



Europski centar za praćenje
droga i ovisnosti o drogama

HR

ISSN 2314-9019

Europsko izvješće o drogama

Trendovi i razvoj

2017



Europski centar za praćenje
droga i ovisnosti o drogama

Europsko izvješće o drogama

Trendovi i razvoj

2017

Pravna napomena

Ova publikacija Europskog centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA) zaštićena je autorskim pravima. EMCDDA ne prihvaća nikakvu odgovornost za posljedice koje mogu nastati iz korištenja podacima sadržanima u ovom dokumentu. Sadržaj ove publikacije nužno ne odražava službena mišljenja partnera EMCDDA-a, država članica Europske unije ili bilo koje druge institucije ili agencije Europske unije.

Europe Direct služba je koja odgovara na vaša pitanja u vezi s Europskom unijom.

Besplatni telefonski broj (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*): Informacije su besplatne, kao i većina poziva (premda neke mreže, javne govornice ili hoteli mogu naplaćivati pozive).

Više informacija o Europskoj uniji dostupno je na internetu (<http://europa.eu>).

Ovo je izvješće dostupno na bugarskom, španjolskom, češkom, danskom, njemačkom, estonskom, grčkom, engleskom, francuskom, hrvatskom, talijanskom, latvijskom, litavskom, mađarskom, nizozemskom, poljskom, portugalskom, rumunjskom, slovačkom, slovenskom, finskom, švedskom, turskom i norveškom jeziku. Sve prijevode izradio je Prevoditeljski centar za tijela Europske unije.

Luksemburg: Ured za publikacije Europske unije, 2017.

Print	ISBN 978-92-9497-085-5	ISSN 2314-9019	doi:10.2810/086383	TD-AT-17-001-HR-C
PDF	ISBN 978-92-9497-087-9	ISSN 2314-9582	doi:10.2810/78583	TD-AT-17-001-HR-N

© Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama, 2017.
Umnožavanje je dopušteno uz navođenje izvora.

Preporučeni citat:

Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (2017.), *Europsko izvješće o drogama 2017.: trendovi i razvoj*, Ured za publikacije Europske unije, Luksemburg.

Printed in Belgium

TISKANO NA PAPIRU IZBIJELJENOM BEZ ELEMENTARNOG KLORA (ECF)



Europski centar za praćenje
droga i ovisnosti o drogama

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisabon, Portugal

Tel. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Sadržaj

5	Predgovor
9	Uvodne napomene i zahvale
11	KOMENTAR Stanje na području droga u Europi u 2017.
19	POGLAVLJE 1. Ponuda droga i tržište
41	POGLAVLJE 2. Prevalencija i trendovi uporabe droga
61	POGLAVLJE 3. Štete uzrokovane uporabom droga i odgovori na tu problematiku
83	PRILOG Nacionalne tablice s podacima

| Predgovor

Zadovoljstvo nam je predstaviti *Europsko izvješće o drogama 2017.: trendovi i razvoj*, najvažniju publikaciju EMCDDA-a, koja pruža najnovije podatke o situaciji s drogama i odgovore na problem droga u Europi. Pružamo vam opsežan višeslojni paket informacija i analiza koji se temelji na najnovijim podacima i statistikama koje dobivamo od svojih nacionalnih partnera.

Izvješće za 2017. prati novi skup nacionalnih pregleda u obliku 30 Izvješća o drogama po zemljama koji predstavljaju pristupačne sažetke na internetu koji se odnose na nacionalne trendove i razvoj politike i prakse europskih zemalja u području droga.

Iako se ovom publikacijom pružaju nove godišnje informacije o fenomenu droga u Europi, ono se temelji na trogodišnjem *Izvješću o tržištu droga u EU-u*, objavljenom 2016. Krajem ove godine bit će dopunjena prvim izvješćem na razini EU-a posebno posvećenim zdravlju i društvenom odgovoru na problem droga.

EMCDDA ima zadatak prikupljati podatke i osigurati da su oni prikladni za ispunjavanje svoje svrhe. Na taj način nastojimo pružiti najbolje moguće dokaze i doprinijeti ostvarenju svoje vizije zdravije i sigurnije Europe. Ovo izvješće visoke razine pruža pregled i analizu trendova i razvoja u području droga te mu je namjena biti koristan alat europskim i nacionalnim donositeljima politika i planova koji svoje strategije i intervencije žele utemeljiti na najnovijim dostupnim informacijama. U skladu s našim ciljem pružanja visokokvalitetnih usluga našim dionicima, ovo najnovije izvješće omogućit će pristup podacima koji mogu biti višenamjenski: kao osnovni i naknadni podatci za procjene politika i usluga; za pružanje konteksta i kao pomoć u definiranju prioriteta za strateško planiranje; za omogućavanje usporedbi između nacionalnih situacija i skupova podataka te za isticanje novih prijetnji i problema.

U ovogodišnjem izvješću istaknute su određene zabrinjavajuće promjene na tržištu nezakonitih opijata, tvari koje se još uvijek povezuju s visokom razinom morbidnosti i mortaliteta u Europi. Uočili smo ukupan porast broja smrtnih slučajeva povezanih s predoziranje opijatima, kao i sve više prijavljenih slučajeva problema povezanih sa zamjenskim lijekovima za opijate i novim sintetičkim opijatima. Kako se razvija fenomen droga, tako se mora razvijati i odgovor Europe na problem droga. To omogućava okvir zajedničkog djelovanja, utvrđen Strategijom EU-a za borbu protiv droga za



razdoblje 2013. – 2020. Europska komisija predložila je novi akcijski plan suzbijanja zlouporabe droga za razdoblje 2017. – 2020., a o njemu trenutačno raspravljaju Europski parlament i Vijeće. Plan se temelji na rezultatima procjene postojeće strategije EU-a za borbu protiv droga, provedene na sredini razdoblja, i završnoj procjeni akcijskog plana za razdoblje 2013. – 2017. Djelovanje EMCDDA-a u pružanju podrške donošenju europskih politika na temelju dokaza održava se u tim ključnim dokumentima o politici.

Naposljetku, htjeli bismo zahvaliti svojim suradnicima u mreži nacionalnih središnjica Reitox-a koji uz nacionalne stručnjake pružaju većinu podataka na kojima se temelji ova publikacija. Također bismo htjeli istaknuti doprinos brojnih europskih istraživačkih skupina, bez kojih ova analiza ne bi bila toliko detaljna. Izradi izvješća doprinijela je i suradnja naših europskih partnera: Europske komisije, Europol, Europske agencije za lijekove i Europskog centra za sprečavanje i kontrolu bolesti.

Laura d'Arrigo

predsjednica, Upravni odbor EMCDDA-a

Alexis Goosdeel

direktor, EMCDDA

Uvodne napomene i zahvale

Ovo se izvješće temelji na informacijama koje su EMCDDA-i pružile države članice EU-a, država kandidatkinja Turska i Norveška u obliku nacionalnih izvješća.

Svrha ovoga izvješća jest pružiti pregled i sažetak stanja na području droga u Europi i odgovora na njih. Statistički podatci izneseni u izvješću odnose se na 2015. godinu (ili posljednju dostupnu godinu). Analiza trendova temelji se samo na onim državama koje su pružile dovoljno podataka koji opisuju promjene u danom razdoblju. Statistička značajnost testirana je na razini od 0,05, osim ako je navedeno drugačije. Čitatelj treba imati u vidu da praćenje obrazaca i trendova u skrivenom i stigmatiziranom okruženju karakterističnom za uporabu droga predstavlja i praktičan i metodološki izazov. Iz tog su razloga upotrijebljeni višestruki izvori podataka u svrhu analiza u ovom izvješću. Iako se zamjećuju znatni pomaci i u nacionalnim analizama i u analizama u mjeri koju je moguće postići na europskoj razini, treba istaknuti da na tom području postoje metodološke teškoće. U tumačenju je stoga potreban oprez, posebno kada se države uspoređuju na osnovi bilo koje jedinstvene mjere. Upozorenja i ograničenja povezana s podacima mogu se pronaći u internetskoj verziji ovoga izvješća i u [Statističkom biltenu](#), gdje se navode i detaljne informacije o metodologiji i ograničenjima analize te primjedbe o ograničenjima u dostupnim skupovima podataka.

Dostupne su i informacije o metodama i podacima koji su upotrijebljeni za procjene na razini Europe, za koje se može primijeniti interpolacija.

EMCDDA zahvaljuje sljedećim partnerima na doprinosu u izradi ovoga izvješća:

- | voditeljima nacionalnih točaka za kontakt Reitox-a i njihovu osoblju;
- | službama i stručnjacima u svakoj državi članici koji su prikupljali neobrađene podatke za ovo izvješće;
- | članovima Upravnog odbora i Znanstvenog odbora EMCDDA-a;
- | Europskom parlamentu, Vijeću Europske unije, posebno Horizontalnoj radnoj skupini za droge, i Europskoj komisiji;
- | Europskom centru za sprečavanje i kontrolu bolesti (ECDC), Europskoj agenciji za lijekove (EMA) i Europolu;
- | Pompidou grupi Vijeća Europe, Uredu Ujedinjenih naroda za droge i kriminal, Regionalnom uredu Svjetske zdravstvene organizacije za Europu, Interpolu, Svjetskoj carinskoj organizaciji, Europskom istraživanju o pušenju, pijenju alkohola i uzimanju droga među učenicima (ESPAD), Središnja europska skupina za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (SCORE), Europskoj mreži za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN);
- | Prevoditeljskom centru za tijela Europske unije i Uredu za publikacije Europske unije.

Nacionalne točke za kontakt Reitox-a

Reitox je Europska informacijska mreža o drogama i ovisnosti o drogama. Mreža se sastoji od nacionalnih točaka za kontakt u državama članicama Europske unije, državi kandidatkinji Turskoj te u Norveškoj i pri Europskoj komisiji. Pod nadležnošću svojih vlada točke za kontakt nacionalna su tijela koja šalju informacije EMCDDA-u. Podatci za kontakt nacionalnih točaka nalaze se na EMCDDA-inim internetskim stranicama.

Komentar

**Problemi droga
s kojima se Europa
suočava**

Stanje na području droga u Europi u 2017.

U ovom se izvješću pruža kratak uvid u stanje na području droga u Europi na temelju najnovijih dostupnih informacija dobivenih putem aktivnosti praćenja u EU-u. Pregled tržišta drogama, konzumacije droga i šteta nastalih njome te odgovora na problematiku droga na razini Europe čine okosnicu ovoga izvješća. Izvješće prati i 30 dodatnih nacionalnih izvješća te opširni podatci i informacije o metodologiji dostupni na internetu.

U uvodnom dijelu pružen je kratak analitički komentar na neke od ključnih tema koje su se pojavile na temelju

ovogodišnjih podataka. Budući da na probleme droga s kojima se Europa suočava sve više utječu nove pojave na međunarodnoj razini s kojima se povezuje, analiza dobiva dodatnu vrijednost kada se stavi u globalni kontekst. Za dvije važne teme, upotrebu kanabisa među mladima i promjene na tržištu opijata, trenutačna situacija u Europi i njezin daljnji razvoj uspoređuju se sa situacijom u Sjevernoj Americi, pri čemu su vidljive značajne sličnosti i razlike.

Postoje li posljedice za Europu s obzirom na razvoj međunarodne politike uz o kanabisu?

Promjene regulatornog okvira za kanabis do kojih u novije vrijeme dolazi u Sjevernoj i Južnoj Americi potaknule su interes donositelja politika i javnosti u Europi. Te su promjene veoma raznolike te je potrebno čekati da se provedu detaljnije evaluacije prije nego što bude moguće procijeniti relativne prednosti i mane različitih pristupa politici u vezi s kanabisom. Uz to, nejasan je razmjer u kojemu se promjene do kojih dolazi drugdje izravno mogu primijeniti na europski kontekst.

U 28 država članica Europske unije prisutne su značajne razlike u stavovima prema reguliranju i uporabi kanabisa, pri čemu postojeći pristupi obuhvaćaju raspon od restriktivnih modela do prihvaćanja nekih oblika osobne uporabe. Ipak, u tijeku je aktivna rasprava o raznim pitanjima, među kojima su u nekim zemljama sve zanimljivija pitanja dozvole proizvodnje kanabisa za osobnu uporabu i liječenje zdravstvenih problema.

Neovisno o širem utjecaju na politiku u vezi s drogama, postojanje komercijalno reguliranog tržišta kanabisa u nekim zemljama izvan Europe potiče inovacije i razvoj proizvoda, primjerice, isparivača, e-tekućina i jestivih proizvoda. Moguće je da će neke od tih pojava utjecati na obrasce konzumacije u Europi, zbog čega je važno pratiti ponašanje u tom području i potrebno procijeniti moguće posljedice promjena budućih obrazaca konzumacije na zdravlje ljudi.

Europsko tržište kanabisa već se značajno promijenilo u proteklih nekoliko godina, djelomično pod utjecajem prelaska na lokalnu proizvodnju. Još uvijek se bilježe rekordno visoke cjelokupne razine potentnosti biljnog kanabisa i smole dostupnih u Europi koje su ostvarene u proteklih godinama. Ta se droga i dalje povezuje sa zdravstvenim problemima te je zaslužna za najveći udio novih osoba prijavljenih na tretman ovisnosti u Europi. Zbog svega toga važno je razumijevanje trendova uporabe kanabisa i s njim povezanih štetnih posljedica kako bi se raspravio najprikladniji odgovor politike na tu drogu.

Usporedba obrazaca uporabe droga među učenicima u EU-u i SAD-u

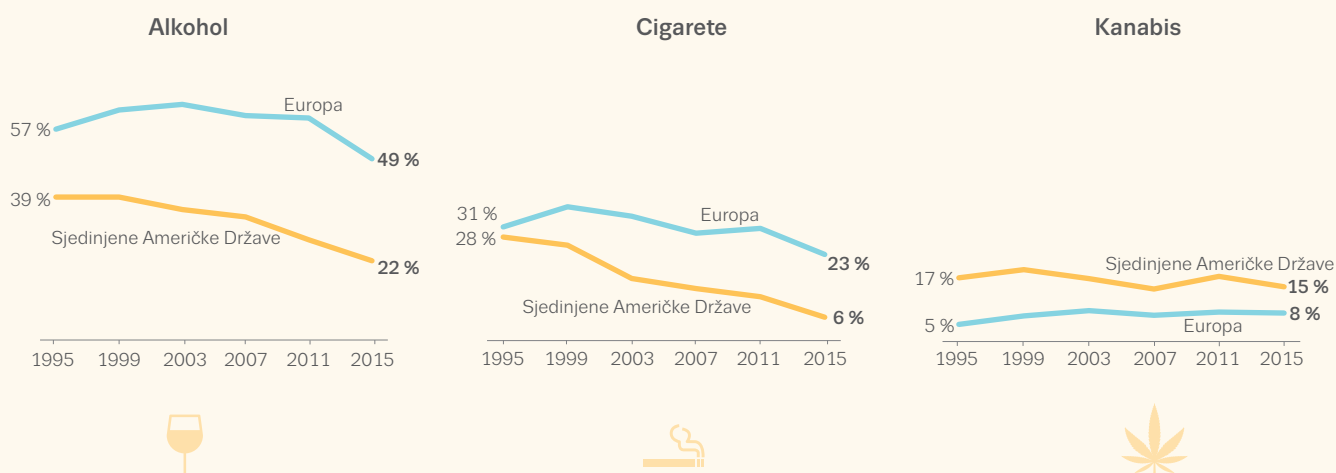
Za ovu su temu korisna dva nova velika istraživanja provedena na učenicima (u dobi od oko 15 do 16 godina), objavljena 2016., koja omogućuju uspoređivanje obrazaca uporabe kanabisa i drugih droga među učenicima u Europi i SAD-u. Ohrabrujuća je vijest da u obje regije najnoviji podatci pokazuju pad uporabe duhana i, u manjoj mjeri, alkohola, no trendovi uporabe kanabisa doimaju se stabilnijima. Međutim, između europskih i američkih učenika postoje značajne razlike u pogledu razina i obrazaca uporabe tih droga.

Mjerenja uporabe kanabisa u Europi niža su od onih u SAD-u, a uporaba kanabisa manje je zabilježena nego uporaba duhana. Za razliku od toga, uporaba kanabisa među učenicima u SAD-u nadmašuje njihovu uporabu duhana, koja je na vrlo niskoj razini. Također se razlikuju razine konzumacije alkohola te je više europskih učenika izjavilo da konzumira alkohol, i to u intenzivnijim obrascima, od njihovih američkih vršnjaka.

Potrebna je daljnja analiza sličnosti i razlika uporabe droga među učenicima kako bi se istražio relativan utjecaj društvenih, kontekstualnih i regulatornih čimbenika na odluke koje donose mladi. Primjerice, razumijevanje uzroka koji su doveli do nižih razina pušenja cigareta i u SAD-u i u Europi moglo bi pružiti uvid potreban za razmatranje uporabe drugih droga, kao što je kanabis. Važno je zapamtiti da su prisutne razlike i u načinu konzumacije droga. Primjerice, za razliku od Sjedinjenih Američkih Država, u Europi se kanabis često puši zajedno s duhanom, što će vjerojatno utjecati na politike u vezi s javnim zdravstvom.

Važno je razumijevanje trendova u uporabi kanabisa i povezanih štetnih pojava

TRENDVI UPORABE DROGA U PROTEKLIM MJESECU MEĐU UČENICIMA U DOBI OD 15 I 16 GODINA U EUROPI I SJEDINJENIM AMERIČKIM DRŽAVAMA



Napomena: prosjeci za Europu (ponderirani) temelje se na podacima iz 21 države članice EU-a i Norveške (izvor: ESPAD). Prosjeci za SAD temelje se na uzorcima učenika drugog razreda srednje škole (izvor: [Monitoring the Future](#) (Praćenje budućih trendova)).

Europsko tržište stimulansima: je li dostupnost kokaina u porastu?

Nezakoniti stimulansi koji se najviše upotrebljavaju u Europi – kokain, MDMA i amfetamini – i dalje se povezuju s raznolikim i zemljopisno različitim obrascima uporabe, a za sve njih bilježe se više razine čistoće nego desetljeće ranije. Ovaj sektor tržišta nezakonitim drogama postao je sve složeniji te su sada dostupni novi stimulansi, uključujući katinone i fenetilamine. U prošlogodišnjem izvješću istaknuto je povećanje dostupnosti i uporabe tableta visoke doze MDMA-a, a taj je trend vidljiv i u najnovijim podacima. Visok udio MDMA-a koji se sada otkriva u zaplijenjenim tabletama ukazuje na to da proizvođači lako dolaze do kemikalija prekursora koje su potrebne za proizvodnju droge. Podatci o zapljenama također ukazuju na to da je Europa i dalje važan proizvođač na globalnom tržištu MDMA-a.

Brojni pokazatelji, uključujući nadzor otpadnih voda, zapljene i podatke o cijenama i čistoći, pokazuju da bi dostupnost kokaina ponovno mogla biti u porastu u određenim dijelovima Europe. Ta je droga oduvijek jedan od najčešće upotrebljivanih nezakonitih stimulansa u brojnim zemljama, uglavnom u južnoj i zapadnoj Europi. To potvrđuju i novi podatci prikupljeni u tim područjima, sa sve većim brojem zabilježenih zapljena duž poznatih krijumčarskih ruta, sve do glavnih europskih tržišta ove droge. S druge strane, u sjevernoj i središnjoj Europi amfetamini i, u manjoj mjeri, metamfetamini imaju značajno veći udio na tržištu droga od kokaina. Brojne pojave prethodno zabilježene za amfetamine i dalje su

zabrinjavajuće. Među njima su promjene u dostupnosti prekursora i smjerovima sinteze, proširenju tržišta metamfetaminima te određeni dokazi povećanih razina injektiranja droga i s njim povezanih štetnih posljedica.

Slučajevi injektiranja droga su u padu, ali i dalje predstavljaju izazov za javno zdravstvo

Informacije dobivene na temelju tretmana ovisnosti i drugih izvora ukazuju na to da opći trend injektiranja kao načina uzimanja droga nastavlja opadati. Primjerice, među korisnicima heroina koji prvi put u životu započinju tretman ovisnosti izvješća o injektiranju na najnižim su razinama u posljednjih desetak godina, iako su prisutne značajne razlike među zemljama. Neki od pokazatelja štetnih posljedica po zdravlje koji se povezuju s ovim načinom uzimanja droge, posebice stope novih dijagnoza zaraženosti HIV-om koje se pripisuju uzimanju droga injektiranjem, pokazuju istovjetan pad. Međutim, to ne znači da je taj problem nestao. Iako 1233 nova slučaja zaraze HIV-om zabilježena u 2016. predstavljaju najnižu razinu u posljednjih dvadesetak godina, to je i dalje značajan problem javnog zdravstva. Štoviše, u posljednje vrijeme zabilježene su epidemije u nekim ugroženim populacijama i među konzumentima koji injektiraju stimulanse i nove psihoaktivne tvari.

Postoje i dokazi da se infekcije koje se prenose krvlju često relativno kasno dijagnosticiraju među intravenskim konzumentima u odnosu na druge skupine, zbog čega se smanjuje mogućnost uspješne intervencije. Kasna

dijagnoza važna je i u pogledu zaraze HCV-om, koja se često u visokim stopama javlja među ovisnicima koji injektiraju drogu. U proteklih nekoliko godina mogućnosti za liječenje virusnog hepatitisa značajno su se povećale s pojavom nove generacije lijekova koji su izuzetno učinkoviti. Iskorjenjivanje ove bolesti sada se može smatrati i prilikom i izazovom za pružatelje opće zdravstvene skrbi i specijalizirane službe za droge.

Promjenjiva priroda opijata

Usporedba s trendovima u Sjevernoj Americi važna je i za analizu problema opijata u Europi. Pregled podataka pružen u ovom izvješću ukazuje na postojanje određenih poveznica, iako opća slika u EU-u ostaje drugačija.

Najnoviji podatci pokazuju da uporaba heroina i dalje čini većinu novih zahtjeva za tretmanom u vezi s opijatima u Europi, odnosno oko 80 %. Uz to, opći pad potražnje za tretmanom u vezi s heroinom koji se bilježio od 2007. g., više nije prisutan. Posebno je zabrinjavajuća sve viša europska procjena broja smrtnih slučajeva zbog predoziranja, koja je u porastu već tri godine zaredom. Heroin se povezuje s mnogim od tih smrtnih slučajeva.

U Sjevernoj Americi također se javlja visoka stopa morbidnosti i smrtnosti koja se povezuje sa zlouporabom opijata koji se dobivaju na recept, sve višim razinama uporabe heroina te u novije vrijeme pojavom izuzetno jakih sintetskih opijata, a posebice derivata fentanila. Jedna od razlika između dviju regija jest ta da vrlo mali broj osoba koje se podvrgavaju tretmanu ovisnosti to čine zbog ovisnosti o opijatskim lijekovima protiv boli. To vjerojatno odražava različite regulatorne okvire i pristupe marketingu i izdavanju recepata koji postoje u Europi i Sjevernoj Americi. Međutim, ne može se odbaciti mogućnost neprijavlivanja jer Europljani koji imaju problema s lijekovima na recept mogu pristupiti drugačijim uslugama od onih koje rabe konzumenti nezakonitih droga. Međutim, lijekovi koji se upotrebljavaju za supstitucijsku terapiju ovisnosti o opijatima sada imaju važniju ulogu u zahtjevima za tretman i štetnim posljedicama po zdravlje u brojnim europskim zemljama. Ukupno gledajući, opijati koji ne uključuju heroin čine približno petinu svih zahtjeva za specijalizirani tretman ovisnosti povezanih s opijatima. Ulogu koju sintetski opijati kao što je metadon imaju u smrtnim slučajevima uzrokovanim predoziranjem teško je predočiti u brojkama na razini EU-a, no u mnogim zemljama te su droge sada važne, a u nekima i predvode. Smanjenje zlouporabe lijekova, uključujući lijekova koji se upotrebljavaju za supstitucijsku terapiju ovisnosti o opijatima, sve je veći izazov za mnoge pružatelje zdravstvenih usluga u Europi. Snažni dokazi potkrjepljuju

pravilnu uporabu zamjenskih lijekova za opijate, za koje se pokazalo da smanjuju stope morbidnosti, smrtnosti i ponovnog kršenja zakona među osobama na terapiji. Dobra klinička praksa zajedno s razumijevanjem načina na koji se opijati dobiveni na recept počinju nezakonito zloupotrebjavati, važni su kako se ne bi narušile zdravstvene koristi proizašle iz takvog pristupa tretmanu te kako bi se suzbila zloupotreba.

Iznimno snažni sintetski opijati: rastuća prijetnja zdravlju

Pojava novih, iznimno snažnih sintetskih opijata u Europi i Sjevernoj Americi, uglavnom derivata fentanila, u posljednje vrijeme uzrokuje sve veću zabrinutost. Od 2012. EU sustav ranog upozoravanja prima sve veći broj izvješća o tim drogama i štetnim posljedicama koje one uzrokuju. Te se droge prodaju na internetskim i nezakonitim tržištima. Povremeno su se prodavale kao heroin, druge nezakonite droge i čak krivotvoreni lijekovi ili pak kao mješavine tih tvari. Iznimno snažni sintetski opijati predstavljaju veliku opasnost za zdravlje, ne samo onih koji ih konzumiraju, nego i onih koji su uključeni u njihovu proizvodnju, kao i za zdravlje poštanskih djelatnika i službenika za provedbu zakona. Budući da su za proizvodnju tisuća doza dovoljne male količine, te se stvari lako skrivaju i prenose. To predstavlja velik izazov za agencije za borbu protiv droge. Te stvari istovremeno predstavljaju i potencijalno atraktivnu i unosnu robu za organizirani kriminal.

Iznimno jaki sintetički opijati predstavljaju ozbiljan rizik za zdravlje

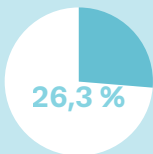
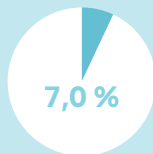
UKRATKO — PROCJENE UPORABE DROGA U EUROPSKOJ UNIJI

Kanabis



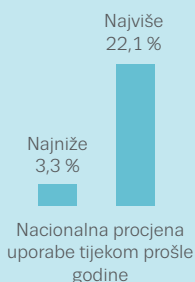
Odrasli
(15–64)

Uporaba:
Tijekom prošle godine **23,5 milijuna** Tijekom života **87,7 milijuna**



Mlađe odrasle osobe
(15–34)

Tijekom prošle godine
17,1 milijuna

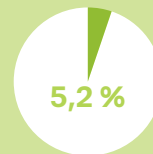
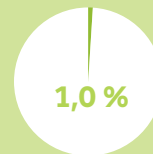


Kokain



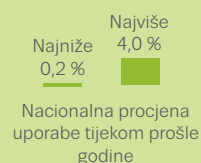
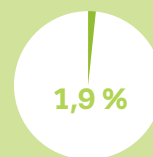
Odrasli
(15–64)

Uporaba:
Tijekom prošle godine **3,5 milijuna** Tijekom života **17,5 milijuna**



Mlađe odrasle osobe
(15–34)

Tijekom prošle godine
2,3 milijuna

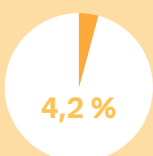
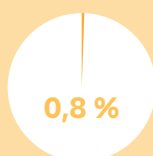


MDMA



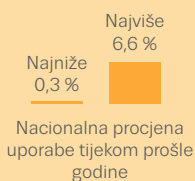
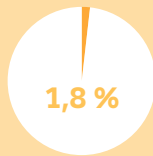
Odrasli
(15–64)

Uporaba:
Tijekom prošle godine **2,7 milijuna** Tijekom života **14,0 milijuna**



Mlađe odrasle osobe
(15–34)

Tijekom prošle godine
2,3 milijuna

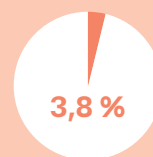
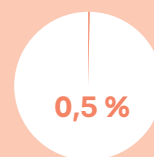


Amfetamini



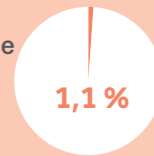
Odrasli
(15–64)

Uporaba:
Tijekom prošle godine **1,8 milijuna** Tijekom života **12,5 milijuna**



Mlađe odrasle osobe
(15–34)

Tijekom prošle godine
1,3 milijuna

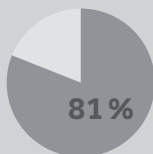


Opijati



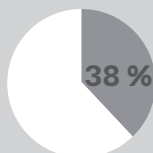
Visokorizični konzumenti opijata
1,3 milijuna

Smrtonosna predoziranja



Zahtjevi za tretman ovisnosti

Glavna droga u približno 38 % svih zahtjeva za tretman ovisnosti u Europskoj uniji

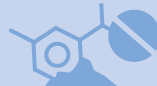


Opijati su uzrokovali 81 % smrtonosnih predoziranja

630 000

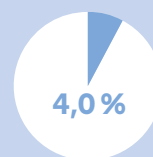
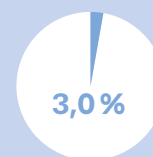
konzumenata opijata prošlo je supstitucijsku terapiju tijekom 2015.

Nove psihoaktivne tvari



Učenici u dobi od 15 i 16 godina iz 24 europske države

Uporaba:
Tijekom prošle godine Tijekom života



Izvor: dodatne tablice Izvješća ESPAD za 2015.

Napomena: cjeloviti skup podataka i informacija o metodologiji potražite u popratnom internetskom Statističkom biltenu.

Čini se da su problemi povezani s vrlo jakim sintetskim opijatima u Europi u porastu, na što ukazuje sve češće izvještavanje o intoksikacijama bez smrtnog ishoda i smrtnim slučajevima zaprimljenim putem EU sustava ranog upozoravanja. Početkom 2017. EMCDDA je provela vježbe procjene rizika za derivate fentanila akrilolil-fentanil i furanilfentanil. Razmatra se kontroliranje tih tvari na europskoj razini, a trenutačno su pod posebnim nadzorom i brojne druge droge u ovoj kategoriji.

Promjenjiva narav novih psihoaktivnih tvari

Ovogodišnja analiza ukazuje na to da, iako odgovori u Europi i drugdje možda utječu na pojavu novih tvari, fenomen novih psihoaktivnih tvari i dalje predstavlja značajan izazov za javno zdravstvo. Iako su u 2016. izvješća o novim drogama pristizala u EU sustav ranog upozoravanja jednom tjedno, ukupan broj novootkrivenih droga bio je niži nego prethodnih godina. To bi mogao biti pozitivan znak, posebice ako se pad održi. Međutim, ostali su podatci manje ohrabrujući i ne ukazuju na to da se opća dostupnost novih psihoaktivnih tvari smanjila. Štoviše, unatoč usporavanju ritma kojim se nove uvode tvari, ukupan broj tvari dostupnih na tržištu nastavlja rasti. Prisutni su i znakovi da neke kategorije novih psihoaktivnih tvari, ponajviše sintetski katinoni i sintetski kanabinoidi, pronalaze svoje mjesto na tržištu droga.

Mnogo je razloga koji bi mogli objasniti zašto se brzina pojave novih tvari na tržištu smanjuje. Neke europske države uvele su potpune zabrane, zakonodavstvo utemeljeno na generičkim i analognim tvarima i druge mjere usmjerene na proizvođače i prodavače novih psihoaktivnih tvari. Time je stvoreno restriktivno pravno okruženje u kojemu proizvođači neće imati razloga „igrati se mačke i miša“ s regulatorima i u kojemu se upotrebljavaju inovacije kako bi se preduhitrile pravne kontrole.

Uz to, velik dio novih psihoaktivnih tvari kojima se Europa opskrbljuje potječe iz Kine, a nove kontrole uvedene ondje možda su također utjecale na dostupnost u Europskoj uniji.

U nekim dijelovima Europe čini se kako su kontrolne mjere usmjerene na trgovine u poslovnim središtima utjecale na pristup novim psihoaktivnim tvarima. Prodaja tih tvari sve se više odvija u tajnosti, a pristup putem interneta i nezakonito tržište droga imaju važniju ulogu nego ranije. U tom kontekstu pravni status novih tvari, posebice kada se one prodaju zajedno s nezakonitim drogama, može biti manje važan, a time i biti slabiji pokretač inovacija proizvoda.

Novi psihoaktivni tvari: jeftina opojna sredstva za marginalizirane i kronične konzumente droga

Negativni stavovi potrošača možda su također utjecali na potražnju novih psihoaktivnih tvari. Prevencija, smanjenje šteta i izvještavanje o štetnim posljedicama utjecali su na percepciju mladih da su nove tvari relativno sigurne, zakonski dozvoljene alternative poznatim nezakonitim drogama. Međutim, unatoč tome, među kroničnim i marginaliziranim populacijama konzumenata prisutni su i dokazi da bi dostupnost i uporaba ovih tvari mogle biti u porastu.

Problematična uporaba novih psihoaktivnih tvari postaje sve jasnija u određenim okruženjima i među određenim osjetljivim populacijama. Primjerice, injektiranje katinona među postojećim i bivšim konzumentima opijata povezuje se s povećanim tjelesnim i mentalnim zdravstvenim problemima.

Raste zabrinutost i u vezi sa sintetskim kanabinoidima. Unatoč određenim farmakološkim sličnostima, te se droge ne smiju zamijeniti s proizvodima od kanabisa. Sintetski kanabinoidi često su snažne tvari koje mogu imati ozbiljne, a moguće i smrtne posljedice. Postoje dokazi koji ukazuju na to da se u nekim dijelovima Europe sintetski kanabinoidi danas konzumiraju kao jeftina i snažna opojna sredstva među marginaliziranim skupinama kao što su beskućnici. Poteškoće u njihovu otkrivanju znače da su sintetski kanabinoidi postali posebno velik problem u nekim europskim zatvorima, što ima ozbiljne posljedice za zdravlje i sigurnost zatvorenika.

1

**Europsko tržište droga
nastavlja se razvijati**

Ponuda droga i tržište

U globalnom kontekstu, Europa je važno tržište droga koje se opskrbljuje i lokalno proizvedenim drogama i drogama koje se krijumčare iz drugih svjetskih regija. Južna Amerika, Zapadna Azija i Sjeverna Afrika važna su izvorišta nezakonitih droga koje ulaze u Europu, a Kina je država izvora novih psihoaktivnih tvari. Osim toga, neke droge i prekursori prevoze se kroz europske putove na druge kontinente. Europa je također regija u kojoj se proizvode kanabis i sintetske droge, s time da se kanabis uglavnom proizvodi za lokalnu konzumaciju, dok se neke sintetske droge proizvode za izvoz u druge dijelove svijeta.

U mnogim europskim državama postoje prilično velika tržišta za kanabis, heroin i amfetamine od 1970-ih i 1980-ih godina. S vremenom su se pojavile i druge tvari, uključujući MDMA i kokain u 1990-ima. Europsko se tržište droga nastavlja razvijati, a u posljednjem desetljeću svjedočimo pojavi širokog raspona novih psihoaktivnih tvari. Nedavne promjene na nezakonitom tržištu droga, uvelike povezane s globalizacijom i novim tehnologijama, uključuju nove načine proizvodnje droga i krijumčarenja te uspostavu novih putova krijumčarenja i internetskog tržišta.

Nadzor tržišta droga, ponuda i zakoni

Analiza pružena u ovom poglavlju temelji se na podacima zabilježenima u vezi sa zapljenama droga, zapljenama prekursora droga i zaustavljenim isporukama, zatvaranjem proizvodnih pogona za drogu, zakonima o drogama, prekršajima zakona o drogama, cijenama, čistoćom i jačinom droga. U nekim slučajevima nedostatak podataka o zapljenama iz ključnih zemalja otežava analizu trendova. Niz čimbenika može utjecati na trendove, uključujući sklonosti konzumenata, promjene u proizvodnji i krijumčarenju, razine aktivnosti i prioritete provedbe zakona i učinkovitost mjera presretanja krijumčara. Cjeloviti skupovi podataka i metodološke napomene mogu se pronaći u mrežnom [Statističkom biltenu](#).

U ovom se izvješću navode i podatci o prijavama i zapljenama novih psihoaktivnih tvari za koje su nacionalni partneri EMCDDA-e i Europol poslali izvješća u EU sustav ranog upozoravanja. Budući da su te informacije preuzete iz izvješća o slučajevima, a ne sustava rutinskog nadzora, procjene zapljena predstavljaju minimalne vrijednosti. Cjelovit opis EU sustava ranog upozoravanja može se pronaći na EMCDDA-inim internetskim stranicama pod naslovom [Action on new drugs](#) (Akcije usmjerene prema novim drogama).

Tržišta droga: pojava internetske ponude

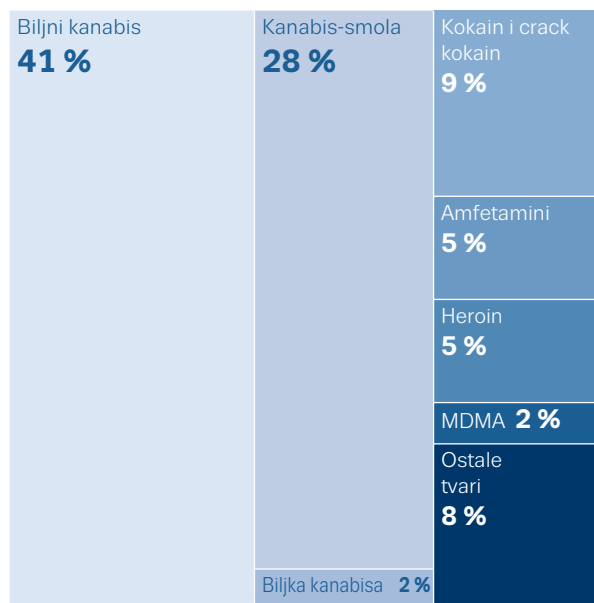
Nezakonita tržišta droga povezuju konzumente s proizvođačima putem lanca posrednika. Ti složeni sustavi stvaraju velike količine novca na svim razinama tržišta. Konzervativne procjene ocjenjuju vrijednost maloprodajnog tržišta nezakonitih droga u Europskoj uniji na 24 milijarde eura u 2013. godini (vjerojatan je raspon između 21 milijarde i 31 milijarde eura).

