7–12.
- Kidawa M., 2021, Zjawisko nowych substancji psychoaktywnych w świetle aktualnych danych, *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, 2(94), 29–35.
- Kidawa M., Struzik M., 2008, Używanie kokainy w Europie i w Polsce, *Serwis Informacyjny NARKOMANIA*, 1(40), 14–18.
- Klimkiewicz A., Jasińska A., 2018, Zdrowotne następstwa rekreacyjnego używania kannabinoidów, *Psychiatria*, 15(2), 88–92.
- Knaappila N., Marttunen M., Fröjd S., Lindberg N., Kaltiala R., 2020, Changes in cannabis use according to socioeconomic status among Finnish adolescents from 2000 to 2015, *Journal of Cannabis Research*, 2, artykuł numer 44.
- Kollmorgen R., 2013, Theories of Postcommunist Transformation. Approaches, Debates, and Problems of Theory Building in the Second Decade of Research, *Studies of Transition States and Societies*, 5(2), 88–105.
- Konecki Z., 2000, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Kowalczyk A., 1993, Społeczno-przestrzenne aspekty zróżnicowania poziomu spożycia alkoholu w Polsce, [w:] L. Mazurkiewicz (red.), *Zdrowie a środowisko*, Zakład Geografii Ekonomicznej INoZ UMCS, Lublin, 203–210.
- Kowalewicz T. (red.), 2018, *Budowanie lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii*, Fundacja Praesterno, Warszawa.
- Kuźmierz E., Mielecka-Kubień Z., Wiszejko-Wierzbicka D., 2009, *Karanie za posiadanie. Artykuł 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii - koszty, czas, opinie. Raport z badań*, Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Lajta A., Mayer M., Lakatos A., Kuzma M., Miseta A., 2020, New psychoactive versus conventional stimulants a ten year review of case work in Hungary, *Legal Medicine*, 47, artykuł number 101780.
- Latvia Drugs Workbook*, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258248_EN_Harms%20and%20harms%20reduction_Latvia.docx (data dostępu: 15.01.2021).
- Latvia Harms and Harm Reduction Workbook*, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258248_EN_Harms%20and%20harms%20reduction_Latvia.docx (data dostępu: 27.03.2021).
- Latvia Legal framework workbook*, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258164_EN_Template_Legal

%20framework_draft%20final_RTX%20meeting_Latvia2017.docx, (data dostępu 17.05.2021).

Latvia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2017, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 03.02.2021).

Latvia Treatment workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258687_EN_!Treatment_Latvia.docx (data dostępu 27.03.2021).

Latvia, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/latvia_sl (data dostępu: 14.01.2021).

Łęcka I, 2004: Powolny rozwój geografii medycznej, [w:] Z. Michalczyk (red.), *Badania geograficzne w poznaniu środowiska*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 743–749.

Ledeneva A., 2009, Corruption in Postcommunist Societies in Europe: A Re-examination, *Perspectives on European Politics and Society*, 10(1), 69–86.

Legleye S., Kraus L., Piontek D., Phan O., Jouanne C., 2012, Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a Sample of Cannabis Inpatients, *European Addiction Research*, 18, 193–200.

Lesthaeghe R., 2010, The Unfolding Story of the Second Demographic Transition, *Population and Development Review*, 36(2), 2011–251.

Ling W., Rawson R., Shoptaw S., Ling W., 2006, Management of methamphetamine abuse and dependence, *Current Psychiatry Reports*, 8(5), 345–354.

Lithuania Drugs Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258210_EN_Template_Drugs_Lithuania%202017.docx (data dostępu: 15.01.2021).

Lithuania Harms And Harm Reduction Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258218_EN_Harms%20and%20harms%20reduction_Lithuania%202017.docx (data dostępu 27.03.2021).

Lithuania Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259892_EN_Estonia%20-%20Legal%20Framework%20.docx, (data dostępu 17.05.2021).

Lithuania Treatment Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258210_EN_Template_Drugs_Lithuania%202017.docx (data dostępu 27.03.2021).

Lithuania, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/lithuania_sl (data dostępu: 19.01.2021).

Litwa wywiad 1, 2018, Wywiad z ekspertką (Lina Jurgelaitiene) z Litewskiego Focal Pointa 19 grudnia 2018 roku w Wilnie.

Litwa wywiad 2, 2018, Wywiad z ekspertkami (Rasa Povilanskienė, Rima Mačiūnienė) z Drug Precursors Control and Risk Assessment Division w Drug, Tobacco and Alcohol Control Department 19 grudnia 2018 roku w Wilnie.

López-Pelayo H., Vicente J., Gallegos A., McAuley A., Büyük Y., White M., Giraudon I., 2021, Mortality involving New Psychoactive Substances across Europe, 2016–2017, *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 1, artykuł number 100016.

López-Pelayo H., Vicente J., Gallegos A., McAuley A., Büyük Y., White M., Giraudon I., 2021, Mortality involving New Psychoactive Substances across Europe, 2016–2017, *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 1, artykuł number 100016.

