



Europski centar za praćenje
droga i ovisnosti o drogama

HR

ISSN 2314-9582

Europsko izvješće o drogama

Trendovi i razvoj

2019



Europski centar za praćenje
droga i ovisnosti o drogama

Europsko izvješće o drogama

Trendovi i razvoj

2019

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 uporabe podataka sadržanih u ovom dokumentu. Sadržaj ove publikacije ne odražava nužno službena mišljenja partnera EMCDDA-a, država članica EU-a ili bilo koje druge institucije ili agencije Europske unije.

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, 2019.

| | | | | |
|--------------|------------------------|----------------|--------------------|-------------------|
| Print | ISBN 978-92-9497-439-6 | ISSN 2314-9019 | doi:10.2810/317750 | TD-AT-19-001-HR-C |
| PDF | ISBN 978-92-9497-396-2 | ISSN 2314-9582 | doi:10.2810/415653 | TD-AT-19-001-HR-N |

© Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama, 2019.

Umnožavanje je dopušteno uz uvjet da se navede izvor.

Prijedlog citiranja ove publikacije: Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (2019.), *Europsko izvješće o drogama 2019.: trendovi i razvoj*, Ured za publikacije Europske unije, Luksemburg.



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 | Uvodna napomena i zahvale |
| 11 | KOMENTAR Razumijevanje situacije u području droga u Europi 2019. |
| 19 | POGLAVLJE 1. Ponuda droga i tržište |
| 41 | POGLAVLJE 2. Prevalencija i trendovi u području uporabe droga |
| 63 | POGLAVLJE 3. Štetne posljedice povezane s uporabom droga i odgovori na tu problematiku |
| 87 | PRILOG Nacionalne tablice s podacima |

Predgovor

S velikim vam zadovoljstvom predstavljamo ključnu publikaciju EMCDDA-a, Europsko izvješće o drogama za 2019.: trendovi i razvoj. Izvješće sadrži analizu najnovijih podataka o situaciji u pogledu droga te poduzete mjere u Europskoj uniji, Norveškoj i Turskoj. Uz izvješće su dostupni i drugi mrežni resursi s informacijama, uključujući naš Statistički bilten s izvornim podacima. Paket izvješća o drogama također sadrži i 30 izvješća o drogama po zemljama s pregledom postojećeg stanja u svim zemljama koje sudjeluju u informacijskoj mreži EU-a o drogama.

PAKET EUROPSKOG IZVJEŠĆA O DROGAMA ZA 2019.

Međusobno povezani elementi koji omogućavaju pristup dostupnim podacima i analizi problema s drogama na europskoj i nacionalnoj razini



Cilj je EMCDDA-a doprinijeti zdravijoj i sigurnijoj Europi. To želimo postići osiguranjem najboljih mogućih dokaza za podršku razvoju informiranih i ciljanih politika i mjera u području droga. Naše ključno izvješće dionicima osigurava pravodoban pregled situacije s drogama, što je nužno za razvoj učinkovitih odgovora na suvremene probleme. Nadalje, sadržava analizu novih trendova što nam omogućava pripremu za buduće izazove koji se javljaju u ovom kompleksnom području koje se brzo mijenja.

Ovogodišnje izvješće izdano je u vrijeme ključno za razmatranje razvoja politike o drogama, posebno uzimajući u obzir međunarodnu debatu o odgovarajućim popratnim aktivnostima posebne sjednice Ujedinjenih naroda o problemu droga u svijetu održane 2016. Sljedeće e bit će dovršena konačna procjena postojeće strategije EU-a o drogama (2013. - 2020.). Tijekom tog razdoblja u Europi je došlo do dramatičnih promjena izazova u području droga, uključujući pojavu većeg broja nekontroliranih tvari. Značajne promjene također su zahvatile tržište droga i uporabu droga te se povećalo naše razumijevanje učinkovitih intervencija. Tržište na kojem dominiraju tvari na bazi biljaka uvezene u Europu razvilo se u tržište na kojem su sintetičke droge i proizvodnja u Europi sve važnije. Globalizacija i napredak u tehnologiji izmijenili su strateška pitanja koja tvorci politika u Europi moraju razmatrati. Ponosni smo na međunarodni ugled koji EMCDDA ima u ažurnom praćenju tih promjena i pružanju potrebnih informacija za podršku suradnji i koordinaciji koje predviđa strategija EU-a o drogama.

Europska unija i njene države članice posvećene su ostvarivanju ciljeva usvojenih u Programu održivog razvoja do 2030. koji su izdali Ujedinjeni narodi. Brojni aspekti tih ciljeva izravno se ili neizravno odnose na probleme s drogama. Na primjer, proizvodnja i krijumčarenje droga mogu znatno naštetiti samom okolišu, institucijskim strukturama i kvaliteti života građana u tim zemljama. Ciljevi 3.3. i 3.5. usmjereni su na iskorjenjivanje epidemija zaraznih bolesti, bolju prevenciju i terapiju za probleme uzrokovanih drogama. U tom je kontekstu Europa predana ostvarivanju cilja eliminacije virusnog hepatitisa među intravenskim ovisnicima u sljedećih deset godina. Virus hepatitisa C visoko je prevalentan u toj skupini, no nedavni napredak u području lijekova za liječenje zaraze učinio je iskorjenjivanje tog virusa dostižnim ciljem. Upravo zato u ovogodišnjem Europskom izvješću o drogama posebno naglašavamo potrebu jačanja suzbijanja, testiranja i terapije koji su od ključne važnosti za postizanje tog važnog javnozdravstvenog cilja.

Konačno, zahvaljujemo svojim nacionalnim središnjicama u mreži Reitox, svojim ostalim nacionalnim i međunarodnim partnerima te Znanstvenom odboru EMCDDA-a bez čije podrške ovo izvješće ne bi bilo moguće. Također zahvaljujemo svojim europskim partnerima, posebno Europskoj komisiji, Europolu, Europskom centru za sprečavanje i kontrolu bolesti te Europskoj agenciji za lijekove. I na kraju, zahvalni smo specijaliziranim mrežama na njihovoj suradnji, čime su naše izvješće obogatili najnovijim i inovativnim podacima.

Laura d'Arrigo

Predsjednica Upravnog odbora EMCDDA-a

Alexis Goosdeel

Direktor EMCDDA-a



Uvodna napomena i zahvale

Ovo se izvješće temelji na informacijama koje su EMCDDA-u dostavile države članice EU-a, zemlja kandidatkinja Turska te Norveška, u obliku nacionalnih izvješća.

Svrha je ovoga izvješća dati pregled i sažeto opisati situaciju u području droga u Europi i odgovore na tu problematiku. Statistički podatci izneseni u izvješću odnose se na 2017. (ili posljednju dostupnu godinu). Analiza trendova odnosi se samo na one zemlje koje su prikupile dovoljno podataka za opisivanje promjena u navedenom razdoblju. Čitatelj također treba imati u vidu da praćenje obrazaca i trendova u skrivenom i stigmatiziranom okruženju karakterističnom za uporabu droga predstavlja izazov u praktičnom i metodološkom smislu. Zbog toga su za analizu u ovom izvješću upotrijebljeni višestruki izvori podataka. Iako se zamjećuju znatni pomaci i u nacionalnim analizama i u analizi koju je moguće provesti na europskoj razini, treba istaknuti da u tom području postoje metodološke teškoće. U tumačenju je stoga potreban oprez, posebno kada se zemlje uspoređuju na osnovi bilo koje jedinstvene mjere. Upozorenja i ograničenja povezana s podatcima mogu se pronaći u internetskoj verziji ovoga izvješća i u [Statističkom biltenu](#), u kojima se navode detaljne informacije o metodologiji i valjanosti analize te napomene o ograničenjima u dostupnim skupovima podataka. Dostupne su i informacije o metodama i podatcima koji su upotrijebljeni za procjene na razini Europe, za koje se može primijeniti interpolacija.

Referentno razdoblje za sve grafikone, analize i podatke uključene u ovo izvješće odražava situaciju u području droga do kraja 2018. Stoga svi grupirani, agregirani podatci i oznake odražavaju stanje iz 2018. u pogledu sastava Europske unije i zemalja koje sudjeluju u EMCDDA-ovom postupku izvješćivanja. Zbog vremena koje je potrebno za kompilaciju i podnošenje podataka, brojni godišnji skupovi podataka koji se ovdje nalaze odnose se na referentno razdoblje od siječnja do prosinca 2017.

EMCDDA zahvaljuje na pomoći u izradi ovoga izvješća:

- voditeljima nacionalnih središnjica za Reitox i njihovu osoblju;
- službama i stručnjacima iz svih država članica, 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;
- Skupini Pompidou 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), Središnjoj europskoj skupini za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (SCORE), Europskoj mreži za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN Plus), mreži Europske inicijative za prikupljanje i analizu šprica (ESCAPE), Transeuropskoj informacijskoj mreži o drogama (TEDI), Skupini za europsko internetsko istraživanje o drogama;
- Prevoditeljskom centru za tijela Europske unije i Uredu za publikacije Europske unije.

Nacionalne središnjice za Reitox

Reitox je Europska informacijska mreža o drogama i ovisnosti o drogama. Mreža se sastoji od nacionalnih središnjica u državama članicama Europske unije, zemlji kandidatkinji Turskoj te u Norveškoj i pri Europskoj komisiji. Pod nadležnošću svojih vlada, središnjice su nacionalna tijela koja šalju informacije o drogama EMCDDA-u. Podatci za kontakt nacionalnih središnjica nalaze se na [EMCDDA-ovim internetskim stranicama](#).

Komentar

**U Europskom izvješću o drogama
za 2019. daje se kratki pregled
situacije u području droga u Europi**

Razumijevanje situacije u području droga u Europi 2019.

Najnovijom analizom stanja u području droga u Europi koju je proveo EMCDDA utvrđeno je da je tržište otporno i da odražava razvoj događaja na globalnoj razini. Stalni zdravstveni i sigurnosni problemi koji nastaju zbog postojećih i novijih nezakonitih droga pridonose stvaranju zahtjevnog političkog konteksta za oblikovanje i provedbu učinkovitih odgovora na te probleme. U Europskom izvješću o drogama za 2019. daje se kratki pregled situacije na u području droga u Europi na temelju najnovijih dostupnih podataka. U ovom se uvodnom odjeljku iznosi kratak analitički komentar o pojedinim važnim pitanjima koja se trenutačno nalaze na dnevnom redu politike za suzbijanje zlouporabe droga u Europi.

Opioidi: potrebno je poduzeti dodatne mjere za rješavanje rastućeg problema

Europski problem povezan s drogama nekoć je obilježavala intravenska uporaba heroina. Danas su, povijesno gledano,

potrebe za tretmanom ovisnosti o heroinu male, stope intravenske uporabe smanjile su se, a broj novih slučajeva zaraze virusom HIV-a godišnje zbog intravenske uporabe droga tijekom proteklog se desetljeća smanjio za približno 40 %. To su dobre vijesti. Hvalevrijedno je da su europske zemlje uvele pragmatične mjere za smanjenje štetnih posljedica i za tretman ovisnosti koje su pridonijele tim uspjesima. Nasuprot tome, u drugim dijelovima svijeta problemi povezani s opioidima uzimaju sve više maha, što dovodi do znatnog povećanja troškova javnog zdravstva i u Sjevernoj Americi i pojedinim zemljama koje graniče s Europskom unijom. Međutim, unatoč poboljšanjima koja su zamijećena u Europi, uporaba opioida i dalje uvelike pridonosi sve većim zdravstvenim i socijalnim troškovima koji nastaju zbog uporabe droga u Europi, a opseg prijetnji koje ta vrsta droge predstavlja možda se čak i povećava.