SLIKA 1.1

U posljednjem desetljeću došlo je do razvoja internetskih tržišta koja djeluju paralelno sa stvarnim tržištima, što je olakšala pojava novih internetskih tehnologija. Neki dobavljači na internetu koriste se tzv. „površinskim”, javno dostupnim dijelom interneta (*surface web*) i najčešće prodaju nekontrolirane kemikalije prekursora, nove psihoaktivne tvari ili lijekove, koji se mogu krivotvoriti. Drugi dobavljači djeluju na „dubokom”, skrivenom dijelu interneta (tzv. *deep web*), putem tržišta na „mračnoj mreži” (*darknet*), uz pomoć tehnologije koja skriva identitet trgovaca i prodavača. Ta tržišta dijele određene karakteristike s dozvoljenim internetskim tržištima kao što su eBay i Amazon, na kojima kupci mogu pretraživati i uspoređivati proizvode i prodavače. Za prikrivanje transakcija i fizičkih lokacija poslužitelja upotrebljavaju se razne strategije. One uključuju usluge anonimizacije, kao što su Tor i I2P, koje prikrivaju adresu internetskog protokola računala; kriptovalute kao što su Bitcoin i Litecoin kojima se vrše plaćanja kojima se teško može ući u trag; i kriptiranu komunikaciju među sudionicima na tržištu. Sustavi za ocjenjivanje dobavljača također imaju određenu ulogu u rangiranju dobavljača na tržištima.

Većina prodaje na tržištima „mračne mreže” (*darknet*) povezana je s drogama. U novijem istraživanju kojim je obuhvaćena prodaja na 16 tržišta „mračne mreže” (*darknet*) između 2011. i 2015., procijenjeno je da prodaja droge donosi više od 90 % ukupnih prihoda globalnih tržišta „mračne mreže” (*darknet*). Gotovo polovica (46 %) cjelokupne prodaje droga na takvim tržištima potekla je od dobavljača u Europi, s procijenjenom zaradom od 80 milijuna eura tijekom razdoblja provođenja istraživanja. Najvažnije izvorišne države u Europi, navedene redoslijedom prodanih količina, bile su Njemačka, Nizozemska i Ujedinjena Kraljevina, pri čemu su najveći dio zarade činili stimulansi, a posebice MDMA i kokain.

Broj prijavljenih zapljena droga, raščlamba prema pojedinim drogama, 2015.



Zapljene droga: više od milijun u Europi

Godišnje se prijavi preko milijun zapljena nezakonitih droga u Europi. Većinu njih čine male količine droga zaplijenjenih od konzumenata, no pošiljke od više kilograma droga zaplijenjene od krijumčara i proizvođača čine većinu ukupne količine zaplijenjenih droga.

Kanabis je najčešće zaplijenjena droga, s više od 70 % svih zapljena u Europi (Slika 1.1). Kokain je na drugom mjestu (9 %), a slijede ga amfetamini (5 %), heroin (5 %) i MDMA (2 %).

Većina prodaje na tržištima „mračne mreže” (*darknet*) povezana je s drogama

Više od 60 % svih zapljena u Europskoj uniji 2015. godine prijavile su samo tri države, Španjolska, Francuska i Ujedinjena Kraljevina, iako su značajan broj zapljena također prijavile Belgija, Danska, Njemačka, Grčka, Italija i Švedska. Vrijedi napomenuti da za Nizozemsku, Poljsku i Finsku nisu dostupni noviji podatci o broju zapljena. Nedostupnost ovih podataka pridonosi dvojbenu analize.

Velik broj zapljena droga koje je prijavila Turska odražava veliko tržište u Turskoj i položaj države na krijumčarskim rutama između Europske unije, Bliskog Istoka i Azije.

Smanjenje količine zaplijenjenog biljnog kanabisa

Biljni kanabis (marihuana) i kanabis-smola (hašiš) dva su glavna proizvoda od kanabisa koja se mogu pronaći na europskom tržištu droga, dok je ulje od kanabisa relativno rijetko. Proizvodi od kanabisa čine najveći udio (38 %) na nezakonitom maloprodajnom tržištu droga u Europi, s procijenjenom vrijednošću od 9,3 milijardi eura (vjerojatan je raspon od 8,4 milijardi eura do 12,9 milijardi eura). Biljni kanabis koji se konzumira u Europi je proizvod domaćeg uzgoja kao i proizvod koji se krijumčari iz stranih država. Biljni kanabis koji se proizvodi u Europi uglavnom se uzgaja u zatvorenim prostorima. Većina se kanabis smole uvozi, i to uglavnom iz Maroka. Novija izvješća ukazuju na promjene u rutama krijumčarenja kanabisa, s porastom krijumčarenja biljnog kanabisa i ulja od kanabisa sa zapadnog Balkana, ponajviše iz Albanije, što se povezuje s porastom uzgoja kanabisa u tim zemljama. Uz to, dokazi

KANABIS

Smola

Broj zapljena

288 000 EU

303 000 EU + 2

Zaplijenjena količina

536
tona (EU)

546
tona (EU + 2)

Cijena
(EUR/g)

25 €

11 €

8 €

3 €

Potentnost
(% THC-a)

28 %

19 %

11 %

4 %

Pokazatelji trendova:

Cijena i potentnost

100

115

191

2006

2015

Biljni

Broj zapljena

404 000 EU

438 000 EU + 2

Zaplijenjena količina

89
tona (EU)

135
tona (EU + 2)

Cijena
(EUR/g)

20 €

12 €

8 €

5 €

Potentnost
(% THC-a)

22 %

11 %

7 %

3 %

Pokazatelji trendova:

Cijena i potentnost

100

123

181

2006

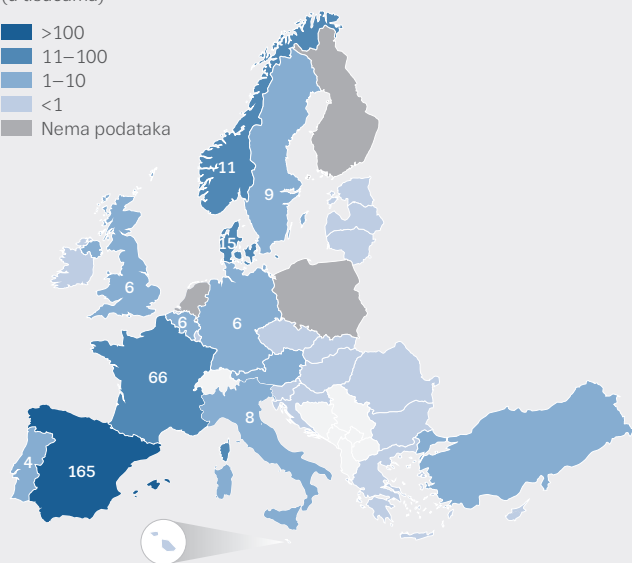
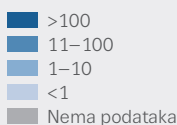
2015

Napomena: EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i potentnost proizvoda od kanabisa: nacionalne srednje vrijednosti — minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene države razlikuju se prema pokazateljima.

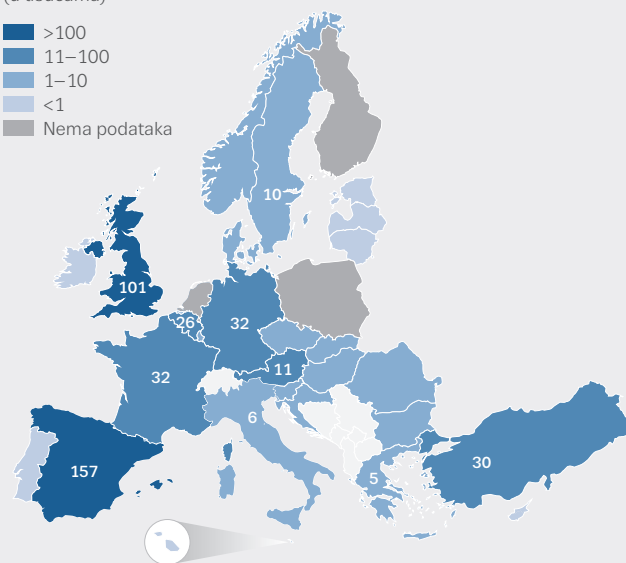
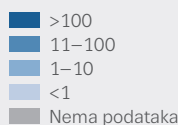
SLIKA 1.2

Zapljene kanabis-smole i biljnog kanabisa, 2015. ili posljednje dostupne godine

Broj zapljena kanabis-smola
(u tisućama)

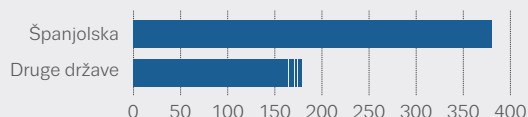


Broj zapljena biljnog kanabisa
(u tisućama)

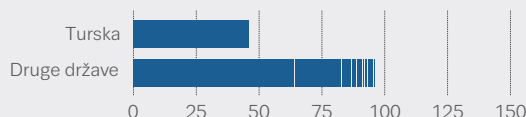


Napomena: broj zapljena u 10 država s najvećim vrijednostima.

Količina zaplijenjenih kanabis-smola (u tonama)



Količina zaplijenjene biljnog kanabisa (u tonama)



upućuju na to da je Libija postala važno izvoriste krijumčarenja smole prema različitim odredištima, uključujući Europu.

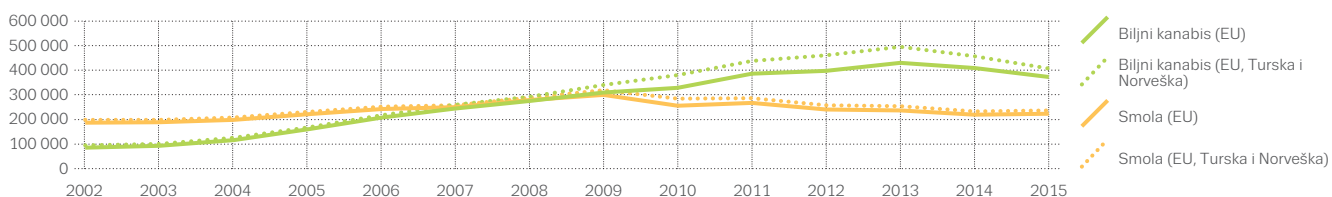
Tijekom 2015. godine u Europskoj uniji prijavljene su 732.000 zapljena proizvoda od kanabisa, uključujući 404.000 zapljena biljnog kanabisa, 288.000 kanabis smole i 19.000 zapljena biljaka kanabisa. Međutim, zaplijenjene količine kanabis smole šesterostruko su veće od količine zaplijenjenog biljnog kanabisa (536 tona u odnosu na 89 tona). To je djelomično posljedica činjenice da se kanabis-smola krijumčari u velikoj količini, na velike udaljenosti i preko nacionalnih granica, što je čini osjetljivijom u pogledu mogućnosti presijecanja kanala kojima se šalje. U analizi količine zaplijenjenog kanabisa mali broj država ima posebno veliku važnost zbog svog smještaja na glavnim putovima krijumčarenja kanabisa. Španjolska, primjerice, kao glavna točka ulaska smole kanabisa proizvedene u Maroku, prijavila je više od 70 % ukupne količine zaplijenjene u Europi 2015. (slika 1.2).

Broj zapljena biljnog kanabisa u Europi premašuje broj zapljena kanabis smole od 2009., a broj zapljena obiju tvari pokazuje relativno stabilne trendove od 2011. (slika 1.3). Procjenjuje se da je 2015. u Europi zaplijenjeno 135 tona biljnog kanabisa, što predstavlja smanjenje od 38 % u usporedbi s 217 tona zaplijenjenih u 2014. Značajan pad zabilježen je u Belgiji, Grčkoj i Italiji. Slično smanjenje u zaplijenjenim količinama biljnog kanabisa vidljivo je i u Turskoj od 2013. Brojni čimbenici mogu stajati iza ovog općeg pada u Europi. Oni mogu uključivati inicijative za suzbijanje široke proizvodnje u zemljama izvan Europske unije, kao što je Albanija; povećanu pozornost usmjerenu na domaći uzgoj umjesto krijumčarenje; promjene u načinima registracije zapljena te promjenu prioriteta provedbe zakona u nekim zemljama. Prema najnovijim podacima, količina kanabis smole zaplijenjena u Europskoj uniji ostala je relativno stabilna od 2009.

SLIKA 1.3

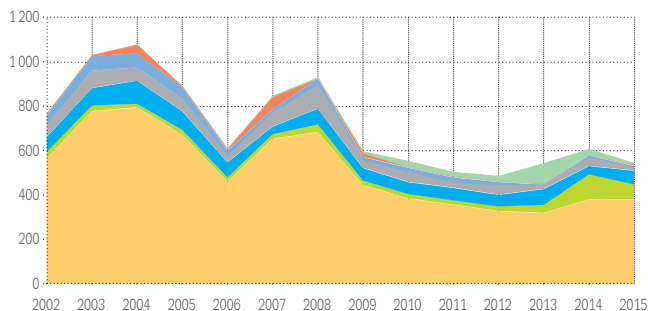
Trendovi u broju zapljena kanabisa i zaplijenjene količine kanabisa: smola i biljni kanabis

Broj zapljena



Smola

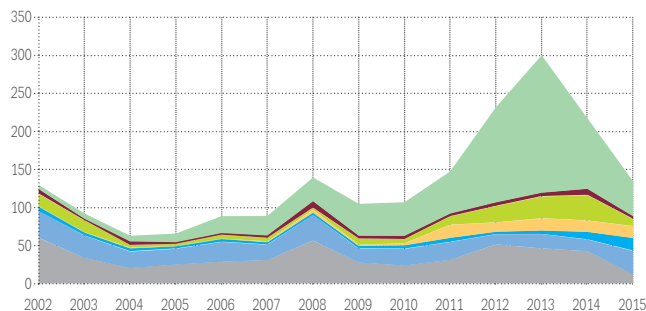
(tone)



Turska Belgija Ujedinjena Kraljevina Druge države
Francuska Italija Španjolska

Biljni kanabis

(tone)



Turska Njemačka Italija Španjolska
Francuska Ujedinjena Kraljevina Druge države

Zapljene biljke kanabisa mogu se smatrati pokazateljem proizvodnje te droge u određenoj državi. Podatci o zapljenama biljke kanabisa trebaju se razmatrati s oprezom zbog razlika u izvještavanju među zemljama. Ipak, broj zaplijenjenih biljaka u dugoročnom je porastu, od 1,5 milijuna biljaka 2002. do 3,3 milijuna 2014. g., s naglim porastom na 11,4 milijuna biljaka u 2015., pri čemu je zabilježen velik porast broja zaplijenjenih biljaka u Nizozemskoj. Taj bi trend mogao odražavati promjene prioriteta provedbe zakona, zbog koje se više pažnje usmjerava na uzgoj kanabisa.

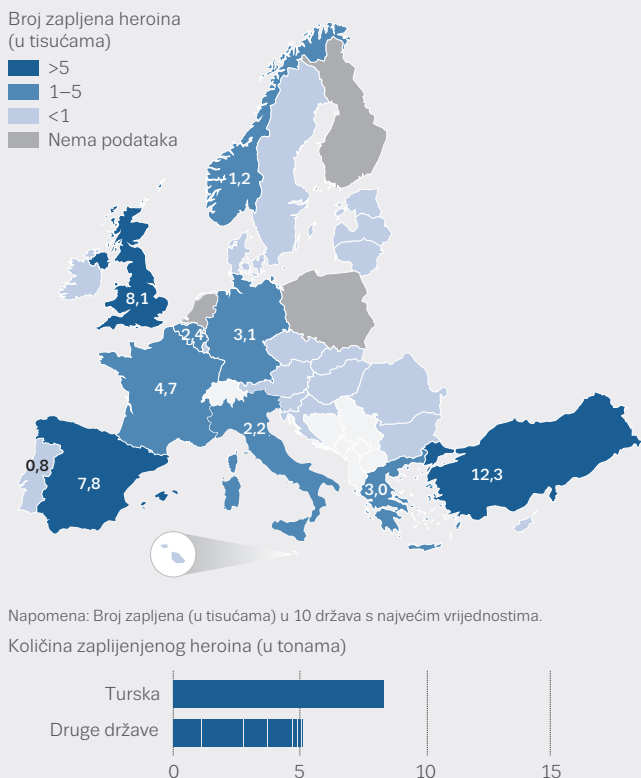
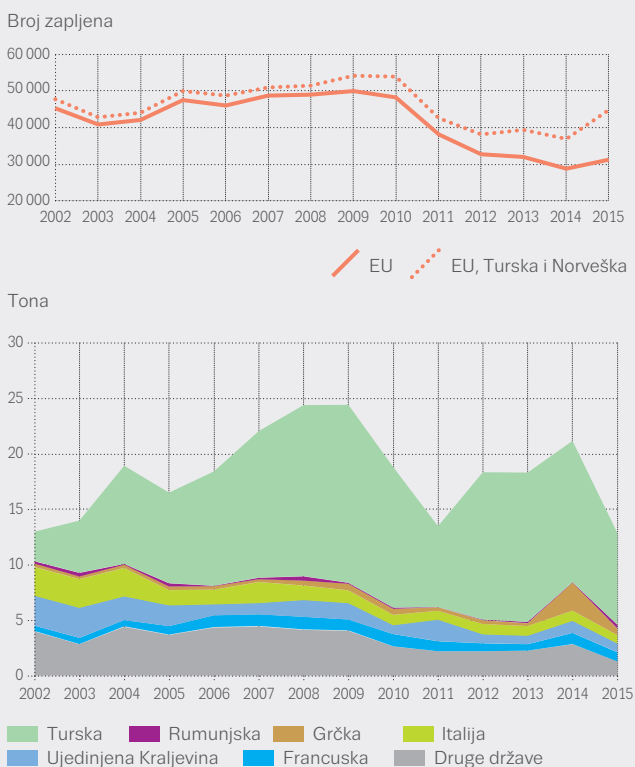
U 2015. prijavljeno je 335 zapljena ulja od kanabisa, pri čemu je najveća količina zaplijenjena u Grčkoj i Turskoj.

Analiza pokazatelja trendova u izvješćima država ukazuje na stalno znatno povećanje potentnosti (udio tetrahidrokanabinola, odnosno THC-a) i biljnog kanabisa i kanabis smole u razdoblju između 2006. i 2014. godine te stabilizaciju 2015. Razlozi za sve veću potentnost mogu uključivati pojavu intenzivnih proizvodnih metoda u Europi i nedavnu pojavu visokopotentnih biljaka i novih metoda u Maroku. Najnoviji podatci upućuju na to da su cijene smole i biljke slične, iako smola u prosjeku ima veću potentnost.

Broj zapljena biljnog kanabisa u Europi premašuje zapljene smole kanabisa od 2009

SLIKA 1.4

Broj zapljena heroina i zaplijenjena količina: trendovi 2015. ili posljednje dostupne godine



Neprekidno povećanje čistoće heroina

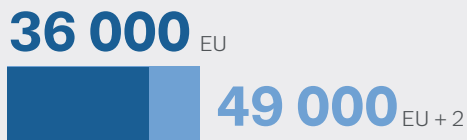
Heroin je najčešći opijati na tržištu droga u Europi, s procijenjenom maloprodajnom vrijednošću od 6,8 milijardi eura (vjerojatan je raspon od 6,0 milijardi eura do 7,8 milijardi eura). Uvozni heroin povijesno je u Europi dostupan u dva oblika, a češći je smeđi heroin (njegov kemijski osnovni oblik) koji uglavnom potječe iz Afganistana. Mnogo je rjeđi bijeli heroin (u obliku soli) koji je ranije potjecao iz jugoistočne Azije, a sada se vjerojatno proizvodi i u Afganistanu ili susjednim državama. Drugi

opijati koje su u 2015. zaplijenila tijela za izvršavanje zakonodavstva u europskim državama uključuju opijum i medicinske proizvode morfij, metadon, buprenorfin, tramadol i fentanil (tablica 1.1). Neki medicinski opijati preusmjeravaju se iz zakonitih farmaceutskih isporuka, dok se drugi nezakonito proizvode, poput primjerice 27 kilograma morfija u prahu zaplijenjenog 2015.

Afganistan je i dalje najveći svjetski nezakoniti proizvođač opijuma, a pretpostavlja se da je većina heroina pronađenog u Europi proizvedena upravo ondje ili u

HEROIN

Broj zapljena



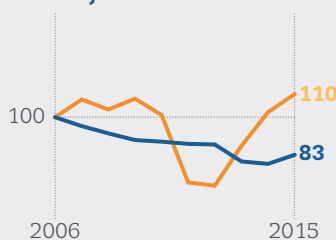
Zaplijenjena količina



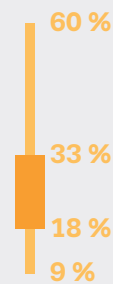
Cijena (EUR/g)



Pokazatelji trendova: Cijena i čistoća



Čistoća (%)



Napomena: EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća „smeđeg heroina”: nacionalne srednje vrijednosti — minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene države razlikuju se prema pokazateljima.

susjednom Iranu ili Pakistanu. Od 1970-ih, nezakonita proizvodnja opijata u Europi ograničena je na domaću proizvodnju proizvoda od maka u nekim istočnim državama. Međutim, otkriće dvaju laboratorija u kojima se morfij pretvarao u heroin u Španjolskoj i jednog u Češkoj u posljednjim godinama ukazuje na to da se manja količina heroina proizvodi i u Europi.

Heroin ulazi u Europu preko četiriju glavnih ruta krijumčarenja. Dvije su najvažnije „balkanska ruta” i „južna ruta”. Prva prolazi kroz Tursku u balkanske države (Bugarsku, Rumunjsku ili Grčku), a potom prema srednjoj, južnoj i zapadnoj Europi. Nedavno se pojavio i ogranak balkanske rute koji uključuje Siriju i Irak. Južna ruta, putem koje pošiljke iz Irana i Pakistana ulaze u Europu zrakom ili morem, izravno ili kroz afričke države, u proteklih je nekoliko godina postala sve važnija. Ostale rute uključuju „sjevernu rutu” i rutu koja prolazi kroz južni Kavkaz i prelazi Crno more.

Nakon gotovo desetljeća relativne stabilnosti, u razdoblju od 2010. do 2011. zabilježena je smanjena dostupnost heroina na tržištima mnogih europskih država. To se očituje u broju prijavljenih zapljena heroina, koji je bio u padu u Europskoj uniji od 2009. do 2014., nakon čega je 2015. uslijedila stabilizacija. Između 2002. i 2013. količina heroina zaplijenjena unutar Europske unije prepolovila se s 10 na 5 tona. Nakon zapljene 8,4 tone 2014., kada je nekoliko zemalja prijavilo veće zapljene heroina (100 kg i više), količina heroina zaplijenjena u Europi 2015. g. (4,5 tona) vratila se na razine koje su se bilježile od 2010. Nakon što su dosegle približno 13 tona 2014. g., zapljene

heroina u Turskoj smanjile su se na 8,3 tone 2015. – što je i dalje viši broj nego u svim drugim europskim zemljama zajedno – a broj zapljena porastao je tijekom istog razdoblja (slika 1.4). Među zemljama koje redovito izvještavaju, pokazatelji trendova ukazuju na to da se čistoća heroina nastavila povećavati u Europi tijekom 2015.

Osim heroina, u europskim se državama zapljenjuju i drugi proizvodi od opijata, no oni predstavljaju mali udio ukupnih zapljena. Ostali opijati koji se često zapljenjuju jesu medicinski opijati buprenorfin, tramadol i metadon (vidjeti tablicu 1.1).

TABLICA 1.1

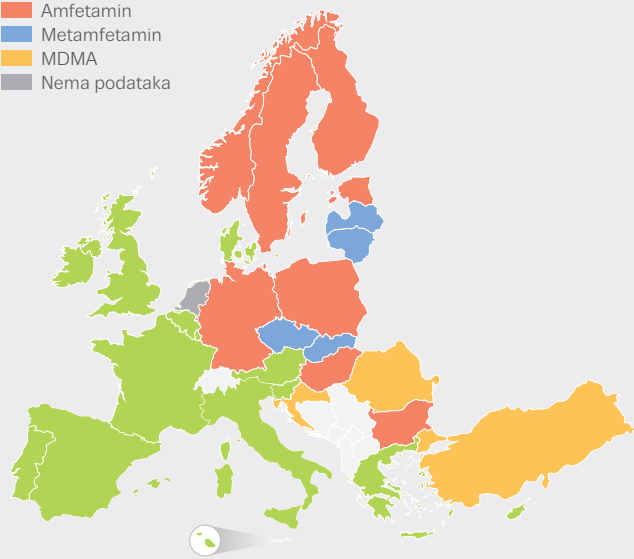
Zapljene opijata koji ne uključuju heroin u 2015.

Opijat	Broj	Količina			Broj država
		Kilogrami	Litre	Tablete	
Metadon	1566	31	8	60.472	17
Buprenorfin	3377	4		68.419	17
Tramadol	2467			690.080	12
Fentanili (fentanil, okfentanil, karfentanil)	287	3		41	10
Morfij	775	27		8837	15
Opijum	293	734			14
Kodein	293	3		9855	8
Oksikodon	16	0,0003		962	5

SLIKA 1.5

Stimulativne droge koje su najčešće zaplijenjene u Europi, 2015. ili posljednje dostupne godine

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Nema podataka



Zapljene stimulansa: regionalne razlike

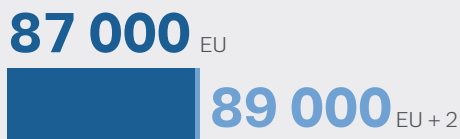
Glavni nezakoniti stimulansi dostupni u Europi jesu kokain, amfetamini, metamfetamini i MDMA. Maloprodajna vrijednost tržišta stimulansa u Europskoj uniji procjenjuje se na između 6,3 milijardi eura i 10,2 milijarde eura. Prisutne su značajne regionalne razlike u stimulansima koji se najčešće zapljenuju (slika 1.5), na što utječu lokacije graničnih prijelaza i krijumčarskih ruta, velikih proizvodnih središta i velikih tržišta konzumenata. Kokain je najčešće zaplijenjen stimulans u mnogim zapadnim i južnim državama, što može upućivati na mjesta ulaska te droge u Europu. Zapljene amfetamina prevladavaju u sjevernoj i središnjoj Europi, pri čemu je metamfetamin stimulans koji se najčešće zapljenuje u Češkoj, Latviji, Litvi i Slovačkoj. Stimulans MDMA najčešće se plijeni u Hrvatskoj, Rumunjskoj i Turskoj.

Kokain: novija povećanja tržišnih pokazatelja

U Europi su dostupna dva oblika kokaina, a najčešći je kokain u prahu (oblik soli), dok je rjeđe dostupan crack kokain, oblik droge koji se može pušiti (slobodna baza kokaina). Kokain se dobiva iz lišća grma koke. Ta se droga najviše proizvodi u Boliviji, Kolumbiji i Peruu. Kokain se u Europu doprema različitim sredstvima, uključujući putničke zrakoplove, teretne zrakoplove, poštanske službe, privatne letjelice, jahte i kontejnere u pomorskom prometu.

KOKAIN

Broj zapljena



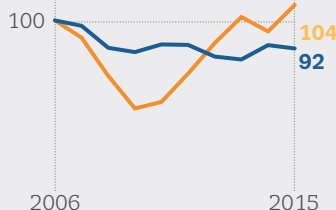
Zaplijenjena količina



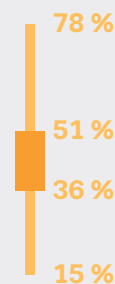
Cijena (EUR/g)



Pokazatelji trendova: Cijena i čistoća



Čistoća (%)

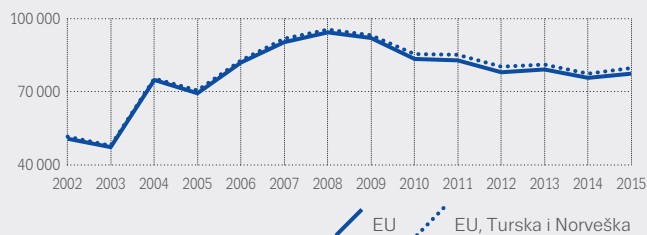


Napomena: EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća kokaina: nacionalne srednje vrijednosti — minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene države razlikuju se prema pokazateljima.

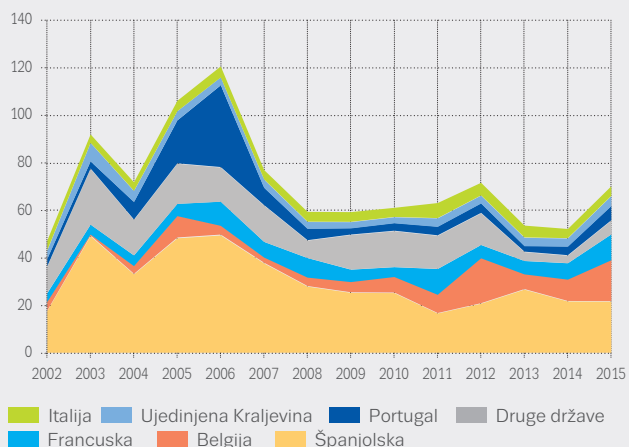
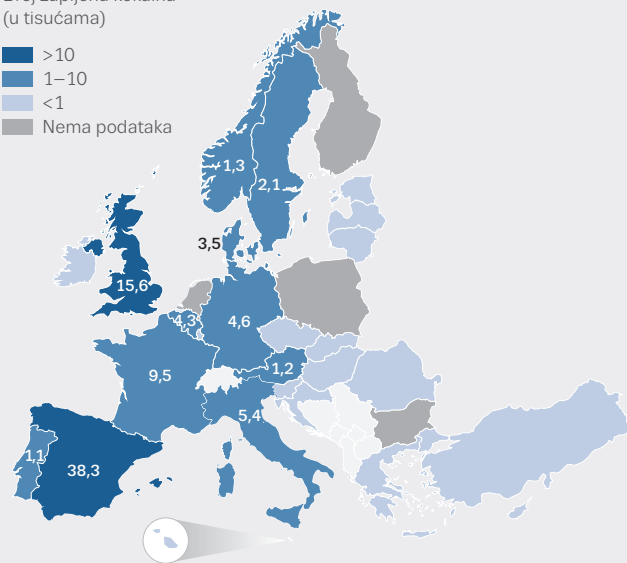
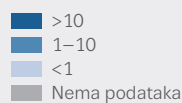
SLIKA 1.6

Broj zapljena kokaina i zaplijenjena količina: trendovi 2015. ili posljednje dostupne godine

Broj zapljena

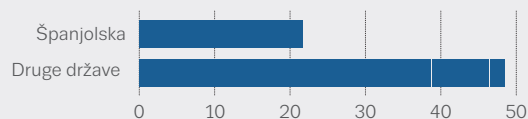


Tona

Broj zapljena kokaina
(u tisućama)

Napomena: Broj zapljena (u tisućama) u 10 država s najvećim vrijednostima.

Količina zaplijenjenog kokaina (u tonama)



Maloprodajna vrijednost tržišta kokaina u Europskoj uniji procjenjuje se na najmanje 5,7 milijardi eura.

U Europskoj je uniji u 2015. godini prijavljeno ukupno oko 87 000 zapljena kokaina. Belgija, Španjolska, Francuska, Italija i Portugal zajedno čine 78 % procijenjenih 69,4 tona koje su zaplijenjene (slika 1.6). Od 2007. stanje u tom pogledu relativno je stabilno, iako su broj zapljena i zaplijenjene količine porasli između 2014. i 2015. (vidjeti sliku 1.6). Iako je Španjolska (22 tona) i dalje zemlja u kojoj se zapljenjuje najviše kokaina, i Belgija (17 tona) i Francuska (11 tona) zaplijenile su vrlo velike količine 2015., a značajni porasti zaplijenjenih količina prijavljeni su u Belgiji, Njemačkoj i Portugalu u odnosu na godinu ranije.

Ukupno gledano, pokazatelji trendova ukazuju na manje povećanje čistoće kokaina u 2015.

Ostali su proizvodi od koke također zaplijenjeni u Europi 2015., uključujući 76 kilograma lišća koke i 377 kilograma kokainske paste. Zapljene kokainske paste upućuju na postojanje nezakonitih laboratorija u Europi koji proizvode kokain hidroklorid. Riječ je o novijoj pojavi jer je većina kokainskih laboratorija koji su do sada otkriveni u Europi bili „ustanove za sekundarnu ekstrakciju”, u kojima se kokain dobiva iz materijala koji ga sadrže (kao što je vino, odjeća, plastika).

Glavni nezakoniti stimulansi dostupni u Europi jesu kokain, amfetamini, metamfetamini i MDMA

Prekursori: nove alternative dostupnim amfetaminima

Prekursori droga osnovne su kemikalije potrebne za proizvodnju nezakonitih droga. S obzirom na to da je uporaba većine tih tvari zakonita, propisima EU-a utvrđuju se predviđene kemikalije čija se trgovina pomno prati i kontrolira. Dostupnost prekursora ima velik utjecaj na tržište, kao i na proizvodne metode koje se upotrebljavaju u nezakonitim laboratorijima. Proizvođači su 2015. nastavili zaobilaziti kontrolne mehanizme uvođenjem nepredviđenih kemikalija za proizvodnju prekursora droga u blizini proizvodnih pogona. Međutim, takvom se praksom povećava opasnost od otkrivanja jer veća obrada zahtijeva više kemikalija i stvara više otpada.

Podatci o zapljenama i zaustavljenim pošiljkama prekursora droga potvrđuju uporabu predviđenih i nepredviđenih tvari u proizvodnji nezakonitih droga u Europskoj uniji, posebice amfetamina i MDMA-a (tablica 1.2). Prekursor amfetamina BMK (benzil-metilketon) zaplijenjen je u velikim količinama u 2015., od čega su poljske vlasti zaplijenile 7000 kilograma u samo jednoj pošiljci koja je povezana s proizvodnjom u Nizozemskoj. Čini se da je određen utjecaj imala kontrola prekursora

BMK-a APAAN (alfa-fenilacetoacetonitril) krajem 2013. jer su zaplijenjene količine pale s 48.000 kilograma u 2013. na 780 kilograma 2015. g. Međutim, čini se da je ta mjera kontrole potaknula određene nove pojave, kao što je uporaba drugih kemikalija, primjerice APAA-a (alfa-fenilacetoacetamid) i derivata glicina BMK-a, koji su prvi put prijavljeni 2015.

Zaplijenjene količine nepredviđenih pred-prekursora MDMA-a ostale su stabilne na oko 5500 kilograma. Međutim, iako su zapljene safrola bila zanemarive, nastavljene su zapljene PMK-a, 622 kilograma prijavljena u Nizozemskoj 2015., dok je 2014. taj brojka bila nula.

Amfetamin i metamfetamin: domaća proizvodnja

Amfetamin i metamfetamin sintetski su stimulansi koji se često kategoriziraju pod zajednički naziv „amfetamini“, zbog čega ih je ponekad teško razlikovati u skupovima podataka. U posljednjem desetljeću zapljene pokazuju da se dostupnost metamfetamina povećala, ali je i dalje mnogo niža od dostupnosti amfetamina.

TABLICA 1.2

Sažetak zapljena i zaustavljenih pošiljki prekursora koji se upotrebljavaju za odabrane sintetske droge proizvedene u Europskoj uniji, 2015.

Prekursor/pred-prekursor	Zapljene		Zaustavljene pošiljke		UKUPNO	
	Broj	Količina	Broj	Količina	Broj	Količina
MDMA ili povezane tvari						
PMK (u litrama)	6	622	0	0	6	622
Safrol (u litrama)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (u kilogramima)	7	45	4	1925	11	1970
Derivati glicina PMK-a (u kilogramima)	11	5461	0	0	11	5461
Amfetamin i metamfetamin						
APAAN (u kilogramima)	10	778	0	0	10	778
BMK (u litrama)	17	1029	0	0	17	1029
PAA, feniloctena kiselina (u kilogramima)	6	261	4	103	10	364
Efedrin u rasutom stanju (u kilogramima)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrin u rasutom stanju (u kilogramima)	8	32	0	0	8	32
APAA (u kilogramima)	1	201	0	0	1	201
Derivati glicina BMK-a (u kilogramima)	5	14	0	0	5	14

Obje se droge proizvode u Europi za europsko tržište. Postoje naznake da se proizvodnja amfetamina uglavnom odvija u Belgiji, Nizozemskoj i Poljskoj te u manjoj mjeri u baltičkim državama, Njemačkoj i Mađarskoj. Također postoje naznake da se posljednja faza proizvodnje, pretvorba baznog ulja amfetamina u amfetamin sulfat, odvija u Europi.

Dio amfetamina proizvodi se i za izvoz, prvenstveno na Bliski Istok, Daleki Istok i u Oceaniju. Zapljene tableta amfetamina s logotipom „Captagon“ također su u porastu u posljednje vrijeme, posebice u Turskoj, gdje je 2015. zaplijenjeno više od 15 milijuna tableta.

Češka, a u novije vrijeme i granična područja susjednih zemalja, dugo je bila izvor većine europskog metamfetamina. Ta se droga također proizvodi u Bugarskoj, Litvi i Nizozemskoj.

U Češkoj se metamfetamin proizvodi uglavnom iz prekursora efedrina i pseudoefedrina koji se dobivaju iz medicinskih proizvoda koji se uglavnom krijumčare iz Poljske. Ta se droga može proizvesti i s pomoću BMK-a. Od 291 nezakonitog laboratorija za proizvodnju metamfetamina prijavljenog u Europskoj uniji 2015., 263 nalazila su se u Češkoj. Proizvodnja u toj zemlji promijenila se iz manjih pogona, koji uključuju konzumente koji proizvode količine za osobnu uporabu ili lokalnu opskrbu, u proizvodnju droge velikih razmjera za konzumaciju u europskim zemljama i za izvoz, koja trenutačno dominira, a koju predvode skupine organiziranog kriminala.