LSD, 2021, Wikipedia, https://pl.wikipedia.org/wiki/Dietyloamid_kwasu_lizergowego (data dostępu 24.09.2021).

Makać W., Urbanek-Krzysztofiak D., 2003, *Metody opisu statystycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.

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

Malczewski A., 2015, Międzynarodowa konferencja dotycząca „dopalaczy” w Krakowie, *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, 4(72), 41–42.

Malczewski A., 2018a, Problem narkotyków oraz nowych substancji psychoaktywnych w krajach bałtyckich, *Serwis Informacyjny NARKOMANIA*, 3(83), 43–48.

Malczewski A., 2018b, Problem nowych substancji psychoaktywnych i narkotyków na Węgrzech i w Rumunii, *Serwis Informacyjny NARKOMANIA*, 4(84), 33–39.

Malczewski A., 2018c, *Raport o stanie narkomanii 2018*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1417507 (data dostępu: 28.02.2021).

Malczewski A., 2019a, Problem narkotyków w krajach bałkańskich będących członkami Unii Europejskiej, *Serwis Informacyjny NARKOMANIA*, 3(87), 36–44.

Malczewski A., 2019b, Problem narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych w Czechach i na Słowacji, *Serwis Informacyjny NARKOMANIA*, 1(85), 37–41.

Malczewski A., Kidawa M., 2018, *Nowe Substancje w Europie - skala zjawiska i przeciwdziałanie*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa.

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

Malczewski A., Zile-Veisberga A., 2019, Similarities and differences in changing NPS market brought by new regulatory approaches in selected Eastern and Central European states with mostly focus on Poland and Latvia, *Journal of Geography, Politics and Society*, 9(2), 10–19.

Malczewski, A., Kidawa M., 2017, *Dopalacze – kompendium wiedzy dla specjalistów*, Wydawnictwo edukacyjne Remedium. Fundacja ETOH, Warszawa.

Manthey J., 2019, Cannabis use in Europe: Current trends and public health concerns, *International Journal of Drug Policy*, 68, 93–96.

- Martens M.-S., Zurhold. H., Rosenkranz M., O'Donnell A., Addison M., Spencer L., McGovern W., Gabrhelík R., Petruželka B., Rowicka M., Liebrechts N., Degkwitz P., Kaner E., Verthein U., 2020, Using life course charts to assess and compare trajectories of amphetamine type stimulant consumption in different user groups: a cross-sectional study, *Harm Reduction Journal*, 17, artykuł numer 8.
- Martinez M., Kmetonyová D, Běláčková V., 2016, *A method for exploring the number of online shops selling new psychoactive substances: initial I-TREND project results in: The internet and drug markets (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Insights 21)*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Matczak A., Pawlicki P.A., 2019, Cannabis consumers in Poland, *Journal of Geography, Politics and Society*, 9(2), 32–43.
- Matczak A., Pawlicki P.A., 2021, Tourism of Polish cannabis consumers, *Journal of Geography, Politics and Society*, 11(3), w druku.
- May J.M., 1952, History, definition, and problems of medical geography: a general review, [w:] *International Geographical Union. XVIIth International Geographical Congress*, The United Educational, Scientific and Cultural Organization, Washington, 1–9.
- Mayer J.D., 1982, Relations between two traditions of medical geography: health systems planning and geographical epidemiology, *Progress in Geography*, 6(2), 2016–230.
- Meade M., Emch M., 2010, *Medical Geography*, The Guilford Press, New York-London.
- Meade M.S., Earickson R.J., 2005, *Medical geography*, The Guilfrd Press, New York.
- Michalski T., 2010a, Ewaluacja i monitoring narkomanii przez samorzady terytorialne, [w:] W. Ratajczak, K. Stachowiak (red.), *Gospodarka przestrzenna społeczeństwu. Tom 1*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań, 207–217.
- Michalski T., 2010b, *Sytuacja zdrowotna w europejskich krajach postkomunistycznych w dobie transformacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Michalski T., 2012, *Przemiany w liczbie ludności i ruchu rzeczywistym w Europie Środkowej i Środkowo-Wschodniej w okresie transformacji*, Wydawnictwo Bernardinum, Pelplin.
- Michalski T., 2018a, History and main research currents in Polish medical geography, *Quaestiones Geographicae*, 37(2), 27–37.
- Michalski T., 2018b, Problemy monitorowania sytuacji społecznej na szczeblu lokalnym i regionalnym wynikające z czasowej dostępności danych, *Space-Society-Economy*, 23, 29–39.
- Michalski T., 2019, Wpływ emigracji długookresowej na wiarygodność szacunku natężenia procesów związanych z narkomanią, *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, 3(87), 22–24.

Michalski T., 2020a, *Problemy monitoringu przestrzennego sytuacji społecznej*, Wydawnictwo Bernardinum, Gdańsk-Pelplin.

Michalski T., 2020b, Wpływ drugiego przejścia demograficznego na wiarygodność szacunku natężenia procesów związanych z narkomanią, *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, 1(89), 31–33.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I, wydanie 2008, 2012, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf (data dostępu: 19.07.2021).