Analiza dostupnih odgovora na probleme povezane s opioidima pokazala je da su u pojedinim zemljama, posebno u istočnim dijelovima Europe, mjere za smanjenje štetnih posljedica i tretman ovisnosti i dalje nedostatni. Postoje i naznake o tome da se stanje pogoršalo u određenim zemljama u kojima je pokrivenost odgovarajućim uslugama u prošlosti bila dobra. Istodobno, potrebe sve starije i često sve ugroženije skupine dugoročnih konzumenata opioida i dalje se povećavaju. To potvrđuju smrtni slučajevi zbog predoziranja, pri čemu je prosječna dob žrtava trenutačno 39 godina, kao i visoka stopa prevalencije fizičkih i psihičkih zdravstvenih problema u toj skupini. Nadalje, u proteklih je pet godina zamijećen ukupni porast broja smrtnih slučajeva povezanih s drogama, pri čemu su povećanja zabilježena u svim

dobnim skupinama iznad 30 godina. Pokazatelji povezani s ponudom upućuju na to da se opseg prijetnje povećava. Količina zaplijenjenog heroina povećala se, a stopa čistoće droge i dalje je relativno visoka, dok je cijena relativno niska što upućuje na visoku razinu dostupnosti u mnogim dijelovima Europe. Nedavno su u nekim zemljama EU-a otkriveni i laboratoriji za obradu heroina, što je razlog za zabrinutost.

Suzbijanje virusnog hepatitisa

Europa predano radi na provedbi međunarodnog Programa održivog razvoja do 2030. Taj globalni politički okvir obuhvaća suzbijanje virusnog hepatitisa. Na području Europske unije to je posebno važno za intravenske konzumente droga jer je riječ o osobama koje ta bolest najčešće pogađa, ali i osobama koje su izložene najvećem riziku od prijenosa zaraze. Rješavanje problema učinka virusnog hepatitisa na zdravlje do 2030. stoga će ovisiti o povećanju mjera prevencije i pristupa testiranju i tretmanu za hepatitis B i C u toj skupini.

Strategije za suzbijanje hepatitisa trenutačno su uspostavljene u 17 zemalja EU-a i Norveškoj, a sve veći broj zemalja osigurava neograničen pristup podnošljivijim i učinkovitijim antivirusnim lijekovima izravnog djelovanja. Ipak, mnogo se toga još mora poduzeti. Pregledi namijenjeni otkrivanju HCV-a ključno su polazište za učinkovito liječenje hepatitisa i pridonose prevenciji daljnjeg prijenosa zaraze. Važnu ulogu u tome mogu imati službe za suzbijanje zlouporabe droga na razini zajednice. Međutim, u brojnim zemljama nisu uspostavljene učinkovite politike testiranja ni odgovarajući postupci za upućivanje. U liječenju konzumenata droga može biti prisutan i otpor stručnjaka, a prednosti koje ulaganje u taj oblik skrbi donose i pojedincima i široj zajednici nisu uvijek prepoznate. EMCDDA razvija alate za potporu provedbe tretmana virusnog hepatitisa u okruženjima za tretman ovisnosti. To su kontrolni popis za utvrđivanje prepreka unaprjeđenju testiranja i tretmana HCV-a, upitnik za zaposlenike službi i ilustrativne studije slučaja u kojima se prikazuje na koji način inovativni pristupi testiranju na razini zajednice mogu biti vrijedan doprinos odgovorima na probleme povezane s tom bolešću.

Danas sintetički opioidi imaju veću ulogu

U Sjedinjenim Američkim Državama i Kanadi pokretač trenutačnog širenja zlouporabe opioida jest uporaba sintetičkih opioida, posebno derivata fentanila. U Europi taj trend nije prisutan, no postoje razlozi za zabrinutost. U EU sustav ranog upozoravanja za nove psihoaktivne tvari

prijavljeno je oko 50 novih sintetičkih opioida. Mnoge od tih tvari povezane su s teškim slučajevima trovanja i smrtnim slučajevima. Neke od njih, kao što je karfentanil, iznimno su snažne, što znači da se mogu krijumčariti u vrlo malim količinama koje je teško otkriti, a mogu se rasporediti u više tisuća doza za konzumente. Osim toga, čini se da sintetički opioidi koji se uglavnom upotrebljavaju kao lijekovi imaju sve veću ulogu kada je riječ o problemima povezanim s drogama u mnogim dijelovima Europe, a uključuju droge koje se upotrebljavaju za supstitucijsku terapiju i ublažavanje boli. Svaka peta osoba koja započinje tretman ovisnosti zbog problema s opioidima kao glavnu problematičnu drogu umjesto heroina danas navodi neki sintetički opioid, a te se droge sve češće otkrivaju kao uzrok u slučajevima predoziranja. Unatoč toj prijetnji, trenutačna mogućnost otkrivanja i prijavljivanja dostupnosti, uporabe i posljedica uporabe sintetičkih opioida i dalje je ograničena. Stoga se unaprjeđenje osjetljivosti izvora podataka u tom području mora smatrati prioritetom.

Važnost izvora toksikoloških i forenzičkih podataka

Smrtni slučajevi zbog predoziranja rijetko se povezuju s uporabom samo jedne tvari. Suvremeni obrasci uporabe droga vrlo su dinamični jer se na tržištu pojavljuje sve veći broj droga, a konzumenti često, svjesno ili nesvjesno, konzumiraju niz različitih tvari. To znači da će bez kvalitetnih forenzičkih i toksikoloških podataka nove prijetnje za zdravlje možda proći nezamijećeno. Stoga postoji opasnost da bi se mogla previdjeti uloga snažnih novih psihoaktivnih tvari, npr. derivata fentanila, u smrtnim slučajevima zbog predoziranja, posebno ako se one konzumiraju zajedno s poznatijim drogama, kao što je heroin. Pojedine države članice EU-a, posebno u sjevernoj Europi, ulažu u poboljšanje dostupnosti i osjetljivosti toksikoloških podataka, što omogućuje bolje razumijevanje trendova povezanih s drogama i prijetnji za zdravlje. Primjerice, uvođenjem sveobuhvatnog pregleda i povećanjem osjetljivosti testiranja u Švedskoj udvostručio se broj otkrivenih slučajeva povezanih s fentanilom među testiranim uzorcima smrtnih slučajeva povezanih s drogama. Ipak, nedavno istraživanje EMCDDA-a pokazalo je da se tvari koje se rjeđe pojavljuju ne mogu otkriti u svim laboratorijima. Za forenzičko i toksikološko istraživanje

**Europa predano radi
na provedbi međunarodnog
Programa održivog razvoja
do 2030.**

SLIKA 1

Novi pokazatelji za nadopunu postojećih izvora podataka



ključna je dostupnost referentnih normi. Međutim, u mnogim laboratorijima one nisu dostupne za nove psihoaktivne tvari. Osim toga, nedostatak europskih forenzičkih i toksikoloških smjernica za istraživanja povezana sa smrtnim slučajevima uzrokovanim drogama prepreka je unaprjeđenju praćenja i prakse u tom području. Općenito, budući da će važnost sintetičkih droga svih vrsta vjerojatno nastaviti rasti, bit će nužna veća ulaganja u izvore toksikoloških i forenzičkih podataka.

Inovativni alati za praćenje omogućuju uvid u nove trendove

Ovogodišnje Europsko izvješće o drogama temelji se na nizu novijih ciljanih izvora podataka. Takvi inovativni pokazatelji nisu reprezentativni za opću populaciju, a imaju i druga ograničenja. Međutim, s pomoću njih se pružaju korisni, aktualni i dopunski podatci na temelju kojih se stječe vrijedan uvid u uporabu droga u Europi (vidjeti sliku 1.). Primjerice, analizom otpadnih voda daje se kratki pregled količina droga koje se konzumiraju na razini zajednice u gradovima diljem Europe. Jedna je od prednosti tog izvora podataka ta da se informacije mogu brzo prijaviti i na taj način mogu biti rani znak upozorenja na promjene u području uporabe droga. O tome svjedoče novi podatci za 2018. koje su nedavno objavili skupina SCORE i EMCDDA, a koji ukazuju na veću geografsku raširenost i ukupno povećanje uporabe svih vrsta stimulativnih droga koje se najčešće konzumiraju.

Drugi novi izvori podataka uvršteni u ovogodišnje izvješće uključuju podatke Europskog internetskog istraživanja o drogama. Na temelju uzorka konzumenata droga koji su na sudjelovanje u istraživanju pozvani putem interneta, rezultati ovog istraživanja pružaju informacije o obrascima uporabe i kupnje nezakonitih droga koje se najčešće konzumiraju. U istraživanju se preispituju i informacije službi za provjeru droga koje omogućuju da se analizom droge saznaju informacije o njezinu sadržaju, kako bi se pružio uvid u uporabu droga u specifičnim rekreacijskim okruženjima.

Podacima o hitnim bolničkim prijemima koji se odnose na akutne štetne posljedice povezane s drogama može se proširiti naše razumijevanje učinka koji uporaba droga ima na javno zdravlje u Europi. Slučajeve akutne toksičnosti uzrokovane drogama u odabranim bolnicama u 18 europskih zemalja prati Europska mreža za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN Plus). Rezultati ovogodišnje analize pokazuju na koji se način droge koje su uzrokovale hitne slučajeve mogu razlikovati diljem Europe. Primjerice, stimulativne droge bile su povezane s velikim brojem hitnih prijema, no slučajevi koji uključuju

amfetamine bili su najčešći na sjeveru i istoku Europe, dok je kokain stimulativna droga koja je prevladavala u južnim i zapadnim zemljama.

O ulozu koju stimulativne droge mogu imati u intravenskoj uporabi droga svjedoči i novo pilot-istraživanje u kojem su analizirani tragovi droga iz upotrijebljenih šprica prikupljenih na lokacijama za podjelu novih igala u pet europskih gradova. Stimulativne droge bile su najčešće otkrivena tvar na svim lokacijama osim jedne. Polovina analiziranih šprica sadržavala je tragove dviju ili više droga, a najčešća je kombinacija bila mješavina stimulativne droge i opioida. Zahvaljujući tim novim izvorima informacija mogu se potkrijepiti i nadopuniti postojeći izvori podataka, a time će se poboljšati naša svijest o manje zapaženim oblicima uporabe droga.