AMFETAMINI

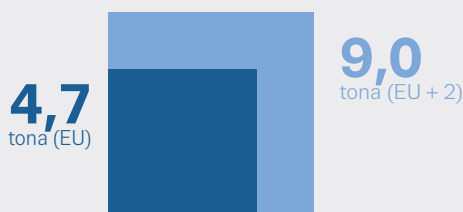
Amfetamin

Broj zapljena

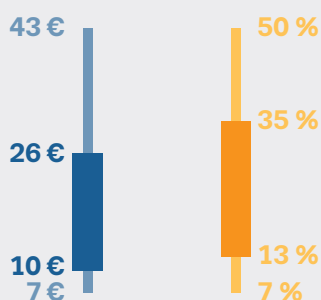
34 000 EU **39 000** EU + 2



Zaplijenjena količina

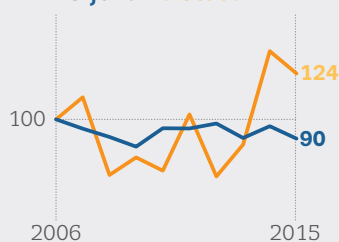


Cijena (EUR/g) Čistoća (%)



Pokazatelji trendova:

Cijena i čistoća



Metamfetamin

Broj zapljena

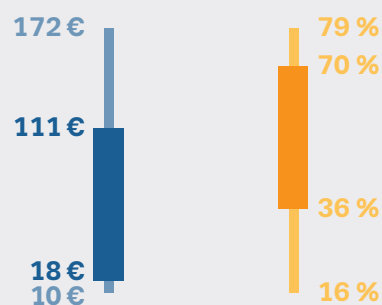
8 000 EU **12 000** EU + 2



Zaplijenjena količina



Cijena (EUR/g) Čistoća (%)

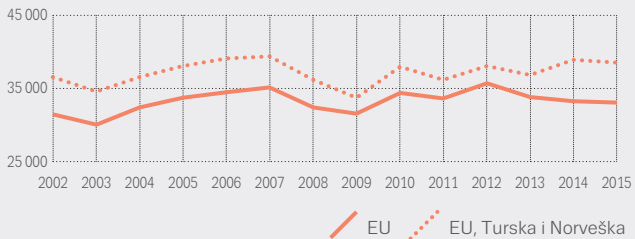


Napomena: EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća amfetamina: nacionalne srednje vrijednosti — minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene države razlikuju se prema pokazateljima. Pokazatelji trendova nisu dostupni za metamfetamin.

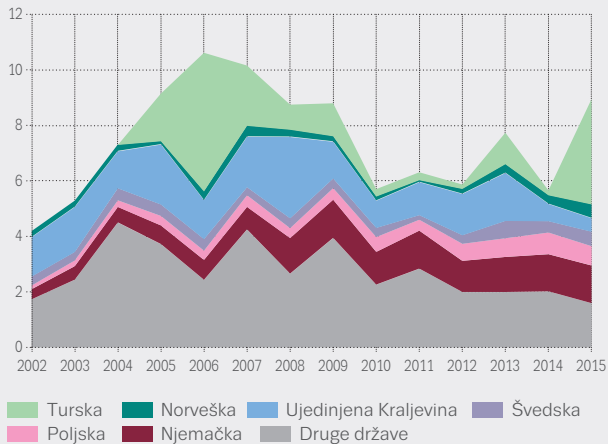
SLIKA 1.7

Broj zapljena amfetamina i zaplijenjena količina: trendovi 2015. ili posljednje dostupne godine

Broj zapljena

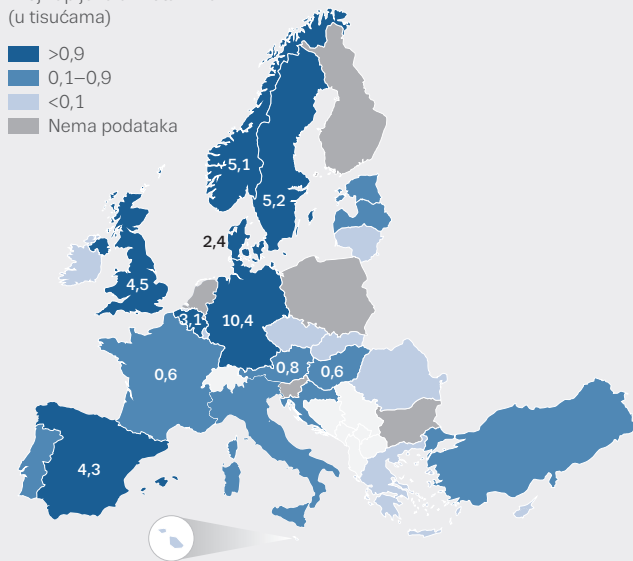


Tona

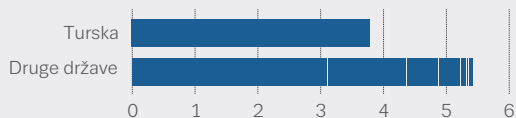


Broj zapljena amfetamina (u tisućama)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Nema podataka



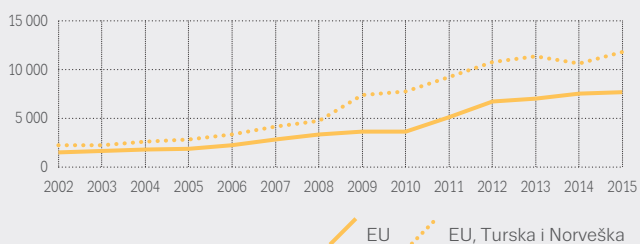
Napomena: Broj zapljena (u tisućama) u 10 država s najvećim vrijednostima. Količina zaplijenjenih amfetamina (u tonama)



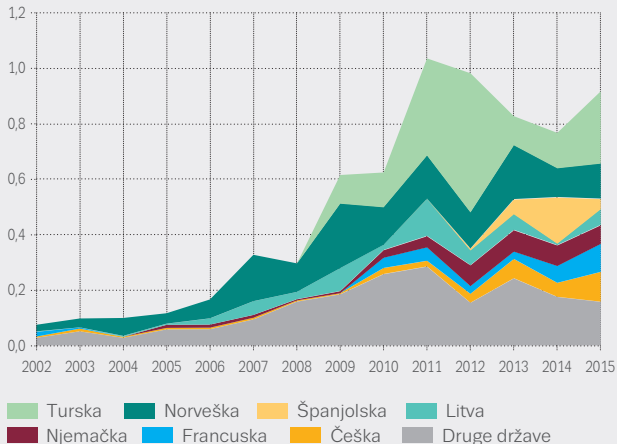
SLIKA 1.8

Broj zapljena metamfetamina i zaplijenjena količina: trendovi 2015. ili posljednje dostupne godine

Broj zapljena

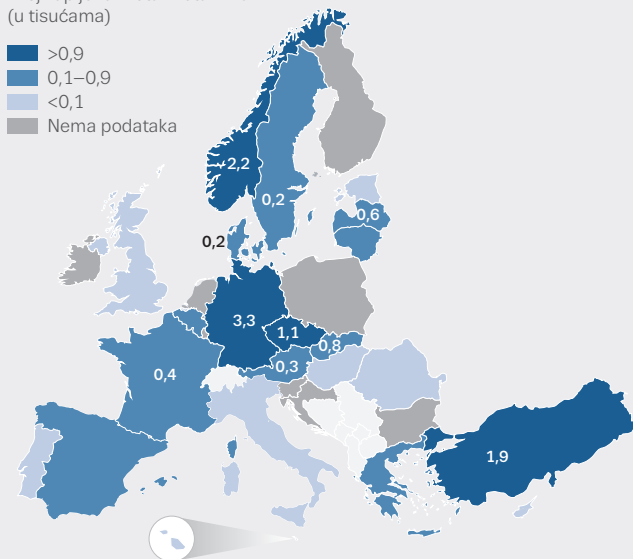


Tona

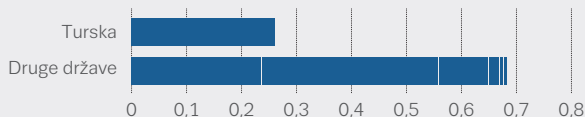


Broj zapljena metamfetamina (u tisućama)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Nema podataka



Napomena: Broj zapljena (u tisućama) u 10 država s najvećim vrijednostima. Količina zaplijenjenih metamfetamina (u tonama)



U 2015. godini države članice EU-a prijavile su 34 000 zapljena amfetamina, ukupne količine od 4,7 tona. Ukupno gledajući, povećala se količina amfetamina zaplijenjena u Europskoj uniji, varirajući između 4 i 6 tona u razdoblju od 2002. do 2015. g. (slika 1.7). Zapljene metamfetamina značajno su manje, sa 7700 zapljena prijavljenih u Europskoj uniji 2015., u količini od 0,5 tona, pri čemu je u Češkoj zaplijenjena najveća količina (slika 1.8). Tijekom 2015. velike količine amfetamina također su zaplijenjene u Turskoj (3,8 tona amfetamina i 0,3 tona metamfetamina) i Norveškoj (0,1 tona metamfetamina). Broj zapljena i količina zaplijenjenog metamfetamina pokazuju trend rasta od 2002. godine.

Općenito je prosječna prijavljena čistoća uzoraka metamfetamina veća od uzoraka amfetamina. Pokazatelji trendova ukazuju na povećanje čistoće amfetamina u proteklih nekoliko godina.

MDMA: dostupnost proizvoda visoke snage

MDMA (3,4-metilenedioksimetamfetamin) sintetska je droga koja je kemijski povezana s amfetaminima, no ima drugačiji učinak od njih. MDMA se konzumira u obliku tableta (koje se često nazivaju *ecstasy*), a dostupni su i oblici u prahu i kristalima. Na tržište se neprestano uvode tablete MDMA-a novog izgleda, različitih boja, oblika i logotipa marki. Nakon razdoblja opadanja dostupnosti MDMA-a koje se povezuje s nedostatkom kemikalija prekursora potrebnih za njegovu proizvodnju, tržište MDMA-a u ponovnom je porastu u proteklih nekoliko godina. Procjenjuje se da je maloprodajno tržište MDMA-a

vrijedno približno 0,7 milijardi eura. Prosječan udio MDMA-a povećao se u proteklim godinama, a visoke doze MDMA-a u nekim pošiljkama povezuju se sa štetnim posljedicama i smrću.

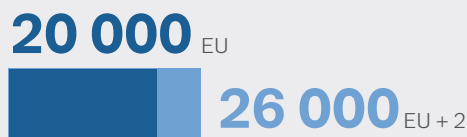
Čini se da je proizvodnja MDMA-a u Europi koncentrirana u Belgiji i Nizozemskoj, gdje su uništena 4 laboratorija za proizvodnju MDMA-a u 2015. (3 u Nizozemskoj, 1 u Belgiji). MDMA koji se proizvodi u Europi također se izvozi u druge dijelove svijeta.

Procjena najnovijih trendova u pogledu zapljena MDMA-a otežana je zbog nedostatka podataka iz nekih država čiji bi podatci vjerojatno imali važan utjecaj u ukupnim procjenama. Za 2015. nisu dostupni podatci iz Nizozemske, koja je prijavila zapljene MDMA-a u količini od 2,4 milijuna tableta u 2012., a nisu dostupni ni podatci o broju zapljena u Poljskoj i Finskoj. Bez tih važnih podataka, količina MDMA-a zaplijenjena u Europskoj uniji 2015. g. procjenjuje se na 4 milijuna tableta i 0,2 tona MDMA-a u prahu.

Prosječan udio MDMA-a u tabletama povećao se u posljednjih nekoliko godina

MDMA

Broj zapljena



Zaplijenjena količina



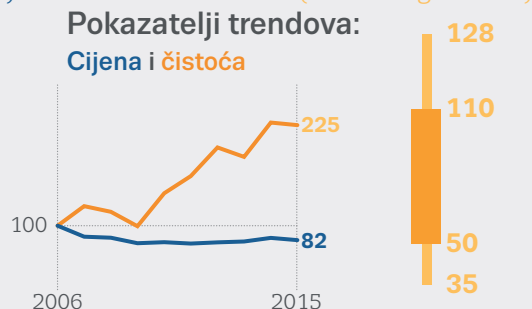
Cijena

(EUR/tableta)



Čistoća

(MDMA mg/tableta)

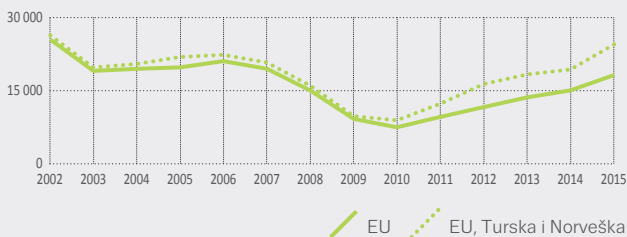


Napomena: EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća MDMA-a: nacionalne srednje vrijednosti — minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene države razlikuju se prema pokazateljima.

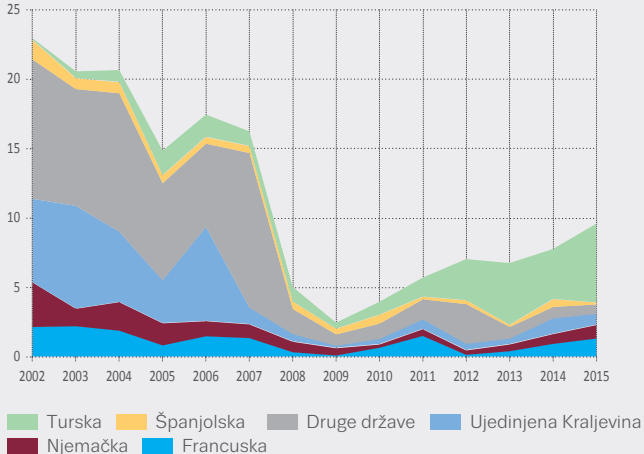
SLIKA 1.9

Broj zapljena MDMA-a i zaplijenjena količina: trendovi 2015. ili posljednje dostupne godine

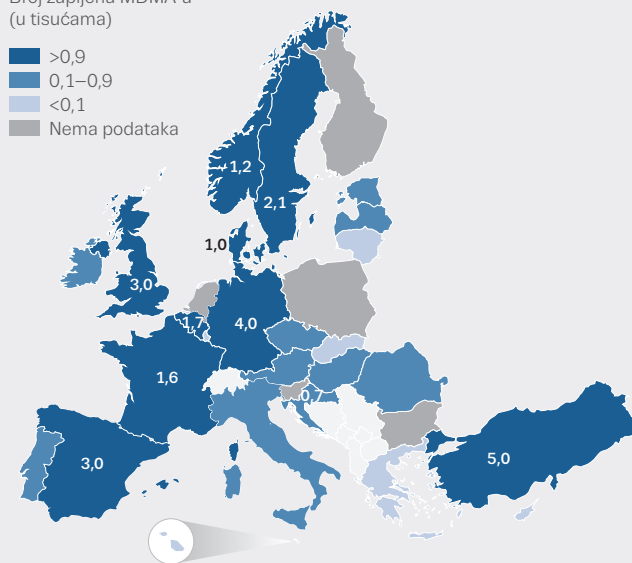
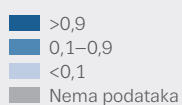
Broj zapljena



Tablete (u milijunima)

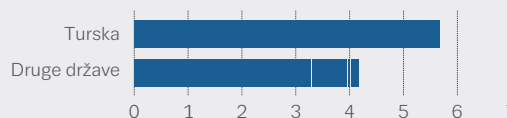


Broj zapljena MDMA-a (u tisućama)



Napomena: Broj zapljena (u tisućama) u 10 država s najvećim vrijednostima.

Zaplijenjenih tableta MDMA-a (u milijunima)



Ukupni broj prijavljenih zapljena MDMA-a u neprestanom je porastu od 2010., dok je zaplijenjena količina ostala relativno stabilna u tom razdoblju. Velike količine MDMA-a također su zaplijenjene u Turskoj 2015., oko 5,7 milijuna MDMA-a u tabletama, što je više od količine koju su prijavile sve druge zemlje zajedno (slika 1.9).

Zapljene LSD-a, GHB-a i ketamina

U Europskoj uniji prijavljuju se i zapljene drugih nezakonitih droga, uključujući približno 1400 zapljena LSD-a (dietilamida lizerginske kiseline) u 2015., u kojima je zaplijenjeno 100.000 komada te droge. Uz to, u Belgiji je zaplijenjen 1 kilogram te droge. Ukupan broj zapljena LSD-a udvostručio se od 2010. g., iako zaplijenjene količine variraju. U 2015. godini 14 je država prijavilo zapljene GHB-a (gama-hidroksibutirata) ili GBL-a (gama-butirolaktona). U 1300 zapljena zaplijenjeno je 320 kilograma i više od 1500 litara droge, a više od dvije trećine toga zaplijenjeno je u Belgiji (33 %) i Norveškoj (35 %). U dvanaest država prijavljena je 1200 zapljena ketamina, s procijenjenih 130 kilograma droge, od čega je većina zaplijenjena u Danskoj, Italiji i Ujedinjenoj Kraljevini.

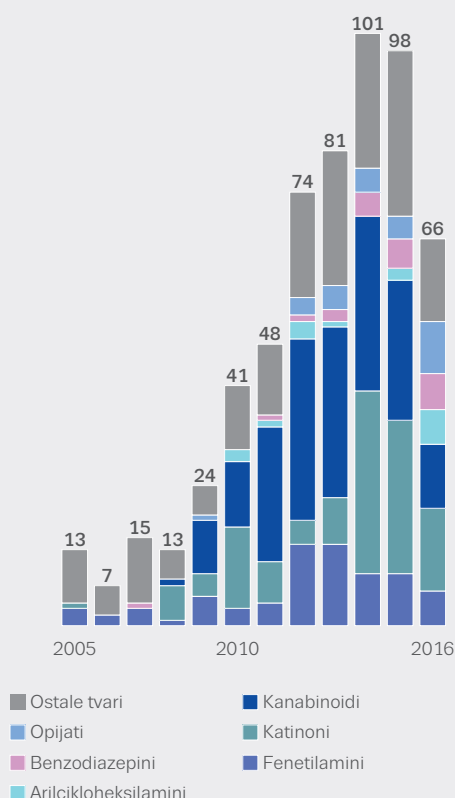
Nove psihoaktivne tvari: brojne i raznolike

Do kraja 2016., EMCDDA je nadzirala više od 620 novih psihoaktivnih tvari koje su se pojavile na europskom tržištu droga. Te tvari nisu obuhvaćene međunarodnim kontrolama droge, a čini ih širok raspon droga kao što su sintetski kanabinoidi, stimulansi, opijati i benzodiazepini (slika 1.10). U većini slučajeva one se stavljaju na tržište kao „zakonite” zamjene za nezakonite droge, dok su druge usmjerene na pojedince koji žele ispitati njihove potencijalne nove učinke.

U mnogim se slučajevima nove tvari proizvode u velikim količinama u kemijskim i farmaceutskim tvrtkama u Kini. Zatim se šalju u Europu, gdje se prerađuju u proizvode, pakiraju i prodaju. Uz to, nekim se novim tvarima može utvrditi podrijetlo u lijekovima koji se preusmjeravaju iz zakonitih opskrbnih lanaca ili imaju nezakonite izvore. Te se tvari možda također proizvode u protuzakonitim laboratorijima, u Europi ili drugdje. Brojni pokazatelji, uključujući otkrivanje nezakonitih laboratorija, analizu ispuštenog otpada iz proizvodnje sintetske droge i zapljene prekursora, upućuju na povećanje ovog oblika proizvodnje u posljednjih nekoliko godina u Europi.

SLIKA 1.10

Broj i kategorije novih psihoaktivnih tvari koje su prvi put prijavljene u EU sustav ranog upozoravanja, 2005. – 2016.



Broj novih tvari koje se otkrivaju svake godine samo je jedno u nizu mjerenja koje EMCDDA upotrebljava da bi razumjelo cjelokupno tržište. Primjerice, od 620 novih tvari koje se trenutačno nadziru, 423 (gotovo 70 %) otkrivene su na tržištu droga u 2015., u odnosu na 365 u 2014. i 299 u 2013., što dokazuje koliko je ovo tržište postalo složeno.

Neke nove tvari prodaju se otvoreno na „površinskom internetu“ (*surface web*) i u specijaliziranim trgovinama, često označene kao „legal high“ proizvodi. One se prodaju i na tržištima „mračne mreže“ (*darknet*) i nezakonitim tržištima, ponekad pod vlastitim nazivom, a ponekad kao lažne nezakonite droge kao što je heroin, kokain, *ecstasy* i benzodiazepini.

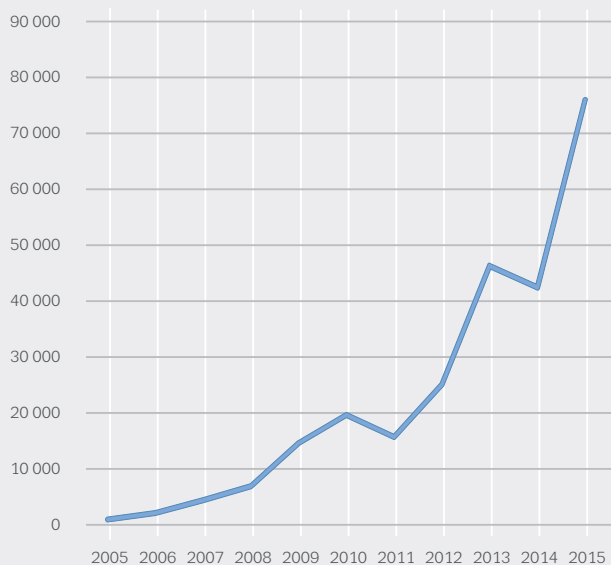
Više od 70 % novih tvari koje su otkrivene s pomoću EU sustava ranog upozoravanja proizvedeno je u posljednjih 5 godina. Godine 2016. čak 66 novih tvari po prvi put otkriveno u Europi. To je manje nego u prethodne 2 godine, no slično broju otkrivenih tvari u 2012. i 2013. Uzroci takvog smanjenja nisu jasni, no možda se djelomično mogu pripisati mjerama koje poduzimaju europske vlade za zabranu novih tvari, a posebice zabranu njihove otvorene prodaje kao „legal high“ proizvoda. Drugi bi čimbenik mogle biti mjere kontrole i operacije provedbe zakona u Kini usmjerene na laboratorije u kojima se proizvode nove tvari. Mogle bi biti važne i sve jače veze sa širim tržištem nezakonitih droga.

Do kraja 2016. EMCDDA je nadzirala više od 620 novih psihoaktivnih tvari

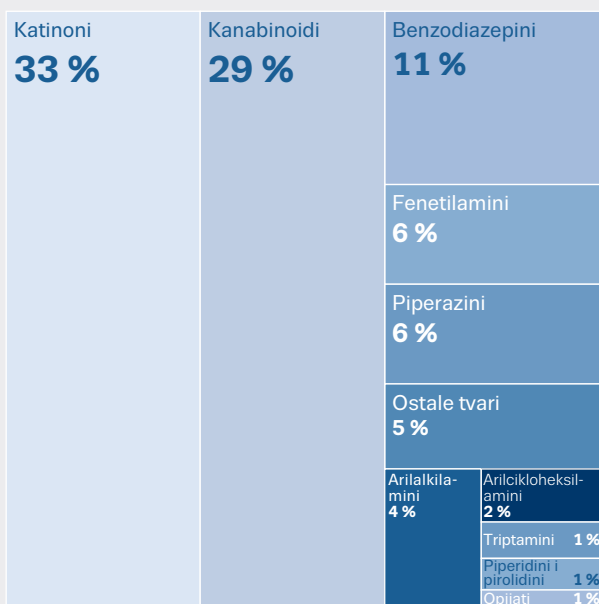
SLIKA 1.11

Broj zapljena novih psihoaktivnih tvari koje su prvi put prijavljene u EU sustav ranog upozoravanja: trendovi i podjela po kategorijama u 2015.

Broj slučajeva zapljena



Napomena: podatci za države članice EU-a, Tursku i Norvešku.



Porast zapljena novih psihoaktivnih tvari

Tijekom 2015. putem EU sustava ranog upozoravanja prijavljeno je 80.000 zapljena novih psihoaktivnih tvari (slika 1.11). Sintetski katinoni i sintetski kanabinoidi zajedno su činili više od 60 % svih zapljena novih tvari u 2015. (preko 47.000). U odnosu na prethodnu godinu, u 2015. zabilježena su i povećanja količina sintetskih katinona, sintetskih kanabinoida i novih opijata.

Ukupne brojke zapljena novih tvari u Europi trebaju se shvatiti kao minimalne vrijednosti jer se podatci preuzimaju iz izvješća o slučajevima, a ne sustava nadzora. Na prijavljene zapljene utječe niz čimbenika, kao što je povećana svijest o novim tvarima, njihov promjenjivi pravni status, kapaciteti i prioriteta provedbe zakona te prakse izvještavanja tijela za izvršavanje zakonodavstva.

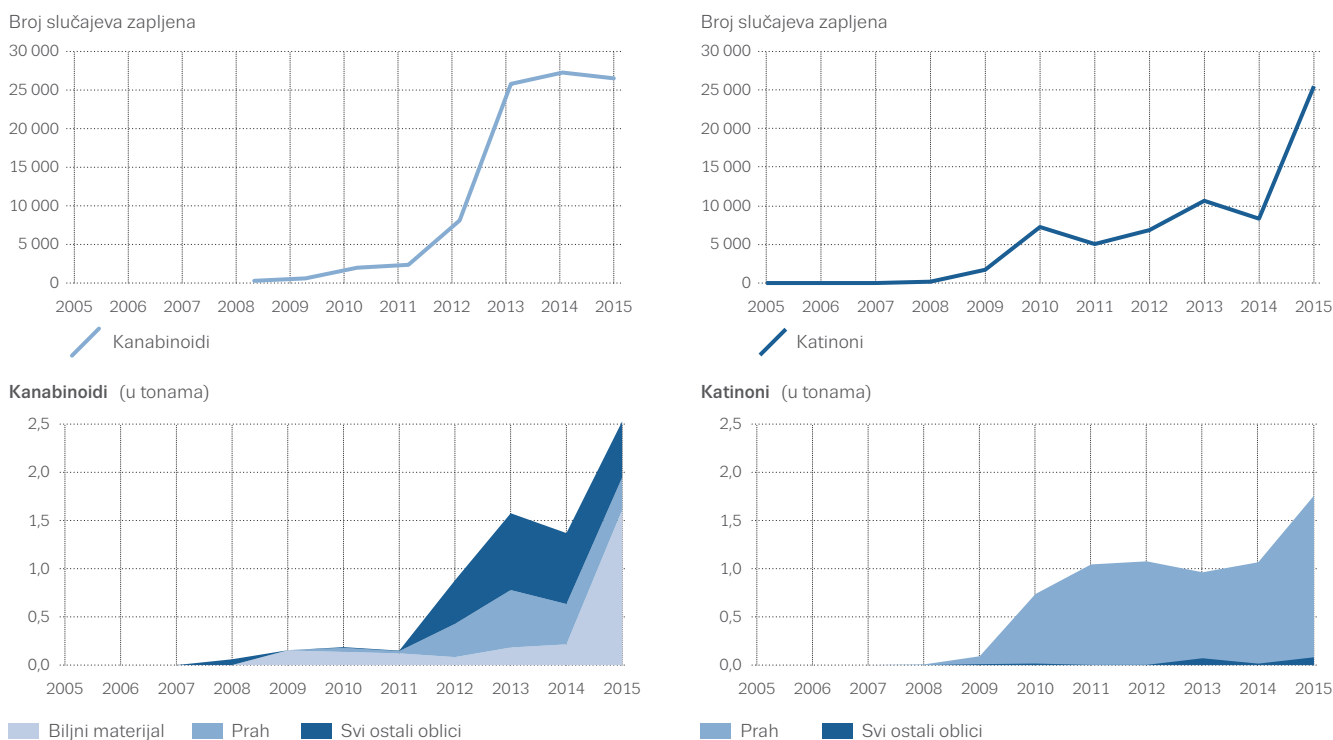
Novi sintetski opijati

Ukupno 25 novih opijata otkriveno je na europskom tržištu droga od 2009. g., uključujući 9 koji su prvi puta prijavljeni u 2016. To uključuje 18 fentanila, od čega je njih 8 po prvi puta prijavljeno u 2016. Iako trenutačno imaju malu ulogu na europskom tržištu droga, novi fentanili iznimno su snažne tvari koje predstavljaju veliku prijetnju zdravlju pojedinaca i javnosti.

Novi opijati zaplijenjeni su u različitim oblicima: uglavnom u prahu, tabletama i kapsulama, a od 2014. i kao tekućine. Više od 60 % od 600 zapljena novih sintetskih opijata prijavljenih u 2015. činili su fentanili. Gotovo 2 litre sintetskih opijata zaplijenjeno je 2015., što predstavlja povećanje u odnosu na 240 ml prijavljenih prethodne godine. Fentanili su pronađeni u 85 % zaplijenjenih tekućina. Jedna od zabrinjavajućih činjenica u tom pogledu jest pojava raspršivača za nos na tržištu koji sadrže fentanile, kao što su akrilofentanil i furanilfentanil. Nizak udio na tržištu i visoka potentnost ovih opijata odražava se u činjenici da oni čine 0,75 % ukupnog broja zapljena novih tvari, no samo 0,04 % ukupne zaplijenjene količine.

SLIKA 1.12

Zapljene sintetskih kanabinoida i katinona prijavljenih u EU sustav ranog upozoravanja: trendovi u broju zapljena i zaplijenjenim količinama



Napomena: podatci za EU, Tursku i Norvešku.

Sintetski kanabinoidi

Sintetski kanabinoidi tvari su koje oponašaju učinak delta-9-tetrahidrokanabinola (THC-a), koji je uvelike odgovoran za najvažnije psihoaktivne učinke kanabisa. Od 2008. europski proizvođači iskoristavali su taj učinak uvozeći rasuti prah kanabinoida i miješajući ga s osušenim biljnim materijalom kako bi stvorili stotine različitih „legal high” proizvoda. Oni su zatim stavljeni na tržište kao zakonite zamjene za kanabis i prodavani kao „biljne mješavine za pušenje” koje su spremne za uporabu. Sintetski kanabinoidi i dalje čine najveću skupinu novih tvari koje EMCDDA nadzire i postaju sve kemijski raznolikiji – od 2008. otkriveno ih je 169, uključujući 11 prijavljenih u 2016., što predstavlja smanjenje u odnosu na 24 prijavljena 2015.

Tijekom 2015. prijavljeno je nešto više od 22.000 zapljena sintetskih kanabinoida (slika 1.12). Pet sintetskih kanabinoida koji su najčešće bili zaplijenjeni tijekom 2015. bili su ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 i ADB-CHMINACA.

U sklopu tih akcija zaplijenjeno je više od 2,5 tone tih tvari. Gotovo 64 % zapljena sintetskih kanabinoida činile su biljne mješavine, a prah je činio 13 %.

Otkrivanje sintetskih kanabinoida u obliku praha i pogona za njihovu obradu u Europi ukazuje na to da su proizvodi pakirani u Europi. Nakon obrade u „biljne mješavine za pušenje”, ti prahovi mogli su se upotrijebiti za proizvodnju više milijuna doza. Sintetski kanabinoidi u obliku praha koji su najčešće bili zaplijenjeni tijekom 2015. bili su 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) i ADB-FUBINACA (57 kg).

Sintetski katinoni

Sintetski katinoni kemijski su povezani s katinonom, prirodnim stimulansom koji se javlja u biljci kat (*Catha edulis*). Te tvari imaju sličan učinak kao uobičajeni nezakoniti stimulansi kao što je amfetamin, kokain i MDMA. Sintetski katinoni druga su najveća skupina novih droga koje EMCDDA nadzire. Otkriveno ih je ukupno 118, uključujući 14 koji su prvi put otkriveni 2016., manje nego 2015., kada ih je prijavljeno 26.

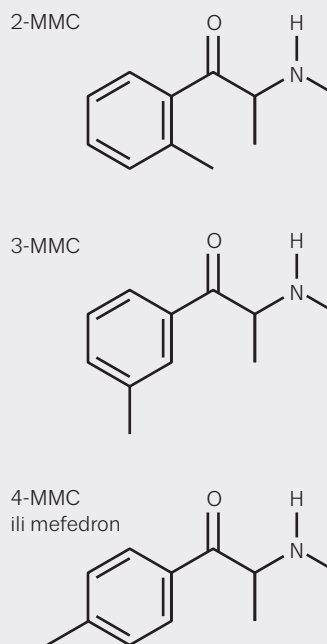
Sintetski katinoni bili su najčešće zaplijenjene nove psihoaktivne tvari 2015. g., s više od 25.000 zapljena, odnosno gotovo jednom trećinom ukupnog broja zapljena. To predstavlja povećanje od gotovo 17.000 zapljena u odnosu na prethodnu godinu. Tim je zapljenama zaplijenjeno nešto više od 1,8 tona, što predstavlja povećanje od približno 0,75 tona u odnosu na 2014. (slika 1.12). Sintetski katinoni uglavnom se otkrivaju u obliku praha. Pet najčešće zaplijenjenih katinona u 2015. bili su alfa-PVP, 3-MMC, etilon, 4-CMC i pentedron. Više od 60 % (1,2 tone) svih prijavljenih zaplijenjenih sintetskih katinona u 2015. dopremljeno je iz Kine. Velik udio (42 %) zaplijenjenih sintetskih katinona činili su 2-MMC (156 kg) i 3-MMC (616 kg), koji su kemijski povezani s mefedronom (4-MMC), no ne podliježu međunarodnim kontrolama droga. Mefedron je postao uobičajen na nezakonitim tržištima droga u nekim zemljama, a vjerojatno je da se dio tvari 2-MMC i 3-MMC prodaje kao mefedron (vidjeti sliku 1.13).

Novi benzodiazepini

Zabrinjava i rast tržišta novih benzodiazepina do kojega dolazi u posljednje vrijeme. EMCDDA nadzire približno 20 od tih tvari, a 6 od njih prvi je put otkriveno u Europi 2016. Tijekom 2015. zaplijenjeno je više od 300.000 tableta koje sadrže nove benzodiazepine kao što su klonazolam, diklazepam, etizolam i flubromazolam, gotovo dvostruko više nego što je prijavljeno 2014. Neki od novih benzodiazepina prodavali su se kao tablete, kapsule ili prah pod vlastitim nazivima. U drugim su slučajevima krivotvoritelji upotrebljavali te tvari da bi proizveli lažne inačice lijekova protiv anksioznosti koji se često propisuju, kao što su diazepam i alprazolam, koje su izravno prodavali na nezakonitom tržištu droga.

SLIKA 1.13

Kemijske formule tvari 2-MMC, 3-MMC i 4-MMC (mefedron)



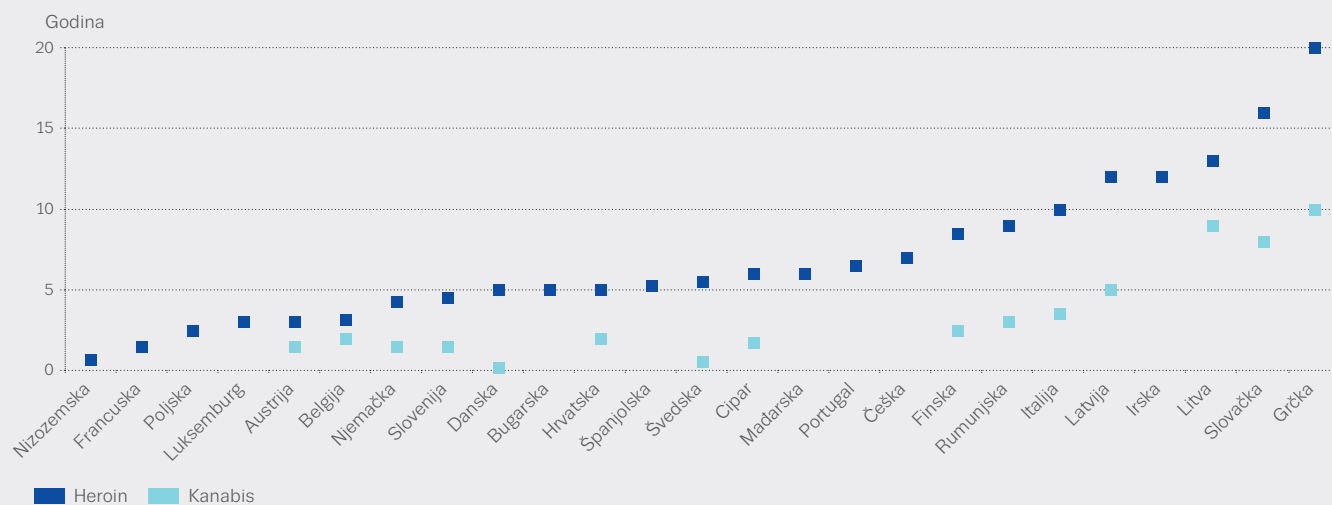
Zakoni usmjereni na ponudu novih psihoaktivnih tvari

Europske zemlje poduzimaju mjere s ciljem sprečavanja ponude droga u skladu s trima konvencijama Ujedinjenih naroda koje pružaju okvir za kontrolu proizvodnje, trgovine i posjedovanja više od 240 psihoaktivnih tvari. Brza pojava novih psihoaktivnih tvari i raznolikost dostupnih proizvoda predstavljaju izazov za Konvencije i europske donositelje politika i zakona.

Na nacionalnoj su razini poduzete razne mjere za kontrolu novih tvari i mogu se prepoznati tri široke vrste pravnih odgovora. Mnoge su europske države prvo reagirale s pomoću zakona o zaštiti potrošača, a zatim su naknadno proširile ili prilagodile zakone o borbi protiv droga kako bi uključivali nove psihoaktivne tvari. Te su zemlje sve više osmišljavale posebne nove zakone za rješavanje tog problema. Brojne su razlike u definicijama kaznenih djela i kazni, kao što je slučaj i sa zakonima o suzbijanju droga diljem Europe. Opći trend u nacionalnim zakonima o suzbijanju droga, odnosno smanjenje kazni za posjedovanje droga za osobne potrebe, vidljiv je i u novijim zakonima koji se odnose na nove droge. Većinom novih zakona koji su usmjereni na nove psihoaktivne tvari kažnjava se samo nezakonita opskrba, a nikako se ne kažnjava posjedovanje za osobne potrebe.

SLIKA 1.14

Očekivana zatvorska kazna za posjedovanje 1 kilograma heroina ili kanabisa za prodaju u državama članicama EU-a



Napomena: srednja očekivana zatvorska kazna na temelju mišljenja uzorka odvjetnika u svakoj zemlji, u slučajevima pojedinaca koji su prvi put počinili kazneno djelo, bez uključenosti u organizirani kriminal. U slučajevima u kojima se ukidanje kazne smatralo mogućim nije navedena srednja vrijednost trajanja zatvorske kazne.

Postojeći pravni okvir na razini EU-a kojim se kontroliraju nove psihoaktivne tvari, koji potječe iz 2005., trenutačno se revidira s ciljem uspostavljanja bržeg, učinkovitijeg sustava podvrgavanja postupaka povezanih sa štetnim novim psihoaktivnim tvarima mjerama kaznenog zakona.