Mora F.O., 1996, Victims of the Balloon Effect: Drug Trafficking and the U.S. Policy in Brazil and the Southern Cone of Latin America, *The Journal of Social, Political, and Economic Studies*, 21(2), 115–140.

Mordwa S., 2012, Geografia a inne nauki zajmujące się przestępczością, [w:] W. Maik, K. Rembowska, A. Suliborski (red.), *Związki geografii z innymi naukami*, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy, Bydgoszcz, 261–272.

Mordwa S., 2013, *Przestępczość i poczucie bezpieczeństwa w przestrzeni miasta. Przykład Łodzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

Mordwa S., 2016, The Geography of crime in Poland and its interrelationship with other fields of study, *Geographia Polonica*, 89(2), 187–202.

Nelson J.M., 1998, Social Costs, Social-Sector Reforms, and Politics in Post-Communist Transformations, [w:] *Transforming Post-Communist Political Economies*, The National Academies Press, Washington, 247–271.

Nemec J., 2014, Comparative analysis of public administrations reforms in former socialist countries of Central and Eastern Europe, *International Journal of Civil Service Reform & Practice*, 4, 93–113.

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions, 2016, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eurojust/nps-legislation-and-prosecution_en (data dostępu: 16.01.2021).

New psychoactive substances in Europe: Legislation and prosecution – current challenges and solutions, 2016, EMCDDA, Publications Office of the European Union, Lisbon-Luxembourg, <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3353/TD0416736ENN.pdf> (data dostępu 19.05.2021).

Nociar A., 2014, *Survey on drugs among university students in Slovakia, Final Report*, St. Elisabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, <http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=Document&DocumentID=1115> (data dostępu: 09.04.2021).

Nowak S., 2007, *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Nutt D.J., King L.A., Phillips L.D., 2010, Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565.

Opinie i Diagnozy nr 38 – Młodzież 2016, 2017, Fundacja CBOS, Warszawa, <https://www.cbos.pl/PL/publikacje/diagnozy/038.pdf> (data dostępu: 08.05.2021).

Oppong Asante K., 2019, Cannabis and amphetamine use and its psychosocial correlates among school-going adolescents in Ghana, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, artykuł number 33.

Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych, 2015, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, https://www.cinn.gov.pl/porta1?id=15&res_id=928538 (data dostępu: 25.02.2021).

Pacione E. (red.), 1986, *Medical geography (Routledge revivals). Progress and prospects*, Routledge, Abingdon-New York.

Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs., 2015, *Drogefogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében – a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) első eredményei*, Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26–28, Siófok.

Pantylej W., 2008, *Kierunki badań w geografii medycznej w Polsce i na Ukrainie*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio B*, 15, 257–271.

Peacock A., Bruno R., Gisev N., Degenhardt L., Hall W., Sedefov R., White J., Thomas K.V., Farrell M., Griffiths P., 2019, New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control, and public health responses, *The Lancet*, 394(10209), 1668–1684.

Poland Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259433_EN_Legal%20Framework%202017.docx (data dostępu 17.05.2021).

Poland Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2018, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 03.02.2021).

Poland Treatment Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259578_EN_Treatment_PL.docx (data dostępu 28.03.2021).

Poland, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/poland_sl (data dostępu: 12.01.2021).

Porter M.E., Stern S., Green M., 2017, *Social Progress Index 2017*, Social Progress Imperative, Washington, <http://www.socialprogressindex.com/results> (data dostępu: 14.01.2021).

Porter M.E., Stern S., Green M., 2017, *Social Progress Index 2017*, Social Progress Imperative, <http://www.socialprogressindex.com/results> (data dostępu: 11.02.2021).

Povilanskienė P., 2019, Rynek narkotykowy na Litwie, [w:] A. Malczewski, M. Liwski (red.), *Przeciwdziałanie uzależnieniom - perspektywa lokalna, krajowa oraz międzynarodowa*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 151–158.

Povilanskienė R., Mačiūnienė R., 2018, *Nowe substancje psychoaktywne. Prawodawstwo i ocena ryzyka na Litwie*, Departament Kontroli Tytoniu, Narkotyków oraz Alkoholu. Litwa – prezentacja na II Międzynarodowej Konferencji Przeciwdziałanie Narkomanii na Poziomie Lokalnym, Warszawa, 16–17 lipca 2018 roku.

Psichoaktyviųjų Medžiagų Vartojimo Paplitimas Lietuvoje 2016 Metais, 2017, NTKAD, <https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/Ataskaita%20-%20NTAKD%20201701.pdf> (data dostępu: 09.04.2021).

Purpose & Methodology, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, <http://www.espad.org/purpose-methodology> (data dostępu: 16.01.2021).

Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013–2014, 2015, Główny Inspektor Sanitarny, Warszawa, <https://www.gov.pl/attachment/63803c3a-d498-4bda-aafb-01e9ea42338c> (data dostępu: 09.04.2021).

Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – stop dopalaczom 2015–2016, 2017, Główny Inspektor Sanitarny, Warszawa, <https://www.gov.pl/attachment/50817ab2-0f79-4531-a3dc-dc44e9deab5e> (data dostępu: 09.04.2021).

Reuter P., Pardo B., Taylor J., 2021, Imagining a fentanyl future: Some consequences of synthetic opioids replacing heroin, *International Journal of Drug Policy*, 94, artykuł number 103086.

Rivas R., Gibson-Light M., 2016, Exploring culture through in-depth interviews: is it useful to ask people about what they think, mean, and do?, *Cinta moebio*, 57, 316–329.

Roaf J., Atoyan R., Joshi B., Rogulski K. & IMF Staff Team, 2014, *25 years of transition: post-communist Europe and the IMF*, International Monetary Fund, Washington, http://www.imf.org/external/region/bal/rr/2014/25_years_of_transition.pdf (data dostępu: 27.02.2021).

Romania Drugs Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258190_EN_RO_Drugs%20_2017_EN.docx (data dostępu: 15.01.2021).

Romania Harm and harm reduction workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258198_EN_RO_HHR_2017_EN.docx (data dostępu: 22.02.2021).

Romania Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258214_EN_RO_Legal%20%20framework_2017_EN.docx, (data dostępu 17.05.2021).

Romania Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2019, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 03.02.2021).

Romania Treatment workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258202_EN_RO_Treatment_2017_EN.docx (data dostępu: 22.02.2021).

Romania, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/romania_sl (data dostępu: 13.01.2021).

Rumunia wywiad, 2021, Wywiad z ekspertką (Ruxanda Iliescu) z Rumuńskiego Focal Pointa, 7 maja 2021 on-line.

Runge J., 2006, *Metody badań w geografii społeczno-ekonomicznej – elementy metodologii, wybrane narzędzia badawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Saüstowicz P., Malczewski A., Belackova V., Brunt T., Cadet Tairou A., Jabłońska M., Lahaie E., Mandes S., 2015, *Workstream 3 Online survey among NPS users – Final report*, SWPS University of social sciences and humanities, Warsaw.

Sande M., 2016, Characteristics of the use of 3-MMC and other new psychoactive drugs in Slovenia, and the perceived problems experienced by users, *International Journal of Drug Policy*, 27, 65–73.

Schneider C.Q., Wagemann C., 2012, *Set-Theoretic Methods for the Social Sciences – a guide to qualitative comparative analysis*. Cambridge University Press, Cambridge.

Sierosławski J., 2020, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport, prezentacja oraz informacja prasowa z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, <ftp://kbpn.home.pl/ESPAD/> (data dostępu: 25.02.2021).

Slovakia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_265866_EN_3.4%20Harms%20and%20harms%20reduction.docx (data dostępu 27.03.2021).

Slovakia Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259533_EN_2017%20Legal%20Framework%20%20Slovakia%20.docx,

Slovakia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2017, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 04.02.2021).

Slovakia Treatment Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259871_EN_2017Drug%20treatment.docx (data dostępu 27.03.2021).

Slovakia, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/slovakia_sl (data dostępu: 14.01.2021).

Slovenia Drugs Workbook, 2020, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_273855_EN_Drugs_SI_2020.docx

Slovenia Harms And Harm Reduction Workbook, 2017 EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259525_EN_Treatment_Slovenia2017F.docx (data dostępu: 22.02.2021).

Slovenia Legal framework workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_258015_EN_Legal%20framework_Slovenia_2017F.docx, (data dostępu 17.05.2021).

Slovenia Standard table 15: Composition of illicit drug tablets 2017, EMCDDA, <https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/login.do> (data dostępu: 03.02.2021).

Slovenia Treatment Workbook, 2017, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_259065_EN_Harms&harms_reduction_Slovenia_2017F.docx (data dostępu: 22.02.2021).

Slovenia, Country Drug Report, 2018, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/slovenia_sl (data dostępu: 16.01.2021).

Slovenian Harms and harm reduction workbook, 2018, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_265206_EN_3.4%20Harms%20and%20harms%20reduction_%20SI_2018.docx (data dostępu: 07.04.2021).

Słowacja wywiad, 2021, Wywiad z ekspertem (Peter Koren) ze Słowackiego Focal Pointa, 6 maja 2021, on-line.

Slovakia Drugs Workbook, 2019, EMCDDA, https://reitox.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_270715_EN_WB%20Drugs%20SK2019.docx (data dostępu: 15.01.2021).

Sobotka T., 2008, Overview Chapter 6: The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe, *Demographic Research*, 19, 171–224.

Sorosi P., 2014, *The Not-So-Balanced Approach – Policy responses to new psychoactive substances*, Hungarian Civil Liberties Union drugreporter.net, Budapest.

Sowa J., 2016, *Fantomowe Ciało Króla – peryferyjne zmagania z nowoczesną formą*, TAIWPN UNIVERSITAS, Kraków.