Tržište kokaina u Europi i dalje raste

Trenutačni podatci o kokainu pokazuju da su i broj zapljena i zaplijenjene količine dosegli dosad najvišu zabilježenu razinu. Kokain ulazi u Europi preko brojnih ruta i na različite načine, no posebno je istaknut rast krijumčarenja u velikim količinama preko glavnih luka. Na veću dostupnost te droge ukazuju i najviše procijenjene razine čistoće kokaina na maloprodajnoj razini u posljednjih deset godina. Reorganizacija opskrbnih lanaca kokaina i aktera koji u njima sudjeluju vidljiva je na razini posredništva i maloprodajnoj razini, a to se očituje u rascjepkanim,

fleksibilnijim i horizontalnijim organizacijskim strukturama. Manje skupine mogu ući na tržište s pomoću različitih oblika informacijske tehnologije kao što su šifriranje, dijelovi kriptotržišta (engl. „darknet“), društvene mreže za preprodaju i kriptovalute. Poduzetnička priroda na konkurentnom tržištu kokaina očituje se u obliku inovativnih strategija distribucije kao što su „pozivni centri“ namijenjeni isključivo za narudžbu i isporuku kokaina. Čini se da su te nove metode u određenoj mjeri odraz svojevrsnog narušavanja koje je vidljivo u drugim područjima čemu je pridonijela česta uporaba pametnih telefona koja je omogućila „uberizaciju“ prodaje kokaina, odnosno stvaranje konkurentnog tržišta na kojem se prodavatelji međusobno natječu tako da nude dodatne usluge kao što su brze i fleksibilne mogućnosti isporuke.

Kokain: vidljiviji štetni učinci na zdravlje

Osobito je teško procijeniti prevalenciju problematične uporabe kokaina jer je ta droga manje vidljiva u okviru utvrđenih pokazatelja koji su često usmjereniji na probleme povezane s opioidima. Bez obzira na to, postoje naznake da veća dostupnost kokaina uzrokuje sve veće zdravstvene troškove. Od 2014. broj konzumenata koji su prvi put uključeni u tretman ovisnosti zbog problema s kokainom, iako je i dalje relativno malen, povećao se za više od 35 %, a porast je zabilježen u približno dvije trećine zemalja. U nekim se zemljama kokain povezuje s nedavnim porastom broja smrtnih slučajeva povezanih s drogama. Ta se droga uz opioide često otkriva kao uzrok smrtnih slučajeva zbog predoziranja u dijelovima Europe u kojima je kokain stimulativna droga koja prevladava. Osim toga, uloga kokaina u smrtnim slučajevima povezanim s kardiovaskularnim bolestima možda neće biti zabilježena. Ako su podatci dostupni, ukazuju na ukupno povećanje broja hitnih slučajeva povezanih s kokainom, a kokain je najčešće zabilježena nezakonita tvar u okviru istraživanja Euro-DEN u 18 zemalja. Isto tako, kokain je pronađen u četvrtini ili više šprica testiranih u trima gradovima od njih pet koji sudjeluju u pilot-projektu za utvrđivanje korisnosti analize tragova u špricama za mapiranje obrazaca intravenske uporabe droga. Novi dostupni podatci pokazuju da se uporaba *crack* kokaina, oblika droge koji se može konzumirati pušenjem i koji se osobito povezuje s problematičnom uporabom, potencijalno širi. Povećanja broja konzumenata *crack* kokaina koji su uključeni u tretman od 2014. zabilježena su u Belgiji, Irskoj, Francuskoj, Italiji, Portugalu, kao i u Ujedinjenoj Kraljevini, zemlji koja se u Europi najčešće povezuje uporabom *crack* kokaina.

Dostupni dokazi kojima bi se mogli potkrijepiti aspekti koji sačinjavaju učinkovite službe za konzumente kokaina

i dalje su relativno slabi, a ciljani programi za konzumente kokaina u Europi trenutačno su ograničeni. To se počinje mijenjati jer pojedine zemlje danas uvode specijaliziranije intervencije za smanjenje štetnih posljedica. Međutim, čini se da se potrebe u tom području općenito povećavaju, stoga su hitno potrebna ulaganja u razvoj i evaluaciju intervencija svih vrsta, a posebno učinkovitih modela tretmana kako bi se službe toj skupini konzumenata mogle bolje staviti na raspolaganje.

Međunarodna uloga Europe u proizvodnji sintetičkih droga

Iako ju je teško nadzirati, čini se da proizvodnja sintetičkih droga u Europi raste te postaje sve raznolikija i inovativnija. To je širenje vidljivo iz nedavnih podataka u okviru kojih je zabilježen povećan broj zapljena kemijskih prekursora. Europsko izvješće o tržištu droga EMCDDA-a i Europolu koje će biti objavljeno krajem 2019. sadržavat će detaljnu analizu takvog razvoja događaja. Otkrivanje proizvodnih laboratorija, odlagališta otpada te potentnosti i raznolikosti sintetičkih droga dostupnih na europskom tržištu ključna su pitanja u tom području.

Trenutačno postoje i sve veće naznake o važnosti Europe na globalnom tržištu sintetičkih droga. Te su naznake, među ostalim, velike zapljene različitih tvari na granicama EU-a, činjenica da se trenutačno veće količine MDMA-a zapljenjuju u Turskoj nego u cijeloj Europskoj uniji i otkriveni pogoni u Europi u kojima se proizvode metamfetamin i druge sintetičke droge namijenjene za izvoz. Infrastruktura koja omogućuje brzo kretanje robe iz jedne zemlje u drugu sve se više upotrebljava za olakšavanje krijumčarenja kontroliranih droga, novih psihoaktivnih tvari, prekursora i drugih kemijskih tvari potrebnih za proizvodnju droga u Europskoj uniji. Ista infrastruktura katkad se upotrebljava i za krijumčarenje sintetičkih droga, posebno MDMA-a, ali i drugih tvari u zemlje izvan EU-a.

Isto tako, čini se da proizvodnja sintetičkih droga pridonosi širenju uporabe metamfetamina u novim zemljama u Europskoj uniji. Metamfetamin na globalnoj razini predstavlja najveći izazov u području sintetičkih droga. U Europi uporaba metamfetamina prevladava u nekoliko

Osobito je teško procijeniti prevalenciju problematične uporabe kokaina

UKRATKO – PROCJENE UPORABE DROGA U EUROPSKOJ UNIJI

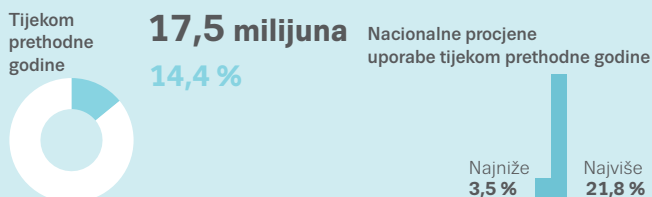
Kanabis



Odrasle osobe (15 – 64)



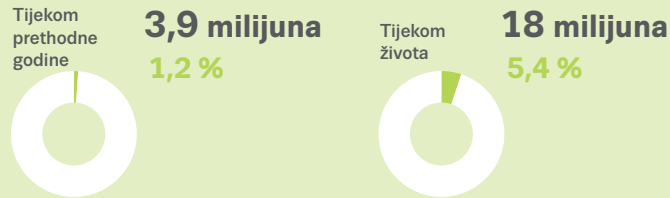
Mlađe odrasle osobe (15 – 34)



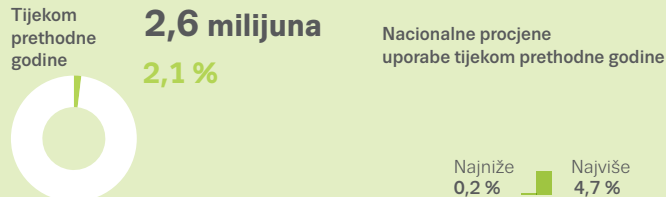
Kokain



Odrasle osobe (15 – 64)



Mlađe odrasle osobe (15 – 34)



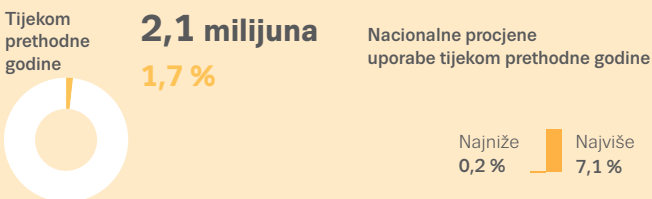
MDMA



Odrasle osobe (15 – 64)



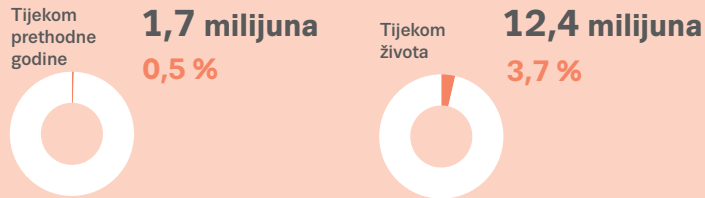
Mlađe odrasle osobe (15 – 34)



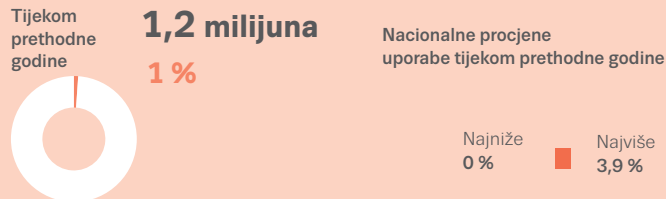
Amfetamini



Odrasle osobe (15 – 64)



Mlađe odrasle osobe (15 – 34)



Opioidi



Visokorizični konzumenti opioida

1,3 milijuna

654 000

konzumenata opioida sudjelovalo je u programu supstitucijske terapije tijekom 2017.

Zahtjevi za tretman ovisnosti

Glavna droga u približno **35 %** svih zahtjeva za tretman ovisnosti u Europskoj uniji



Slučajevi predoziranja sa smrtnim ishodom

85 %

Opioidi su pronađeni u **85 %** slučajeva predoziranja sa smrtnim ishodom



zemalja s dugogodišnjim problemima. Stanje je uglavnom takvo i danas, no unatoč širokoj dostupnosti drugih stimulativnih droga, analiza tragova u otpadnim vodama pokazuje da se ta droga polako širi u nove zemlje. Otkriveni laboratoriji upućuju na to da se proizvodnja u određenoj mjeri povećava i da se droga proizvodi i za tržišta izvan EU-a.

Kanabis: nova kretanja povezana s najčešćom drogom u Europi

Kanabis je jedna od najstarijih droga u Europi. Riječ je o nezakonitoj drogi koja se najčešće konzumira: gotovo 20 % osoba u dobnoj skupini od 15 – 24 godine navelo je da su tijekom prethodne godine konzumirale kanabis. Na međunarodnoj razini i na razini Europe uporaba kanabisa i dalje je tema koja pobuđuje velik politički i javni interes, a nova zbivanja potiču raspravu o tome na koji bi način društvo trebalo odgovoriti na probleme povezane s tom tvari.

U tijeku je rasprava o terapijskoj vrijednosti kanabisa, pripravaka kanabisa i lijekova dobivenih iz biljke kanabisa. Neke su zemlje legalizirale uporabu kanabisa, čime su potaknule na razmatranje troškova i koristi različitih regulatornih mogućnosti i mogućnosti kontrole. Riječ je o složenom području. U Europi se znatan dio sredstava policijskih službi odvaja za kontrolu uporabe kanabisa, pri čemu je više od pola od 1,2 milijuna slučajeva kršenja zakona zbog uporabe ili posjedovanja za osobnu uporabu zabilježenih 2017. bilo povezano s kanabisom. Sudjelovanje na tržištu kanabisa može biti i pokretač kriminaliteta među mladim osobama i glavni izvod prihoda za organizirani kriminal. Osim toga, povećala se razina našeg razumijevanja mogućih rizika za zdravlje koji proizlaze iz uporabe kanabisa, posebno među mladima. Kanabis je trenutačno tvar koju osobe koje su prvi put uključene u tretman u okviru službi za specijalizirani tretman ovisnosti najčešće navode kao glavni razlog zbog kojeg su zatražili pomoć. To je zabrinjavajuće jer su prema općoj procjeni EMCDDA-a u posljednjih nekoliko godina trendovi povezani s kanabisom bili uglavnom stabilni. Danas se to, međutim, dovodi u pitanje zbog novih podataka u okviru kojih su brojne zemlje zabilježile povećanu uporabu u skupinama mlađe dobi.