Kazne za ponudu droge: razlike prema drogama i zemljama

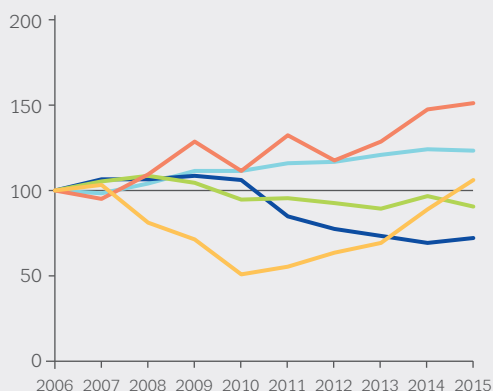
Nedozvoljena ponuda droga zločin je u svim europskim državama, no kazne propisane zakonom značajno se razlikuju. Nedavnim istraživanjem EMCDDA-a o mišljenjima odvjetnika u državama članicama EU-a otkriveno je da se kazne koje ti stručnjaci očekuju za slična kaznena djela povezana s drogama uvelike razlikuju među zemljama (vidjeti sliku 1.14). Te razlike mogle bi biti posljedica nacionalnih povijesnih i kulturnih čimbenika koji su utjecali na kazneno pravo pojedine zemlje, kao i različitih nacionalnih stavova o učinkovitosti zatvorske kazne u odvratanju od počinjenja kaznenih djela. Istraživanje je također pokazalo da iako zakonodavstvo sadrži slične kazne za različite tvari, u većini su država odvjetnici predvidjeli da će se kazne razlikovati po tvarima. To podrazumijeva da suci uzimaju u obzir aspekte kao što je dojam štete koju različite droge čine društvu.

SLIKA 1.15

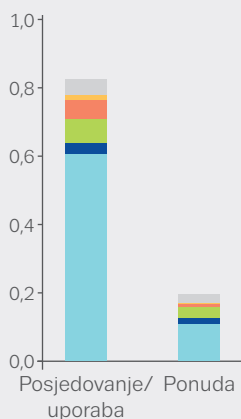
Kaznena djela povezana s drogom u Europi koja se odnose na uporabu droge ili posjedovanje droge za uporabu ili prodaju: pokazatelji trendova i prijavljena kaznena djela u 2015.

Kaznena djela posjedovanja/uporabe

Pokazatelji trendova

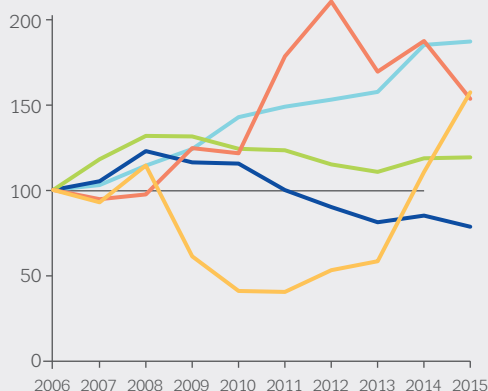


Broj kaznenih djela (milijun)



Kaznena djela prodaje

Pokazatelji trendova



Heroin Kokain MDMA Kanabis Amfetamini Ostale tvari

Napomena: podatci za kaznena djela za koje je evidentirana droga.

Kaznena djela povezana s drogama: većina povezana s kanabisom

Provedba zakona prati se putem podataka o prijavljenim kaznenim djelima u vezi sa zakonima o suzbijanju droga. Procjenjuje se da je 2015. u Europskoj uniji prijavljeno 1,5 milijuna slučajeva kršenja zakona o suzbijanju droga, od čega je većina (57 %) bila povezana s upotrebom ili posjedovanjem kanabisa, s približno 1 milijunom počinitelja kaznenih djela. Broj kaznenih djela od 2006. do 2015. godine porastao je za gotovo trećinu (31 %).

Ukupno gledajući, broj prijavljenih kaznenih djela povezanih s ponudom droga porastao je za 18 % od 2006. godine, a procjenjuje se da je u 2015. godini dosegao više od 214.000 slučajeva. Kanabis je činio većinu kaznenih djela povezanih s ponudom (57 %). Zabilježen je nagli porast prijave kaznenih djela povezanih s ponudom MDMA-a od 2013. (slika 1.15).

Procjenjuje se da je tijekom 2015. godine u Europi općenito prijavljeno više od 1 milijun kaznenih djela povezanih s upotrebom ili posjedovanjem za osobnu upotrebu, što u usporedbi s 2006. predstavlja porast od 27 %. Od prijavljenih se kaznenih djela zbog posjedovanja oko tri četvrtine odnosilo na kanabis (74 %). Uzlazni trend kaznenih djela povezanih s amfetaminima i MDMA-om nastavio se i u 2015. godini (slika 1.15).

Procjenjuje se da je tijekom 2015. godine prijavljeno 1,5 milijuna kaznenih djela kršenja zakona o suzbijanju droga

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-a**2017**

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

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

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

2015

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

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The internet and drug markets, Technical reports.

2014

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

2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i Europol**2017**

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i Eurojusta**2016**

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

Sve publikacije dostupne su na internetskim stranicama www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Među konzumentima
droga uobičajena
je poliuporaba droga**

Prevalencija i trendovi uporabe droga

Uporaba droga u Europi danas obuhvaća širi spektar tvari nego u prošlosti. Među konzumentima droga česta je poliuporaba droga, a pojedinačni obrasci uporabe kreću se u rasponu od jednokratne eksperimentalne do uobičajene i ovisničke. Sve vrste droga u pravilu češće upotrebljavaju muškarci, a ta se razlika često ističe zbog intenzivnijih ili redovitijih obrazaca uporabe. Prevalencija uporabe kanabisa otprilike je pet puta veća od prevalencije uporabe ostalih tvari. Lako je uporaba heroina i drugih opijata i dalje relativno rijetka, upravo se heroin i opijati najčešće povezuju sa štetnijim oblicima uporabe, uključujući intravensku uporabu droga.

Praćenje uporabe droga

EMCDDA prikuplja i održava skupove podataka koji obuhvaćaju uporabu droga i obrasce uporabe u Europi.

Istraživanja provedena na učenicima i općoj populaciji mogu pružiti pregled prevalencije eksperimentalne i rekreacijske uporabe droga. Rezultati dobiveni istraživanjem mogu se nadopuniti analizama tragova droga u komunalnim otpadnim vodama na razini zajednice, koje se provode u gradovima diljem Europe.

Istraživanja kojima su dobivene procjene o visokorizičnoj uporabi droga mogu pomoći u utvrđivanju razmjera duboko ukorijenjenih problema konzumacije droga, a podatci o osobama koje ulaze u specijalizirane sustave za tretman ovisnosti, kada se razmatraju zajedno s drugim pokazateljima, mogu pripomoći u razumijevanju karakteristika i trendova visokorizične uporabe droga.

Cjeloviti skupovi podataka i napomene o metodologiji mogu se pronaći u [Statističkom biltenu](#) na internetu.

Raznolikost trendova konzumacije droga među učenicima pojedinih država

Praćenjem konzumacije droga među učenicima dobiva se važan uvid u postojeća rizična ponašanja mladih i moguće buduće trendove. U sklopu Europskog istraživanja o pušenju, pijenju alkohola i uzimanju droga među učenicima (ESPAD) u 2015. proveden je šesti krug prikupljanja podataka od početka istraživanja 1995. Najnovijim istraživanjem prikupljeni su usporedivi podatci o konzumaciji droga među učenicima u dobi od 15 i 16 godina iz 35 europskih zemalja, uključujući 23 države članice Europske unije i Norvešku. Među učenicima u ove 24 zemlje, u prosjeku 18 % izjavilo je da je probalo kanabis barem jednom (životna prevalencija), pri čemu su najviše razine prijavljene u Češkoj (37 %) i Francuskoj (31 %). Uporaba te droge u prethodnih 30 dana kretala se od 2 % u Švedskoj, Finskoj i Norveškoj do 17 % u Francuskoj, dok je prosjek za sve 24 zemlje iznosio 8 %. Razlike među spolovima varirale su diljem Europe pa je tako omjer djevojčica i dječaka sa životnom prevalencijom uporabe kanabisa jednak u Češkoj i na Malti, dok je u Norveškoj taj omjer 2,5 dječaka naspram jedne djevojčice.

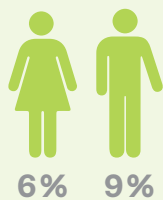
Uporaba nezakonitih droga koje nisu kanabis bila je mnogo rjeđa, uz ukupnu životnu prevalenciju od 5 %. Droge koje su se najčešće konzumirale nakon kanabisa bile su MDMA/ *ecstasy*, amfetamin, kokain, metamfetamin i LSD ili druge halucinogene droge, od kojih je svaku isprobalo 2 % učenika. Osim toga, o životnoj uporabi novih psihoaktivnih tvari izjasnilo se 4 % učenika, pri čemu su najviše stope bile u Estoniji i Poljskoj (10 % u svakoj).

Od 22 države s dovoljno podataka za analizu (21 država članica EU-a i Norveška), opći trendovi prevalencije kanabisa u posljednjih 30 dana dosegli su najvišu razinu 2003. i zatim se neznatno smanjili u naknadnim istraživanjima (slika 2.1). Između dvaju posljednjih istraživanja, 2011. i 2015., životna prevalencija kanabisa i prevalencija u posljednjih 30 dana bile su stabilne za većinu ovih zemalja. Od 1995. životna prevalencija uporabe nezakonitih droga koje nisu kanabis ostala je uglavnom nepromijenjena, uz neznatno smanjenje između 2011. i 2015. g.

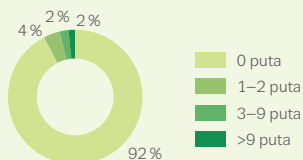
Uporabu novih psihoaktivnih tvari tijekom života prijavilo je 4 % učenika

UPORABA DROGA MEĐU UČENICIMA U DOBI DO 15 I 16 GODINA U EUROPI (2015., ESPAD)

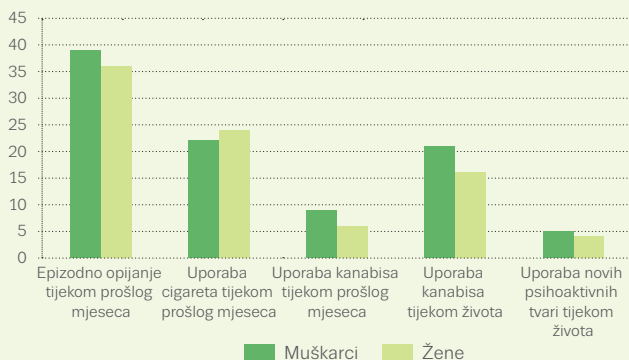
Uporaba kanabisa tijekom prošlog mjeseca po spolu



Učestalost uporabe kanabisa tijekom prošlog mjeseca



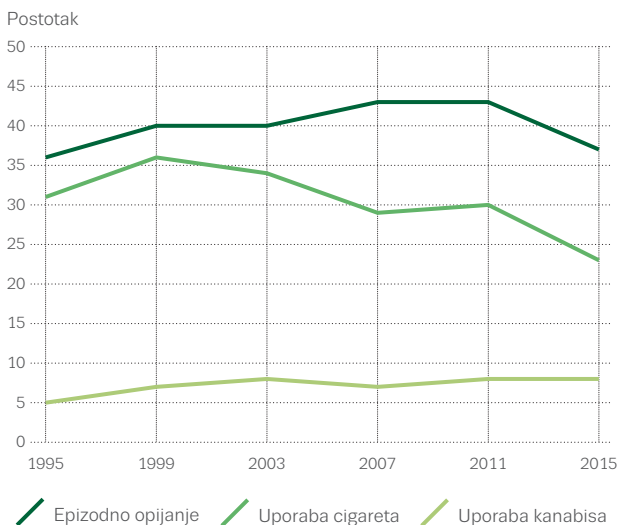
Uporaba droga (u postocima)



Napomena: na temelju podataka za 23 države članice EU-a i Norvešku, koje su sudjelovale u drugom ciklusu istraživanja 2015. u sklopu projekta ESPAD.

SLIKA 2.1

Trendovi prevalencije u posljednjih 30 dana za epizodno opijanje, uporabu cigareta i kanabisa među učenicima u dobi od 15 i 16 godina u Europi



Napomena: na temelju podataka za 21 državu članicu EU-a i Norvešku, koje su sudjelovale u barem četiri ciklusa istraživanja u sklopu projekta ESPAD.

Smanjenje uporabe duhana i epizodnog opijanja među učenicima u novije vrijeme

Istraživanje ESPAD također donosi podatke o alkoholu i duhanu. Više od četiri petine (83 %) učenika konzumiralo je alkohol barem jednom u životu. Polovica učenika izjavila je da je pila alkohol barem jednom u proteklom mjesecu, a 39 % dječaka i 36 % djevojčica izjavilo je da je popilo pet ili više pića jednom u proteklom mjesecu (epizodno opijanje).

Tek nešto manje od polovice (47 %) učenika pušilo je cigarete. U mjesecu koji je prethodio istraživanju, 23 % učenika izjavilo je da puši jednu ili više cigareta dnevno, a 3 % više od 10 dnevno.

U 22 zemlje priključene EMCDDA-u za koje je prikupljeno dovoljno podataka za analizu trendova između 1995. i 2015. g. primjećuje se opći pad konzumacije alkohola i cigareta tijekom života i u prethodnih 30 dana. Promjene u epizodnom opijanju manje su istaknute, iako je u tom razdoblju zabilježeno povećanje u djevojčica. Između istraživanja 2011. i 2015. zabilježeno je smanjenje epizodnog opijanja i konzumacije cigareta u prethodnih 30 dana.

Više od 93 milijuna odraslih osoba probalo je nezakonite droge

Procjenjuje se da je više od 93 milijuna odnosno nešto više od četvrtine osoba u dobi od 15 do 64 godine u Europskoj uniji tijekom života probalo nezakonite droge. Iskustvo uporabe droga češće prijavljuju muškarci (56,8 milijuna) nego žene (36,8 milijuna). Najčešće je upotrebljavan kanabis (53,8 milijuna muškaraca i 34,1 milijun žena), dok su procjene o uporabi kokaina (12,2 milijuna muškaraca i 5,3 milijuna žena), MDMA-a (9,3 milijuna muškaraca i 4,7 milijuna žena) i amfetamina (8,4 milijuna muškaraca i 4,2 milijuna žena) tijekom života mnogo niže. Razine uporabe kanabisa tijekom života znatno se razlikuju među državama, a u rasponu su od otprilike 8 od 20 odraslih osoba u Francuskoj do manje od 1 od 20 odraslih osoba na Malti i u Rumunjskoj.

Uporaba droga evidentirana za prošlu godinu pruža uvid u nedavnu uporabu droga, a uglavnom je koncentrirana među mladima. Procjenjuje se da je 18,7 milijuna mladih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34) upotrijebilo droge u prošloj godini, pri čemu broj muškaraca dva puta nadmašuje broj žena.

Uporaba kanabisa: različiti nacionalni trendovi

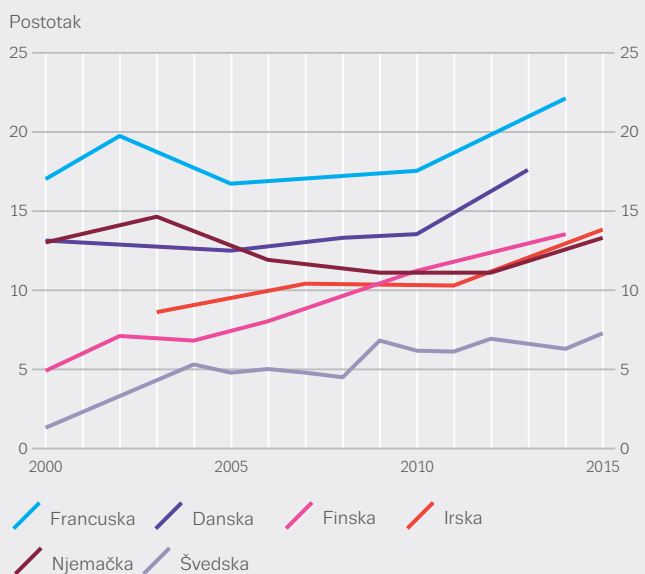
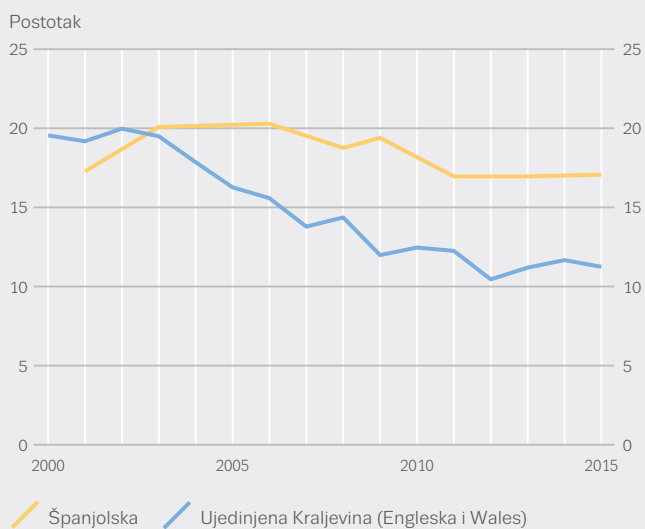
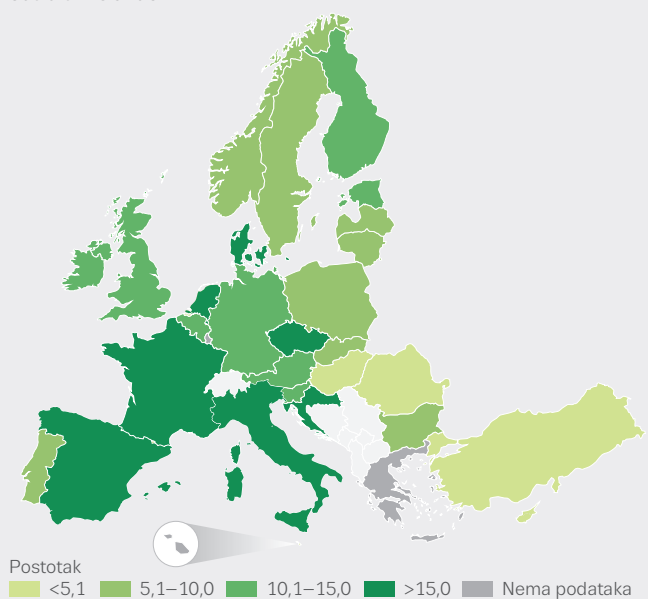
Kanabis je nezakonita droga koju najčešće upotrebljavaju osobe svih dobni skupina. Uglavnom se puši, a u Europi se često miješa s duhanom. Obrasci uporabe kanabisa mogu biti u rasponu od povremene do redovite i ovisničke uporabe.

Procjenjuje se da je 87,7 milijuna odraslih Europljana (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 26,3 % ove dobne skupine, eksperimentiralo s kanabisom u nekom trenutku života. Procjenjuje se da je od toga 17,1 milijun mladih Europljana (u dobi od 15 do 34 godine), ili 13,9 % ove dobne skupine, upotrijebilo kanabis u prošloj godini, od čega je 10 milijuna bilo u dobi od 15 do 24 godina (17,7 % ove dobne skupine). Stope prevalencije u posljednjih 12 mjeseci u dobnoj skupini od 15 do 34 godine kreću se od 3,3 % u Rumunjskoj do 22 % u Francuskoj. Među mladima koji su upotrijebili kanabis u prošloj godini omjer muškaraca i žena iznosi dva prema jedan.

**Najčešće isprobana
droga jest kanabis**

SLIKA 2.2

Prevalencija uporabe kanabisa među mladim odraslim osobama (15 – 34 godine) u posljednjih 12 mjeseci: najnoviji podatci (karta) i odabrani trendovi



Rezultati najnovijeg istraživanja pokazuju da se u različitim zemljama javljaju različiti obrasci u prošlogodišnjoj uporabi kanabisa. Od država koje su od 2014. godine provodile istraživanja i izvijestile o intervalima pouzdanosti, sedam je zabilježilo povećanje u procjenama, šest ih je bilo stabilno, a dvije su zabilježile smanjenje stope procjene u odnosu na prethodno usporedivo istraživanje.

Malo je zemalja koje imaju dovoljno podataka iz istraživanja koji bi omogućili statističku analizu trendova upotrebe kanabisa u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama (15 – 34). Među njima, dugotrajni trendovi smanjenja koji su zabilježeni u proteklom desetljeću u Španjolskoj i Ujedinjenoj Kraljevini prema novijim su se podacima stabilizirali (slika 2.2).

U proteklom je desetljeću zabilježen trend rasta u Irskoj i Finskoj, ali i u Švedskoj, iako je u toj zemlji prevalencija stabilna od 2009. g. U Njemačkoj, Francuskoj i Danskoj nije vidljiv statistički trend rasta u tom razdoblju, iako novija istraživanja ukazuju na povećanje upotrebe kanabisa u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama. Francuska je 2014. zabilježila novu rekordnu stopu od 22 %, dok je 13 % prijavljeno u Njemačkoj 2015. najviša stopa prevalencije upotrebe kanabisa u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama koju je ta zemlja zabilježila u posljednjem desetljeću. Među zemljama za koje nema dovoljno podataka za statističku analizu trendova, 2015. je godine drugim usporedivim godišnjim istraživanjem provedenim u Nizozemskoj potvrđena stopa prevalencije od oko 16 %, dok je prvim nacionalnim istraživanjem u Austriji provedenim od 2008. prijavljena stopa prevalencije od 14 %.

Visokorizični konzumenti kanabisa: sve veći broj osoba koje započinju s terapijom

Na temelju istraživanja općeg stanovništva procjenjuje se da gotovo 1 % odraslih Europljana čine dnevni ili gotovo svakodnevni konzumenti kanabisa, odnosno da su konzumirali kanabis 20 ili više dana u prethodnom mjesecu. Oko 30 % njih stariji su konzumenti droga, u dobi od 35 do 64, a više od tri četvrtine jesu muškarci.

Kada se razmatraju zajedno s drugim pokazateljima, podatci o osobama koje započinju tretman zbog uporabe kanabisa mogu pružiti informacije o prirodi i razmjeru visokorizične uporabe kanabisa u Europi. Ukupan broj prijavljenih osoba koje su prvi puta uključene u tretman porastao je s 43.000 u 2006. na 76.000 u 2015. godini. Mnogi čimbenici mogu biti uzrok takvom porastu, uključujući višu stopu prevalencije uporabe kanabisa u općoj populaciji, povećanje broja intenzivnih konzumenata, dostupnost visokopotentnih proizvoda te povećanje broja slučajeva upućivanja na tretman i razina pružanja tretmana.

Prevalencija kokaina: stabilni nacionalni trendovi

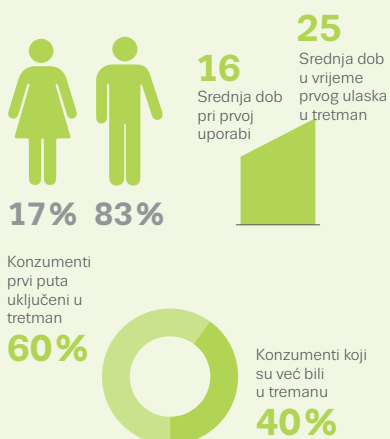
Kokain je najčešće upotrebljavana nezakonita stimulativna droga u Europi, a prevalencija njegove uporabe veća je u zemljama južne i zapadne Europe. Među redovitim konzumentima moguće je uočiti veliku razliku između društveno integriranih konzumenata, koji često šmrču kokain u prahu (kokain hidroklorid), i marginaliziranih konzumenata, koji injektiraju kokain ili puše *crack* kokain (baza kokaina), ponekad uz uporabu opijata.

Procjenjuje se da je 17,5 milijuna odraslih Europljana (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 5,2 % ove dobne skupine, eksperimentiralo s kokainom u nekom trenutku života. Među njima je oko 2,3 milijuna mlađih odraslih osoba u dobi od 15 do 34 godine (1,9 % ove dobne skupine) koje su u prošloj godini upotrijebile kokain.

Samo Irska, Španjolska, Nizozemska i Ujedinjena Kraljevina izvješćuju o prevalenciji uporabe kokaina u posljednjih 12 mjeseci među mlađim odraslim osobama većoj od 2,5 %. Smanjenje uporabe kokaina diljem Europe zabilježeno u prethodnim godinama nije uočeno u najnovijim istraživanjima. Od država koje su od 2014. godine provodile istraživanja i izvijestile o intervalima pouzdanosti, dvije su zabilježile povećanje u procjenama, 11 ih je prijavilo stabilan trend, a jedna je zabilježila smanjenje stope procjene u odnosu na prethodno usporedivo istraživanje.

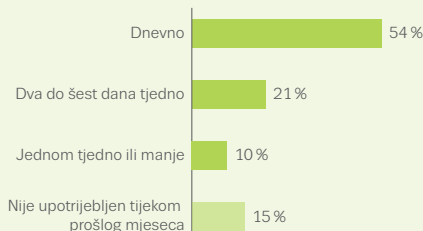
KONZUMENTI KANABISA KOJI SU PRVI PUTA UKLJUČENI U TRETMAN

Karakteristike

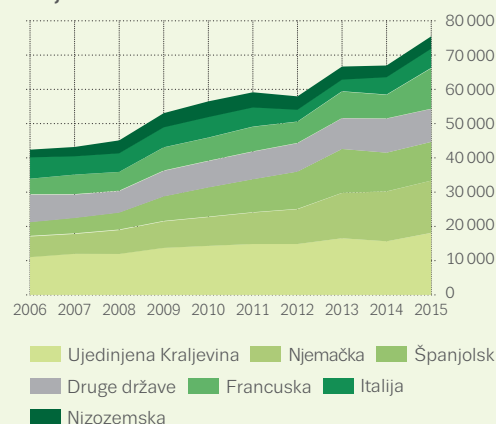


Učestalost uporabe tijekom prošlog mjeseca

Srednja uporaba 5,4 dana tjedno



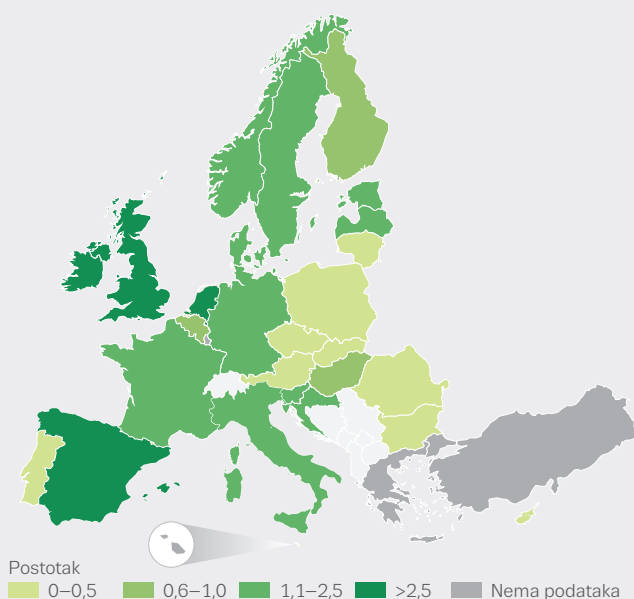
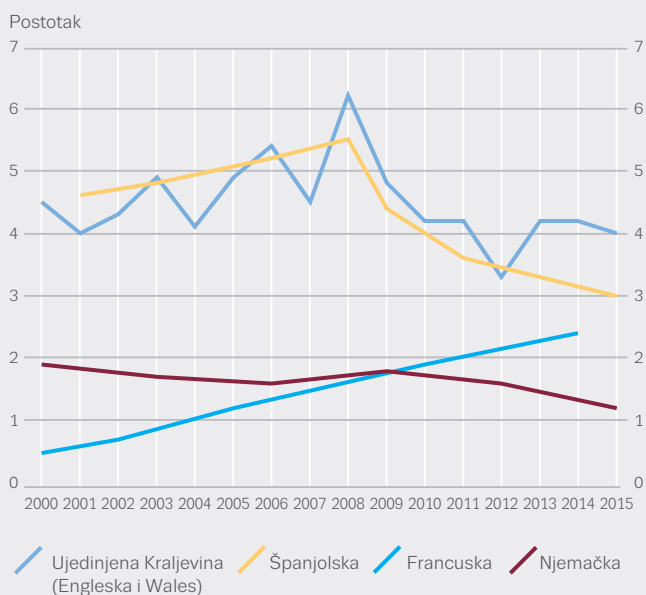
Trendovi među osobama koje su prvi put uključene u tretman



Napomena: karakteristike se odnose na sve osobe koje su prvi puta uključene u tretman, a kojima je kanabis primarna droga. Trendovi za osobe koje su prvi put uključene u tretman temelje se na podatcima za 23 države. Zbog promjena u protoku podataka na nacionalnoj razini, podatci od 2014. nadalje za Italiju nisu usporedivi s podatcima iz prijašnjih godina.

SLIKA 2.3

Prevalencija uporabe kokaina među mlađim odraslim osobama (15 – 34 godine) u posljednjih 12 mjeseci: odabrani trendovi i najnoviji podatci



Izrada statističke analize dugoročnih trendova uporabe kokaina među mlađim odraslim osobama u prethodnoj godini moguća je samo za mali broj država, a novi podatci potvrđuju postojeće trendove. Španjolska i Ujedinjena Kraljevina bilježe trend povećane prevalencije do 2008. godine, nakon čega slijedi razdoblje stabilizacije ili opadanja (slika 2.3). Iako je prevalencija na niskoj razini, Francuska bilježi trend rasta pa je u 2014. godini stopa prevalencije prvi put prešla 2 %. Statistički gledano, istraživanje provedeno u Njemačkoj 2015. pokazalo je pad prevalencije kokaina, koja je bila stabilna od 2000. do 2009.

Analiza tragova kokaina u otpadnim vodama provedena u okviru istraživanja koje je obuhvatilo nekoliko gradova, nadopunjuje rezultate istraživanja uporabe droga u općoj populaciji. Izvješća analize otpadnih voda temeljena na konzumaciji čistih supstanci unutar zajednice, te rezultati analize nisu izravno usporedivi s istraživanjem opće populacije. Rezultati analize otpadnih voda prikazani su u standardiziranim količinama (maseno opterećenje) tragova droge na 1000 stanovnika po danu.

Analizom provedenom 2016. godine najviše je maseno opterećenje benzoilekgonina, glavnog metabolita kokaina, otkriveno u gradovima u Belgiji, Španjolskoj i Ujedinjenoj Kraljevini, a vrlo male razine zabilježene u većini istočnoeuropskih gradova (vidjeti sliku 2.4). Od 33 grada za koje postoje podatci za 2015. i 2016., 22 su prijavila povećanje, četiri smanjenje, a sedam stabilno stanje. Stabilni ili rastući dugoročni trendovi bilježe se za većinu od 13 gradova za koje postoje podatci za 2011. i 2016. g.

Visokorizična uporaba kokaina: stabilna potražnja za tretmanom

Prevalencija visokorizične uporabe heroina u Europi teško je izmjeriti jer su samo za četiri zemlje dostupne novije procjene te su upotrijebljene različite definicije i metodologije. Njemačka je na temelju pitanja za utvrđivanje težine problematičnog uzimanja kokaina (Severity of Dependence Scale - SDS) 2015. procijenila visokorizičnu uporabu kokaina među odraslom populacijom na 0,20 %, dok je Španjolska upotrijebila učestalost uporabe, čime je dobila rezultat od 0,24 %. U 2015. Italija je broj osoba kojima je potreban tretman zbog uporabe kokaina procijenila na 0,65 %. Visokorizična uporaba kokaina u Portugalu procijenjena je na 0,62 % 2012. g., na temelju prijavljene prošlogodišnje uporabe.

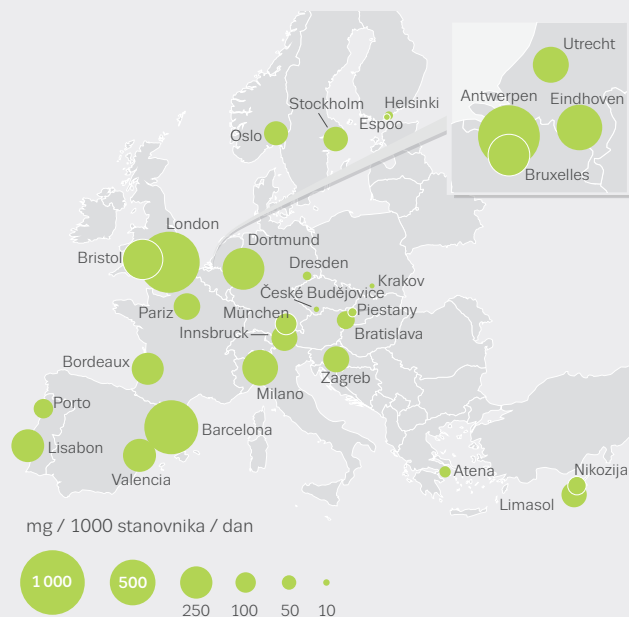
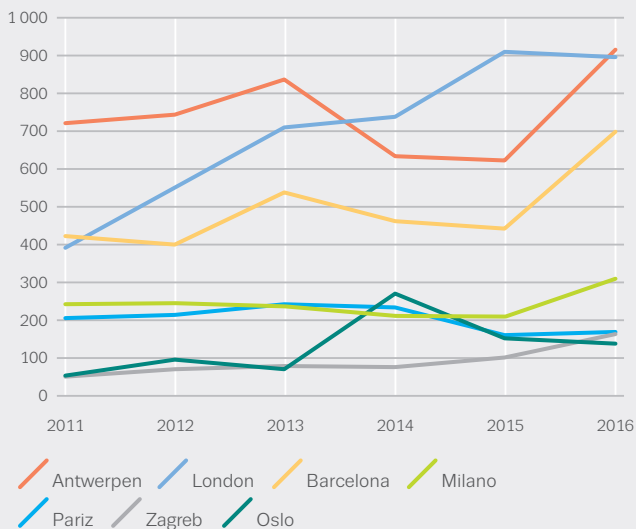
Španjolska, Italija i Ujedinjena Kraljevina zajedno čine tri četvrtine (74 %) svih prijavljenih osoba u Europi koje su započele tretman ovisnosti o kokainu. tretmanom gledano, kokain su kao primarnu drogu navele 63.000 osoba koje su započele sa specijalističkim tretmanom ovisnosti u 2015. i približno 28.000 osoba koje su to učinile prvi put. Nakon razdoblja opadanja, ukupan broj ovisnika o kokainu koji su po prvi put započeli s terapijom relativno je stabilan od 2012.

Tijekom 2015. 7400 osoba koje su započele s tretmanom u Europi izjavile su da im je primarna droga *crack* kokain, od čega ih je u Ujedinjenoj Kraljevini bilo gotovo dvije trećine (4800). Španjolska, Francuska i Nizozemska zajedno (1900) čine većinu preostalog broja.

SLIKA 2.4

Tragovi kokaina u otpadnim vodama u odabranim europskim gradovima: trendovi i najnoviji podatci

mg / 1000 stanovnika / dan

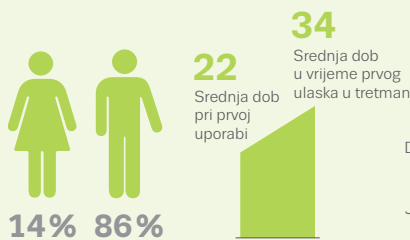


Napomena: srednje dnevne količine benzoilekgonina u miligramima na 1000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom razdoblja od tjedan dana tijekom 2016. godine.
Izvor: Središnja europska skupina za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (SCORE).

Uz to, Ujedinjena Kraljevina (Engleska) procijenila je uporabu crack kokaina među odraslom populacijom na 0,48 % u razdoblju 2011. – 2012. Većina tih konzumenata crack kokaina uzimali su i opijate.

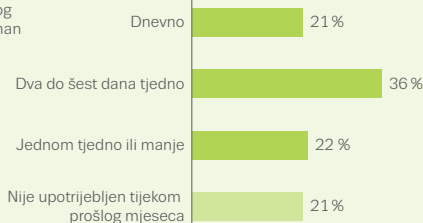
KONZUMENTI KOKAINA KOJI SU PRVI PUTA UKLJUČENI U TRETMAN

Karakteristike

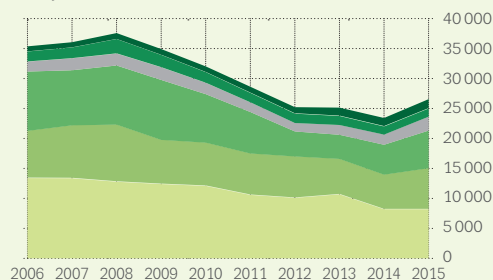


Učestalost uporabe tijekom prošlog mjeseca

Srednja uporaba 3,7 dana tjedno



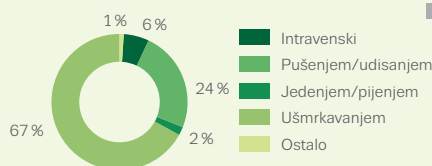
Trendovi među osobama koje su prvi put uključene u tretman



Konzumenti prvi puta uključeni u tretman



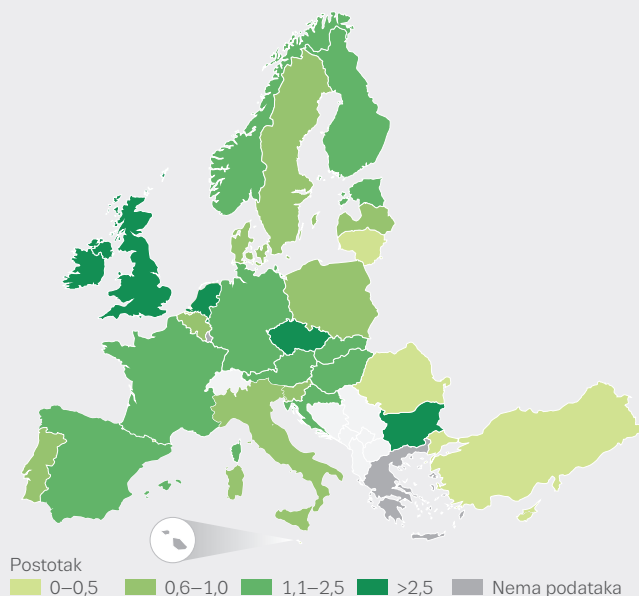
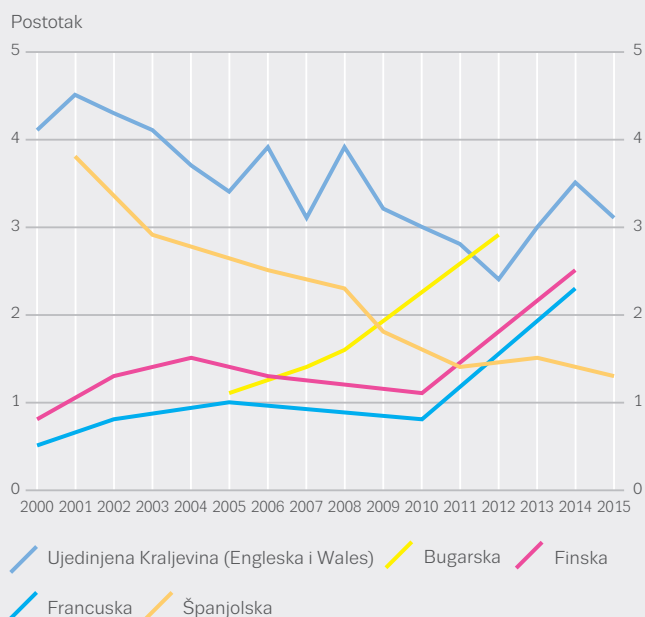
Put primjene



Napomena: karakteristike se odnose na sve osobe koje su prvi puta uključene u tretman, a kojima je kokain primarna droga. Trendovi za osobe koje su prvi put uključene u tretman temelje se na podacima za 23 države. Zbog promjena u protoku podataka na nacionalnoj razini, podatci od 2014. nadalje za Italiju nisu usporedivi s podacima iz prijašnjih godina.