Statistical Bulletin - 2020 Infectious diseases - NHIV, Infectious diseases > Notifications > HIV, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/drid> (data dostępu: 27.03.2021).

Statistical Bulletin - 2020 Problem drug use - Injecting - Trends, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu> (data dostępu: 22.02.2021).

Statistical Bulletin - 2020 Problem drug use - Injecting - Trends, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu> (data dostępu: 22.02.2021).

Statistical Bulletin - 2020 Problem drug use - Injecting - Trends, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu> (data dostępu: 22.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Health and social responses - OST, Health and social responses > Opioid substitution treatment > Clients > All clients, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/hsr_en (data dostępu: 27.03.2021).

Statistical Bulletin 2020 - OD - Trends - SB, 2020, Overdose deaths > Trends > EMCDDA 'Selection B', EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/drd_en (data dostępu: 27.03.2021).

Statistical Bulletin 2020 - OD - Trends - SD, Overdose deaths > Trends > EMCDDA 'Selection D', EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/drd_en (data dostępu: 27.03.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Offences, Drug law offences > Number of offences > Offences, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021#displayTable:DLO-01-1> (data dostępu: 10.05.2021).

Statistical Bulletin 2020 - offenders, Drug law offences > Number of offences > Offenders, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021#displayTable:DLO-01-2> (data dostępu: 10.05.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LTP, 2020, Prevalence of drug use > Any Illegal Drugs > Lifetime prevalence > All adults (15-64), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020, Prevalence of drug use > Any Illegal Drugs > Last year prevalence > All adults (15-64), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - AID - LYP, 2020, Prevalence of drug use > Any Illegal Drugs > Last year prevalence > All adults (15-64), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Amphetamine - LYP - 15-24, 2020, Prevalence of drug use > Amphetamine > Last year prevalence > Aged 15-24, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 18.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - amphetamine - LYP, 2020), Prevalence of drug use > Amphetamines > Last year prevalence > All adults (15-64), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - amphetamines - LYP - YA, 2020, Prevalence of drug use > Amphetamines > Last year prevalence > Young adults (15-34), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LTP, Prevalence of drug use > Cannabis > Lifetime prevalence > All adults (15-64), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 18.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - 25-34, 2020, Prevalence of drug use > Cannabis > Last year prevalence > Aged 25-34, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 18.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP - YA, 15-24, Prevalence of drug use > Cannabis > Last year prevalence > aged (15-24), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 18.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP- 25-34, Prevalence of drug use > Cannabis > Last year prevalence > Aged 25-34, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 18.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis - LYP, 2020, Prevalence of drug use > Cannabis > Last year prevalence > All adults (15-64), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cannabis- LYP-YA, Prevalence of drug use > Cannabis > Last year prevalence > Young adults (15-34), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 18.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Cocaine - LYP - YA, 2020, Prevalence of drug use > Cocaine > Last year prevalence > Young adults (15-34), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 18.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - cocaine - LYP, 2020), Prevalence of drug use > Cocaine > Last year prevalence > All adults (15-64), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP, 2020, Prevalence of drug use > Ecstasy > Last year prevalence > All adults (15-64), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - 15-24, Prevalence of drug use > Ecstasy > Last year prevalence > Aged 15-24, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 18.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - Ecstasy - LYP - YA, Prevalence of drug use > Ecstasy > Last year prevalence > Young adults (15-34), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 18.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - trend - cannabis - LYP - YA, 2020, Prevalence of drug use > Trends > Cannabis > Last year prevalence > Young adults (15-34), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - trend - cannabis - LYP- 2020, Prevalence of drug use > Trends > Cannabis > Last year prevalence > All adults (15-64), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - PoDU - trend - Ecstasy - LYP - YA, 2020, Prevalence of drug use > Ecstasy > Lifetime prevalence > Young adults (15-34), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> (data dostępu: 25.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - price - amphetamine, Price, purity and potency > Price (euros) > Retail > Other amphetamine-type stimulants (ATS) > Amphetamine (gram), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021#displayTable:PPP-02-1-1-7-3> (data dostępu: 01.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - price - cannabis, Price, purity and potency > Price (euros) > Retail > ATS (other) > amphetamine (gram), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/ppp> (data dostępu: 01.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - price - heroin, Price, purity and potency > Price (euros) > Retail > Heroin > Base (gram), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/ppp> (data dostępu: 01.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Injecting - AY, Problem drug use > Injecting > All years > Geo-coverage > National, 2020, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu> (data dostępu: 27.03.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Injecting - MRE, Problem drug use > Injecting > Most recent estimates, 2020, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu> (data dostępu: 27.03.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - OAYGON, Opioids > All years > Geo-coverage > National, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu_en, (data dostępu: 22.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - OAYGON, Opioids > All years > Geo-coverage > National, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu_en, (data dostępu: 22.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - OMRE, Problem drug use > Opioids > Most recent estimates, EMCDDA https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu_en, (data dostępu: 22.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Opioids - Trends, Problem drug use > Opioids > Trends, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu_en, (data dostępu: 22.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Overall, Problem drug use > Overall (ex PDU) > Most recent estimates, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu_en (data dostępu: 27.03.2021).