Tijekom posljednjih godina, zahvaljujući napretku u području tehnika uzgoja, ekstrakcije i proizvodnje dobiveni su novi oblici kanabisa, zbog čega je ova situacija još složenija. Hibridne biljke koje uključuju više sojeva od kojih se dobiva kanabis veće potentnosti polako zamjenjuju postojeće oblike biljke i na području Europe i u Maroku, odakle potječe velik dio smole kanabisa koja se

upotrebljava u Europi. Nedavno istraživanje koje je financirao EMCDDA pokazuje da se tijekom posljednjeg desetljeća povećala potentnost i smole i biljke kanabisa. Inovacije pokreće i stvaranje zakonitih tržišta kanabisa za rekreacijsku uporabu, a razvijaju se novi proizvodi od kanabisa kao što su jestivi proizvodi, e-tekućine i koncentracije. Neki od njih trenutačno su dostupni na europskom tržištu na kojem predstavljaju novi izazov u području otkrivanja i kontrole droga.

Prepoznavši trenutačnu dinamičnu i složenu prirodu područja politike povezane s kanabisom, EMCDDA je objavio novi niz publikacija u kojima se pružaju revizija i analiza dokaza u tom području. One uključuju pregled razvoja pružanja kanabisa za medicinske potrebe u Europskoj uniji. Utemeljena rasprava u tom području nije moguća jer ne postoji zajedničko razumijevanje koncepta kanabisa za medicinske potrebe. Problem je još složeniji zbog raznolikosti dostupnih proizvoda, od medicinskih proizvoda koji sadržavaju spojeve dobivene iz biljke kanabisa, do sirovih pripravaka kanabisa.

Proizvodi od kanabisa s niskim udjelom THC-a potiču regulatorna pitanja

Još je jedan primjer brzog razvoja događaja u području kanabisa pojava biljnog kanabisa i ulja kanabisa male potentnosti u posljednje dvije godine, koji se prodaju u trgovinama zdrave hrane ili specijaliziranim trgovinama u pojedinim zemljama EU-a. Prodaja se odvija na temelju tvrdnje da ti proizvodi imaju mali opojni učinak ili ga uopće nemaju pa se stoga ne provode kontrole prodaje u skladu sa zakonodavstvom o drogama. Kanabis sadržava brojne različite kemijske tvari, no najveću pozornost privlače dva kanabinoide, tetrahidrokanabinol (THC) i kanabidol (CBD). THC je glavna tvar koja se nalazi u kanabisu i koja uzrokuje psihoaktivne učinke. Proizvodi koji sadržavaju CBD sve se češće stavljaju na tržište te se tvrdi da imaju pozitivne učinke. U nedavnoj publikaciji EMCDDA-a razmotrena je složena i sve opsežnija literatura o dokazima u pogledu medicinske uporabe THC-a i CBD-a. Za nove proizvode tvrdi se da sadržavaju manje od 0,2 % ili 0,3 % THC-a, a općenito se mogu svrstati u dvije kategorije proizvoda: jedna je namijenjena konzumentima kanabisa za pušenje, dok je druga (pripravci kao što su ulja i kreme) namijenjena osobama koje zanimaju mogućnosti uporabe za zdravstvene potrebe. Pojedine države članice smatraju da proizvodi s niskim udjelom THC-a kao što su ekstrakti kanabisa podliježu kaznenim sankcijama, druge ih smatraju lijekovima koji se ne mogu prodavati bez odobrenja, a nekoliko ih razvrstava u skupinu proizvoda koji ne predstavljaju prijetnju za javno zdravlje, zbog čega za njihovu prodaju nije potrebno nikakvo odobrenje. Zbog

takvog se razvoja događaja otvaraju pitanja u pogledu regulacije i na razini EU-a i na nacionalnoj razini.

Iskorištavanje potencijala digitalizacije radi zdravstvene dobrobiti

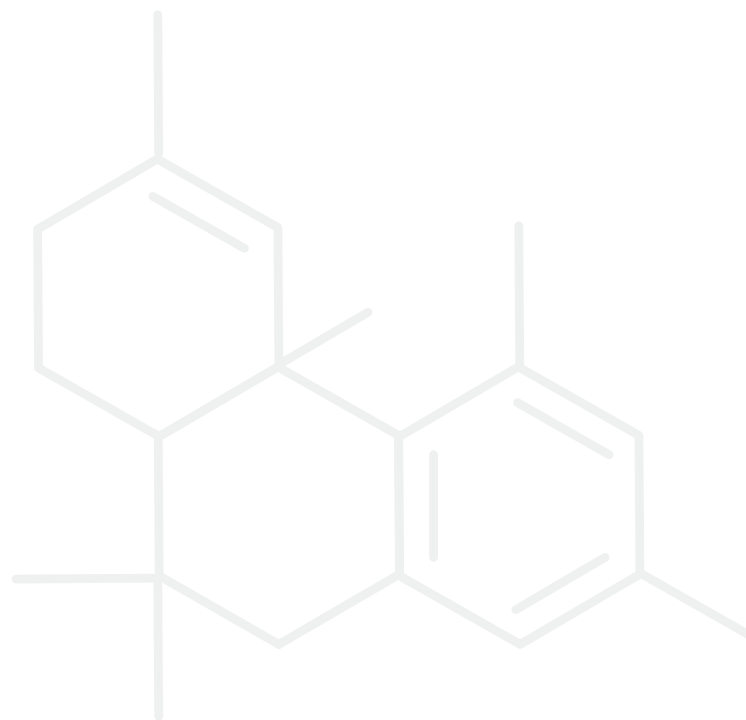
Mladi su važna ciljna skupina kod brojnih intervencija povezanih s drogama. Često je riječ o dijelu populacije koji najbolje poznaje informacijsku i komunikacijsku tehnologiju te je rado upotrebljava u mnogim područjima života. Ta je skupina često i najsklonija prihvatiti i iskoristiti prednosti uporabe takve tehnologije u svrhu prevencije uporabe droga, tretmana ovisnosti i intervencija za smanjenje štetnih posljedica. U ovogodišnjem Europskom izvješću o drogama daje se pregled novih kretanja u području mobilnog ili m-zdravstva, čime se nastoji riješiti niz različitih pitanja, od pristupa službama do pružanja praktične obuke osobama koje rade u području droga. Pritom se iskorištavaju internetski resursi i mobilne aplikacije uz nove inovativne pristupe s pomoću kojih se istražuje na koji se način virtualna stvarnost može upotrebljavati, primjerice, u tretmanu ovisnosti kako bi se bolesnicima pomoglo da razviju otpornost na podražaje povezane s drogom ili smanje želju za drogom. No budući da nove aplikacije u tom području nisu uvijek popraćene pouzdanim standardima kvalitete, pravilima o zaštiti podataka i dokazima na temelju evaluacije, moraju se upotrebljavati uz velik oprez. Kao i u svim ostalim područjima zdravstvene skrbi, to će biti ključni elementi potrebni za ostvarivanje mogućih prednosti koje donosi nova tehnologija za provođenje intervencija povezanih s drogama.

Jačanje EU sustava ranog upozoravanja i procjena rizika za nove psihoaktivne tvari

Tijekom 2018. u EU sustav ranog upozoravanja za nove psihoaktivne tvari svakog je tjedna prijavljena približno jedna nova psihoaktivna tvar. Ukupno ih je 55, što znači da je broj novih droga otkrivenih tijekom 2018. sličan broju droga utvrđenih tijekom 2017., no znatno je manji nego 2013. i 2014. Iako to može ukazivati na smanjenje inovacija u tom području, potrebno je istaknuti da se velik broj tvari koje su već prijavljene i dalje svake godine pojavljuje na europskom tržištu droga, što upućuje na činjenicu da tvari dulje ostaju na tržištu. Isto tako, zamijećene su promjene kada je riječ o vrstama tvari koje se promatraju, što može ukazivati na to da su ciljna skupina konzumenata novih psihoaktivnih tvari dugoročni i problematičniji konzumenti droga. Iako se, primjerice, u EU sustav ranog upozoravanja za nove psihoaktivne tvari stalno prijavljuje niz različitih

tvari, trenutačno se pojavljuje veći broj sintetičkih opioda i benzodiazepina.

Rano upozoravanje i procjena rizika ključni su elementi odgovora Europe na takav razvoj događaja u području novih psihoaktivnih tvari. Tijekom 2018. europski je sustav revidiran kako bi se ojačala i ubrzala mogućnost EU-a da otkrije, procijeni i odgovori na prijetnje za zdravlje i društvo koje nastaju zbog novih droga. Time se omogućuje rano upozoravanje diljem Europe, ali i brža procjena rizika i kontrola tvari na europskoj razini. Promjene pridonose i jačanju mreže koja podržava EMCDDA i Europol u njihovu radu, a službeni sporazumi o suradnji trenutačno su uspostavljeni između EMCDDA-a i Europske agencije za lijekove (EMA), Europske agencije za sigurnost hrane (EFSA), Europskog centra za sprečavanje i kontrolu bolesti (ECDC) i Europske agencije za kemikalije (ECHA).



Mladi su važna ciljna skupina kod brojnih intervencija povezanih s drogama

1

**U globalnom kontekstu,
Europa je važno tržište droga**

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 regija svijeta. Južna Amerika, Zapadna Azija i Sjeverna Afrika važna su izvorišta nezakonitih droga koje ulaze u Europu, a Kina je važna zemlja iz koje se krijumčare nove psihoaktivne tvari. Osim toga, neke droge i prekursori provozu se kroz Europu na druge kontinente. Isto tako, Europa je područje na kojem se proizvode kanabis i sintetičke droge. Kanabis se uglavnom proizvodi za lokalnu konzumaciju, dok se neke sintetičke droge proizvode za izvoz u druge dijelove svijeta.

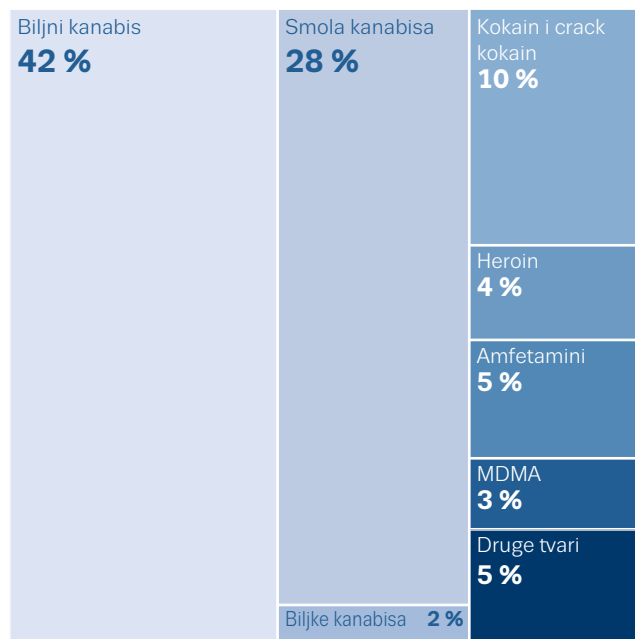
Nadzor tržišta i ponuda droga te zakoni o drogama

Analiza prikazana u ovom poglavlju temelji se na zabilježenim podacima o zapljenama droga, zapljenama prekursora droga i zaustavljenim isporukama, zatvaranju proizvodnih pogona za drogu, zakonima o drogama, kršenjima zakona o drogama, maloprodajnim cijenama, čistoći i potentnosti 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 u izvršavanju zakonodavstva i učinkovitost mjera presretanja krijumčara. Cjeloviti skupovi podataka i metodološke napomene mogu se pronaći u internetskom [Statističkom biltenu](#).