SLIKA 2.5

Prevalencija uporabe MDMA-a među mladim odraslim osobama (15 – 34 godine) u posljednjih 12 mjeseci: odabrani trendovi i najnoviji podatci



MDMA: uporaba i dalje u porastu

MDMA (3,4-metilenedioksimetamfetamin) upotrebljava se u obliku tableta (koje se često nazivaju *ecstasy*) te u obliku kristala i praha. Tablete se obično gutaju, dok se kristali i prahovi uzimaju oralno, a mogu se i nanositi tapkanjem prstima po usnoj šupljini ili šmrkati. U većini europskih istraživanja ranije su se prikupljali podatci o uporabi *ecstasyja*, a ne MDMA-a, iako se to sada mijenja.

Procjenjuje se da je 14 milijuna odraslih Europljana (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 4,2 % ove dobne skupine, eksperimentiralo s MDMA-om/*ecstasyjem* u nekom trenutku života. U dobnoj skupini s najvećom stopom konzumacije droga, novije brojke ukazuju na to da je 2,3 milijuna mladih odraslih osoba (15 – 34 godine) upotrijebilo MDMA u prethodnoj godini (1,8 % ove dobne skupine), pri čemu se procjene na nacionalnoj razini kreću od 0,3 % na Cipru, u Litvi i Rumunjskoj do 6,6 % u Nizozemskoj.

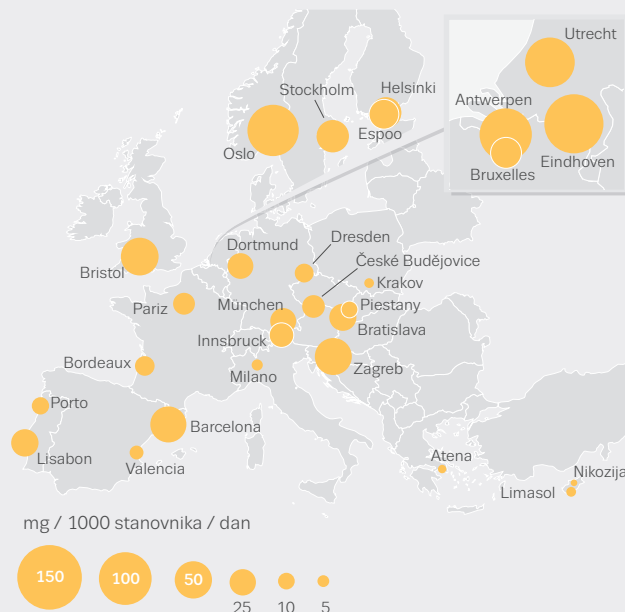
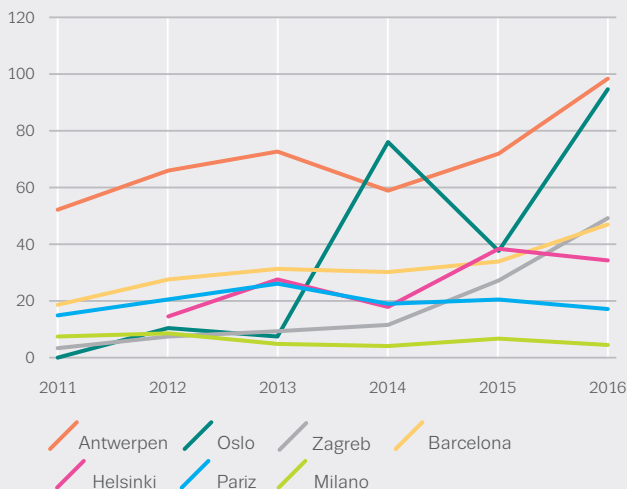
Donedavno je u mnogim državama prevalencija MDMA-a bila u padu u usporedbi s najvišim razinama evidentiranim početkom i sredinom 2000-ih. Međutim, u proteklih nekoliko godina izvori praćenja ukazuju na povećanu uporabu MDMA-a. U zemljama koje su provele nova istraživanja od 2014. i izvijestile o intervalima pouzdanosti, rezultati ukazuju na nastavak trenda rasta u Europi, a pritom pet zemalja bilježi više procjene nego u prethodnom usporedivom istraživanju, a devet njih stabilne procjene.

U slučajevima u kojima postoje podatci za statističku analizu trendova uporabe MDMA-a u prethodnoj godini među mladim odraslim osobama, noviji podatci upućuju na promjene. Nakon razdoblja stabilnosti ili postupnog povećanja od 2000., Francuska i Finska zabilježile su značajna povećanja 2014. g. (slika 2.5). U Ujedinjenoj Kraljevini povećanje koje je vidljivo od 2012. smanjilo se do prikupljanja novih podataka 2015., a u Španjolskoj dugoročni trendovi ostaju silazni, iako su novije vrijednost stabilne.

SLIKA 2.6

Tragovi MDMA-a u otpadnim vodama u odabranim europskim gradovima: trendovi i najnoviji podatci

mg / 1000 stanovnika / dan



Napomena: srednje dnevne količine MDMA-a u miligramima na 1000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom razdoblja od tjedan dana tijekom 2016. godine.

Izvor: Središnja europska skupina za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (SCORE).

Analizom većeg broja gradova provedenom 2016. godine najviše je maseno opterećenje MDMA-om otkriveno u otpadnim vodama gradova u Belgiji, Nizozemskoj i Norveškoj (slika 2.6). Od 32 grada za koje postoje podatci za 2015. i 2016., 17 ih je prijavilo povećanje, 11 smanjenje, a četiri stabilno stanje. Kada je riječ o dugoročnim trendovima, u većini gradova za koje postoje podatci za obje godine masena opterećenja otpadnih voda MDMA-om bila su viša 2016. nego 2011. g., pri čemu je u nekim gradovima zabilježen nagli porast.

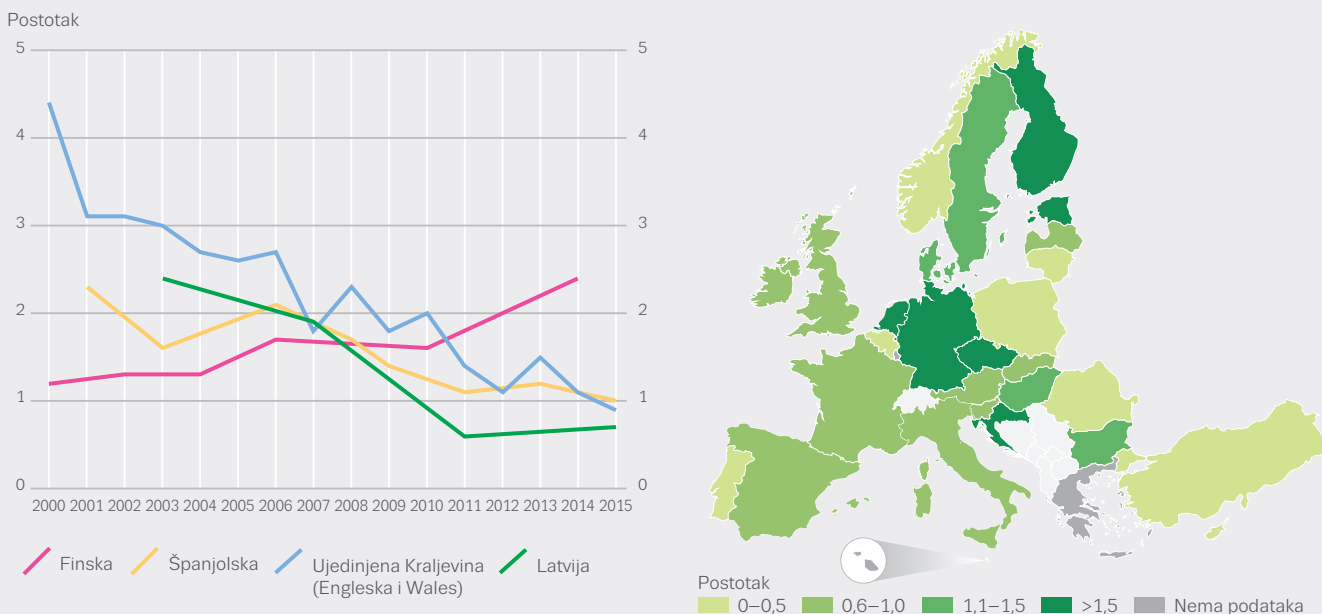
MDMA se često konzumira zajedno s drugim opojnim sredstvima, uključujući alkohol, a u prošlosti je bio usko povezan s objektima za noćnu zabavu, a osobito s elektroničkom plesnom glazbom. Trenutačni pokazatelji ukazuju da MDMA u državama s višom prevalencijom i više ne predstavlja iznimku ili drogu koja se povezuje s određenom supkulturom, ograničenu samo na plesne klubove i zabave, nego ga upotrebljavaju brojne mlade osobe u uobičajenim objektima za noćnu zabavu poput kafića i kućnih okupljanja.

Upotreba MDMA-a rijetko se navodi kao razlog za početak specijalističkog tretmana ovisnosti. U 2015. godini MDMA je navelo manje od 1 % (približno 900 slučajeva) osoba koje su prvi put uključene u tretman.

Izvori praćenja ukazuju na povećanu uporabu MDMA-a

SLIKA 2.7

Prevalencija uporabe amfetamina među mladim odraslim osobama (15 – 34 godine) u posljednjih 12 mjeseci: odabrani trendovi i najnoviji podatci



Uporaba amfetamina: različite nacionalne situacije

U Europi se upotrebljavaju amfetamin i metamfetamin, dva usko povezana stimulansa, iako se amfetamin upotrebljava mnogo češće. Uporaba metamfetamina u prošlosti je bila ograničena na Češku i u novije vrijeme Slovačku, iako u proteklom godinama postoje znakovi porasta uporabe i u drugim državama. U nekim skupovima podataka nije moguće razlikovati ove dvije tvari pa se u tim slučajevima upotrebljava generički pojam amfetamini.

Obje droge mogu se uzimati oralno ili nazalno. Usto, među visokorizičnim konzumentima u nekim državama česta je intravenska uporaba. Metamfetamin se također može pušiti, ali taj način uporabe nije često zabilježen u Europi.

Procjenjuje se da je 12,5 milijuna odraslih Europljana (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 3,8 % ove dobne skupine, eksperimentiralo s amfetaminima u nekom trenutku života. U dobnoj skupini s najvećom stopom konzumacije droga, novije brojke ukazuju na to da je 1,3 milijuna (1,1 %) mladih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine) upotrijebilo amfetamine u prethodnoj godini, pri čemu se najnovije procjene prevalencije na nacionalnoj razini kreću od 0,1 % na Cipru, u Portugalu i Rumunjskoj do 3,1 % u Nizozemskoj. Dostupni podatci pokazuju da je većina europskih država od oko 2000. godine iskusila relativno stabilnu situaciju u pogledu trendova u uporabi. Od država koje su od 2014. godine provodile nova istraživanja i izvijestile o intervalima pouzdanosti, dvije su

zabilježile povećanje u procjenama, 10 ih je prijavilo stabilan trend, a dvije su zabilježile smanjenje stope procjene u odnosu na prethodno usporedivo istraživanje.

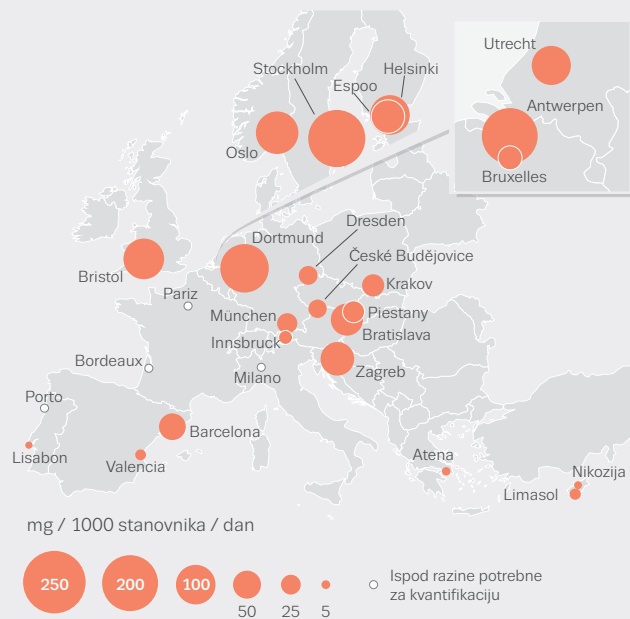
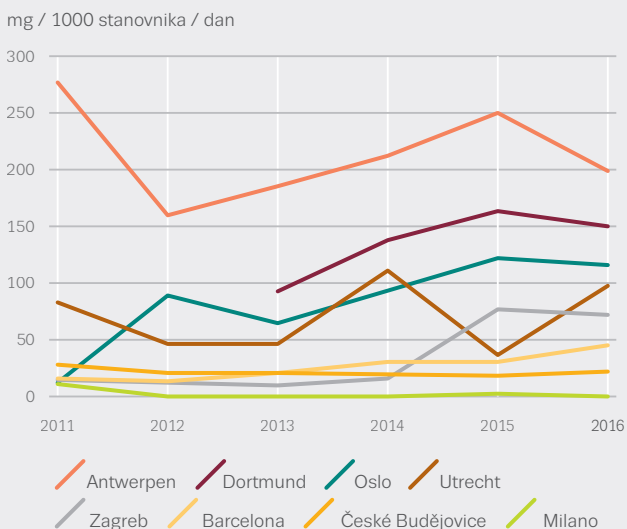
Izrada statističke analize trendova prevalencije amfetamina u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama moguća je samo za mali broj država. U Španjolskoj, Latviji i Ujedinjenoj Kraljevini uočeni su dugoročni silazni trendovi (slika 2.7). Za razliku od toga, Finska od 2000. bilježi porast stope prevalencije.

Analizom gradskih otpadnih voda provedenom 2016. godine otkriveno je da se maseno opterećenje amfetamina značajno razlikuje diljem Europe te su najviše razine zabilježene u gradovima na sjeveru Europe (vidjeti sliku 2.8). Amfetamin je u mnogo nižim razinama otkriven i u gradovima na jugu Europe. Od 32 grada za koje postoje podatci za 2015. i 2016., 13 je prijavilo povećanje, devet stabilno stanje, a deset smanjenje. Podatci prikupljeni u razdoblju od 2011. do 2016. godine pokazuju relativno stabilne trendove za amfetamin.

Upotreba metamfetamina, koja je općenito bila niska i u prošlosti uglavnom koncentrirana u Češkoj i Slovačkoj, sada se javlja i u istočnom dijelu Njemačke i u sjevernoj Europi, a posebice u finskim gradovima (pogledajte sliku 2.9). Od 30 gradova za koje postoje podatci o metamfetaminu u otpadnim vodama iz 2015. i 2016., 13 je prijavilo povećanje, deset stabilno stanje, a sedam smanjenje.

SLIKA 2.8

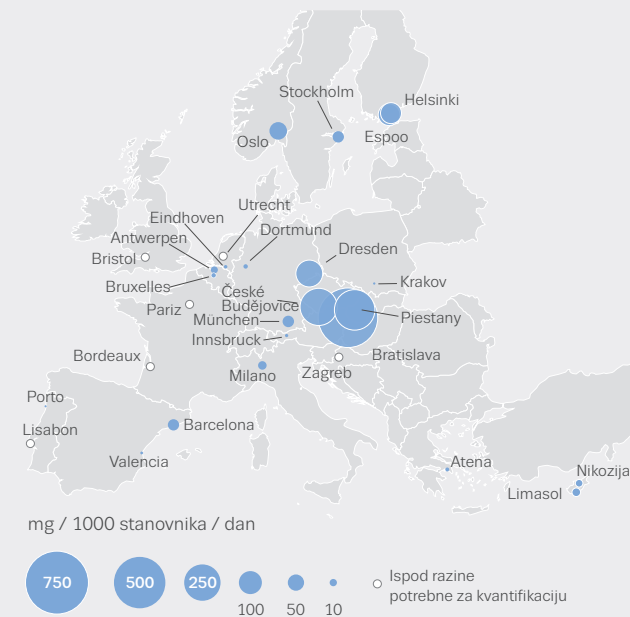
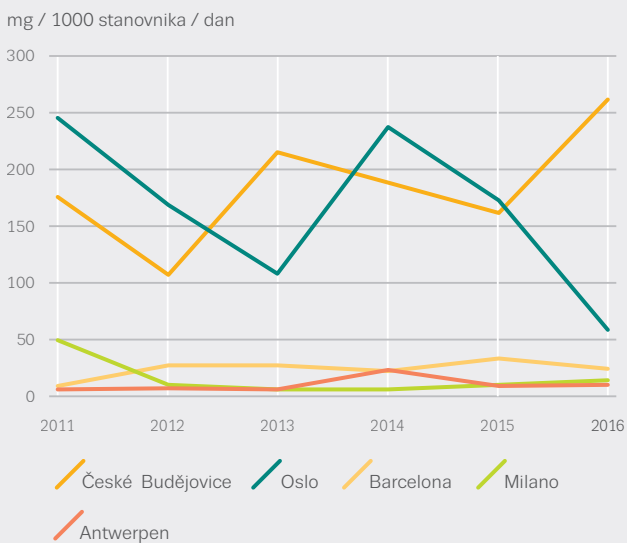
Tragovi amfetamina u otpadnim vodama u odabranim europskim gradovima: trendovi i najnoviji podatci



Napomena: srednje dnevne količine amfetamina u miligramima na 1000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom razdoblja od tjedan dana tijekom 2016. godine.
Izvor: Središnja europska skupina za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (SCORE).

SLIKA 2.9

Tragovi metamfetamina u otpadnim vodama u odabranim europskim gradovima: trendovi i najnoviji podatci



Napomena: srednje dnevne količine metamfetamina u miligramima na 1000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom razdoblja od tjedan dana tijekom 2016. godine.
Izvor: Središnja europska skupina za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (SCORE).

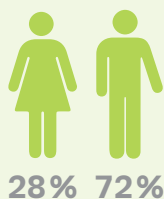
Visokorizična uporaba amfetamina: rast potražnje za tretmanom

Problemi povezani s dugotrajnim, kroničnim injektiranjem amfetamina oduvijek su bili najviše izraženi u zemljama sjeverne Europe. Nasuprot tome, dugoročni problemi s metamfetaminom bili su najočigledniji u Češkoj i Slovačkoj. Najnovije procjene visokorizične uporabe amfetamina dostupne su za Norvešku i iznose 0,33 % ili 11.200 odraslih osoba, a za Njemačku 0,19 % ili 102.000 konzumenata u 2015. Konzumenti amfetamina najvjerojatnije čine većinu od 2180 (0,17 %) procijenjenih konzumenata visokorizičnih stimulativnih droga prijavljenih 2014. u Latviji, a njihov je broj smanjen sa 6540 (0,46 %) konzumenata evidentiranih u 2010. godini. Za Češku i Cipar dostupne su nedavne procjene visokorizične uporabe metamfetamina. U Češkoj je visokorizična uporaba metamfetamina među odraslim osobama (15 – 64 godine) procijenjena na približno 0,49 % u 2015. Visokorizična uporaba te droge, uglavnom injektiranjem, povećala se s 20.900 konzumenata 2007. na rekordnih 36.400 u 2014., nakon čega se smanjila na 34.200 u 2015. g. Procjena za Cipar iznosi 0,14 % ili 678 konzumenta u 2015. godini.

Približno 34.000 osoba koje su 2015. započele sa specijalističkim tretmanom ovisnosti u Europi navelo je amfetamine kao primarnu drogu, od čega je približno 14.000 njih to učinilo po prvi put. Konzumenti amfetamina kao primarne droge čine više od 15 % osoba koje su prvi put započele s tretmanom samo u Bugarskoj, Njemačkoj, Latviji, Poljskoj i Finskoj. Osobe koje su započele s tretmanom, a navele su uporabu metamfetamina kao primarne droge, koncentrirane su u Češkoj i Slovačkoj, iz kojih potječe 90 % od 9000 ovisnika o metamfetaminima koji su na specijalističkom tretmanu u Europi. Opći trend rasta broja osoba koje su prvi puta na terapiji i koje navode amfetamin ili metamfetamin kao primarnu drogu, zabilježen od 2006. do 2014., nastavljen je i 2015. u većini zemalja.

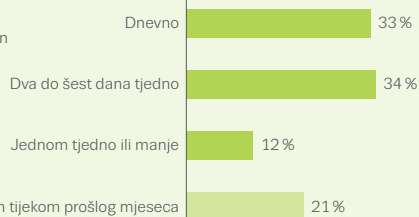
KONZUMENTI AMFETAMINA KOJI SU PRVI PUTA UKLJUČENI U TRETMAN

Karakteristike

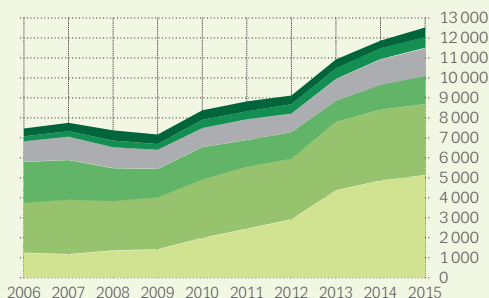


Učestalost uporabe tijekom prošlog mjeseca

Srednja uporaba **4,4** dana tjedno



Trendovi među osobama koje su prvi put uključene u tretman



Njemačka Češka Ujedinjena Kraljevina
Druge države Slovačka Nizozemska

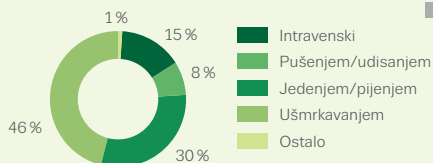
Konzumenti prvi puta uključeni u tretman

43%



Konzumenti koji su već bili u tretmanu
57%

Put primjene



Napomena: Karakteristike se odnose na sve osobe koje su prvi puta uključene u tretman, a kojima su amfetamini primarna droga. Trendovi za osobe koje su prvi put uključene u tretman temelje se na podatcima za 23 države.

Ketamin, GHB i halucinogene droge: uporaba ostaje i dalje rijetka

U Europi se upotrebljavaju brojne druge psihoaktivne tvari halucinogenih, anestetičkih ili umirujućih svojstava, uključujući LSD (dietilamid lizerginske kiseline), halucinogene gljive, ketamin i GHB (gama-hidroksibutirat).

Tijekom zadnja dva desetljeća među podskupinama konzumenata droga u Europi zabilježena je rekreativna uporaba ketamina i GHB-a (uključujući njegov prekursor GBL, gama-butirolakton). Nacionalne procjene razine prevalencije uporabe GHB-a i ketamina među odraslom i školskom populacijom, ako postoje, i dalje su niske. U istraživanju iz 2015. Norveška je prijavila prevalenciju uporabe GHB-a među odraslim osobama (16 – 64 godine) u posljednjih 12 mjeseci od 0,1 %. Tijekom 2015. prevalencija u posljednjih 12 mjeseci za uporabu ketamina, amil nitrita (tzv. „poppers“) i GHB-a među mlađim odraslim osobama (15 – 34 godine) procijenjena je na 0,6 % u Češkoj i Ujedinjenoj Kraljevini.

Ukupne razine prevalencije uporabe LSD-a i halucinogenih gljiva u Europi već su nekoliko godina uglavnom niske i stabilne. Među mlađim odraslim osobama (15 – 34 godine), nacionalna istraživanja prevalencije u posljednjih 12 mjeseci donose procjene od manje od 1 % za obje tvari, uz iznimku Nizozemske (1,1 %) i Češke (2,2 %) za halucinogene gljive u 2015. te Finske, u kojoj je prevalencija LSD-a iznosila 1,3 % za 2014.

Uporaba novih psihoaktivnih tvari: rijetka u općoj populaciji

Brojne su zemlje uključile nove psihoaktivne tvari u istraživanja opće populacije, iako različite metode i postavljena pitanja ograničavaju mogućnost usporedbe između zemalja. Od 2011. 11 europskih zemalja objavilo je nacionalne procjene uporabe novih psihoaktivnih tvari (ne uključujući ketamin i GHB). Prevalencija uporabe tih tvari u posljednjih 12 mjeseci među mlađim odraslim osobama (u dobi od 15 do 34) kretala se od 0,3 % u Austriji do 1,6 % u Češkoj i Irskoj.

Podatci istraživanja uporabe mefedrona dostupni su za Ujedinjenu Kraljevinu (Engleska i Wales). U posljednjem istraživanju (2015./2016. g.) uporaba te droge u posljednjih 12 mjeseci među osobama u dobi od 16 do 34 godina procijenjena je na 0,5 %; što predstavlja pad u odnosu 1,1 %, koliko je iznosila 2014./2015.

Manji broj istraživanja uključuje pitanja o uporabi sintetskih kanabinoida. Uporaba sintetskih kanabinoida u posljednjih 12 mjeseci među osobama u dobi od 15 do 34 godina 2015. je procijenjena na 1,5 % u Latviji i 0,4 % u Slovačkoj, a 2014. na 0,1 % u Finskoj. Također je procijenjeno da je 2014. 4 % osoba u dobi od 18 do 34 godina u Francuskoj navelo uporabu sintetskih kanabinoida u nekom trenutku.

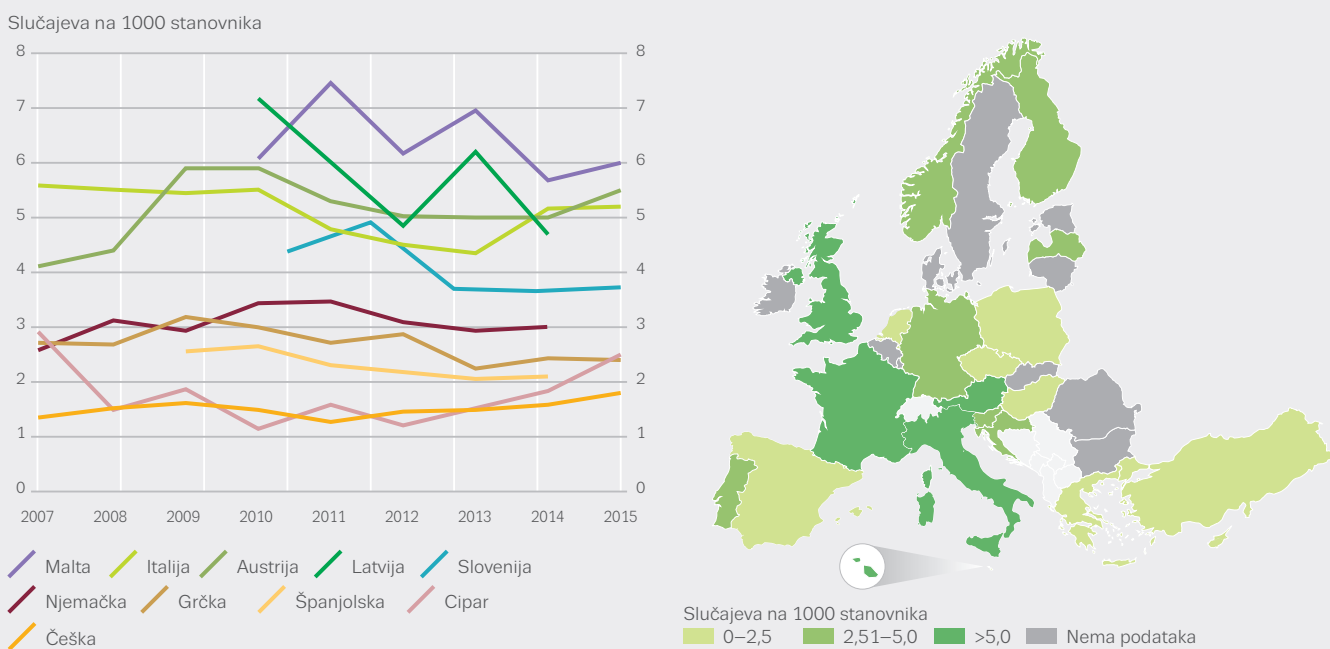
Nove psihoaktivne tvari: visokorizična uporaba među marginaliziranim skupinama

EMCDDA je 2016. istražila uporabu novih psihoaktivnih tvari među visokorizičnim konzumentima droga. Istraživanjem je otkriveno da su obrasci uporabe povezani s brojnim problemima, iako su razine konzumacije općenito niske u Europi. Većina europskih zemalja (22) izvijestila je o nekoj razini uporabe novih psihoaktivnih tvari među visokorizičnim skupinama konzumenata, iako je raširenija uporaba opijata i stimulansa injektiranjem bila ograničena na Mađarsku i dijelove Ujedinjene Kraljevine. Injektiranje sintetskih katinona zabilježeno je u polovici (15) država, s time da se upotrijebljena tvar često razlikovala među zemljama. Primjerice, u Ujedinjenoj Kraljevini to je bio mefedron, u Finskoj alfa-PVP, u Mađarskoj pentedron, a u Sloveniji 3-MMC. Pušenje sintetskih kanabinoida u marginaliziranim populacijama, uključujući beskućnike i zatvorenike, novi je problem koji uočen u približno dvije trećine europskih zemalja.

Mali broj osoba u Europi trenutačno započinje tretman zbog problema povezanih s uporabom novih psihoaktivnih tvari, iako je moguće da je riječ o neprijavlivanju u ovom području. Oko 3200 osoba, ili manje od 1 % onih koji su započeli specijalistički tretman ovisnosti u Europi 2015., navelo je probleme povezane s ovim tvarima. Približno 1500 osoba koje su započele tretman u Ujedinjenoj Kraljevini (oko 1 % svih liječenih ovisnika) navelo je sintetske katinone kao primarnu drogu. Mađarska i Rumunjska također izvještavaju o relativno visokom broju konzumenata novih psihoaktivnih tvari koji započinju tretman ovisnosti.

SLIKA 2.10

Nacionalne procjene godišnje stope prevalencije visokorizične uporabe opijata: odabrani trendovi i najnoviji podatci



Visokorizični konzumenti opijata: heroin i dalje na prvom mjestu

Heroin je glavni opijak koji se upotrebljava u Europi, a može se unositi pušenjem, ušmrkavanjem ili injektiranjem. Niz drugih sintetskih opijata, kao što su metadon, buprenorfin i fentanil, također se zloupotrebljava.

Europa je doživjela različite valove ovisnosti o heroinu. Prvi je zahvatio mnoge zapadne zemlje od sredine 1970-ih, a drugi je u drugoj polovici 1990-ih zahvatio ostale zemlje, posebice one u središnjoj i istočnoj Europi. U posljednjim godinama utvrđeno je postojanje sve starije kohorte visokorizičnih konzumenata opijata koji su vjerojatno bili u kontaktu sa službama za supstitucijsku terapiju.

Prosječna prevalencija visokorizične uporabe opijata među odraslim osobama (15 do 64 godine) procjenjuje se na približno 0,4 % ukupnog stanovništva EU-a, što je jednako broju od 1,3 milijuna visokorizičnih konzumenata opijata u Europi u 2015. godini. Procjena prevalencije i visokorizične uporabe opijata na nacionalnoj razini nalazi se u rasponu od manje od 1 do više od 8 slučajeva na 1000 stanovnika u dobi od 15 do 64 godine (slika 2.10). Pet zemalja zajedno je zaslužno za tri četvrtine (76 %) procijenjenog broja visokorizičnih konzumenata opijata u Europskoj uniji (Njemačka, Španjolska, Francuska, Italija i Ujedinjena Kraljevina). Od 10 država s višestrukim procjenama visokorizične uporabe opijata između 2007. i 2015. godine, Španjolska pokazuje statistički značajno smanjenje (slika 2.10).

U 2015. g. 191.000 osoba koje su započele sa specijalističkim tretmanom u Europi navela je opijate kao primarnu drogu, a 37.000 njih činile su osobe kojima je to bio prvi tretman. Konzumenti heroina kao primarne droge činili su 79 % konzumenata opijata kao primarne droge koji su po prvi put započeli s tretmanom.

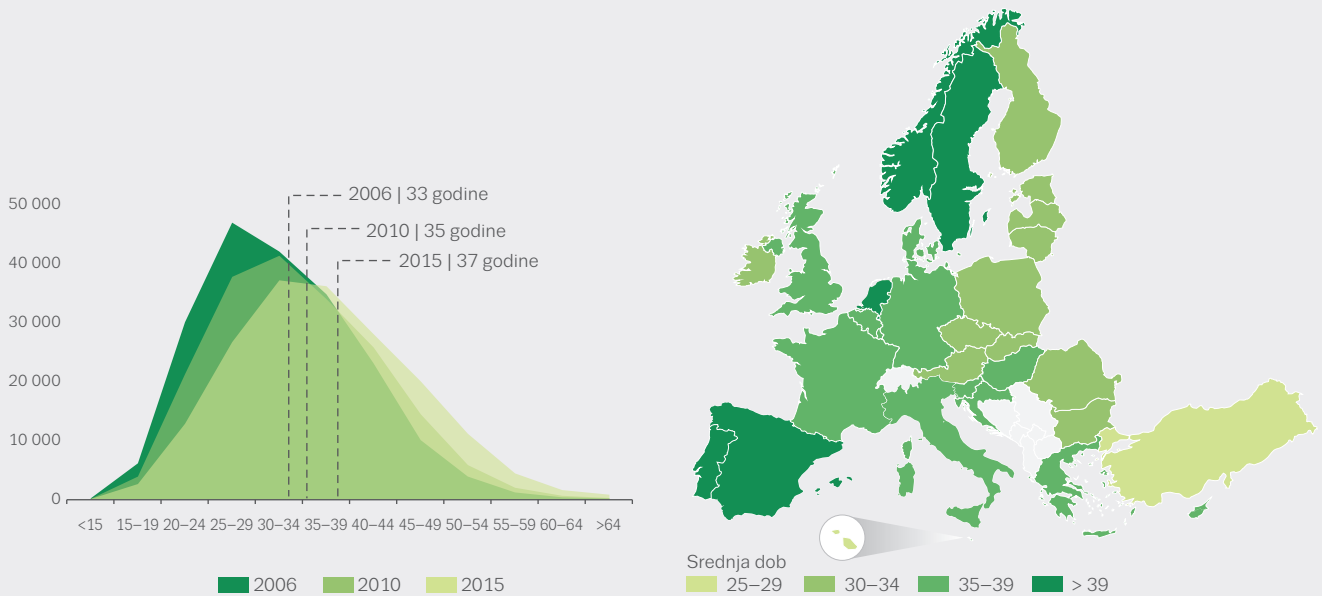
Sve starija populacija konzumenata opijata

Broj konzumenata heroina koji su po prvi put započeli s tretmanom prepolovio se s rekordnih 56.000 u 2007. g. na 23.000 u 2013. g., nakon čega je ponovno porastao na 29.000 u 2015. Nedavno povećanje vidljivo je u nekoliko zemalja, no ono se mora tumačiti s oprezom jer su na ukupne brojeve za EU mogle utjecati promjene u nacionalnom izvještavanju.

Znatan broj dugoročnih konzumenata opijata u Europi, najčešće s prošlostu poliuporabe droga, sada je u 40-ima i 50-ima. Između 2006. i 2015. srednja dob osoba koje započinju tretman zbog problema povezanih s opijatima povećala se za 4 godine (vidjeti sliku 2.11). Tijekom istoga razdoblja prosječna dob u kojoj je dolazilo do smrtnog slučaja uzrokovanog drogama (koji se uglavnom povezuje s opijatima) povećala se za 5,5 godina. Zbog dugotrajnog injektiranja droga i narušenog zdravlja, loših životnih uvjeta te konzumacije duhana i alkohola, ti su konzumenti podložni nizu kroničnih zdravstvenih problema, uključujući bolesti pluća i krvožilnog sustava. Konzumenti koji dugotrajno uzimaju opijate prijavljuju i kroničnu bol, a

SLIKA 2.11

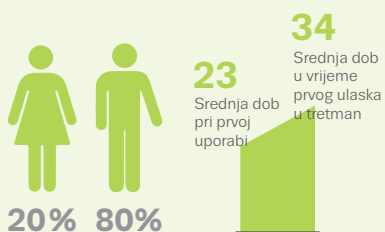
Promjene u dobnoj strukturi osoba koje započinju tretman, a kojima su opijati primarna droga tijekom vremena (lijevo) i srednja dob po zemljama (desno)



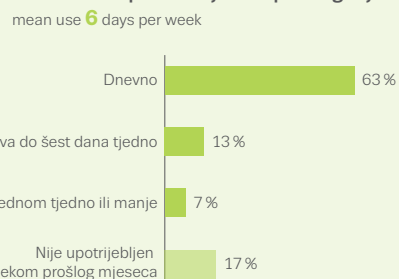
kronična infekcija virusom hepatitisa C može uzrokovati povećan rizik njihova oboljenja od ciroze i drugih bolesti jetre. Kumulativni učinci dugogodišnje poliuporabe droga, predoziranja i infekcija ubrzavaju tjelesno starenje tih konzumenata, što ima značajne posljedice na terapiju, usluge socijalne potpore i prevenciju smrtnih slučajeva zbog droga.