Statistical Bulletin 2020 - Problem drug use - Overall, Problem drug use > Overall (ex PDU) > Most recent estimates, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu_en (data dostępu: 27.03.2021).

Statistical Bulletin 2020 - purity - amphetamine, Price, purity and potency > Potency/Purity > Retail > Stimulants (other) > Amphetamine (%), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/ppp> (data dostępu: 01.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - purity - cannabis, Price, purity and potency > Potency/Purity Retail > Cannabis > Herbal (% THC), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/ppp> (data dostępu: 01.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - purity - heroin, Price, purity and potency > Potency/Purity > Retail > Heroin > Base (%), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/ppp> (data dostępu: 01.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - amphetamine, Seizures of drugs > Number of seizures > Stimulants > Amphetamine (including captagon szr), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - herbal, Seizures of drugs > Number of seizures > Cannabis > Herbal, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - heroin, Seizures of drugs > Number of seizures > Opioids > Heroin, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - MDMA, Seizures of drugs > Quantity seized > Stimulants (tablet) > MDMA, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - metamphetamine, Seizures of drugs > Number of seizures > Stimulants > metamphetamine, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - NoS - resin, Seizures of drugs > Number of seizures > Cannabis (kg) > Resin, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - amphetamine, Seizures of drugs > Number of seizures > Stimulants > Amphetamine (kg), EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - herbal, Seizures of drugs > Quantity seized > Cannabis (kg) > Herbal, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - heroin, Seizures of drugs > Quantity seized > Opioids > Heroin, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - MDMA, Seizures of drugs > Quantity seized > Stimulants (tablet) > MDMA, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - metamphetamine, Seizures of drugs > Number of seizures > Stimulants > metamphetamine, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Statistical Bulletin 2020 - SoD - QS - resin, Seizures of drugs > Quantity seized > Cannabis (kg) > Resin, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/szr> (data dostępu: 10.02.2021).

Strona KBPN [dopalacze.info](https://dopalaczeinfo.pl) 1, 2021, https://dopalaczeinfo.pl/strony/narkotyki_od_a_do_z#amfetamina (data dostępu 24.09.2021).

Strona KBPN [dopalacze.info](https://dopalaczeinfo.pl) 3, 2021, https://dopalaczeinfo.pl/strony/narkotyki_od_a_do_z#kokaina (data dostępu 24.09.2021).

Strona KBPN [dopalacze.info](https://dopalaczeinfo.pl), 2021, https://dopalaczeinfo.pl/strony/narkotyki_od_a_do_z#marihuana (data dostępu 24.09.2021).

Sypion-Dutkowska N., 2014. Uwarunkowania przestrzenne przestępczości w wielkim mieście w ujęciu GIS (na przykładzie Szczecina), *Studia KPZK PAN*, 159.

Tarján A., Dudás M., Wiessing L., Horváth G., Rusvai E., Tresó B., Csohán A., 2017, HCV prevalence and risk behaviours among injectors of new psychoactive substances in a risk environment in Hungary – An expanding public health burden, *International Journal of Drug Policy*, 41, 1–7.

Technical report. Estimating the size of the main illicit retail drug markets in Europe: an update, 2019, EMCDDA, <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12174/TD0219965ENN.pdf> (data dostępu: 16.01.2021).

Thanki D., Mravčík V., Běláčková V., Mačiulytė D., Zábranský T., Širvinskienė A., Subata E., Lorenzo-Ortega R., 2020, Prevalence of high-risk drug use and coverage of opioid substitution treatment and needle and syringe programs in Lithuania in 2015–2016: A multi-method estimation study, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 122, artykuł number 108229.

The International Drug Control Conventions 1961 Schedules of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol, as at 11 June 2021, 2021, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf (data dostępu 24.09.2021).

The International Drug Control Conventions 1971, Schedules of the Convention on Psychotropic Substances of 1971, as at 7 December 2021, 2021, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf (data dostępu 24.09.2021)

The International Drug Control Conventions 1988 – Tables of the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988, as at 3 November 2020, 2020, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf (data dostępu 24.09.2021).

The Legatum Prosperity Index 2017, 2017, Legatum Institute, London, <http://www.prosperity.com/> (data dostępu: 14.01.2021).

The Vaultes of Erowid, 2021, *MDMA Effects by Erowid*, https://www.erowid.org/chemicals/mdma/mdma_effects.shtml (data dostępu 24.09.2021).

Thomas K.V, Bijlsma L., Castiglioni S., Covaci A., Emke E., Grabic R., Hernández F., Karolak S., Kasprzyk-Hordern B., Lindberg R.H., Lopez de Alda M., Meierjohann A., Ort Ch., Pico Y., Quintana J.B, Reid M., Rieckermann J., Terzic S., L.N. van Nuijs A., de Voogt P., 2012, Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis, *Science of The Total Environment*, 432, 432–439.