U ovom se izvješću navode i podatci o prijavama i zapljenama novih psihoaktivnih tvari za koje su nacionalni partneri EMCDDA-a i Europol poslali izvješća u EU sustav ranog upozoravanja. Budući da su te informacije preuzete iz izvješća o pojedinim slučajevima, a ne iz sustava rutinskog praćenja, procjene zapljena predstavljaju minimalne vrijednosti. Cjelovit opis Sustava ranog upozoravanja za nove psihoaktivne tvari može se pronaći na [internetskim stranicama](#) EMCDDA-a.

SLIKA 1.1

Broj zabilježenih zapljena droga, podjela prema pojedinim drogama, 2017.



Od 1970-ih i 1980-ih godina u mnogim europskim zemljama postoje vrlo velika tržišta kanabisa, heroina i amfetamina. S vremenom su se pojavile i druge tvari, uključujući MDMA i kokain u 1990-ima. Europsko tržište droga nastavlja se razvijati, sa širokim spektrom novih psihoaktivnih tvari koje su se pojavile tijekom proteklog desetljeća. Nedavne promjene na nezakonitom tržištu droga, uvelike povezane s globalizacijom i novim tehnologijama, uključuju nove načine proizvodnje i krijumčarenja droga te uspostavu novih krijumčarskih ruta i rast internetskih tržišta.

Nezakonita tržišta droga u Europi: složeni sustavi na više razina

Nezakonita tržišta droga obuhvaćaju složen niz međusobno povezanih aktivnosti koje uključuju proizvodnju, krijumčarenje, distribuciju i prodaju krajnjem konzumentu. Protežu se velikim zemljopisnim područjem. U različitim fazama mogu sudjelovati različiti akteri, no skupine organiziranog kriminala imaju glavnu ulogu u poslovanju s nezakonitim drogama, vrijednom više milijardi eura godišnje.

Na maloprodajnoj se razini prodaja i dalje odvija prije svega izravnim kontaktom između dobavljača i konzumenata. Međutim, u okviru mreža za preprodaju droga, sve se više iskorištavaju prednosti mobilne tehnologije i šifriranja. Iako internetske platforme za prodaju nezakonitih droga i dalje čine relativno malen dio ukupnog tržišta, njihova je važnost u posljednjih nekoliko godina sve veća. Internetska tržišta mogu se pronaći na „površinskoj” mreži (engl. „surface web”), odnosno indeksiranom dijelu ili onom dijelu interneta koji se može slobodno pretraživati, a uključuje internetske trgovine i platforme društvenih mreža, ili na kriptotrižistu (engl. „darknet”), odnosno šifriranoj mreži kojoj se može pristupiti samo s pomoću posebnih alata, a na kojoj prodavatelji i kupci mogu sakriti svoj identitet.

Otkako su se 2010. pojavila anonimna internetska tržišta, u različitim je razdobljima postojalo više od 100 globalnih tržišta na mračnoj mreži. U srpnju 2017. u okviru međunarodne policijske operacije srušeno je tržište AlphaBay, najveće dosadašnje tržište, a iste je godine obustavljeno još jedno veliko tržište, Hansa. Takvom operacijom za izvršavanje zakonodavstva možda se narušilo povjerenje konzumenata u sigurnost takvih tržišta. Bez obzira na to, analiza EMCDDA-a i Europolu pokazuje da su se jednu godinu nakon toga prihodi i opseg trgovanja povezani s prodajom droga na kriptotrižistu vratili na razine koje su prethodile operaciji za provedbu zakona.

Više od milijun zapljena nezakonitih droga

Zapljene nezakonitih droga koju provode tijela za izvršavanje zakonodavstva važan su pokazatelj tržišta droga, s više od 1,1 milijun zapljena nezakonitih droga zabilježenih 2017. u Europi. Većina zabilježenih zapljena uključuje male količine droge oduzete konzumentima. Međutim, maleni broj pošiljki droge od nekoliko kilograma čini najveći dio ukupne količine zaplijenjene droge. Tri zemlje koje su zabilježile najveći broj zapljena, a zajedno na njih otpada više od dvije trećine svih zapljena droge u Europskoj uniji, jesu Španjolska, Ujedinjena Kraljevina i Francuska. Međutim, nisu dostupni podatci o broju zapljena za Nizozemsku, dok su najnoviji dostupni podatci za Njemačku i Sloveniju podatci iz 2015., što donekle umanjuje pouzdanost analize. Najčešće su zapljene kanabisa, koje čine gotovo tri četvrtine ukupnog broj zapljena u Europi (slika 1.1.).

Kanabis: zapljene i potentnost rastu, a cijene ostaju stabilne

Biljni kanabis (marihuana) i smola kanabisa (hašiš) dva su glavna proizvoda od kanabisa koji se mogu pronaći na europskom tržištu droga. Ulje kanabisa relativno se rijetko može pronaći iako je posljednjih godina zabilježeno nekoliko zapljena velikih količina. Biljni kanabis koji se konzumira u Europi većinom se uzgaja u zemljama Europe, no određena se količina krijumčari i iz izvaneuropskih zemalja. Biljni kanabis koji se proizvodi u Europi uglavnom se uzgaja u zatvorenim prostorima. Smola kanabisa uglavnom se uvozi iz Maroka, a Libija postaje glavno središte za krijumčarenje smole. Sve se češće bilježe slučajevi proizvodnje određene količine smole u Europskoj uniji, a u Nizozemskoj se već dugi niz godina bilježe slučajevi proizvodnje nizozemskog hašiša (tzv. „nederhash“). Osim toga, zemlje zapadnog Balkana izvor su i biljnog kanabisa te, u novije vrijeme, ulja kanabisa.

Tijekom 2017. u državama članicama EU-a zabilježeno je 782 000 zapljena proizvoda od kanabisa, uključujući 440 000 zapljena biljnog kanabisa, 311 000 zapljena smole kanabisa i 22 700 zapljena biljaka kanabisa. Broj zapljena biljnog kanabisa prelazi broj zapljena smole kanabisa iz 2009. Međutim, količine zaplijenjene smole kanabisa više su nego dvostruko veće od količina zaplijenjenog biljnog kanabisa (466 tona u odnosu na 209 tona). To je djelomično posljedica krijumčarenja većih količina smole kanabisa preko nacionalnih granica, zbog čega je vjerojatnost presretanja krijumčara bila veća. Zbog blizine Maroka, Španjolska je osobito važna kada je riječ o količinama zaplijenjene smole kanabisa, a zaplijenjena količina u toj zemlji čini gotovo tri četvrtine (72 %) ukupne zaplijenjene količine u Europskoj uniji tijekom 2017. (slika 1.2).

KANABIS



SMOLA

Zapljene

Broj

311 000 EU **329 000** EU + 2

Količine

466 EU **550** EU + 2

Cijena

(EUR/g)



Potentnost

(% THC-a)

BILJKA

Zapljene

Broj

440 000 EU **486 000** EU + 2

Količine

209 EU **304** EU + 2

Cijena

(EUR/g)



Potentnost

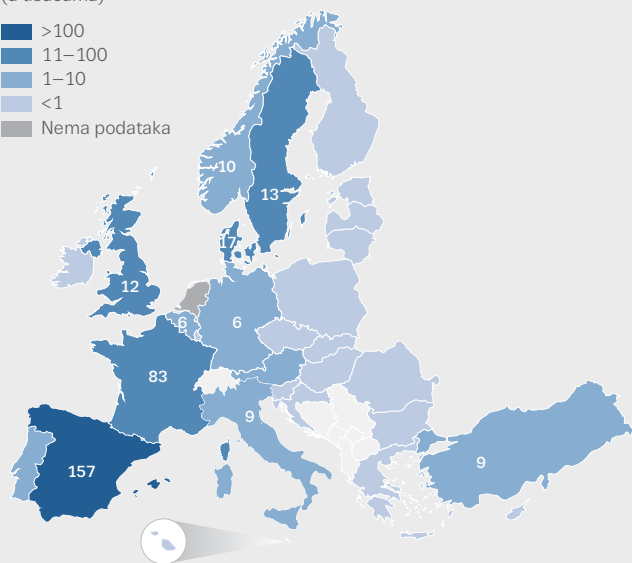
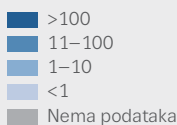
(% THC-a)

Pojam EU + 2 odnosi se na države članice EU-a te Tursku i Norvešku. Cijena i potentnost proizvoda od kanabisa: nacionalne prosječne vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene zemlje razlikuju se prema pokazateljima.

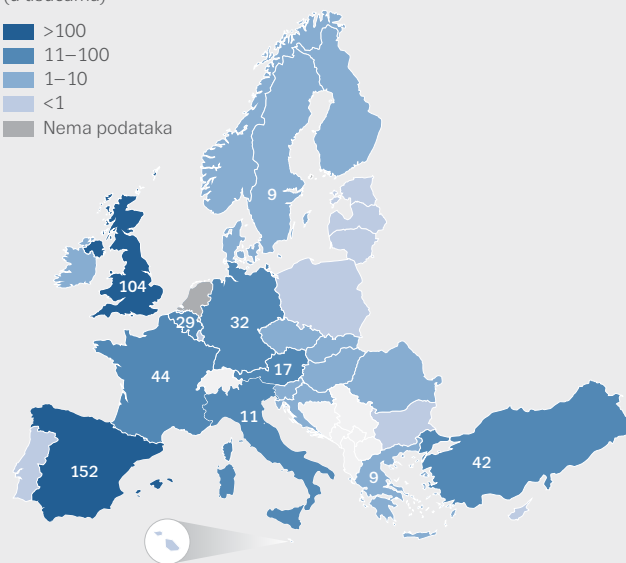
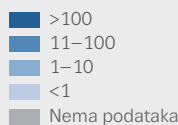
SLIKA 1.2

Zapljene smole kanabisa i biljnog kanabisa tijekom 2017. ili protekle godine

Broj zapljena smole kanabisa
(u tisućama)

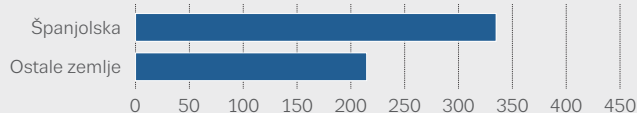


Broj zapljena biljnog kanabisa
(u tisućama)

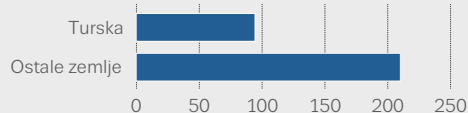


Napomena: broj zapljena u deset zemalja s najvećim vrijednostima.