KONZUMENTI HEROINA KOJI SU PRVI PUTA UKLJUČENI U TRETMAN

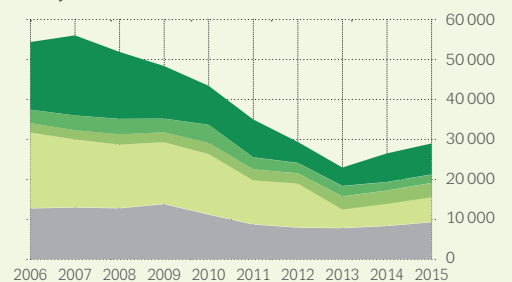
Karakteristike



Učestalost uporabe tijekom prošlog mjeseca

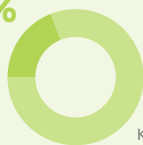


Trendovi među osobama koje su prvi put uključene u tretman



Konzumenti prvi puta uključeni u tretman

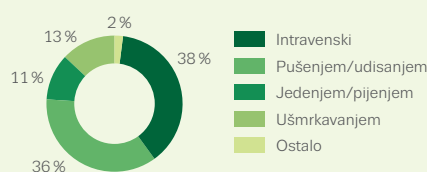
19%



Konzumenti koji su već bili u tretmanu

81%

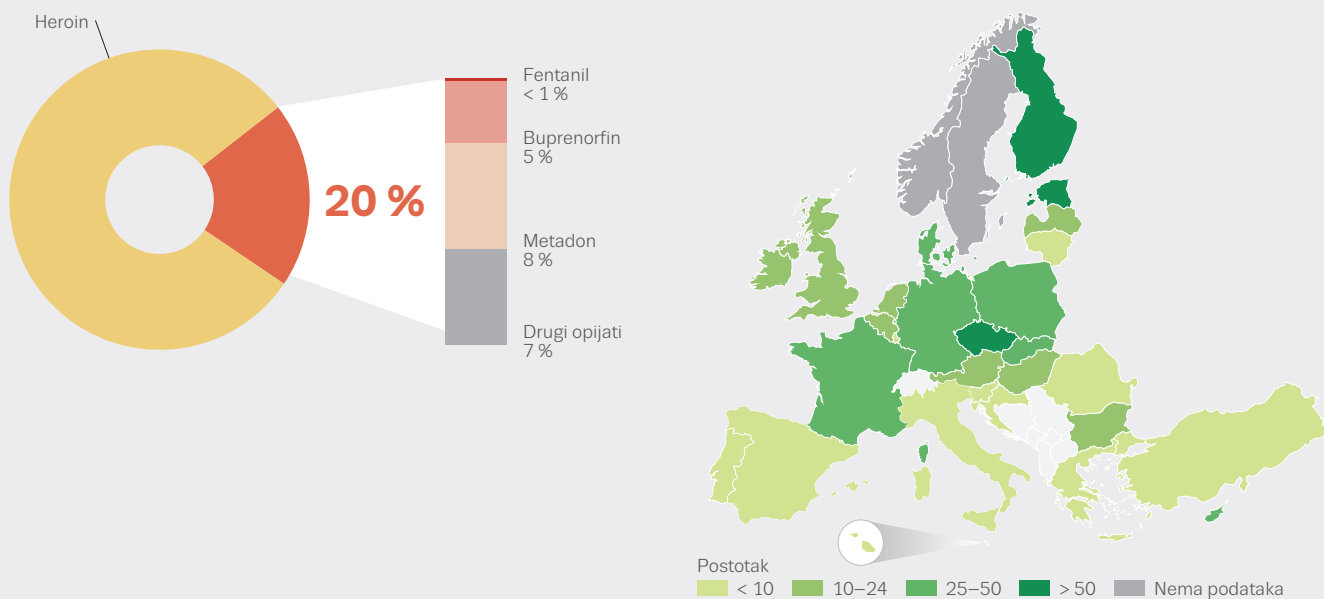
Put primjene



Napomena: karakteristike se odnose na sve osobe koje su prvi puta uključene u tretman, a kojima je heroin primarna droga. Trendovi za osobe koje su prvi put uključene u tretman temelje se na podacima za 23 države. Zbog promjena u protoku podataka na nacionalnoj razini, podaci od 2014. nadalje za Italiju nisu usporedivi s podacima iz prijašnjih godina.

SLIKA 2.12

Osobe koje su prvi puta uključene u tretman, a koje navode opijate kao primarnu drogu: po vrsti opijata (lijevo) i postotku koji navodi druge opijate osim heroina (desno)



Sintetski opijati: sve češća visokorizična uporaba opijata

Iako heroin ostaje najčešće upotrebljavani nezakoniti opijat, brojni izvori ukazuju na to se sve više zloupotrebljavaju dozvoljeni sintetski opijati (kao što je metadon, buprenorfin, fentanil). U 17 europskih država više od 10 % svih konzumenata opijata koji su u 2015. godini ušli u program specijaliziranih usluga prošlo je terapiju zbog problema koji su se prvenstveno odnosili na druge opijate koji nisu heroin (slika 2.12). Opijati koje prijavljuju osobe koje sudjeluju u programima tretmana uključuju metadon, buprenorfin, fentanil, kodein, morfin, tramadol i oksikodon. U nekim državama drugi opijati čine najčešći oblik uporabe opijata među osobama koje sudjeluju u programima tretmana. U Estoniji je većina osoba koje su započele tretman ovisnosti, navodeći opijat kao svoju primarnu drogu, upotrebljavala fentanil, dok je buprenorfin najčešće zloupotrebljavani opijat u Finskoj. Iako je heroin najčešći primarni opijat u Češkoj, ostali opijati uzrok su za nešto više od polovice prijave na tretman ovisnosti o opijatima.

Uporaba droge injektiranjem: najniže razine ikada zabilježene među osobama koje započinju terapiju

Injektiranje se najčešće povezuje s uporabom opijata, iako u nekoliko država problem predstavlja injektiranje stimulansa poput amfetamina ili kokaina.

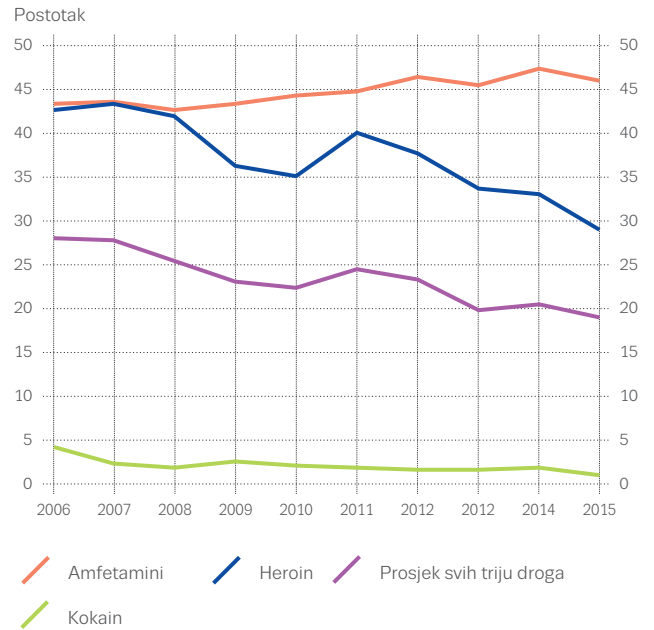
Samo 12 zemalja ima procjene prevalencije uporabe droga injektiranjem od 2012. g., u rasponu od 1 do 9 slučajeva na 1000 stanovnika u dobi od 15 do 64 godine.

Među osobama koje su 2015. po prvi put započele terapiju i kojima je heroin bio primarna droga, 29 % prijavilo je injektiranje kao glavni način uzimanja droge, za razliku od 43 % koliko ih je bilo 2006. (slika 2.13). U toj skupini razine intravenske uporabe variraju od države do države, od 8 % u Španjolskoj do više od 90 % u Latviji, Litvi i Rumunjskoj. Injektiranje kao glavni način uzimanja navodi 46 % osoba koje su prvi put započele tretman ovisnosti zbog primarne droge amfetamina – što predstavlja manje povećanje u odnosu na 2006. – a 1 % njih to navodi za kokain. Kada se tri glavne droge u Europi koje se uzimaju intravenski razmotre zajedno među osobama koje su prvi put započele terapiju, postotak injektiranja kao glavni način uzimanja smanjio se s 28 % 2006. na 19 % u 2015. g.

SLIKA 2.13

Iako nije raširena pojava, injektiranje sintetskih katinona i dalje se bilježi u određenim populacijama, uključujući intravenske konzumente opijata i osobe na tretmanu ovisnosti u nekim zemljama. U nedavnom istraživanju EMCDDA-a, 10 zemalja izvijestilo je o injektiranju sintetskog katinona (često u spoju s drugim stimulansima i GHB-om) u kontekstu zabava na kojima manje skupine muškaraca imaju seksualne odnose s drugima muškarcima.

Trendovi za osobe koje su prvi puta uključene u tretman, a koje navode intravensku uporabu kao glavni način uporabe primarne droge



**Sve se češće
zloupotrebljavaju
dozvoljeni
sintetski opijati**

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-a

2017

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

Country Drug Reports 2017.

2016

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

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

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

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

2012

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i ESPAD-a

2016

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

Sve publikacije dostupne su na internetskim stranicama www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Kronični i akutni zdravstveni
problemi povezuju se s uporabom
nezakonitih droga**

Štete uzrokovane uporabom droga i odgovori na tu problematiku

Uporaba nezakonite droge prepoznat je čimbenik koji doprinosi teretu bolesti na globalnoj razini. S uporabom nezakonite droge povezani su kronični i akutni zdravstveni problemi na koje utječu brojni čimbenici poput svojstava tvari, načina primjene, individualne osjetljivosti i društvenog konteksta u kojem se droga konzumira. Kronični problemi uključuju ovisnost i zarazne bolesti povezane s drogom, dok je u nizu akutnih štetnih posljedica najbolje dokumentirano predoziranje. Iako je relativno rijetka, uporaba opijata još uvijek čini znatan udio u morbiditetu i smrtnosti povezanoj s uporabom droge. Rizici su još veći kod intravenske uporabe droga. Iako su u odnosu na njih zdravstveni problemi povezani s uporabom kanabisa značajno niži, visoka prevalencija uporabe kanabisa može imati posljedice za javno zdravlje. Razlike u sastavu i čistoći tvari koje su trenutno dostupne konzumentima povećavaju potencijalne štetne posljedice i stvaraju okruženje prepuno izazova za reakcije na probleme povezane s drogama.

Planiranje i provođenje učinkovitih reakcija na probleme droga potkrijepljenih dokazima glavni je cilj europskih

politika o drogama i uključuje niz mjera. Pristupi prevencije i rane intervencije usmjereni su na suzbijanje uporabe droga i s njima povezanih problema, a tretman koji uključuje i psihosocijalni i farmakološki pristup predstavlja primarni odgovor na ovisnost. Određene ključne intervencije, kao što je supstitucijska terapija ovisnosti o opijatima i programi zamjene igala i šprica, razvijene su djelomično kao reakcija na uporabu opijata injektiranjem i s njima povezane probleme, posebice širenje zaraznih bolesti i smrtne slučajeve zbog predoziranja.

Praćenje šteta uzrokovanih uporabom droga i odgovori na tu problematiku

Informacije o zdravstvenim i društvenim odgovorima na uporabu droga, uključujući strategije koje se odnose na droge i javne rashode povezane s drogom, EMCDDA-u pružaju nacionalne središnjice Reitox-a i stručne radne skupine. Ocjene stručnjaka pružaju dodatne informacije o dostupnosti intervencija kada službeni skupovi podataka nisu dostupni. Ovo poglavlje nastalo je i na temelju revizije znanstvenih dokaza o učinkovitosti intervencija u javnom zdravstvu. Dodatne informacije nalaze se na EMCDDA-inim internetskim stranicama pod Profilima zdravstvenih i društvenih odgovora i na Portalu najboljih praksi.

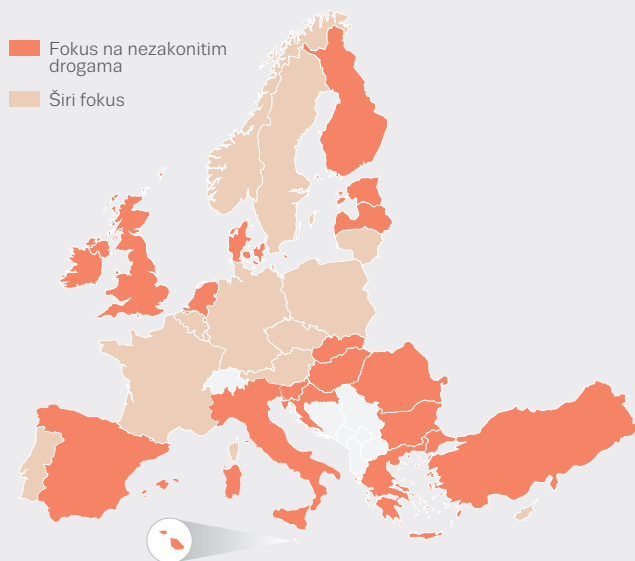
Osnovne zdravstvene posljedice koje EMCDDA sustavno prati obuhvaćaju zarazne bolesti povezane s drogom te smrtnost i morbidnost povezane s uporabom droga. To je dopunjeno ograničenim podacima o akutnim simptomima koji su povezani s drogom i podacima iz EU sustava ranog upozoravanja, kojim se prate štetne posljedice povezane s novim psihoaktivnim tvarima. Dodatne informacije dostupne su na internetu, pod naslovima Ključni epidemiološki pokazatelji, Statistički bilten i [Akcije usmjerene prema novim drogama](#).

Strategije povezane s drogama: koordiniranje odgovora

Nacionalne strategije povezane s drogama predstavljaju alate za planiranje i koordiniranje koje europske zemlje često upotrebljavaju kako bi odredile svoje odgovore na razne zdravstvene, društvene i sigurnosne izazove koji su povezani s problemima droga. One obično uključuju određena opća načela, ciljeve i prioritete te se njima istovremeno određuju akcije i osobe odgovorne za njihovu provedbu. Dok Danska ima nacionalnu politiku za suzbijanje droga koja se javlja u nizu strateških dokumenata, zakona i konkretnih akcija, sve druge zemlje imaju nacionalni strateški dokument o suzbijanju droga. U 18 zemalja strategija suzbijanja droga usmjerena je prvenstveno na nezakonite droge. U preostalih 12 zemalja politika je šira te se više pozornosti pridaje i drugim tvarima i ponašanjima koji izazivaju ovisnost. Međutim, decentralizirane uprave Walesa i Sjeverne Irske unutar Ujedinjene Kraljevine imaju opsežne strateške dokumente. Kada se uzmu u obzir ta dva dokumenta, ukupan broj opsežnih strategija za suzbijanje nezakonitih droga povećava se na 14 (vidjeti sliku 3.1). Ti se opsežni dokumenti uglavnom odnose na nezakonite droge, a prisutne su razlike u pristupu drugim drogama i ovisnostima. U svih 14 dokumenata navodi se alkohol, u 9 njih duhan, 8 ih obuhvaća lijekove, 3 uključuju doping u sportovima (npr. droge za poboljšanje izvedbe), a u 7 dokumenata razmatraju se ovisnička ponašanja (npr. kockanje). Nacionalnim strategijama za suzbijanje droga podržava se uravnoteženi pristup politici suzbijanja droga koja je utvrđena strategijom EU-a za borbu protiv droga (2013. – 2020.) i akcijskim planovima (2013. – 2016. i 2017. – 2020.), u kojima se jednaka važnost pridaje smanjenju potražnje i smanjenju ponude droga.

SLIKA 3.1

Fokus nacionalnih strateških dokumenata u vezi s borbom protiv droge: nezakonite droge ili šire



Napomena: strategije koje su šire usmjerene mogu primjerice uključivati nezakonite droge i druge ovisnosti. Iako Ujedinjena Kraljevina ima strategiju za borbu protiv nezakonitih droga, Wales i Sjeverna Irska imaju široke strateške dokumente koji uključuju i alkohol.

Evaluacija nacionalne strategije suzbijanja droga sada je standardna praksa u državama članicama EU-a. Evaluacije su uglavnom usmjerene na procjenu ostvarene razine provedbe strategije i promjena opće situacije u vezi s drogama tijekom vremena. Tijekom 2016. prijavljena je nedavna provedba 10 evaluacija na temelju više kriterija, 10 pregleda napretka provedbe i 4 evaluacije posebnih pitanja, a 6 zemalja primijenilo je drugačije pristupe, kao što je spoj procjene pokazatelja i istraživačkih projekata. Budući da neke zemlje proširuju područje primjene svojih strategija o drogama kako bi uključivale druge tvari i ovisnička ponašanja, razvoj metoda i pokazatelja za praćenje i evaluaciju tih dokumenata o politici moglo bi donijeti sve više izazova.

| Odgovori na probleme droga: trošak aktivnosti

Razumijevanje troška aktivnosti povezanih s drogom značajan je aspekt u procjene politike. Međutim, dostupne informacije o javnim rashodima povezanim s drogom u Europi i dalje su oskudne i raznolike, kako na lokalnoj, tako i na nacionalnoj razini. Za 23 države koje su u posljednjih 10 godina iznijele procjene javni rashodi povezani s drogom procjenjuju se na između 0,01 % i 0,5 % bruto domaćeg proizvoda (BDP).

Udio troškova usmjerenih na smanjenje potražnje u ukupnom proračunu namijenjenom borbi protiv droga značajno se razlikovao među zemljama, čineći između 23 % i 83 % javnih rashoda povezani s drogom. Iako su te razlike djelomično rezultat različitih političkih opcija i organizacije javnih službi, velik utjecaj ima i cjelovitost procjena. Prema trenutačnim procjenama, troškovi tretmana ovisnosti i drugi zdravstveni troškovi čine velik udio rashoda za smanjenje potražnje. Iako je nadzor troškova tretmana ovisnosti i dalje najrazvijeniji aspekt, potrebna su daljnja poboljšanja metodologije.

Javno trošenje na probleme droga predstavlja samo dio troškova koje društvo snosi u vezi s nezakonitim drogama. Tome se mogu dodati troškovi koje snosi pojedinac, kao što su privatni doprinosi za zdravstvenu skrb i vanjski troškovi za društvo, kao što je gubitak produktivnosti i financijski troškovi zbog prerane smrti i bolesti povezanih s uporabom droga. Procjena ovih širih troškova za društvo mogla bi omogućiti učinkovitiju raspodjelu sredstava. U europskim državama za koje su podatci dostupni, troškovi koje nezakonite droge nose za društvo procjenjuju se na između 0,1 % i 2 % BDP-a.

| Smanjenje potražnje: europski standardi

Standardi kvalitete za smanjenje potražnje za drogama na europskoj i nacionalnoj razini sve se više prepoznaju kao alat za provedbu intervencija utemeljenih na dokazima. Vijeće Europske unije 2015. je donijelo 16 minimalnih standarda kvalitete za smanjenje potražnje droga u Europskoj uniji i pozvalo države da ih uključe u svoje politike za suzbijanje droga. Europski standardi kvalitete predstavljaju skup izjava o ciljevima prevencije, tretmana, smanjenja šteta i resocijalizacije. Ti standardi povezuju kvalitetu intervencija s konkretnim mjerama, uključujući odgovarajuću obuku osoblja i provedbu intervencija na temelju dokaza, te s načelima kao što je poštovanje potreba pojedinaca i pridržavanje etičkih načela. Njima se također ističe potreba za sudjelovanjem svih dionika u provedbi i evaluaciji intervencija, uključujući civilno društvo.

Podatci koje EMCDDA prikuplja otkrivaju da standardi kvalitete trenutačno postoje u većini europskih zemalja, dok je u drugima u tijeku njihov razvoj. Standardi kvalitete primjenjuju se na različite načine. U nekim se zemljama oni povezuju s pružanjem usluga i služe za njihovu procjenu. Upotrebljavaju se i kao uvjet za sudjelovanje u natječajima za dodjelu ugovora za pružanje usluga te kao instrumenti za samoprocjenu razine usluga.

| Provedba prevencije: sustavni pristup

Prevencija zlouporabe droga i problema povezanih s drogom među mladima obuhvaća širok spektar pristupa. Pristupi povezani s okruženjem i univerzalni pristupi usmjereni su na čitavu populaciju, selektivna prevencija usmjerena je na ranjive skupine kojima prijeti veći rizik od razvoja problema povezanih s uporabom droga, a indicirana prevencija usredotočena je na rizične pojedince.

**Standardi kvalitete
danas postoje u većini
europskih zemalja**

Među europskim zemljama postoje mnogobrojne razlike u načinu na koji se provodi prevencija pa tako neke usvajaju šire pristupe koji se temelje na zajednici i okruženju (npr. koji se odnose na alkohol i noćno okruženje), dok druge prvenstveno donose programe koji se temelje na priručnicima. Programi prevencije koji se temelje na priručnicima, za koje je karakterističan strogo određen sadržaj i provedba, mogu biti učinkovit način dopiranja intervencija utemeljenih na dokazima do šireg stanovništva. Takvi programi bilježe se kao temeljni elementi nacionalnih pristupa prevenciji u šest država članica.

Ostale zemlje prioritet su dale širem sustavnom pristupu u intervencijama prevencije, usmjerenom ne samo na pojedinačne programe, nego i na čimbenike kao što su mehanizmi provedbe, povezivanje intervencija te društveni i politički kontekst. Primjer je pristup „Zajednice koje brinu” koji se provodi u pet država EU-a. Taj pristup, razvijen u Sjedinjenim Američkim Državama, temelji se na pretpostavci da se smanjenje prevalencije zdravstvenih problema i problema ponašanja među mladima može postići utvrđivanjem rizičnih i zaštitnih čimbenika te odabirom učinkovitih programa rane intervencije kojima se oni rješavaju. Nedavnim sustavnim pregledom u sklopu istraživanja provedenih u SAD-u otkriveni su pozitivni dokazi učinkovitosti pristupa „Zajednice koje brinu” kao inicijative za prevenciju uporabe droga, iako se oni tek trebaju ocijeniti u europskom kontekstu.

Rješavanje pitanja ranjivosti i rizika

Selektivna prevencija za ranjive skupine u europskim se zemljama provodi putem intervencija koje obuhvaćaju i ponašanje pojedinaca i društveni kontekst. Na lokalnoj razini takvi pristupi mogu uključivati više službi i dionika (npr. društvo, obitelj, mlade i policiju), a česti su u zemljama sjeverne Europe i Irskoj, kao i u dijelovima Španjolske i Italije. Najčešće su usmjereni na maloljetne počinitelje kaznenih djela, učenike s akademskim i društvenim poteškoćama te mlade osobe u ustanovama za socijalnu skrb. Malo je toga poznato o sadržaju samih strategija prevencije pa je evaluacija ograničena. Međutim, mišljenja stručnjaka ukazuju na to da se najčešće upotrijebljene metode selektivne prevencije temelje na pružanju informacija.

U nekim su zemljama primijenjeni pristupi prevencije koji su usmjereni na visokorizične gradske četvrti i koji uključuju nove metode kao što je ponovno planiranje i projektiranje urbanih prostora i mapiranje rizika kako bi se lakše odredili prioriteti intervencija. Provedba ovakve vrste intervencija u najvećoj se mjeri bilježi u sjevernoj i zapadnoj Europi (vidjeti sliku 3.2), a u nešto više od četvrtine zemalja provode se pristupi za koje postoji veća količina dokaza učinkovitosti (normativni i oni koji dolaze iz okruženja).

Indicirana prevencija usmjerena je na rizične pojedince. Provedba ovakve vrste intervencija ograničena je na Europu, a samo četiri zemlje izvještavaju da su programi indicirane prevencije dostupni većini osoba kojima je potrebna.

Kratke intervencije

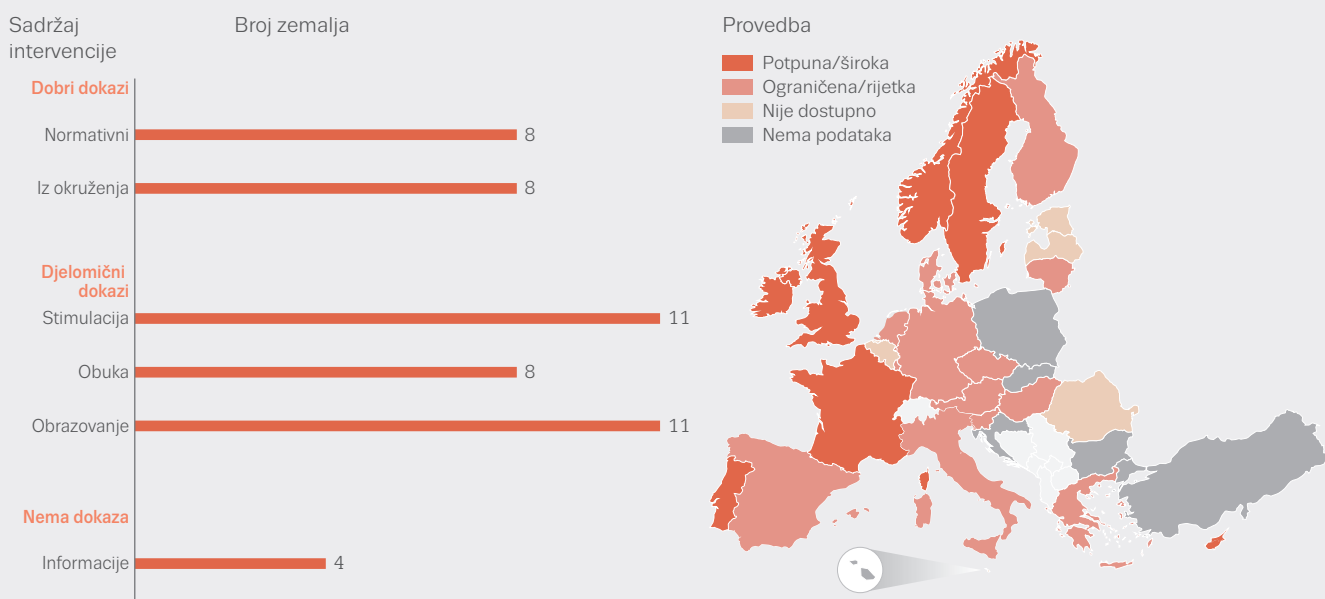
Svrha kratkih intervencija jest spriječiti ili odgoditi uporabu droga, smanjiti njezin intenzitet ili spriječiti eskalaciju u problematičnu uporabu. Ove vremenski ograničene intervencije nalaze se u „sivoj zoni” između prevencije i tretmana, a najčešće su usmjerene na mlade osobe ili osobe kojima prijete rizik od problema povezanih s uporabom droga. Mogu ih provoditi razni zdravstveni djelatnici i djelatnici za socijalnu skrb, uključujući liječnike opće prakse, savjetnike, djelatnike koji rade s mladima i policijske službenike, a često uključuju elemente motivacijskih intervjuja.

Trenutačni podatci pokazuju da se kratke intervencije ne primjenjuju šire u Europi. Samo tri zemlje izvještavaju o potpunoj, sveobuhvatnoj provedbi takvih intervencija u školama, a dvije su prijavile tu razinu provedbe za usluge „niskog praga”.

Kratke intervencije obilježene su kao relativno ekonomične, s potencijalom za provedbu u raznim okruženjima, pod vodstvom raznih stručnjaka nakon kratke obuke. Primjeri kratkih intervencija provedenih u više zemalja jesu eSBIRT, kojim se pružaju kratke intervencije u odjelima za hitnu pomoć (Belgija) i Fred, koji je namijenjen mladim osobama u početnoj fazi kaznenog postupka (Njemačka, Cipar, Poljska, Rumunjska, Slovenija). Međutim, nedavnom revizijom EMCDDA-a otkriveno je da iako postoje istraživanja kojim se podupire učinkovitost kratkih intervencija, ona su još uvijek nepotpuna te da su potrebna dodatna saznanja o opsegu njihove provedbe.

SLIKA 3.2

Preventivne intervencije usmjerene na visokorizične gradske četvrti provedene u europskim zemljama: osnovni dokazi i razina provedbe



Napomena: na temelju ocjena stručnjaka.

Upućivanje na tretman i trajanje tretmana

Tretman ovisnosti primarni je oblik intervencije koji se upotrebljava za osobe koje imaju problema s uporabom droga, uključujući ovisnost, a ključan cilj politike jest osiguravanje pristupa odgovarajućim službama za tretman. Praćenje ishoda tretmana važno je za poboljšanje tijeka tretmana pojedinaca i prilagođavanje usluga kako bi bolje odgovaralo uočenim potrebama.

Samostalno prijavljivanje na tretman i dalje je najčešći način započinjanja tretmana. Ovakav oblik upućivanja na tretman, koji također uključuje prijavljivanje koje vrše članovi obitelji ili prijatelji, činilo je polovicu svih slučajeva započinjanja specijaliziranog tretmana ovisnosti 2015. g. u Europi. Dodatnih 25 % osoba na tretman su uputile zdravstvene službe i službe za socijalnu skrb, dok je 15 % upućeno putem kaznenopravnog sustava. U brojnim su zemljama uspostavljeni programi s pomoću kojih se počinitelje kaznenih djela u vezi s drogom preusmjerava iz kaznenopravnog sustava u programe za tretman ovisnosti. Oni mogu uključivati sudski nalog za sudjelovanje u

programu tretmana ovisnosti ili suspendiranje kazne zatvora uvjetovano sudjelovanjem u programu tretmana. U nekim je državama takvo preusmjeravanje moguće i u ranijim fazama kaznenopravnog postupka. Tijekom 2015. najveća vjerojatnost upućivanja putem kaznenopravnog sustava zabilježena je za konzumente kanabisa. Samo u Mađarskoj 80 % slučajeva upućivanja na tretman zbog uporabe kanabisa proizašlo je iz ovog izvora.

Put kroz tretman ovisnosti obično je obilježen uporabom različitih usluga, višestrukim prijavama na tretman i različitim trajanjem tretmana. Rezultati analize podataka o specijaliziranom tretmanu ovisnosti iz sedam europskih zemalja u 2015. pružaju uvid u tijek tretmana. Od 400.000 osoba na tretmanu koje su prijavljene 2015. u tim zemljama, 20 % ih je s tretmanom započelo s prvi put u životu; oko 30 % ponovno je započelo tretman, nakon prekida tretmana u nekom trenutku u prethodnim godinama; a približno polovica bila je na neprekidnom tretmanu dulje od 1 godine. Većina osoba na neprekidnom tretmanu bili su muškarci u kasnim tridesetima, njihov je tretman trajalo dulje od 3 godine, a imali su probleme povezane s uporabom opijata, posebice heroina.

Tretman ovisnosti o kanabisu: niz pristupa

Redovita i dugotrajna uporaba kanabisa povezuje se s povećanim rizikom od brojnih tjelesnih i mentalnih zdravstvenih problema, uključujući ovisnost. Dok mnoge zemlje pružaju mogućnost tretmana za osobe s problemom ovisnosti o kanabisu u sklopu općih programa za suzbijanje uporabe droga, približno polovica njih razvila je poseban oblik tretmana za kanabis. Usluge za konzumente kanabisa mogu biti raznolike, od kratkih intervencija pruženih putem interneta do dugoročnih procesa tretmana u specijalističkim centrima. Iako se većina oblika tretmana za ovu skupinu odvija u okruženju zajednice ili izvanbolničkom okruženju, oko jedna petina osoba koje su započele sa specijalističkim bolničkim liječenjem ovisnosti prvenstveno je navela problem s kanabisom.

Liječenje problema povezanih s kanabisom temelji se uglavnom na psihosocijalnim pristupima, pri čemu se za adolescente često upotrebljavaju intervencije koje uključuju obitelj, a za odrasle osobe kognitivno-bihevioralne intervencije. Dokazi koji su dostupni potkrjepljuju uporabu kombinacije pristupa kognitivno-bihevioralne terapije, motivacijskog intervjua i sustava nagrada i kazni. Uz to, postoje i dokazi koji potkrjepljuju uporabu višedimenzionalne obiteljske terapije za mlade konzumente kanabisa. Internetske i digitalne intervencije sve se više primjenjuju kako bi se doprlo do konzumenata kanabisa, a istraživanja kojima su se mjerili učinci ove vrste intervencija pokazala su ohrabrujuće prve rezultate u pogledu smanjenja razine konzumacije i olakšavanja početka tretmana uživo (prema potrebi).

Brojnim se istraživanjima ispituje primjena farmakoloških intervencija za probleme povezane s kanabisom. To uključuje ispitivanje mogućnosti uporabe THC-a i sintetskog THC-a u spoju s drugim psihoaktivnim lijekovima, uključujući antidepresive, anksiolitike i stabilizatore raspoloženja. Svi su dosadašnji rezultati nedosljedni i nije pronađen nijedan učinkoviti farmakološki pristup tretmanu ovisnosti o kanabisu.

Tretman ovisnosti: uglavnom pruženo u okviru zajednice

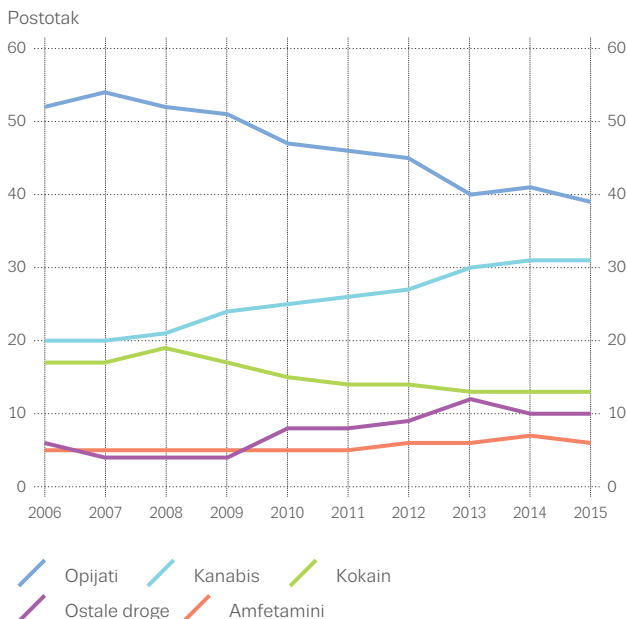
Procjenjuje se da je u Europskoj uniji u 2015. godini u programima tretmana ovisnosti o nezakonitim drogama sudjelovalo 1,4 milijuna osoba (1,6 milijuna uključujući Norvešku i Tursku). Konzumenti opijata čine najveću skupinu koja se podvrgava specijaliziranom tretmanu u Europi i iskorištava najveći udio dostupnih izvora tretmana, uglavnom u obliku supstitucijske terapije. Konzumenti kanabisa i kokaina čine drugu i treću najveću skupinu korisnika takvih usluga (slika 3.3.), a glavni način tretmana za te osobe predstavljaju psihosocijalne intervencije. Razlike između država, međutim, mogu biti vrlo velike pa tako konzumenti opijata u Estoniji čine više od 90 % osoba koje sudjeluju u programima tretmana ovisnosti, a u Mađarskoj manje od 5 %.

Većina oblika tretmana ovisnosti u Europi pruža se u izvanbolničkim okruženjima, pri čemu specijalizirani centri za izvanbolnički tretman čine najveće pružatelje usluga s obzirom na broj liječenih ovisnika (slika 3.4). Centri za opću zdravstvenu skrb drugi su najveći pružatelji takvih usluga. Ova kategorija uključuje ordinacije liječnika opće prakse, koji su važni za propisivanje supstitucijske terapije ovisnosti o opijatima u nekim većim zemljama kao što su Njemačka i Francuska. U drugim državama, primjerice u Sloveniji, ključnu ulogu u pružanju usluga izvanbolničkog tretmana mogu imati službe za zaštitu mentalnog zdravlja.

**Usluge za konzumente
kanabisa mogu biti
raznolike**

SLIKA 3.3

Trendovi u postocima osoba koje započinju specijalizirani tretman ovisnosti, prema primarnoj drogi



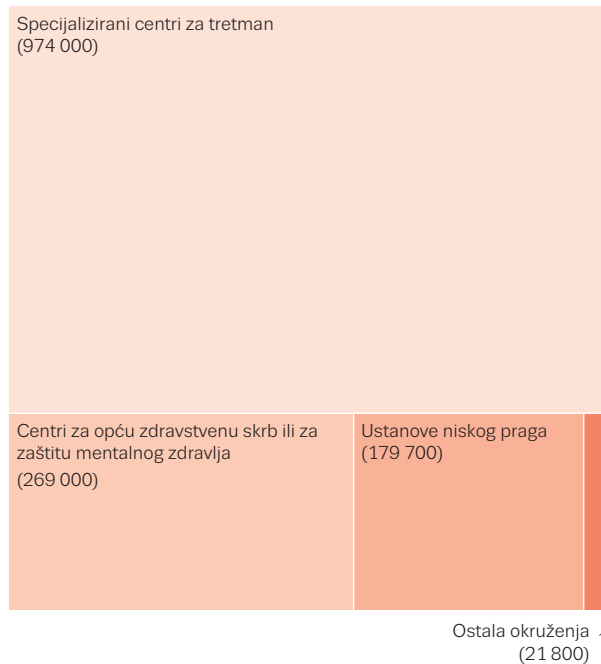
Manji dio programa tretmana ovisnosti u Europi pruža se u bolničkim okruženjima poput stambenih centara u sustavu bolnica (primjerice psihijatrijskih bolnica), terapijskih zajednica i specijaliziranih centara za rezidencijalni tretman. Relativna važnost pružanja usluga u izvanbolničkom i bolničkom okruženju u okviru nacionalnih sustava liječenja u različitim se državama znatno razlikuje.

Sve je veći spektar intervencija za tretman ovisnosti dostupan i na internetu. Intervencije koje su dostupne na internetu mogu proširiti doseg i zemljopisnu pokrivenost programa tretmana i na osobe koje se suočavaju s problemom vlastite zlouporabe droga, a nisu u mogućnosti pristupiti stručnim službama za sprečavanje zlouporabe na drugi način.