Thornton J., 1998, Restructuring Production Without Market Infrastructure, [w:] *Transforming Post-Communist Political Economies*, The National Academies Press, Washington, 133–155.

Treatment demand indicator (TDI) Standard protocol 3.0, 2012, EMCDDA, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/675/EMCDDA-TDI-Protocol-3.0_392671.pdf (data dostępu: 16.01.2021).

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, 2012, EMCDDA,

https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0_en (data dostępu: 17.01.2021).

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005 Nr 179 poz. 1485), <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20051791485/U/D20051485Lj.pdf> (data dostępu 20.05.2021).

Van De Kaa D.J., 1987, Europe's second demographic transition, *Population Bulletins*, 42(1), 1–59.

Vorobjov S., 2015, *New psychoactive substances in Estonia, available data from recent surveys*, Presentation for Reitox Baltic Academy in Cracow – Poland, 3–4 September 2015.

Wallerstein I., 2007, *Analiza systemów-światów. Wprowadzenie*, Wydawnictwo Akademickie Dialog, Warszawa.

Wernicki P., 2019, *WHO przyjęła nową klasyfikację chorób i przyczyn zgonów*, Nauka w Polsce, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C77313%2Cwho-przyjela-nowa-klasyfikacje-chorob-i-przyczyn-zgonow.html> (data dostępu: 16.01.2021).

Wilson Ch., 2013, Thinking about post-transitional demographic regimes: A reflection, *Demographic Research*, 28, 1373–1388.

Wiszejko-Wierzbińska D, Kidawa M, Jabłońska M., 2016, Motywy zażywania i typologia użytkowników nowych substancji psychoaktywnych na podstawie badania sondażowego i analizy forów internetowych w ramach projektu I-TREND., *Alcohol Drug Addict*, 29, 61–74.

Young People and Drugs – Flash Eurobarometer 401, 2014, 2014, TNS Political & Social, European Commission, https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_401_en.pdf (data dostępu: 09.04.2021).

Zaidi B., Morgan S.P., 2017, The Second Demographic Transition Theory: A Review and Appraisal, *Annual Review of Sociology*, 43, 473–492.

Zile-Weisberga A., 2018, *Narkotyki oraz nowe substancje psychoaktywne na Łotwie*, Prezentacja na II Międzynarodowej Konferencji Przeciwdziałanie Narkomanii na Poziomie Lokalnym, Warszawa, 16-17 lipca 2018 rok.

Zile-Weisberga A., 2018, *Narkotyki oraz nowe substancje psychoaktywne na Łotwie*, Prezentacja na II Międzynarodowej Konferencji Przeciwdziałanie Narkomanii na Poziomie Lokalnym, Warszawa, 16–17 lipca 2018 rok.

Załącznik 1: wywiady oraz ankiety z ekspertami

Wywiady z ekspertami

W ramach analizy zebranego materiału jak również ustalenia nowych źródeł informacji potrzebnych do pracy doktorskiej przeprowadzono 11 wywiadów z 12 ekspertami z 9 krajów. W ramach wywiadów omawiane były następujące zagadnienia:

- rozpowszechnienie używania narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych;
- skala problemów związanych z narkotykami i nowymi substancjami psychoaktywnymi;
- rynek narkotykowy oraz nowych substancji psychoaktywnych;
- prawo narkotykowe dotyczące również nowych narkotyków (nowych substancji psychoaktywnych);
- jakość dostępnych danych i ich ograniczenia dotyczące m.in. porównywalności danych między krajami;
- ankieta dotycząca prawa narkotykowego i nowych substancji psychoaktywnych (trzy pytania).

Tabela 1. Wykaz wywiadów przeprowadzonych w ramach pracy doktorskiej.

Imię i Nazwisko	Data	Kraj	Pozycja	Instytucja	Miejsce	Czas wywiadu
Lina Jurgelaitiene	19 grudnia 2018	Litwa	Kierownik (Head) Reitox Focal Point	National monitoring center – Drug, Tobacco and Alcohol Control Department	Litwa, Wilno	20 minut
Rasa Povilanskienė i Rima Mačiūnienė	19 grudnia 2018	Litwa	Kierownik i pracownik	Drug precursors control and risk assessment division - Drug, Tobacco and Alcohol Control Department	Litwa, Wilno	25 minut
Peter Koren	6 maja 2021	Słowacja	Koordinator System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach	National Monitoring Centre for Drugs Department of Drug Strategy Coordination and Monitoring of Drugs - Ministry of Health of the Slovak Republic	On-line	30 minut