Količina zaplijenjene smole kanabisa (u tonama)



Količina zaplijenjenog biljnog kanabisa (u tonama)



Broj zapljena kanabisa, i smole i biljnih proizvoda, zabilježen u Europskoj uniji relativno je stabilan od 2012. (slika 1.3.). Međutim, nakon pada zabilježenog 2015., zaplijenjena količina biljnog kanabisa u mnogim se zemljama povećala. Do ukupnog povećanja količine između 2016. i 2017. uglavnom je došlo zbog povećanja zabilježenih u Grčkoj, Španjolskoj te, posebno, Italiji. Od 2009., svake je godine u Turskoj zaplijenjeno više biljnog kanabisa nego u bilo kojoj zemlji EU-a, dok je 2017. količina biljnog kanabisa zaplijenjena u Italiji bila gotovo jednaka količini zaplijenjenoj u Turskoj. Osim toga, i u mnogim su zemljama u kojima se uglavnom zaplijenjaju male količine biljnog kanabisa tijekom 2017. zabilježena znatna povećanja. Jedna je od tih zemalja Mađarska, gdje je zaplijenjena količina bila sedam puta veća od količine zaplijenjene tijekom prethodne godine (više od 3,5 tona tijekom 2017., 0,5 tona tijekom 2016.).

Zapljene biljke kanabisa mogu se smatrati pokazateljem proizvodnje te droge u određenoj zemlji. Međutim, zbog razlika među pojedinim zemljama kada je riječ o prioritetima u pogledu izvršavanja zakonodavstva i praksama bilježenja podataka, podatci se moraju oprezno tumačiti. Broj biljaka zaplijenjenih u Europi dosegao je vrhunac od 7 milijuna u 2012. zbog intenzivne provedbe

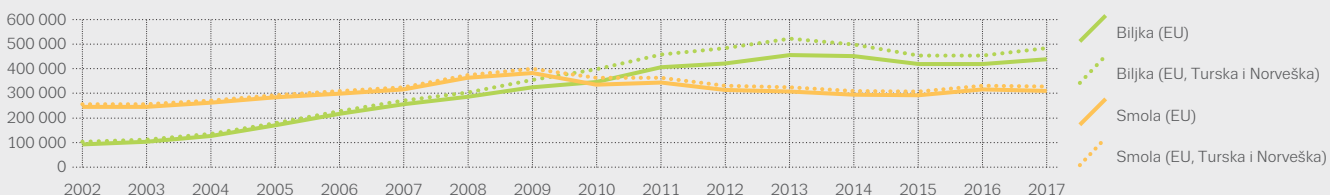
mjera presretanja krijumčara u Italiji te godine, prije nego što se smanjio na 2,5 milijuna biljaka 2015. pa ponovno povećao na 3,4 milijuna biljaka 2017. Tijekom 2017. europske su zemlje zabilježile 490 zapljena ulja kanabisa, a pritom su najveće količine zabilježene u Turskoj (50 litara u okviru triju zapljena) i Grčkoj (12 kg u okviru 37 zapljena).

Analiza pokazatelja trendova u tim zemljama koje redovito bilježe podatke o cijeni i potentnosti ukazuje na povećanje potentnosti i biljnog kanabisa i smole kanabisa od 2007. Potentnost smole neprestano se povećava od 2009. Sve većoj prosječnoj potentnosti smole vjerojatno su pridonijeli početak uzgoja biljaka velike potentnosti i uvođenje novih tehnika proizvodnje u Maroku te, u manjoj mjeri, veća uporaba tehnika ekstrakcije smole kanabisa na području Europe kojima se dobivaju proizvodi veće potentnosti. Prosječna potentnost biljnog kanabisa povećala se tijekom 2017., nakon razdoblja stabilnosti između 2013. i 2016. Međutim, tek treba vidjeti je li to nedavno povećanje označilo početak novog trenda. Podatci upućuju na to da su maloprodajne cijene smole kanabisa i biljnog kanabisa slične te da su cijene stabilne od oko 2009.

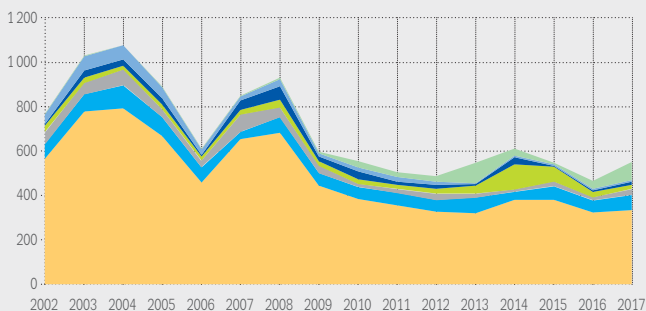
SLIKA 1.3

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

Broj zapljena

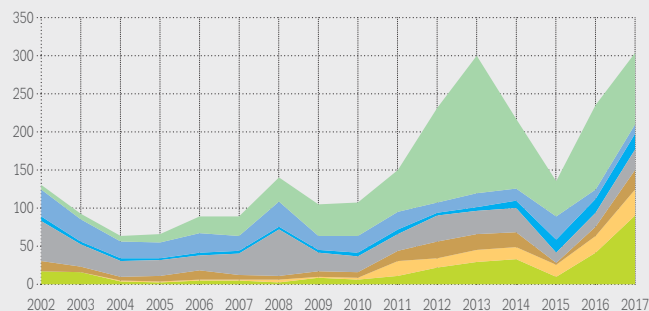


Smola (tona)



Turska Ujedinjena Kraljevina Portugal Italija
Ostale zemlje Francuska Španjolska

Biljni kanabis (u tonama)



Turska Ujedinjena Kraljevina Francuska Ostale zemlje
Grčka Španjolska Italija

Dostupnost proizvoda od kanabisa s niskim udjelom THC-a

Od 2017. biljni kanabis i ulje kanabisa slobodno se prodaju u trgovinama zdrave hrane ili specijaliziranim trgovinama u nekoliko zemalja EU-a. Prodaja se odvija na temelju tvrdnje da ti proizvodi imaju mali opojni učinak ili da ga uopće nemaju pa se stoga ne provode kontrole prodaje u skladu sa zakonodavstvom o drogama.

Poznata su dva kanabinoida koji se nalaze u biljnom kanabisu i njegovim ekstraktima, tetrahidrokanabinol (THC) i kanabidol (CBD). THC ima opojni učinak, dok se CBD povezuje s dobrobitima za zdravlje, iako trenutačno nema mnogo dokaza u pogledu stanja koja su se istraživala. Udio svake od tih tvari može se znatno razlikovati kod različitih biljaka kanabisa. U okviru zajedničke poljoprivredne politike EU-a subvencionira se uzgoj određenih sorti biljke kanabisa za industrijsku uporabu, pod uvjetom da udio THC-a ne prelazi 0,2 % (ograničenje koje je u početku služilo za razlikovanje pojedinih vrsta biljaka, a ne kao sigurnosni profil za ljudsku konzumaciju). Nacionalna ograničenja kreću se između 0 i 0,3 %.

Za nove se proizvode tvrdi da sadržavaju manje od 0,2 % ili 0,3 % THC-a, a čini se da se općenito mogu svrstati u dvije kategorije koje se mogu preklapati. Prva se kategorija stavlja na tržište za postojeće konzumente nezakonitog kanabisa kao „zakonita” vrsta kanabisa, u oblicima koji se

obično povezuju s pušenjem. Druga kategorija koja se stavlja na tržište povezuje se s pojmovima „zdravlja” i „dobrobiti”, pri čemu se ističe udio CBD-a, a često je dostupna u obliku ulja ili krema. Vrsta i izgled trgovina u kojima se ti proizvodi prodaju isto su tako odraz njihovih kategorija. Budući da za te proizvode ne postoji dogovorena norma za ispitivanje, udio THC-a i CBD-a mogu se razlikovati od udjela navedenog na naljepnicama ili u okviru „rezultata testiranja” koji mogu biti priloženi proizvodu.

Heroin: povećanja zaplijenjenih količina

Heroin je najčešći opioid na tržištu droga u Europskoj uniji. Uvozni heroin dosad je u Europi bio dostupan u dvama oblicima, od kojih je češći smeđi heroin (njegov kemijski osnovni oblik) koji se uglavnom proizvodi od morfija iz maka koji se većinom uzgaja u Afganistanu. Mnogo je rjeđi bijeli heroin (u obliku soli) koji je nekoć potjecao iz jugoistočne Azije, a danas se vjerojatno proizvodi u Afganistanu ili susjednim zemljama. Drugi opiodi dostupni na nezakonitim tržištima u Europi uključuju opijum i lijekove morfij, metadon, buprenorfin, tramadol i različite derivate fentanila. Neki od ovih opioda mogu biti preusmjereni iz legitimnih farmaceutskih izvora, dok se drugi proizvode na nezakonit način.

Afganistan je i dalje najveći svjetski nezakoniti proizvođač opijuma, a pretpostavlja se da je većina heroina koji se može pronaći u Europi proizvedena upravo ondje ili u susjednom Iranu ili Pakistanu. Nezakonita proizvodnja opioda u Europi donedavno je bila ograničena na proizvode od glavice maka iz kućne proizvodnje u nekim istočnim zemljama. Laboratoriji u kojima se heroin proizvodi iz morfija s pomoću anhidrida octene kiseline otkriveni posljednjih godina u Bugarskoj, Češkoj, Španjolskoj i Nizozemskoj, zajedno s povećanjem zapljena morfija i opijuma, upućuju na to da se određeni dio heroina trenutačno proizvodi bliže tržištima konzumenata u Europi. Ta promjena može odražavati nastojanje dobavljača da smanje troškove time što se konačne faze proizvodnje heroina odvijaju u Europi, gdje su prekursori kao što je anhidrid octene kiseline jeftiniji nego u zemljama u kojima se proizvodi opijum. Proizvodnja droge blizu tržišta

konzumenata može imati za cilj i smanjenje rizika od presretanja krijumčara.


Heroin ulazi u Europu preko četiri glavne krijumčarske rute. Dvije su najvažnije rute „balkanska ruta” i „južna ruta”. Prva i najznačajnija prolazi kroz Tursku u balkanske zemlje (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, kojom pošiljke iz Irana i Pakistana ulaze u Europu zrakom ili morem, izravno ili kroz afričke zemlje, u proteklih je nekoliko godina postala sve važnija. Ostale rute uključuju „sjevernu rutu” koja se proteže od Afganistana kroz središnju Aziju do Rusije i rutu koja prolazi kroz južni Kavkaz i prelazi Crno more.

Razdoblje smanjene dostupnosti heroina zabilježeno je u više europskih zemalja tijekom 2010./2011., a bilo je popraćeno ukupnim smanjenjem i broja zapljena i količina zaplijenjenog heroina. Otad su se zapljene u Europskoj uniji uglavnom stabilizirale i zabilježeno je 37 000 zapljena ukupne količine od 5,4 tona tijekom 2017. U Turskoj se i dalje zapljenjuju veće količine heroina nego u svim ostalim europskim zemljama zajedno (slika 1.4.). Nakon naglog pada broja zapljena u razdoblju od 2014. do 2016., s 12,8 na 5,6 tona, tijekom 2017. u Turskoj je zaplijenjeno 17,4 tona heroina, što je bila najveća količina u posljednjih deset godina.