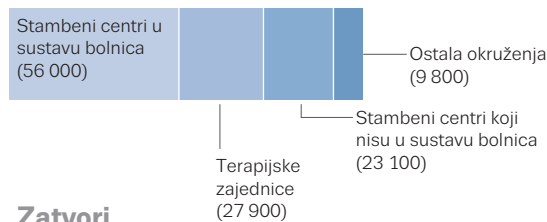
SLIKA 3.4

Broj osoba koje su prolazile kroz tretman 2015. u Europi, prema okruženju

Izvanbolničko



Bolničko

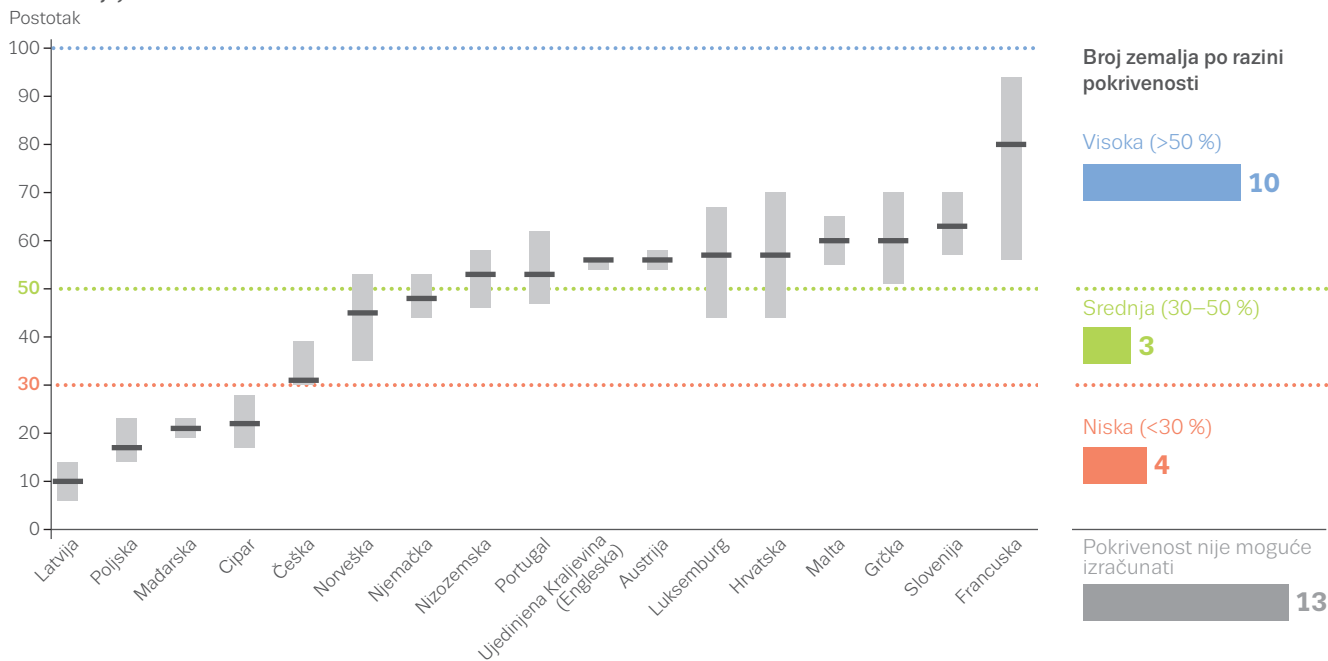


Zatvori



SLIKA 3.5

Pokrivenost supstitucijske terapije ovisnosti o opijatima (procijenjeni postotak visokorizičnih konzumenata opijata na koje su usmjerene intervencije)



Napomena: podatci su prikazani kao točke procjene i intervali nesigurnosti.

Supstitucijska terapija ovisnosti o opijatima

Supstitucijska terapija, obično povezano s psihosocijalnim intervencijama, najčešći je oblik tretmana ovisnosti o opijatima. Taj je pristup potkrijepljen dostupnim dokazima, uz pozitivne rezultate u pogledu zadržavanja na tretmanu, smanjene uporabe nezakonitih opijata, zabilježenog rizičnog ponašanja, smanjenja štetnih posljedica i smrtnosti povezanih s drogama.

Procjenjuje se da je 2015. supstitucijsku terapiju u Europskoj uniji primilo približno 630.000 konzumenata opijata (650.000 uključujući Norvešku i Tursku). Trendovi pokazuju porast broja korisnika do rekordnih razina 2010., nakon čega je uslijedio pad od 6 % u 2015. Od 2010. do 2015. zabilježen je pad u 12 zemalja, od čega su najveći pad (smanjenja veća od 25 %) doživjele Španjolska, Mađarska, Nizozemska i Portugal. Ovakav pad može se objasniti čimbenicima povezanim s potražnjom i mogućnostima, uključujući sve manju populaciju starijih, kroničnih konzumenata opijata ili promjene ciljeva tretmana u nekim zemljama. Ostale zemlje nastavile su proširivati mogućnosti tretmana kako bi se poboljšala pokrivenost, a 12 je zemalja izvijestilo o porastu između 2010. i 2015., uključujući Latviju (157 %), Finsku (67 %) i Grčku (61 %).

Ta dva trenda potvrđena su najnovijim podacima (2014. – 2015.), prema kojima 12 zemalja bilježi povećanje ukupnog broja osoba koje su se podvrgnule supstitucijskoj terapiji, a devet smanjenje.

Usporedba s trenutačnim procjenama broja visokorizičnih konzumenata opijata u Europi upućuje na to da polovica njih prima supstitucijsku terapiju, no postoje razlike među zemljama (slika 3.5). Međutim, ti se zaključci moraju tumačiti s oprezom zbog metodoloških razloga.

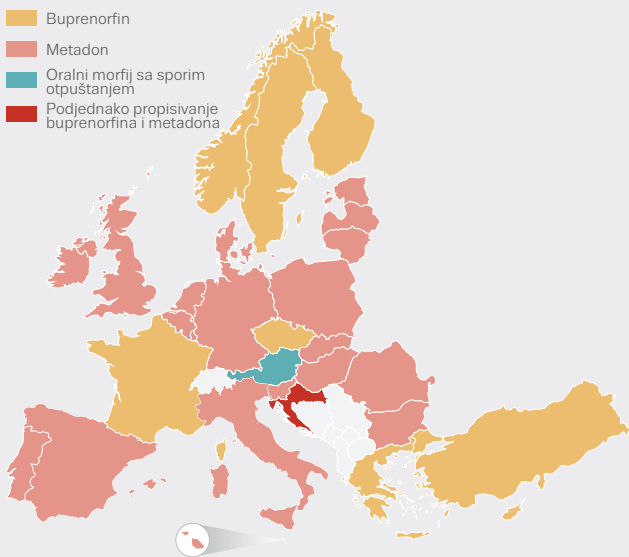
Metadon je najčešći zamjenski lijek za opijate koji se propisuje, a uzimaju ga približno dvije trećine (63 %) osoba na supstitucijskoj terapiji. Dodatnih 35 % osoba sudjeluje u tretmanu buprenorfinom, glavnim zamjenskim lijekom koji se upotrebljava u osam država (slika 3.6). Ostale tvari, kao što su sporo otpuštajući morfin ili diacetilmorfin (heroin), propisuju se tek povremeno, a procjenjuje se da ih u Europi uzima oko 2 % osoba koje sudjeluju u supstitucijskoj terapiji.

Kao zamjenski lijek za opijate najčešće se propisuje metadon

SLIKA 3.6

Glavni propisani zamjenski lijek za opijate

- Buprenorfin
- Metadon
- Oralni morfij sa sporim otpuštanjem
- Podjednako propisivanje buprenorfina i metadona



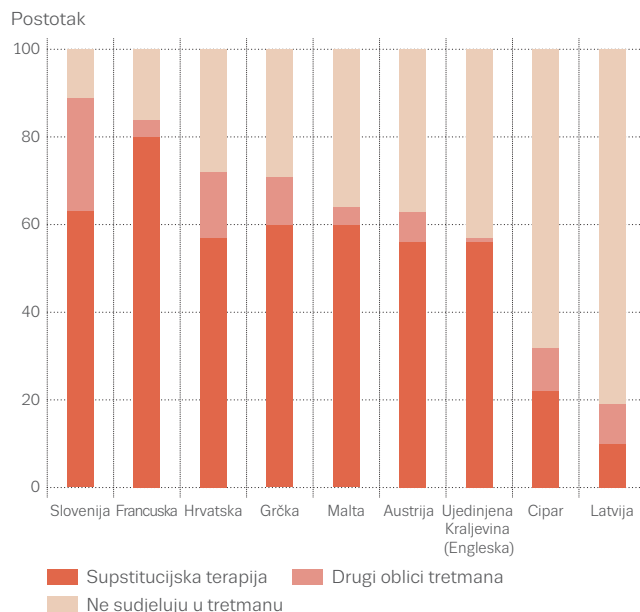
Iako je to manje uobičajeno od supstitucijske terapije, mogućnosti alternativnog tretmana za konzumente opijata dostupne su u svim europskim državama. U devet država za koje su dostupni podaci od 1 % do 26 % svih konzumenata opijata u sustavu tretmana prima terapije koje ne obuhvaćaju zamjenske lijekove za opijate (slika 3.7).

Zatvori: nedovoljna dostupnost tretmana za hepatitis C

Zatvorenici navode više stope uporabe droga tijekom života i štetnije obrasce uporabe (uključujući injektiranje) u odnosu na opću populaciju, što zatvore čini važnim okruženjima za intervencije povezane s drogama. Mnogi zatvorenici imaju složene potrebe za zdravstvenom skrbi i procjena uporabe droga i njom povezanih problema predstavlja važan dio zdravstvenog pregleda po dolasku u zatvor u mnogim zemljama.

SLIKA 3.7

Postotak visokorizičnih konzumenata opijata koji sudjeluju u tretmanu (procjena)

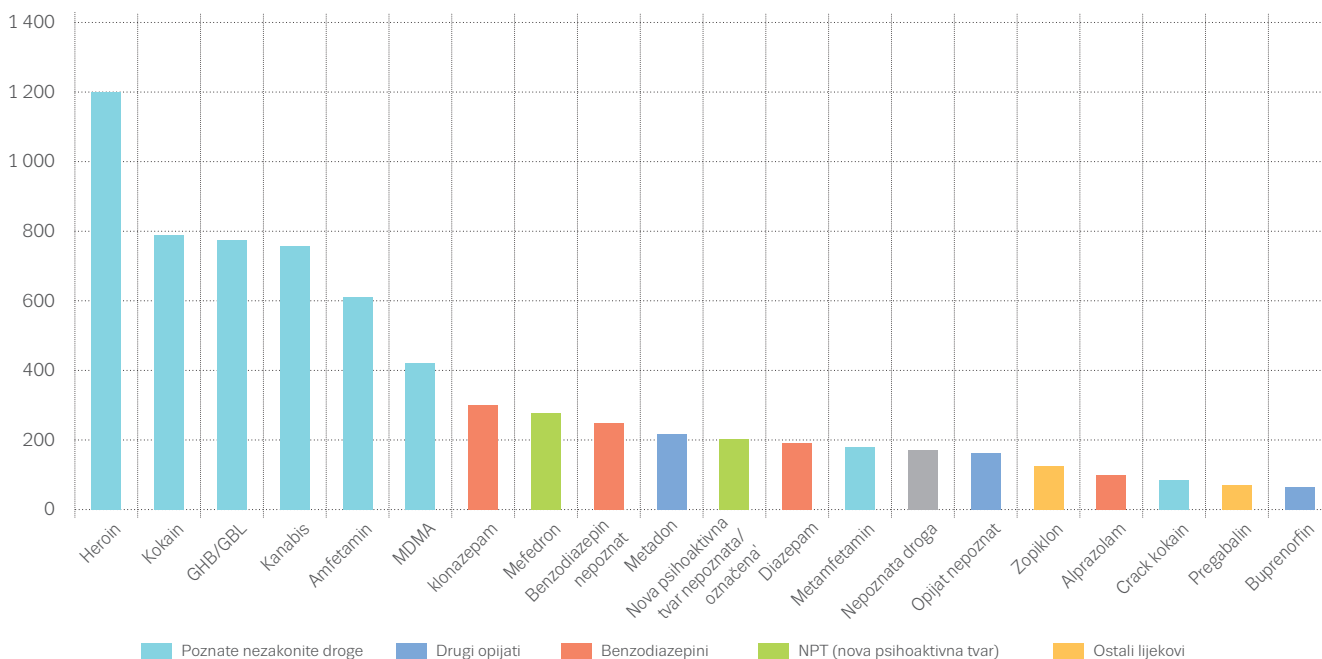


Dva važna načela provedbe zdravstvenih intervencija u zatvorima jesu istovjetnost skrbi koja se pruža u okruženjima zajednice i kontinuitet skrbi nakon izlaska iz zatvora. Dostupnost supstitucijske terapije ovisnosti o opijatima u zatvorima bilježi se u 28 od 30 zemalja koje su pod nadzorom EMCDDA-a. U većini zemalja dostupni su detoksikacija, individualno i grupno savjetovanje i terapijske zajednice ili posebni bolnički odjeli. Mnoge su europske države uspostavile međuagencijska partnerstva između zatvorskih zdravstvenih službi i službi u zajednici kako bi se olakšalo pružanje zdravstvene edukacije i medicinskih intervencija u zatvoru te osigurao kontinuitet skrbi nakon ulaska u zatvor i puštanja iz zatvora.

SLIKA 3.8

Dvadeset droga koje su najčešće zabilježene u hitnim slučajevima nadležnih bolnica u 2015. godini

Identifikacija droga



Napomena: rezultati 5054 hitna slučaja na 15 nadležnih lokacija u devet europskih država.
Izvor: Europska mreža za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN plus).

U većini zemalja u zatvorima je dostupno testiranje na zarazne bolesti (HIV, HBV, HCV), iako je rijetko liječenje za hepatitis C. Zabilježeno je postojanje programa cijepljenja protiv hepatitisa B u 16 zemalja. Pružanje čistog pribora za intravensku uporabu manje je uobičajeno, a tek četiri države bilježe dostupnost programa nabave šprica u takvom okružju.

U većini se država provode pripreme prije puštanja iz zatvora, uključujući resocijalizaciju. Programi za suzbijanje rizika od predoziranja, koji je posebno visok među osobama koje intravenski uzimaju opijate u razdoblju nakon napuštanja zatvora, postoje u pet zemalja, a uključuju obuku, informiranje i pružanje naloksona nakon puštanja.

Hitni slučajevi u bolnicama: utjecaj poliuporabe droga

Podatci o hitnim slučajevima u bolnicama mogu pružiti uvid u akutne štetne posljedice povezane s drogama. Podatke pruža Europska mreža za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN Plus), koja nadzire slučajeve povezane s drogama u 15 (nadležnih) bolnica u devet europskih zemalja. U 5054 slučaja koje je mreža evidentirala u 2015. srednja dob iznosila je 31 godinu, a u većinu njih bili su uključeni muškarci (77 %).

Po slučaju je u prosjeku zabilježena 1,5 droga (ukupno 7768) (vidjeti sliku 3.8). Gotovo dvije trećine slučajeva (65 %) uključivalo je uporabu poznatih droga, a najčešće su bile heroin, kokain, kanabis, GHB/GBL, amfetamin i MDMA; jedna četvrtina (24 %) uključivala je zlouporabu lijekova na recept ili bezreceptnih lijekova (najčešće opijata i benzodiazepina); a 9 % uključivalo je nove psihoaktivne tvari (u porastu sa 6 % u 2014). Polovica slučajeva s novim psihoaktivnim tvarima uključivala je sintetski katinon, a 14 % sintetski kanabinoid. Droge uključene u hitne slučajeve razlikovali su se među lokacijama, što odražava lokalne obrasce uporabe droga. Primjerice, hitni slučajevi povezani s heroinom bili su najčešći u Dublinu (Irska) i Oslu (Norveška), dok su slučajevi povezani s GHB-om/GBL-om, kokainom i MDMA-om bili najčešći u Londonu (Ujedinjena Kraljevina).

Mnogi zatvorenici imaju složene potrebe za zdravstvenom skrbi

Većina (80 %) osoba koje su pokazivale simptome akutne toksičnosti zbog droga puštene su iz bolnice unutar 12 sati; kod malog broja njih (6 %) razvila se teška toksičnost zbog koje je bio potreban prijem na odjel intenzivne njege, a 4 % njih zaprimljeno je na odjel za psihijatriju. Približno polovica (9) od 17 evidentiranih smrtnih slučajeva uključivala je opijate.

Samo nekoliko zemalja ima sustav praćenja koji omogućava analizu trendova akutne intoksikacije drogama. Među njima povećao se broj akutnih hitnih slučajeva zbog heroina u Ujedinjenoj Kraljevini, no oni su u padu u Češkoj i Danskoj, gdje je u porastu broj hitnih slučajeva uzrokovanih metadonom. U Litvi se broj hitnih slučajeva povezanih s opijatima gotovo udvostručio između 2013. i 2015. g. U Španjolskoj je kokain uključen u približno polovicu prijavljenih hitnih slučajeva povezanih s drogom, a taj se trend stabilizira nakon pada, dok su hitni slučajevi povezani s kanabisom i dalje u porastu. Slovenija također bilježi trend rasta broja hitnih slučajeva uzrokovanih kanabisom. U Nizozemskoj je polovica slučajeva zabilježenih na stanicama za prvu pomoć na festivalima (51 %) uključivala MDMA, ali je ta stopa u padu. Broj hitnih slučajeva povezanih s metamfetaminom, koje su evidentirali nadležni centri u Češkoj, porastao je za više od 50 % između 2014. i 2015.

Nove droge: velika potentnost i ozbiljne štetne posljedice

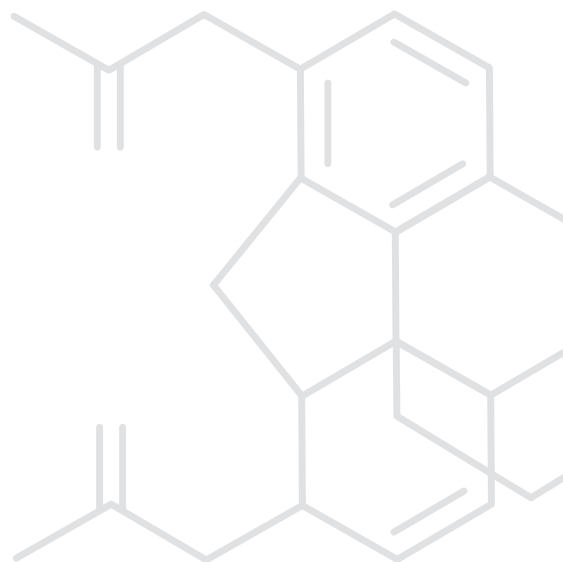
Nove psihoaktivne tvari, uključujući nove sintetske opijate, sintetske kanabinoide i sintetske katinone, uzrokuju niz ozbiljnih štetnih posljedica u Europi.

Fentanili su izuzetno snažni opijati koji predstavljaju ozbiljnu prijetnju zdravlju pojedinaca i javnosti, iako imaju malu ulogu na tržištu droga u Europi. Ona proizlazi iz povećanog rizika od teškog i smrtonosnog trovanja konzumenata, koji se često manifestira kao epidemije, jer fentanili uzrokuju brzu i tešku respiratornu depresiju. Prijetnja proizlazi i iz povećanog rizika od nehotičnog izlaganja koje uzrokuje trovanje drugih osoba: članovi obitelji i prijatelji konzumenata, ali i službenici za provođenje zakona i drugih hitnih službi, zdravstveni djelatnici i osoblje u laboratorijima mogu biti ugroženi. U nekim okruženjima može biti potrebna uporaba zaštitne opreme za smanjenje rizika od štetnih posljedica zbog nehotičnog izlaganja, primjerice u prostorima carinske službe na europskim granicama u kojima se može rukovati zaplijenjenim rasutim prahom fentanila. Osim toga, određeni dokazi upućuju na to da su se fentanili konzumentima prodavali kao poznate nezakonite droge i lažni lijekovi za bolove bez njihova znanja, čime se

potencijalno povećao rizik od teškog i smrtonosnog trovanja u određenim skupinama konzumenata. U takvim je okolnostima možda potrebna procjena dostupnosti protuotrova naloksona. Osim akutnih rizika od predoziranja, fentanili su također izuzetno podložni zlouporabi i imaju velik potencijal za uzrokovanje ovisnosti, što bi moglo pogoršati zdravlje javnosti i socijalne probleme koji se obično povezuju s visokorizičnom uporabom opijata.

Tijekom 2016. EMCDDA i Europol pokrenuli su posebne istrage akrilofentanila i furanilfentanila nakon upozorenja primljenih putem EU sustava ranog upozoravanja. Prijavljeno je više od 50 smrtnih slučajeva, od kojih je mnogo izravno pripisano tim tvarima. EMCDDA ja također izdala pet upozorenja svojoj mreži diljem Europe u vezi s ovim i drugim novim fentanilima.

**Nove psihoaktivne
tvari uzrokuju niz
ozbiljnih štetnih
posljedica u Europi**



Sintetski kanabinoidi druga su skupina novih tvari koje su nastavile uzrokovati probleme u 2016. g. EMCDDA je izdala upozorenja za tri tvari – MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA i 5F-MDMB-PINACA – na temelju 45 slučajeva ozbiljnih štetnih posljedica, uključujući 18 smrtnih slučajeva i 27 nesmrtonosnih intoksikacija. Uz to, EMCDDA je pokrenula postupak koji je doveo do procjene rizika za MDMB-CHMICA, zbog koje je ta tvar naposljetku podvrgnuta mjerama kontrole diljem Europe (vidjeti okvir).

Nove droge: razvijanje vještina kako bi se odgovorilo na izazove

Štetne posljedice koje se povezuju s novim drogama donose novi niz izazova za službe koje prve dolaze u kontakt s osobama kojima je potrebna pomoć. Nedavnom analizom EMCDDA-a otkriveno je da se europski zdravstveni djelatnici u različitim sektorima (liječenje, prevencija i smanjenje šteta) uglavnom oslanjaju na profesionalno iskustvo stečeno tijekom odgovora na uporabu poznatih nezakonitih droga te na intervencije koje se provode u tom kontekstu. Te intervencije uključuju distribuciju edukativnih materijala, podjelu sterilnog pribora za injektiranje ili pružanje simptomatskog liječenja akutnih hitnih slučajeva. Intervencije koje se temelje na dokazima često se mogu prilagoditi kako bi uključivale specifične toksičnosti, odražavale sociokulturne značajke rizičnih skupina (npr. osobe koje često idu na zabave, muškarci koji imaju spolne odnose s drugim muškarcima) ili odgovorile na posebno rizične oblike ponašanja (npr. povećan pristup špricama kao odgovor na visoku učestalost injektiranja) koji se povezuju s novim psihoaktivnim tvarima. U analizi je istaknuta i potreba za aktivnostima profesionalne obuke, usmjeravanja i razvoja vještina kao odgovora na nove droge.

Poseban je izazov provođenje intervencija usmjerenih na teško dostupne populacije konzumenata koji doživljavaju značajne štetne posljedice povezane s novim psihoaktivnim tvarima, kao što su muškarci koji imaju spolne odnose s drugim muškarcima, beskućnici i zatvorenici. U nekim je zemljama povećana uporaba sintetskih kanabinoida među zatvorenicima uzrokovala zabrinutost zbog njihova utjecaja na mentalno zdravlje, snažnog učinka apstinencijskog sindroma i povećane razine nasilja. Multidisciplinarni odgovori i suradnje koji uključuju niz pružatelja zdravstvenih usluga u svim okruženjima za intervencije (npr. klinikama za reproduktivno zdravlje ili zatvorskim okruženjima i centrima za tretman ovisnosti) smatraju se važnom značajkom odgovarajućih zdravstvenih odgovora na štetne posljedice povezane s uporabom novih psihoaktivnih tvari u Europi.

Procjena rizika za MDMB-CHMICA

U srpnju 2016. tvar MDMB-CHMICA postala je prvi sintetski kanabinoid za koji je EMCDDA izvršila procjenu rizika. Mađarska ju je prvi put prijavila 2014. putem EU sustava ranog upozoravanja, a nakon toga otkrivena je i u 23 države članice EU-a, Turskoj i Norveškoj. Ta je tvar bila uključena u više od 20 teških trovanja i 28 smrtnih slučajeva.

Rasuti prahovi tvari MDMB-CHMICA proizvode se u Kini i uvoze u Europu, gdje se prerađuju i pakiraju kao „biljne mješavine za pušenje”. Smatra se da su mnoge štetne posljedice koje uzrokuju MDMB-CHMICA i drugi sintetski kanabinoidi povezane s visokom potentnošću tih tvari i lošim praksama proizvodnje. Dokazi upućuju na to da proizvođači nagađaju količine tvari potrebne za proizvodnju „mješavina za pušenje”. Osim toga, nedovoljno razvijene metode proizvodnje koje se primjenjuju mogu uzrokovati neujednačenu raspodjelu tvari u proizvodu. To može dovesti do toga da neki uzorci sadrže povišene razine tvari, a time i do visokih doza i povećanog rizika od teškog trovanja i smrti.

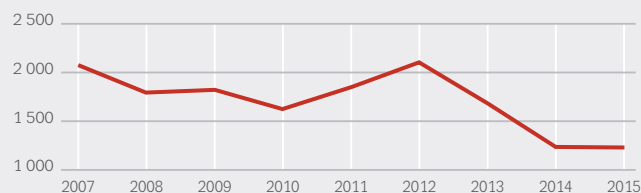
Kronične štetne posljedice uporabe droga: pad broja zaraza HIV-om, pojava lokalnih epidemija

Konzumenti droga, osobito intravenski konzumenti, u slučaju dijeljenja materijala za uporabu droga i nezaštićenih spolnih odnosa izloženi su riziku od dobivanja zaraznih bolesti. Injektiranje droga i dalje ima glavnu ulogu u prijenosu infekcija koje se prenose krvlju, kao što su virus hepatitisa C (HCV) i, u nekim državama, virus humane imunodeficijencije (HIV). Tijekom 2015. Europskoj su uniji prijavljene 1233 nove dijagnoze zaraze HIV-om u intravenskih konzumenata (slika 3.9), što čini 5 % dijagnoza za koje je poznat put prijenosa. Taj je omjer u posljednjem desetljeću ostao na niskoj i stabilnoj razini. Broj novih zaraza HIV-om među intravenskim konzumentima u padu je u većini europskih zemalja, s ukupnim smanjenjem od 41 % u razdoblju od 2007. do 2015. Međutim, intravenska uporaba droga i dalje je važan način prijenosa u nekim zemljama: u 2015. četvrtina ili više novih slučajeva dijagnoze zaraze HIV-om pripisana je intravenskoj uporabi droga u Litvi (34 %), Latviji (32 %), Luksemburgu (27 %) i Estoniji (25 %).

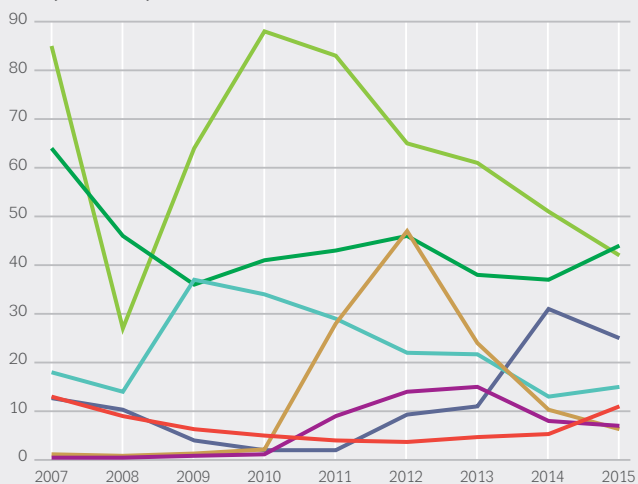
SLIKA 3.9

Novi dijagnosticirani slučajevi HIV-a povezani s intravenskom uporabom droga: opći i odabrani trendovi i najnoviji podatci

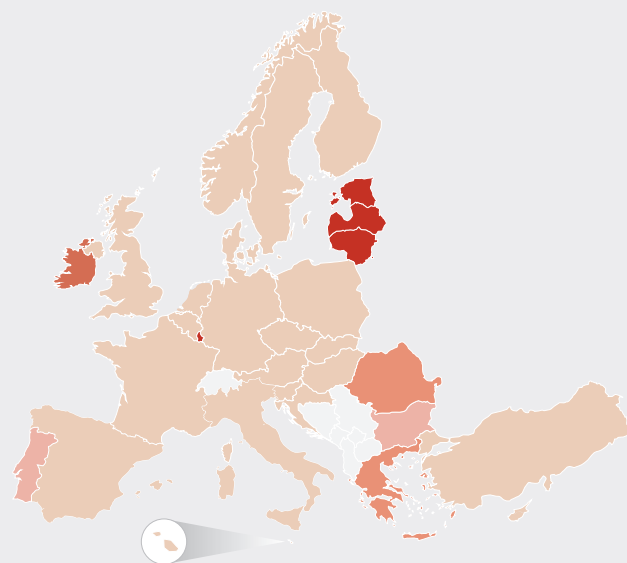
Slučajevi u Europskoj uniji



Slučajeva na milijun stanovnika



— Latvija — Estonija — Luksemburg — Litva
— Irska — Rumunjska — Grčka



Slučajeva na milijun stanovnika

■ <3 ■ 3,1–6 ■ 6,1–9 ■ 9,1–12 ■ >12

Napomena: Podatci za 2015. godinu (izvor: ECDC).

Iako je između 2014. i 2015. većina zemalja zabilježila smanjenje broja slučajeva zaraze HIV-om uzrokovane intravenskom uporabom droga, Njemačka, Irska i Ujedinjena Kraljevina doživjele su rast na razine koje nisu bile zabilježene 7 do 8 godina. U Irskoj i Ujedinjenoj Kraljevini to je djelomično bilo povezano s lokaliziranim epidemijama novih zaraza HIV-om među intravenskim konzumentima. Luksemburg je također izvijestio o epidemiji 2014. g. Povećana stopa injektiranja stimulansa i visoke razine marginalizacije konzumenata postale su česti čimbenici u ovim epidemijama. Osim toga, injektiranje stimulaturnih droga u seksualnom kontekstu (tzv. „slamming“) među manjim skupinama muškaraca koji imaju spolne odnose s drugim muškarcima povezano je s povećanim rizikom od prijenosa zaraze.

U 2015. 14 % novih slučajeva SIDA-e u Europskoj uniji za koje je bio poznat put prijenosa pripisano je intravenskoj uporabi droga. Tih 479 slučajeva koji se povezuju s injektiranjem čini nešto više od četvrtine broja prijavljenog desetljeće ranije. Mnogi od zabilježenih slučajeva prijavljeni su u Grčkoj, Latviji i Rumunjskoj, u kojima je potrebno daljnje jačanje odgovora koji uključuju testiranje na virus HIV-a i njegovo liječenje.

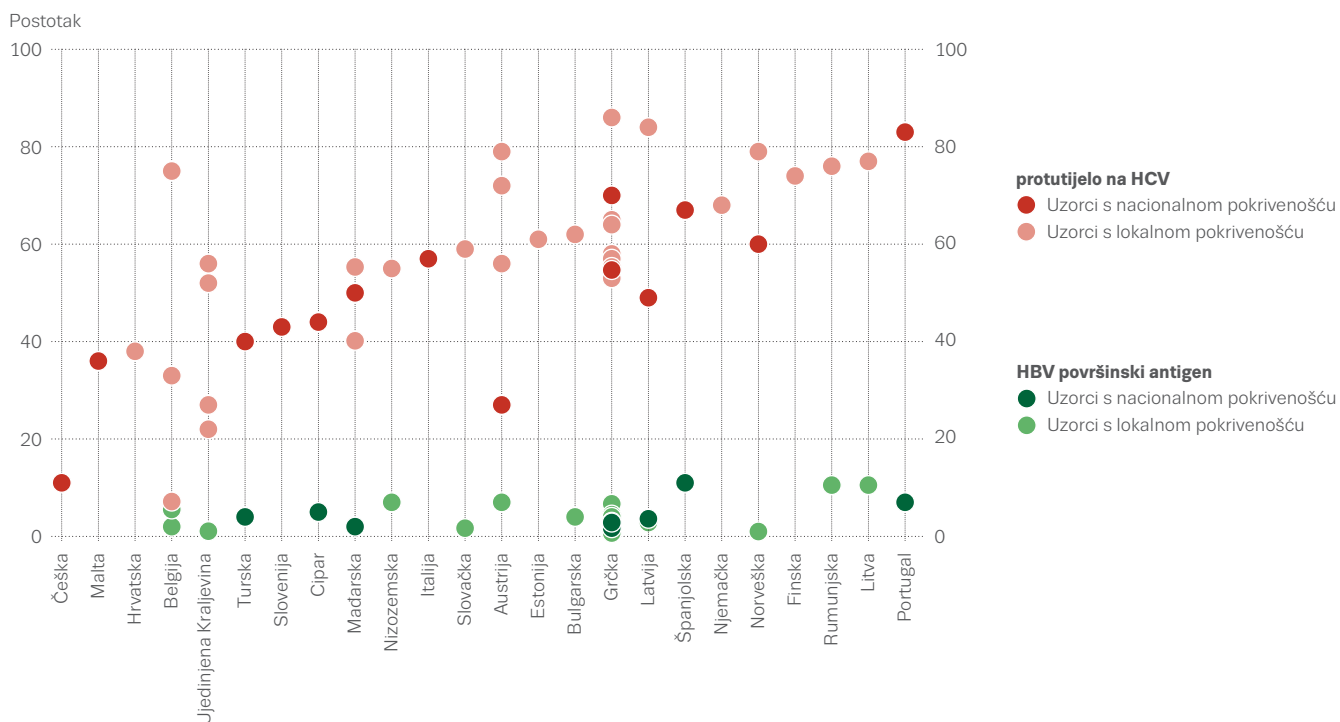
Prevalencija HCV-a: razlike među državama

Virusni hepatitis, osobito infekcija uzrokovana virusom hepatitisa C (HCV), vrlo je rasprostranjen među intravenskim konzumentima diljem Europe. Na svakih 100 osoba zaraženih HCV-om (pozitivnih na protutijela), od 75 do 80 razvit će kroničnu infekciju. To ima značajne dugoročne posljedice jer kronična infekcija HCV-om, koju često pogoršava prekomjerno konzumiranje alkohola, među starijom populacijom visokorizičnih konzumenata droga dovodi do porasta stope smrtnih slučajeva i teških bolesti jetre, uključujući cirozu i rak.

Smanjuje se broj novih zaraza HIV-om među intravenskim konzumentima

SLIKA 3.10

Prevalencija protutijela na HCV i HBV površinskog antigena među intravenskim konzumentima, od 2014. do 2015.



Prevalencija protutijela na HCV koja ukazuje na trenutačnu ili prošlu infekciju u razdoblju od 2014. do 2015. godine među nacionalnim uzorcima intravenskih konzumenata droga varirala je od 16 % do 84 %, pri čemu je 5 od 13 država tijekom izvještavanja nacionalnih podataka zabilježilo stopu veću od 50 % (slika 3.10). Među zemljama za koje postoje podatci o nacionalnim trendovima za razdoblje 2010. – 2015. g., pad stope prevalencije HCV-a u intravenskih konzumenata zabilježen je u četiri zemlje, a tri su zabilježile porast.

Zaraza virusom hepatitisa B (HBV) među konzumentima droga rjeđa je od zaraze HCV-om. Međutim, za taj virus prisutnost HBV površinskog antigena ukazuje na postojeću infekciju, koja može biti akutna ili kronična. Procjenjuje se da je u sedam zemalja za koje postoje nacionalni podatci između 1,7 % i 11 % intravenskih konzumenata droga trenutačno zaraženo HBV-om.

Injektiranje droga rizični je čimbenik za druge zarazne bolesti, a skupine zaraženih hepatitisom A koje se povezuju s uporabom droga zabilježene su u Češkoj, Njemačkoj i Luksemburgu u 2016. Skupine zaraženih i povremeni slučajevi botulizma iz rana među intravenskim konzumentima zabilježene su i u Njemačkoj, Norveškoj i Ujedinjenoj Kraljevini.

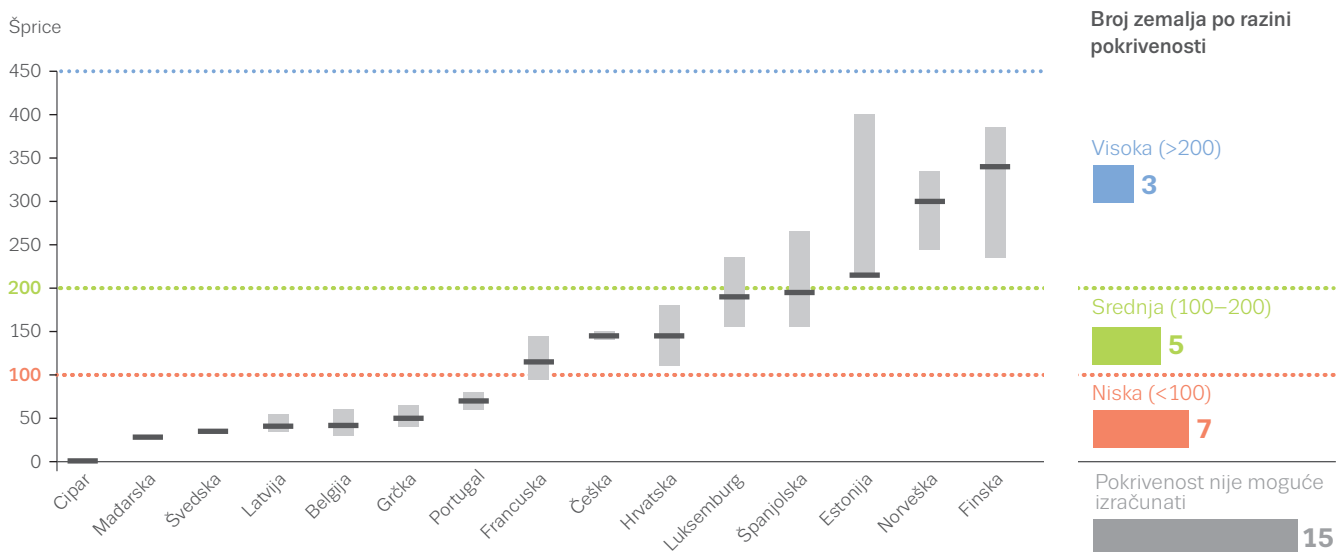
Zarazne bolesti: preventivne mjere

Glavne mjere koje se poduzimaju kako bi se smanjile stope zaraznih bolesti povezanih s drogama među intravenskim konzumentima uključuju pružanje supstitucijske terapije za opijate i sterilnog pribora za injektiranje, savjetovanje o rizičnom ponašanju povezanom s intravenskom uporabom droga, cijepljenje protiv hepatitisa B, testiranje na zarazne bolesti, liječenje hepatitisa i HIV-a.