Imię i Nazwisko	Data	Kraj	Pozycja	Instytucja	Miejsce	Czas wywiadu
Katri Abel-Ollo	29 kwietnia 2021	Estonia	Kierownik (Head) Reitox Focal Point	Infectious Disease and Drug Prevention Departmen - National Institute for Health Development	On-line	40 minut
Ruxanda Iliescu	7 maja 2021	Rumunia	Kierownik (Head) Reitox Focal Point	National Anti-Drug Agency under the remit of the Ministry of Internal Affairs	On-line	30 minut
Mateja Jadla	17 maja 2021	Słowenia	Zc-Kierownik (Head) Reitox Focal Point	Information Unit for Illicit Drugs - National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia	On-line	35 minut
Viktor Mravcik	28 maja 2021	Czechy	Kierownik (Head) Reitox Focal Point	National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Office of the Government of the Czech Republic	On-line	30 minut
Ieva Pugule	1 czerwca 2021	Łotwa	Kierownik (Head) Reitox Focal Point	Centre for Disease Prevention and Control of Latvia	On-line	30 minut
Agnese Zile- Veisberga	14 maja 2021	Łotwa	Krajowy kordynator ds. Narkotyków	Sectoral Policy Department Ministry of the Interior of Latvia	On-line	35 minut
Aleksandar Panayotov	23 września 2021	Bułgaria	Kierownik (Head) Reitox Focal Point	National focal point - National Centre for Addiction	On-line	30 minut
Gergely Horvath	17 maja 2021	Węgry	Kierownik (Head) Reitox Focal Point	Department of Public Health in the Ministry of Human Capacities	On-line	30 minut

Ankieta dotycząca prawa narkotykowego oraz problemu nowych substancji psychoaktywnych

Dane do ankiet zbierano dwutorowo. Po pierwsze przeprowadzono 11 wywiadów z pracownikami Reitox Focal Point lub ekspertami zajmującymi się tematyką narkotykową w ramach, których zadawano trzy pytania z ankiety. Po drugie zrealizowano 17 ankiet z tymi pracownikami oraz innymi ekspertami krajowymi. Wypełnione ankiety otrzymywano emailem. Wyniki tych badań są widoczne w poniższej tabeli.

Pytania z ankiety:

- 1) Proszę ocenić swoje prawo antynarkotykowe (ustawodawstwo, dokumenty, strategię i plan działania itp. – „prawo w pudełku” ang. law in box⁵³) w 2016 roku? Jak surowy/konserwatywny było prawo narkotykowe w tym roku? Proszę

⁵³ Termin „Law in Box” oznacza przepisy prawa w formie dokumentów zapisanych w przeciwieństwie do prawa, które jest wdrażane.

wpisać „X” na poniższej skali w jednym z pól. Skala jest od bardzo liberalnego (1) do bardzo konserwatywnego (10)?

- 2) Proszę ocenić wdrożenie prawa antynarkotykowego w praktyce (np. działania Policji i Służby Celnej na problem narkotykowy, alternatywa dla karania osób zażywających narkotyki, wyroki sądu za przestępstwa narkotykowe itp.) w 2016 roku? Jak surowe/konserwatywne czy liberalne była realizacja prawa narkotykowego wdrożenie w tym roku? Proszę wpisać „X” na poniższej skali w jednym z pól. Skala jest od bardzo liberalnego (1) do bardzo konserwatywnego (10)? Celem tego pytania jest określenie, w jaki sposób w 2016 r. wdrożono prawo narkotykowe.
- 3) Proszę ocenić problem nowych substancji psychoaktywnych (NSP w Pani/Pana kraju w 2016 roku. Jak duży lub mały był problem NSP w Twoim kraju (biorąc pod uwagę m.in.: dane dotyczące rozpowszechnienia używania NPS, przypadki związane z zatruciami z powodu NSP, przestępstwa z powodu NSP itp.)? Proszę wpisać „X” na poniższej skali w jednym z pól. Skala jest od bardzo małego problemu (1) do bardzo dużego problemu (10).

Tabela 2. Wyniki ankiet z ekspertami.

Kraj	A	B	C	Liczba odpowiedzi	Kto odpowiadał:
Bułgaria	8,00	7,00	6,00	1	Reitox Focal Point
Chorwacja	6,00	6,00	3,00	1	Uniwersytet (były pracownik Reitox Focal Point)
Czechy	6,25	6,25	2,50	4	Reitox Focal Point
Estonia	7,00	5,50	3,00	2	Reitox Focal Point
Litwa	5,50	4,75	4,80	4	Reitox Focal Point, Departament ds. Kontroli narkotyków i prekursorów
Łotwa	8,30	7,70	7,00	3	Reitox Focal Point, Uniwersytet, Krajowy Kordynator ds. Narkotyków
Polska	6,50	7,50	7,30	4	Reitox Focal Point, Uniwersytet, NGO, Krajowy Kordynator ds. Narkotyków
Rumunia	6,00	6,50	7,00	2	Reitox Focal Point
Słowacja	8,00	8,00	2,00	1	Reitox Focal Point
Słowenia	5,00	4,00	4,00	2	Reitox Focal Point, NGO
Węgry	7,25	6,25	8,00	4	Reitox Focal Point, Uniwersytet, Krajowy Kordynator ds. Narkotyków

A – Ocena prawa narkotykowego (średnia z odpowiedzi)

B – Ocena implementacji prawa narkotykowego (średnia z odpowiedzi)

C – Ocena problemu nowych substancji psychoaktywnych (średnia z odpowiedzi)