U zemljama koje dosljedno bilježe podatke o cijeni i čistoći pokazatelji trendova upućuju na to da se nakon naglog pada u razdoblju između 2009. i 2011. razina čistoće heroina brzo povećala, no razine su ipak bile niže od onih

HEROIN

Zapljene

Broj
37 000 EU  **50 000** EU + 2

Količine
5,4 EU  **22,9** EU + 2

Cijena

(EUR/g)

140 €
28–58 €
15 €

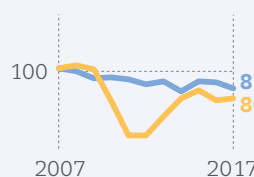
Čistoća

(%)

51 %
15–31 %
9 %

Pokazatelji trendova

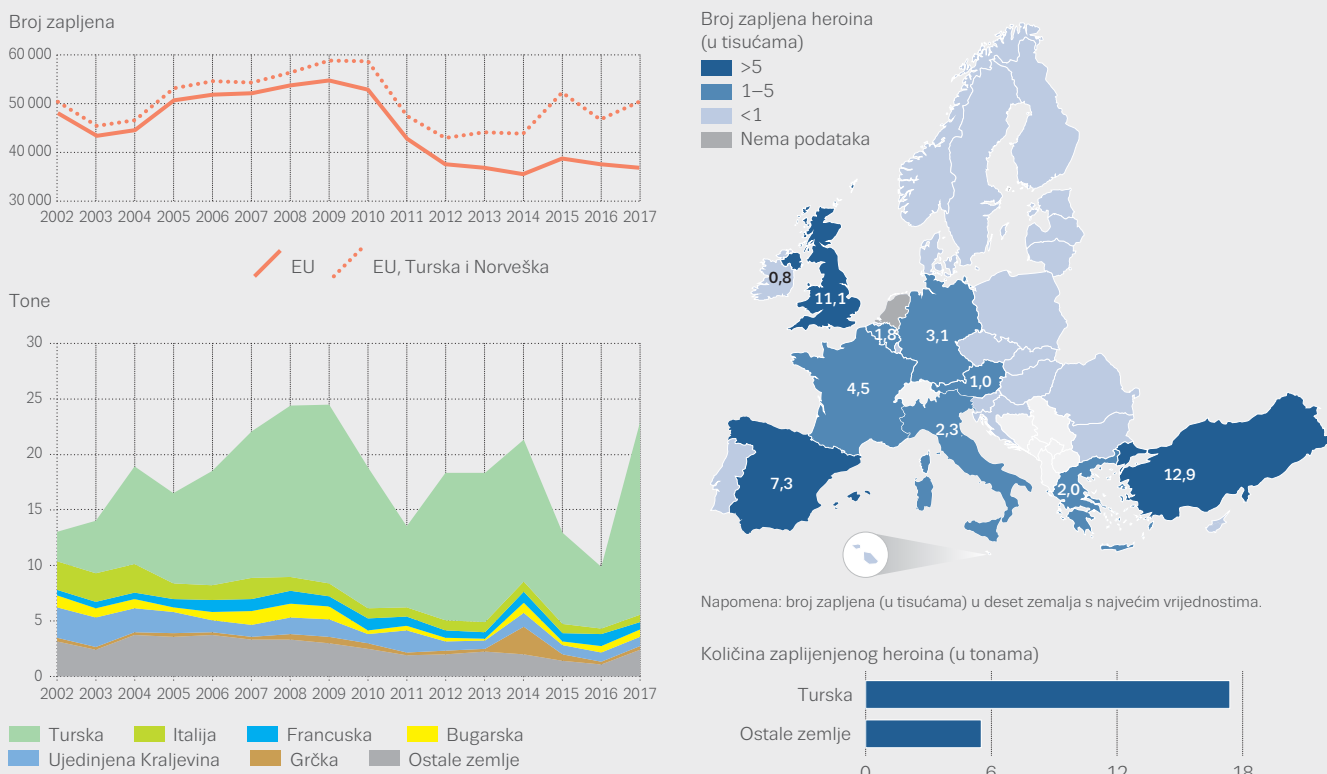
Cijena i čistoća



Pojam EU + 2 odnosi se na države članice EU-a te Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća „smedeg heroina”: nacionalne prosječne vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene zemlje razlikuju se prema pokazateljima.

SLIKA 1.4

Broj zapljena heroina i zaplijenjena količina: trendovi tijekom 2017. ili protekle godine



zabilježenih 2007., a u posljednjih se nekoliko godina razina stabilizirala. Nasuprot tome, maloprodajna cijena heroina općenito se malo smanjila u posljednjih deset godina, a pad je zabilježen i 2017.

Osim heroina u europskim zemljama zapljenjuju se i drugi opiodi. Iako oni čine manji dio ukupnih zapljena opioda,

njihov se broj tijekom 2017. znatno povećao. Od ostalih zaplijenjenih opioda najčešći su medicinski opiodi tramadol, buprenorfin i metadon (vidjeti tablicu 1.1.). Tijekom 2017., već drugu godinu zaredom zabilježena su povećanja zaplijenjenih količina derivata tramadola i fentanila. Nadalje, zaplijenjene količine opijuma i morfija bile su isto tako mnogo veće 2017. nego prethodne godine.

TABLICA 1.1

Zapljene opioda koji nisu heroin tijekom 2017.

| Opiod | Broj | Količina | | | | Broj zemalja |
|--------------------|-------|-----------|--------|-------------|----------|--------------|
| | | Kilograma | Litara | Tableta | Flastera | |
| Metadon | 1 428 | 17,2 | 26,4 | 30 381 | | 18 |
| Buprenorfin | 2 649 | 0,5 | 0,01 | 58 682 | | 17 |
| Tramadol | 4 290 | 13,8 | 0,1 | 118 935 898 | | 11 |
| Derivati fentanila | 940 | 14,3 | 1,9 | 10 551 | 2 291 | 13 |
| Morfij | 358 | 246,0 | 1,3 | 9 337 | | 13 |
| Opijum | 1 837 | 2 177,9 | | | | 17 |
| Kodein | 522 | 0,1 | | 18 475 | | 8 |
| Dihidrokodein | 21 | | | 1 436 | | 4 |
| Oksikodon | 560 | 0,0001 | | 18 035 | | 8 |

Europsko tržište stimulativnih droga: regionalne razlike

Glavne su nezakonite stimulativne droge dostupne u Europi kokain, amfetamini, metamfetamini i MDMA. Prisutne su velike regionalne razlike s obzirom na to koja se stimulativna droga najčešće zapljenjuje (slika 1.5.), a na to utječe smještaj graničnih prijelaza i krijumčarskih ruta, velikih proizvodnih središta i velikih tržišta konzumenata. Kokain je stimulativna droga koja se najčešće zapljenjuje u mnogim zapadnim i južnim zemljama, dok zapljene amfetamina i MDMA-a prevladavaju u sjevernoj i istočnoj Europi.

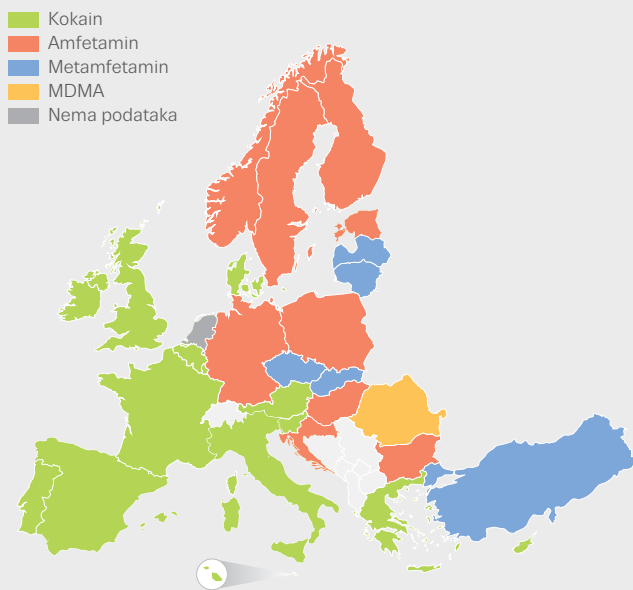
Tržište kokaina: broj zapljena na nezapamćeno visokoj razini

U Europi su dostupna dva oblika kokaina, a najčešći je kokain u prahu (oblik soli), dok je rjeđe dostupan *crack* kokain (slobodna baza kokaina), oblik droge koji se može pušiti. Kokain se proizvodi od lišća grma koke, koji se uglavnom uzgaja u Boliviji, Kolumbiji i Peruu. Kokain se u Europu doprema različitim sredstvima, uključujući putničke zrakoplove, teretne zrakoplove, privatne letjelice, jahte i druga manja plovila, od različitih polaznih točaka u Južnoj i Srednjoj Americi. Međutim, čini se da se najveće količine krijumčare u obliku pomorskog tereta, posebno kontejnera. Karibi te zapadna i sjeverna Afrika najvažnije su tranzitne zone preko kojih kokain stiže u Europu.

Tijekom 2017. broj zapljena kokaina i zaplijenjene količine u Europskoj uniji dosegli su dosad najvišu zabilježenu

SLIKA 1.5

Stimulativne droge koje se najčešće zapljenjuju u Europi, podatci za 2017. ili najnoviji podatci



razinu, s 104 000 zapljena kokaina ukupne količine od 140,4 tone. Zabilježena je količina zaplijenjenog kokaina za 20 tona premašila prethodnu rekordnu količinu iz 2006., što znači da je količina zaplijenjena 2016. bila dvostruka veća (vidjeti sliku 1.6.). S ukupno 86 tona, količine zaplijenjene u Belgiji (45 tona) i Španjolskoj (41 tona) čine 61 % procijenjene ukupne količine u EU-u tijekom 2017., a velike su količine zabilježene i u Francuskoj (17,5 tona) i Nizozemskoj (14,6 tona). Osim toga, čistoća kokaina na razini maloprodaje povećava se od 2010., a tijekom 2016. i 2017. dosegla je najvišu razinu zabilježenu

KOKAIN

Zapljene

Broj
104 000 EU **109 000** EU + 2

Količine
140,4 EU **142,0** EU + 2

Cijena

(EUR/g)

135 €
55–82 €
38 €

Čistoća

(%)

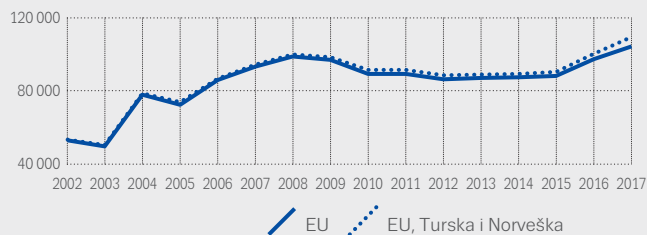


Pojam EU + 2 odnosi se na države članice EU-a te Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća kokaina: nacionalne prosječne vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene zemlje razlikuju se prema pokazateljima.