Za osobe koje injektiraju opijate, supstitucijska terapija značajno smanjuje rizik od zaraze, a neke analize ukazuju na povećan zaštitni učinak povezivanja široke pokrivenosti tretmana s višim razinama podjele novih šprica. Dokazi pokazuju da su programi zamjene igala i šprica učinkoviti u smanjenju prijenosa HIV-a među intravenskim konzumentima. Od 30 zemalja koje EMCDDA nadzire, sve osim Turske osiguravaju besplatan čisti pribor za injektiranje u specijaliziranim centrima. Međutim, među zemljama postoje značajne razlike u pogledu zemljopisne raspodjele centara za zamjenu šprica i obuhvaćanja ciljne populacije intervencijama (slika 3.11). Informacije o pružanju šprica putem specijaliziranih programa dostupne

SLIKA 3.11

Pokrivenost specijaliziranih programa zamjene šprica: broj šprica koje se osiguravaju po procijenjenom broju intravenskih konzumenata



su za 25 zemalja, koje su zajednički zabilježile distribuciju 52 milijuna šprica 2014./2015. g. To je konzervativna procjena jer nekoliko većih zemalja, kao što su Njemačka, Italija i Ujedinjena Kraljevina, nisu objavile potpune podatke o distribuiranim špricama.

Uspostavljanje poveznica između pružatelja usluga povezanih s tretmanom ovisnosti i reproduktivnim zdravljem moglo bi biti posebno važno za uspješan odgovor na probleme povezane s injektiranjem stimulansa među muškarcima koji imaju spolne odnose s drugim muškarcima. Važne preventivne intervencije za ovu skupinu uključuju testiranje i liječenje infekcija, edukaciju o zdravlju i distribuciju materijala za prevenciju, uključujući prezervative i sterilni pribor za injektiranje. Kako bi se spriječila zaraza HIV-om spolnim putem, za populacije koje su u najvećoj opasnosti primjenjuje se i profilaksa prije izlaganja kao dodatna mjera prevencije.

Povećanje stope rane dijagnoze zaraze HIV-om: proširene mogućnosti testiranja

Zakašnjela dijagnoza zaraze HIV-om, u trenutku kada je infekcija već počela narušavati imunostni sustav, poseban je problem za intravenske konzumente. Tijekom 2015. 58 % zabilježenih novih slučajeva prijenosa virusa injektiranjem dijagnosticirano je kasno. Za usporedbu, prosjek EU-a u kasnim dijagnozama za sve putove prijenosa iznosi 47 %. Kasna dijagnoza zaraze HIV-om povezuje se s povećanom morbidnosti i smrtnosti, kao i odgodama u početku liječenja antiretrovirusnom terapijom. Politika „testiranja i liječenja“ za HIV, prema kojoj se antiretrovirusna terapija počinje davati odmah nakon dijagnoze zaraze HIV-om, dovodi do smanjenja stope prijenosa zaraze i posebno je važna za skupine s visokorizičnim ponašanjem, kao što su intravenski konzumenti. Ranija dijagnoza i početak antiretrovirusne terapije zaraženim osobama omogućava uobičajen očekivani životni vijek.

U mnogim zemljama službe za tretman ovisnosti koje su utemeljene u zajednici i službe „niskog praga“ pružaju i povećavaju mogućnosti testiranja na virus HIV-a s ciljem šireg prihvaćanja testiranja i ranijeg otkrivanja zaraze. Minimalnim standardima kvalitete Europske unije promiče se dobrovoljno testiranje na zarazne bolesti koje se prenose krvlju u službama u zajednici, kao i savjetovanje u vezi s rizičnim ponašanjem i pomoć u držanju bolesti pod kontrolom. Međutim, stigmatizacija i marginalizacija konzumenata droga i dalje su velike prepreke širem usvajanju testiranja i liječenja.

Liječenje zaraze HCV-om: djelotvorniji lijekovi

Budući da je prevalencija zaraze HCV-om vrlo visoka među intravenskim konzumentima u Europi, oni su ključna ciljna skupina za testiranje i liječenje kako bi se spriječilo napredovanje bolesti jetre i smrt. Osim toga, smanjenje broja osoba koje mogu prenijeti zarazu omogućavanjem liječenja HCV-a predstavlja važan dio sveobuhvatnog odgovora tijekom prevencije. Europskim kliničkim smjernicama preporučuje se da se svi bolesnici s kroničnim bolestima jetre uzrokovanim HCV-om obavezno uzmu u obzir za liječenje. U smjernicama se također preporučuje da se liječenje razmotri bez odgađanja u osoba koje su u opasnosti od prijenosa virusa (uključujući aktivne intravenske konzumente) te da se liječenje za HCV konzumentima droga pruža individualno i u multidisciplinarnom okruženju.

Od 2013. djelotvornije terapije koje se bolje podnose i uzimaju oralnim putem, koje ne sadrže interferone, a sadrže antivirusne agense s izravnim djelovanjem, postaju osnova liječenja zaraze HCV-om. Nadalje, liječenje tim lijekovima može se ponuditi u specijaliziranim službama za sprečavanje zlouporabe droga u okruženju zajednice, što može povećati učinkovitost i dostupnost njegova provođenja. Mnoge europske države usvajaju nove strategije za borbu protiv virusnog hepatitisa, ažuriraju smjernice za liječenje i poboljšavaju testiranje na HCV i njegovo povezivanje sa skrbi. Međutim, i dalje su prisutni određeni izazovi, kao što su niske stope testiranja, nejasni putovi upućivanja na liječenje i liječenja u mnogim zemljama te visoka cijena novih lijekova.

Uporaba droga uzrokuje smrtne slučajeve među europskim odraslim stanovništvom koji su se mogli izbjeći

Porast smrtnih slučajeva zbog predoziranja

Uporaba droga uzrokuje smrtne slučajeve među europskim odraslim stanovništvom koji su se mogli izbjeći. Kohortna istraživanja na visokorizičnim konzumentima droga često ukazuju na ukupne stope smrtnosti u rasponu od 1 do 2 % godišnje. Ukupno gledano, vjerojatnost da će konzumenti opijata u Europi umrijeti veća je za 5 do 10 puta nego kod vršnjaka istoga spola. Povećana smrtnost među konzumentima opijata prije svega odnosi se na predoziranje, ali se značajnima smatraju i drugi uzroci smrti koji su neizravno povezani s uporabom droga poput infekcija, nesreća, nasilja i samoubojstva. Uobičajena je pojava lošeg zdravlja obilježena razvojem više bolesti koje su međusobno povezane. Česte su kronične bolesti pluća i jetre te poremećaji krvožilnog sustava, a predstavljaju uzrok sve veće stope smrtnih slučajeva među starijim i kroničnim konzumentima droga.

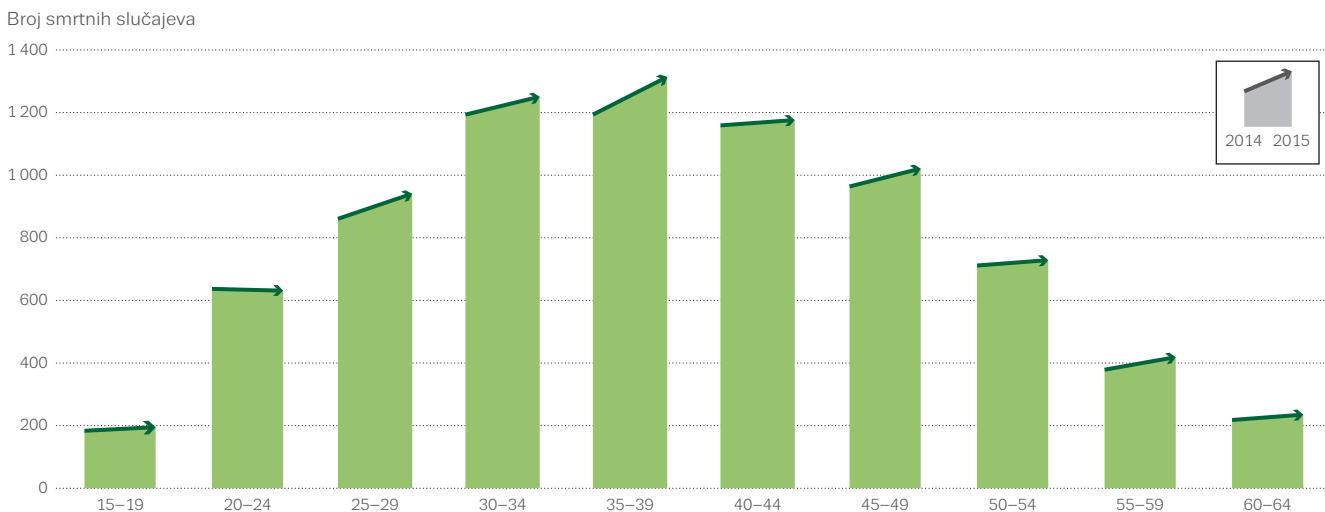
Predoziiranje drogom i dalje je glavni uzrok smrti među visokorizičnim konzumentima droga u Europi, a većinu od tri četvrtine žrtava predoziranja čine muškarci (78 %). Podatci o predoziranju, posebice kumulativni ukupni podatci za Europu, moraju se tumačiti s oprezom. Razlozi za to jesu sustavno neprijavlivanje u nekim zemljama i postupci registracije koji dovode do odgoda u izvještavanju. Godišnje procjene stoga predstavljaju privremenu minimalnu vrijednost.

Procjenjuje se da je u Europskoj uniji u 2015. došlo do 7585 smrtnih slučajeva zbog predoziranja koji su uključivali barem jednu nezakonitu drogu. Ta brojka raste na procijenjeni 8441 smrtni slučaj ako se pribroje i Norveška i Turska, što predstavlja porast od 6 % u odnosu na revidiranu brojku od 7950 za 2014., a porast se bilježi u gotovo svim dobnim skupinama (slika 3.12). Kao i prethodnih godina, Ujedinjena Kraljevina (31 %) i Njemačka (15 %) zajedno čine približno polovicu ukupnog broja za Europu. To je djelomično povezano s veličinom ugroženih populacija u tim zemljama, ali i neprijavlivanjem u drugim zemljama. Kad je riječ o zemljama s relativno pouzdanim sustavima izvještavanja, revidirani podatci za 2014. potvrđuju povećanje broja smrtnih slučajeva zbog predoziranja u Španjolskoj, nastavak rasta zabilježenog 2014. u Litvi i Ujedinjenoj Kraljevini i u 2015., a porast se sada bilježi i u Njemačkoj i Nizozemskoj. Nastavak uzlaznog trenda vidljiv je i u Švedskoj, iako to djelomično može biti posljedica zajedničkog učinka promjena praksi istraživanja, kodiranja i izvještavanja. Turska i dalje bilježi porast, no čini se da je tome uzrok prvenstveno poboljšanje postupaka prikupljanja podataka i izvještavanja.

Starenje europskog stanovništva koje upotrebljava opijate, a kojima prijete najveći rizik od smrti zbog predoziranja

SLIKA 3.12

Broj smrtnih slučajeva uzrokovanih drogama koji su zabilježeni u Europi tijekom 2014. i 2015., prema dobnoj skupini



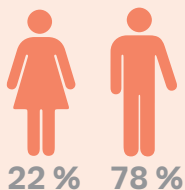
drogom odražava se u činjenici da je u razdoblju od 2007. do 2015. godine broj smrtnih slučajeva zbog predoziranja među skupinama osoba starije dobi u porastu, dok je među mladim konzumentima u padu. Međutim, 10 % slučajeva predoziranja uključuje osobe mlađe od 25 godina, a nedavno je u nekoliko zemalja, uključujući Švedsku i Tursku, došlo do manjeg povećanja broja smrtnih slučajeva predoziranja zabilježenih među osobama mladima od 25.

Opći porast smrtnih slučajeva povezanih s opijatima

Heroin ili njegovi metaboliti, često u kombinaciji s drugim tvarima, uključeni su u većinu smrtonosnih predoziranja zabilježenih u Europi. Najnoviji podatci pokazuju povećanje broja smrtnih slučajeva povezanih s heroinom, ponajviše u Ujedinjenoj Kraljevini. U Engleskoj i Walesu heroin ili morfij naveden je u 1200 smrtnih slučajeva prijavljenih u 2015., što predstavlja porast od 26 % u odnosu na prethodnu godinu, a porast od 57 % u odnosu na 2013. Broj smrtnih slučajeva povezanih s heroinom povećao se i u Škotskoj (Ujedinjena Kraljevina), Irskoj i Turskoj. U toksikološkim

SMRTNI SLUČAJEVI UZROKOVANI UPORABOM DROGA

Karakteristike



Srednja dob pri smrti

38

Smrtni slučajevi uz prisutnost opijata



Dob pri smrti

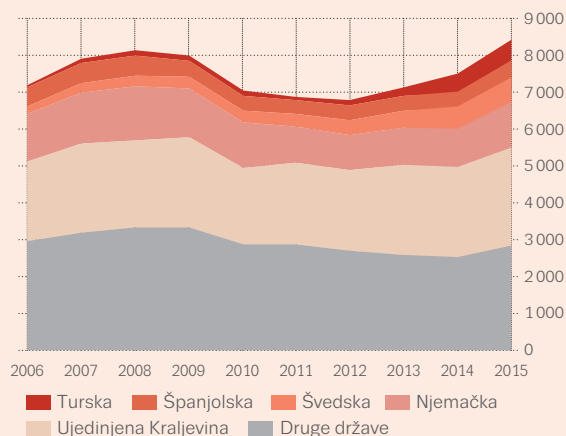


Broj smrtnih slučajeva

7 585 EU

8 441 EU + 2

Trendovi u pogledu smrtnih slučajeva uzrokovanih predoziranjem



Napomena: EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku.

izvješćima vrlo često navode se i ostali opijati. Te tvari, prvenstveno metadon i buprenorfin, ali i fentanili i tramadol, povezuju se s velikim udjelom smrtnih slučajeva zbog predoziranja u nekim zemljama. Prema najnovijim podatcima, broj zabilježenih smrtnih slučajeva uzrokovanih metadonom premašio je broj smrtnih slučajeva zbog heroina u Hrvatskoj, Danskoj, Francuskoj i Irskoj.

Stimulansi poput kokaina, amfetamina, MDMA-a i katinona u Europi se spominju u manjem broju predoziranja koja su uzrokovala smrt iako njihov značaj varira od države do države. U Ujedinjenoj Kraljevini (Engleska i Wales), broj smrtnih slučajeva povezanih s kokainom narastao je s 169 u 2013. na 320 u 2015., iako se mnogi od njih smatraju predoziranjima heroinom među osobama koje su upotrebljavale i *crack* kokain. U Španjolskoj, gdje je broj smrtnih slučajeva povezanih s kokainom već nekoliko godina stabilan, kokain je i dalje druga najčešće navedena nezakonita droga uključena u predoziranja koja su uzrokovala smrt u 2014. godini (269 slučajeva). Tijekom 2015. smrtni slučajevi uzrokovani stimulansima u Turskoj uključivali su 56 slučajeva povezanih s kokainom, 206 slučajeva povezanih s amfetaminima i 166 slučajeva povezanih s MDMA-om (od čega je 62 pripisano samo uporabi MDMA-a). Sintetski kanabinoidi prijavljeni su u 137 slučajeva u Turskoj, od čega je 63 pripisano samo uporabi ovih droga.

Najviše stope smrtnosti zabilježene u sjevernoj Europi

Stopa smrtnosti zbog predoziranja u Europi za 2015. godinu procjenjuje se na 20,3 smrtna slučaja na milijun stanovnika u dobi od 15 do 64 godine. Stopa smrtnosti za muškarce (32,3 slučaja na milijun muškaraca) gotovo je četverostruko veća od stope za žene (8,4 slučaja na milijun žena). Stope smrtnosti zbog predoziranja najviše su u dobi od 35 do 39 godina za muškarce, a do 30 do 34 za žene. Međutim, srednja dob u trenutku smrti niža je za muškarce: 38 naspram 41 za žene. Nacionalne stope smrtnosti i trendovi značajno se razlikuju (slika 3.13), a pod utjecajem su čimbenika kao što je prevalencija i obrasci uporabe droga, kao i nacionalnih praksi izvještavanja, evidentiranja informacija i kodiranja smrtnih slučajeva zbog predoziranja

u nacionalnim bazama podataka o smrtnosti. Prema najnovijim dostupnim podatcima, stope od više od 40 smrtnih slučajeva na milijun stanovnika zabilježene su u 8 država sjeverne Europe, pri čemu su najviše stope zabilježene u Estoniji (103 na milijun stanovnika), Švedskoj (100 na milijun stanovnika), Norveškoj (76 na milijun stanovnika) i Irskoj (71 na milijun stanovnika) (slika 3.13).

Prevenција predoziranja i smrtnih slučajeva povezanih s uporabom droga

Smanjenje broja predoziranja sa smrtnim ishodom i drugih smrtnih slučajeva povezanih s drogom velik je izazov za javno zdravstvo u Europi. Ciljani odgovori na ovom području usmjereni su na prevenciju pojave predoziranja ili na povećanje vjerojatnosti preživljavanja nakon predoziranja.

Metaanalizom opservacijskih istraživanja potkrijepljena je djelotvornost supstitucijske terapije metadonom u smanjenju smrtnosti (uzrokovane predoziranjem i svim uzrocima) ovisnika o opijatima. Stopa smrtnosti osoba koji su na terapiji metadonom iznosi manje od trećine očekivane stope za konzumente opijata koji nisu na terapiji. Analiza rizika od smrti u različitim fazama tretmana ukazuje na potrebu usmjeravanja intervencija na početku tretmana (tijekom prva četiri tjedna, posebice u slučaju metadona) i nakon njegova završetka. Po završetku tretmana, prva četiri tjedna povezuju se s višim rizikom od predoziranja. To navodi na zaključak da su osobe koje često započinju i prekidaju terapiju u posebnoj opasnosti od predoziranja.

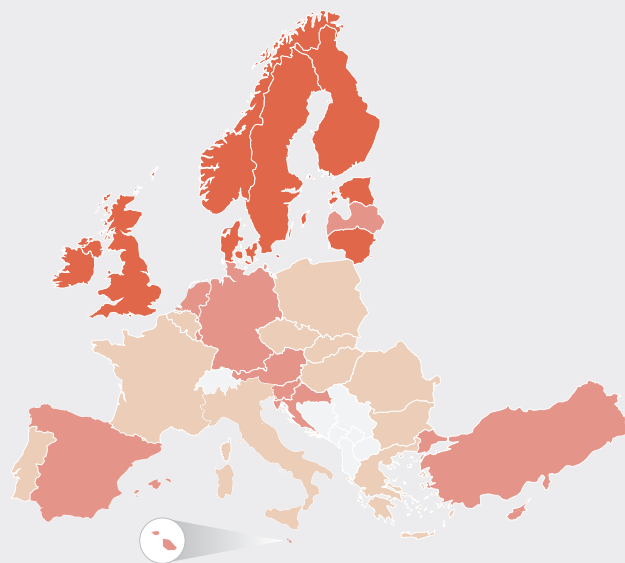
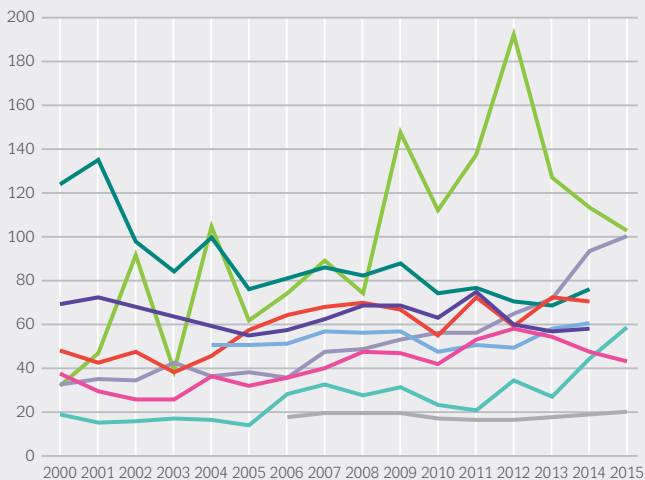
Jedan od ciljeva ustanova za nadzor uporabe droga smanjenje je broja slučajeva predoziranja i osiguravanje stručne potpore ako do njega ipak dođe. Takve ustanove trenutačno djeluju u šest zemalja EU-a i Norveškoj, a ukupno ih je 78. U 2016. dvije su prostorije u kojima se droge mogu upotrebljavati pod nadzorom otvorene u Francuskoj na probno razdoblje od šest godina, a nove su ustanove osnovane i u Danskoj i Norveškoj.

Osobe koje često započinju i prekidaju terapiju u posebnoj su opasnosti od predoziranja

SLIKA 3.13

Stope smrtnosti uzrokovane drogom među odraslima (15 – 64): odabrani trendovi i najnoviji podatci

Slučajeva na milijun stanovnika

Slučajeva na milijun stanovnika
 <10 10–40 >40

Napomena: trendovi u osam zemalja koje su prijavile najviše vrijednosti u 2015. ili 2014. i opći europski trend. EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku.

Nalokson: razvoj novih proizvoda

Nalokson je lijek opijatnog antagonista koji može spasiti živote u slučaju opijatnog predoziranja, a upotrebljavaju ga bolnički odjeli za hitne slučajeve i osoblje hitne pomoći. U proteklim godinama došlo je do porasta pružanja naloksona konzumentima opijata, njihovim partnerima, suradnicima i obiteljima koji oni mogu odnijeti sa sobom, zajedno s edukacijom o prepoznavanju i reagiranju na predoziranje. Nalokson je dostupan za korištenje i osoblju službi koje redovito dolaze u kontakt s konzumentima droga. Programi za pružanje naloksona koji se može odnijeti doma trenutačno postoji u 10 europskih zemalja. Pribor za primjenu naloksona koje osiguravaju službe za prevenciju zlouporabe droga i zdravstvene službe obično sadrži šprice koje su prethodno napunjene lijekom, iako u Danskoj i Norveškoj postoji adapter koji omogućuje

intranazalni unos naloksona. U Francuskoj je novi oblik lijeka za nazalnu primjenu dobio privremeno odobrenje za uporabu. Nakon proširivanja programa pružanja naloksona koji se može odnijeti doma na okruženja zajednice u Estoniji 2013., u 2015. proširen je i na zatvore. Nedavnim sustavnim pregledom djelotvornosti naloksona koji se može odnijeti kući pronađeni su dokazi da njegovo pružanje u spoju s edukacijom i intervencijama obuke smanjuje stopu smrtnosti povezanu s predoziranjem. Određene populacije s povećanim rizikom od predoziranja, kao što su zatvorenici koji su nedavno pušteni iz zatvora, mogli bi imati posebne koristi od takvog programa. Evaluacijom nacionalnog programa za pružanje naloksona u Ujedinjenoj Kraljevini (Škotskoj) otkriveno je da je on povezan sa značajnim smanjenjem omjera smrtnih slučajeva povezanih s opijatima do kojih je došlo unutar mjesec dana od puštanja iz zatvora.

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-a

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

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

Country Drug Reports 2017.

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

2016

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

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

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

Health responses to new psychoactive substances.

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

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

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

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

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

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i ECDC-a

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Sve publikacije dostupne su na internetskim stranicama www.emcdda.europa.eu/publications

Prilog

Nacionalni podatci upotrijebljeni za procjenu prevalencije uporabe droga, uključujući ovisnost o opijatima, supstitucijsku terapiju, ukupan broj osoba na terapiji, prijem na terapiju, intravensku uporabu droga, smrtne slučajeve uzrokovane drogom, zarazne bolesti povezane s drogama, distribuciju šprica i zapljene. Podatci su dobiveni iz **Statističkog biltena za 2017. EMCDDA-a, u kojem se nalaze i ostale bilješke i metapodatci, i čine njegov sastavni dio. Naznačene su i godine na koje se podatci odnose.**

TABLICA A1

OPIJATI

Država	Procjena visokorizične uporabe opijata		Konzumenti prvi puta uključeni u tretman tijekom godine						Osobe na supstitucijskoj terapiji
			Konzumenti opijata u % osoba prvi puta uključenih u tretman			Intravenski konzumenti opijata u % (glavni način uporabe)			
			Svi konzumenti koji su započeli s tretmanom	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu	Svi konzumenti koji su započeli s tretmanom	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu	
Godina procjene	Slučajeva na 1000	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	broj	
Belgija	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bugarska	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Češka	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danska	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Njemačka	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estonija	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irska	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Grčka	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Španjolska	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Francuska	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Hrvatska	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italija	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Cipar	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Latvija	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Litva	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luksemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Mađarska	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Nizozemska	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austrija	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Poljska	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugal	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Rumunjska	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slovenija	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slovačka	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finska	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Švedska (¹)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Ujedinjena Kraljevina	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Turska	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norveška (²)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Europska unija	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
EU, Turska i Norveška	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Podatci o osobama na supstitucijskoj terapiji vrijede za 2015. g. ili posljednju dostupnu godinu: Danska, Finska, Nizozemska i Španjolska, 2014.; Turska, 2011.

(¹) Podatci o osobama koje su prvi put započele s tretmanom ili se vratile u tretman dostupni su samo za dva od tri dostupna izvora podataka u Švedskoj i stoga nisu usporedivi s podacima za sve osobe u tretmanu.

(²) Postotak osoba koje su u tretmanu zbog problema povezanih s opijatima minimalna je vrijednost i ne obuhvaća konzumente opijata koji su registrirani kao konzumenti više vrsta droga.

TABLICA A2

KOKAIN

Država	Procjena prevalencije				Konzumenti prvi puta uključeni u tretman tijekom godine					
	Opća populacija			Školska populacija	Konzumenti kokaina u % osoba prvi puta uključeni u tretman			Intravenski konzumenti kokaina u % (glavni način uporabe)		
	Godina istraživanja	Tijekom života, odrasli (15 – 64)	U posljednjih 12 mjeseci, mlade odrasle osobe (15 – 34)		Tijekom života, učenici (15 – 16)	Svi konzumenti koji su započeli s tretmanom	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili u tretmanu	Svi konzumenti koji su započeli s tretmanom	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman
	%	%	%	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)
Belgija (1)	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bugarska	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Češka	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danska	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Njemačka (2)	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estonija	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irska	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Grčka	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Španjolska	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Francuska	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Hrvatska	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italija	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Cipar	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Latvija	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litva	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Mađarska (3)	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Nizozemska	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Austrija	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Poljska	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugal	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Rumunjska	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovenija	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slovačka	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finska	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Švedska (4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ujedinjena Kraljevina (2,4)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Turska	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norveška (4)	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Europska unija	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
EU, Turska i Norveška	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Procjena prevalencije za školsku populaciju proizlaze iz nacionalnih istraživanja provedenih u školama ili projekta ESPAD. Zbog nejasnoća u postupcima prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

(1) Procjena prevalencije za opću populaciju odnose se samo na Flandriju.

(2) Procjene prevalencije za opću populaciju odnose se samo na Englesku i Wales.

(3) Raspon dobi za procjenu prevalencije u općoj populaciji: 18 – 64, 18 – 34.

(4) Raspon dobi za procjenu prevalencije u općoj populaciji: 16 – 64, 16 – 34.

(5) Podatci o osobama koje su prvi put započele s tretmanom ili se vratile u tretman dostupni su samo za dva od tri dostupna izvora podataka u Švedskoj i stoga nisu usporedivi s podacima za sve osobe u tretmanu.

TABLICA A3

AMFETAMINI

Država	Procjena prevalencije				Konzumenti prvi puta uključeni u tretman tijekom godine					
	Opća populacija			Školska populacija	Konzumenti amfetamina u % osoba prvi puta uključeni u tretman			Intravenski konzumenti amfetamina u % (glavni način uporabe)		
	Godina istraživanja	Tijekom života, odrasli (15 – 64)	U posljednjih 12 mjeseci, mlade odrasle osobe (15 – 34)	Tijekom života, učenici (15 – 16)	Svi konzumenti koji su započeli s tretmanom	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili u tretmanu	Svi konzumenti koji su započeli s tretmanom	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili u tretmanu
	%	%	%	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)
Belgija (1)	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bugarska	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Češka	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danska	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Njemačka (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estonija	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irska	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Grčka	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Španjolska	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Francuska	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Hrvatska	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italija	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Cipar	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Latvija	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Litva	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luksemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Mađarska (4)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Nizozemska	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Austrija	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Poljska	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugal	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumunjska	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovačka	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finska	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Švedska (3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Ujedinjena Kraljevina (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Turska	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norveška (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Europska unija	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
EU, Turska i Norveška	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Procjena prevalencije za školsku populaciju proizlaze iz nacionalnih istraživanja provedenih u školama ili projekta ESPAD. Zbog nejasnoća u postupcima prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

(1) Procjena prevalencije za opću populaciju odnose se samo na Flandriju.

(2) Procjene prevalencije za opću populaciju odnose se samo na Englesku i Wales.

(3) Konzumenti koji su prvi puta uključeni u tretman uključuju osobe koje ne upotrebljavaju samo amfetamine nego i druge stimulanse, osim kokaina.

(4) Raspon dobi za procjenu prevalencije u općoj populaciji: 18 – 64, 18 – 34.

(5) Raspon dobi za procjenu prevalencije u općoj populaciji: 16 – 64, 16 – 34.

(6) Podatci o osobama koje su prvi put započele s tretmanom ili se vratile u tretman dostupni su samo za dva od tri dostupna izvora podataka u Švedskoj i stoga nisu usporedivi s podacima za sve osobe u tretmanu.

TABLICA A4

MDMA

Država	Procjena prevalencije				Konzumenti prvi puta uključeni u tretman tijekom godine		
	Opća populacija			Školska populacija	Konzumenti MDMA u % osoba prvi puta uključenih u tretman		
	Godina istraživanja	Tijekom života, odrasli (15 – 64)	U posljednjih 12 mjeseci, mlade odrasle osobe (15 – 34)	Tijekom života, učenici (15 – 16)	Svi konzumenti koji su započeli s tretmanom	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu
		%	%	%			
Belgija (1)	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bugarska	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Češka	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danska	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Njemačka (2)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonija	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irska	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Grčka	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Španjolska	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Francuska	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Hrvatska	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italija	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Cipar	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Latvija	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Litva	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–
Mađarska (2)	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Nizozemska	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austrija	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Poljska	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugal	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Rumunjska	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slovenija	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slovačka	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finska	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Švedska (4)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Ujedinjena Kraljevina (2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turska	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norveška (4)	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Europska unija	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
EU, Turska i Norveška	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

Procjene prevalencije za školsku populaciju proizlaze iz nacionalnih istraživanja provedenih u školama ili projekta ESPAD. Zbog nejasnoća u postupcima prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

(1) Procjene prevalencije za opću populaciju odnose se samo na Flandriju.

(2) Procjene prevalencije za opću populaciju odnose se samo na Englesku i Wales.

(3) Raspon dobi za procjene prevalencije u općoj populaciji: 18 – 64, 18 – 34.

(4) Raspon dobi za procjene prevalencije u općoj populaciji: 16 – 64, 16 – 34.

TABLICA A5

KANABIS

Država	Procjena prevalencije				Konzumenti prvi puta uključeni u tretman tijekom godine		
	Opća populacija			Školska populacija	Konzumenti kanabisa u % osoba prvi puta uključenih u tretman		
	Godina istraživanja	Tijekom života, odrasli (15 – 64)	U posljednjih 12 mjeseci, mlade odrasle osobe (15 – 34)	Tijekom života, učenici (15 – 16)	Svi konzumenti koji su započeli s tretmanom	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili u tretmanu
		%	%	%	% (broj)	% (broj)	% (broj)
Belgija ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bugarska	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Češka	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danska	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Njemačka ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estonija	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irska	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Grčka	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Španjolska	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Francuska	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Hrvatska	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italija	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Cipar	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Latvija	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Litva	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luksemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Mađarska ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Nizozemska	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austrija	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Poljska	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugal	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Rumunjska	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slovenija	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slovačka	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finska	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Švedska ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Ujedinjena Kraljevina ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turska	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norveška ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Europska unija	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
EU, Turska i Norveška	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Procjena prevalencije za školsku populaciju proizlaze iz nacionalnih istraživanja provedenih u školama ili projekta ESPAD. Zbog nejasnoća u postupcima prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

⁽¹⁾ Procjene prevalencije za opću populaciju odnose se samo na Flandriju.

⁽²⁾ Procjene prevalencije za opću populaciju odnose se samo na Englesku i Wales.

⁽³⁾ Raspon dobi za procjene prevalencije u općoj populaciji: 18 – 64, 18 – 34.

⁽⁴⁾ Raspon dobi za procjene prevalencije u općoj populaciji: 16 – 64, 16 – 34.

⁽⁵⁾ Podatci o osobama koje su prvi put započele s tretmanom ili se vratile u tretman dostupni su samo za dva od tri dostupna izvora podataka u Švedskoj i stoga nisu usporedivi s podacima za sve osobe u tretmanu.

TABLICA A6

OSTALI POKAZATELJI

Država	Smrtni slučajevi uzrokovani uporabom droga (u dobi 15 – 64)	Dijagnoze zaraze HIV-om među intravenskim konzumentima (ECDC)	Procjena intravenske uporabe droga		Šprice podijeljene u okviru posebnih programa
	Slučajeva na milijun stanovnika (broj)	Slučajeva na milijun stanovnika (broj)	Godina procjene	Slučajeva na 1000 stanovnika	broj
Belgija	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bugarska	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Češka	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Danska	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Njemačka	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estonija	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irska (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Grčka	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Španjolska (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Francuska (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Hrvatska	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italija	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Cipar	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Latvija	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Litva	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luksemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Mađarska	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Nizozemska	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Austrija	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Poljska	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugal	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Rumunjska	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slovenija	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slovačka	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finska	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Švedska	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Ujedinjena Kraljevina (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turska	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norveška	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Europska unija	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
EU, Turska i Norveška	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

Potrebna je oprez prilikom usporedbe smrtnih slučajeva uzrokovanih drogama s problemima kodiranja, pokrivenosti i neprijavlivanja u nekim zemljama.

(¹) Šprice podijeljene u okviru posebnih programa odnose se na 2014.

(²) Podatci o špricama za Ujedinjenu Kraljevinu: Engleska, nema podataka; Škotska, 4,376,456 i Wales, 3,398,314 (oboje vrijedi za 2015.); Sjeverna Irska, 292,390 (2014.).

TABLICA A7

ZAPLJENE

Država	Heroin		Kokain		Amfetamini		MDMA	
	Zaplijenjena količina kg	Broj zapljena broj	Zaplijenjena količina kg	Broj zapljena broj	Zaplijenjena količina kg	Broj zapljena broj	Zaplijenjena količina tableta (kg)	Broj zapljena broj
Belgija	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bugarska	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Češka	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Danska	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Njemačka	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estonija	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irska	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Grčka	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Španjolska	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Francuska	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Hrvatska	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italija	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Cipar	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Latvija	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Litva	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luksemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Mađarska	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Nizozemska	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austrija	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Poljska	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugal	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Rumunjska	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Slovenija	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovačka	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finska	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Švedska	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Ujedinjena Kraljevina	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turska	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norveška	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Europska unija	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
EU, Turska i Norveška	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

Amfetamini uključuju amfetamin i metamfetamin.

Svi podatci odnose se na 2015. g. Podatci za Škotsku (UK) nisu dostupni.

TABLICA A7

ZAPLJENE (nastavak)

Država	Kanabis-smola		Biljni kanabis		Biljka kanabisa	
	Zaplijenjena količina kg	Broj zapljena broj	Zaplijenjena količina kg	Broj zapljena broj	Zaplijenjena količina biljaka (kg)	Broj zapljena broj
Belgija	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bugarska	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Češka	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Danska	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Njemačka	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estonija	812	21	60	597	0 (12)	44
Irska	–	192	–	1 049	– (–)	182
Grčka	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Španjolska	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Francuska	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Hrvatska	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italija	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Cipar	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Latvija	1 272	63	71	712	– (20)	17
Litva	591	32	143	456	– (–)	–
Luksemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Mađarska	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Nizozemska	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Austrija	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Poljska	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugal	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Rumunjska	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slovenija	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slovačka	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finska	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Švedska	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Ujedinjena Kraljevina	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turska	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norveška	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Europska unija	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
EU, Turska i Norveška	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Svi podatci odnose se na 2015. g. Podatci za Škotsku (UK) nisu dostupni.

KAKO DOĆI DO PUBLIKACIJA EU-A

Besplatne publikacije:

jedan primjerak:
u knjižari EU-a (<http://bookshop.europa.eu>);

više od jednog primjerka ili plakati/zemljovidi:
u predstavništvima Europske unije
(http://ec.europa.eu/represent_en.htm),
pri delegacijama u zemljama koje nisu članice EU-a
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_en.htm),
kontaktiranjem službe Europe Direct
(http://europa.eu/eurodirect/index_en.htm)
ili pozivanjem broja 00 800 6 7 8 9 10 11 (besplatni
poziv iz EU-a) (*).

(*Informacije su besplatne, kao i većina poziva (premda neke mreže, javne govornice ili hoteli mogu naplaćivati pozive).

Publikacije koje se plaćaju:

u knjižari EU-a (<http://bookshop.europa.eu>).



O ovom izvješću

Izvješće „Trendovi i razvoj” predstavlja pregled najviše razine koji se odnosi na pojavu droga u Europi, a obuhvaća ponudu droga, njihovu uporabu, probleme javnog zdravstva te politike i odgovore u vezi s drogama. Zajedno s internetskim [Statističkim biltenom](#) i 30 [Izvješća o drogama po zemljama](#) čini paket [Europskog izvješća o drogama 2017.](#)

O agenciji EMCDDA

Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA) glavni je izvor informacija i nadležno tijelo za pitanja u vezi s drogom u Europi. Već više od 20 godina prikuplja, analizira i objavljuje znanstveno potkrijepljene podatke o drogama i bolesti ovisnosti o drogama te njihovim posljedicama, pružajući tako svojim ciljnim skupinama sliku stanja s drogama na europskoj razini, koja je utemeljena na dokazima.

EMCDDA-ove publikacije primarni su izvor informacija za širok niz ciljnih skupina, uključujući sljedeće: donositelje politika i njihove savjetnike, stručnjake i istraživače koji djeluju u području droga te općenito medije i širu javnost. Sjedište EMCDDA-a je u Lisabonu, što ga čini jednom od decentraliziranih agencija Europske unije.