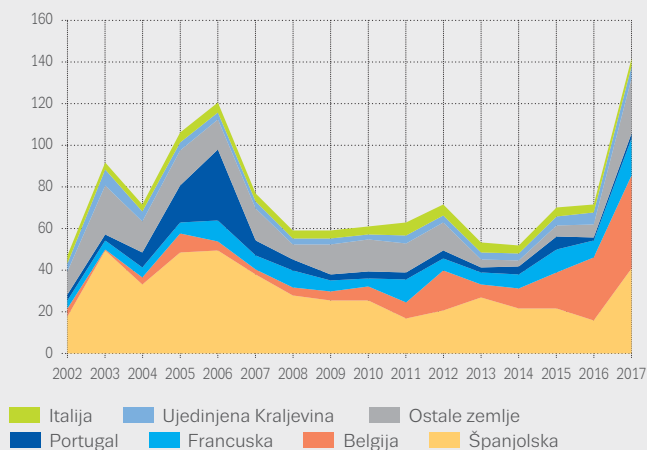
SLIKA 1.6

Broj zapljena kokaina u prahu i zaplijenjena količina: trendovi tijekom 2017. ili protekle godine

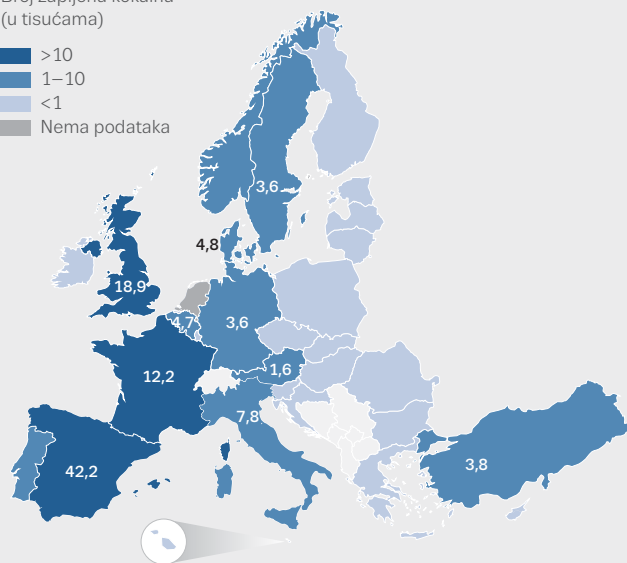
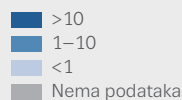
Broj zapljena



Tone

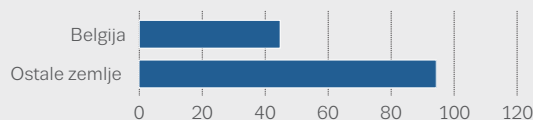


Broj zapljena kokaina (u tisućama)



Napomena: broj zapljena (u tisućama) u deset zemalja s najvećim vrijednostima.

Količina zaplijenjenog kokaina (u tonama)



u posljednjih deset godina. Maloprodajna cijena kokaina ostala je na stabilnoj razini. Ti pokazatelji zajedno upućuju na to da je dostupnost kokaina na rekordno visokoj razini.

U zemljama u kojima su zabilježene, zapljene *crack* kokaina na niskoj su i stabilnoj razini. To se djelomično može objasniti činjenicom da se *crack* kokain proizvodi na području Europe, u blizini tržišta konzumenata i ne prevozi se preko granica na kojima najčešće dolazi do zapljena droga.

Povećao se i broj i količina zapljena lišća koke, s ukupno 204 kilograma lišća koke zaplijenjenih 2017., uz malu količinu kokainske paste. To može ukazivati na promjene taktika u proizvodnji među pojedinim kriminalnim organizacijama jer su laboratoriji za proizvodnju kokaina koji su dosad otkriveni u Europi uglavnom bili „postrojenja za sekundarnu ekstrakciju” u kojima se kokain dobiva iz materijala koji ga sadržavaju (kao što su vino, odjeća, plastika), umjesto laboratoriji za preradu lišća koke.

Pokazatelji upućuju na to da je dostupnost kokaina na rekordno visokoj razini

Proizvodnja droge: kemijske tvari kao prekursori

Prekursori droga kemijske su tvari potrebne za proizvodnju nezakonitih droga. U prošlosti su u Europi glavno problematično pitanje bili prekursori za proizvodnju sintetičkih droga kao što su amfetamin, metamfetamin i MDMA. Međutim, od pojave laboratorija za proizvodnju heroina u EU-u više se pozornosti posvećuje zlouporabi anhidrida octene kiseline, prekursora koji se upotrebljava za pretvorbu morfija u heroin. S obzirom na to da mnogi od tih kemijskih prekursora imaju zakonitu primjenu, oni nisu zabranjeni, ali se trgovina njima nadzire i kontrolira propisima EU-a na temelju kojih se kategoriziraju određene kemijske tvari. Dostupnost prekursora i drugih kemijskih tvari potrebnih za proizvodnju droga uvelike utječe na tržište droga, kao i na proizvodne metode kojima se služe nezakoniti laboratoriji. Isto tako, tehnike proizvodnje s vremenom se razvijaju kako bi se izbjegli otkrivanje, kontrole i sankcije, a promjene najčešće uključuju uporabu zamjenskih tvari za proizvodnju sintetičkih droga ili njihovih prekursora, što zatim postaje proizvodna metoda kojoj se daje prednost. Zbog dodatnih prerada koje su nužne kada se upotrebljavaju te zamjenske tvari i složenijih putova sinteze mogu biti potrebne dodatne kemijske tvari, čime nastaje veća količina otpada koja, ako se ne zbrine na pravilan način, može uzrokovati veću štetu u okolišu.

Podatci o zaplijenama i zaustavljenim pošiljkama prekursora droga potvrđuju uporabu kontroliranih i nekontroliranih kemijskih tvari u proizvodnji nezakonitih droga u Europskoj uniji, posebno amfetamina i MDMA-a (tablica 1.2.). Čini se da kategorizacija prekursora BMK-a (benzil-metil-keton) APAAN (alfa-fenilacetoacetonitril) s kraja 2013. i dalje ima učinka jer su zaplijene količine pale s 48 tona tijekom 2013. na približno 5 tona tijekom 2017. Zapljene zamjenske kemijske tvari APAA (alfa-fenilacetoacetamid) znatno su se povećale tijekom 2016. i ponovno 2017. Zapljene glicidnih derivata BMK-a koji se isto tako mogu jednostavno pretvoriti u BMK, prvi put zabilježene 2015., također su se znatno povećale na približno 3 tone tijekom 2016., i zatim na skoro 6 tona tijekom 2017.

Količine zaplijenjenog PMK-a (piperonil-metil-keton) i nekontroliranih kemijskih tvari za proizvodnju MDMA-a znatno su se povećale tijekom 2017. Sve zapljene PMK-a i većina zapljena glicidnih derivata BMK-a tijekom 2017. dogodile su se u Nizozemskoj. Osim toga, velike količine 2-bromo-4-metil-propiofenona, prekursora za sintetičke katinone, i velike količine BMK-a (i glicidnih derivata BMK-a) zaplijenjene su u Nizozemskoj, što potvrđuje ključnu ulogu te zemlje u proizvodnji sintetičkih droga u Europskoj uniji.

TABLICA 1.2

Sažetak zapljena i zaustavljenih pošiljki kontroliranih prekursora i nekontroliranih kemijskih tvari u EU-u koji se upotrebljavaju za odabrane droge proizvedene u Europskoj uniji 2017.

| Kontrolirano/nekontrolirano | Zapljene | | Zaustavljene pošiljke | | UKUPNO | |
|--|----------|----------|-----------------------|----------|--------|----------|
| | Broj | Količina | Broj | Količina | Broj | Količina |
| MDMA ili povezane tvari | | | | | | |
| PMK (litara) | 10 | 5 397 | 0 | 0 | 10 | 5 397 |
| Safrol (litara) | 5 | 2 969 | 0 | 0 | 5 | 2 969 |
| Piperonal (kg) | 3 | 37 | 4 | 6 384 | 7 | 6 421 |
| Glicidni derivati PMK-a (kg) | 20 | 17 774 | 0 | 0 | 20 | 17 774 |
| N-t-BOC-MDMA (kg) | 1 | 25 | 0 | 0 | 1 | 25 |
| Amphetamine and methamphetamine | | | | | | |
| BMK (litara) | 29 | 3 506 | 0 | 0 | 29 | 3 506 |
| Efedrin u rasutom stanju (kg) | 14 | 25 | 0 | 0 | 14 | 25 |
| Pseudoefedrin u rasutom stanju (kg) | 23 | 13 | 0 | 0 | 23 | 13 |
| APAAN (kg) | 9 | 5 065 | 0 | 0 | 9 | 5 065 |
| PAA, fenilactena kiselina (kg) | 0 | 0 | 4 | 300 | 4 | 300 |
| APAA (kg) | 90 | 10 830 | 0 | 0 | 90 | 10 830 |
| Glicidni derivati BMK-a (kg) | 5 | 5 725 | 0 | 0 | 5 | 5 725 |
| Drugo | | | | | | |
| Anhidrid octene kiseline (litara) | 24 | 81 289 | 55 | 243 011 | 79 | 324 300 |
| 2-bromo-4-metil-propiofenon (kg) | 4 | 1 211 | 0 | 0 | 4 | 1 211 |
| N-fenetil-4-piperidon (kg) | 2 | 4,5 | 0 | 0 | 2 | 4,5 |

Tijekom 2017. zaplijenjeno je više od 81 tona anhidrida octene kiseline, a dodatne 243 tone zaustavljene su prije isporuke, što je značilo velik porast u odnosu na prethodne godine. Nadalje, treba istaknuti da je zabilježena zapljena velike količine N-fenetil-4-piperidona, prekursora za proizvodnju derivata fentanila, u Estoniji.

Zapljene amfetamina i metamfetamina: znakovi postupnog porasta

Amfetamin i metamfetamin sintetičke su stimulativne droge koje se u pojedinim skupovima podataka mogu zajedno razvrstati kao „amfetamini“. Tijekom posljednjeg desetljeća podatci o zapljenama pokazuju da se dostupnost metamfetamina postupno povećavala i širila na veće zemljopisno područje, ali je i dalje mnogo niža od dostupnosti amfetamina.

Obje se droge proizvode u Europi za europsko tržište. Dostupni podatci ukazuju na to da se proizvodnja amfetamina uglavnom odvija u Belgiji, Nizozemskoj i Poljskoj te u manjoj mjeri u baltičkim zemljama i Njemačkoj. Sve faze proizvodnje amfetamina obično se odvijaju na istom mjestu. Međutim, zapljene amfetaminskog ulja u pojedinim državama članicama upućuju na to da se taj proizvod možda krijumčari iz jedne zemlje u drugu, a završna faza proizvodnje odvija se na predviđenom odredištu ili u blizini njega.

Neki se amfetamini isto tako proizvode u Europskoj uniji radi izvoza, ponajprije, na Bliski istok. Izvijesteno je da su velike količine tableta amfetamina s logotipom „captagon“ zaplijenjene u Turskoj povezane sa Sirijom.

Metamfetamin zaplijenjen u Europi uglavnom se proizvodi u Češkoj i na graničnim područjima njezinih susjednih zemalja. Manji broj nezakonitih laboratorija za proizvodnju metamfetamina svake se godine otkrije u Nizozemskoj,

AMFETAMINI



AMFETAMIN

Zapljene

Broj

35 000 EU  **40 000** EU + 2

Količine

6,4 EU  **TONE** **13,4** EU + 2

Cijena

(EUR/g)



Čistoća

(%)

METAMFETAMIN

Zapljene

Broj

9 000 EU  **19 000** EU + 2

Količine

0,7 EU  **TONE** **1,4** EU + 2

Cijena

(EUR/g)



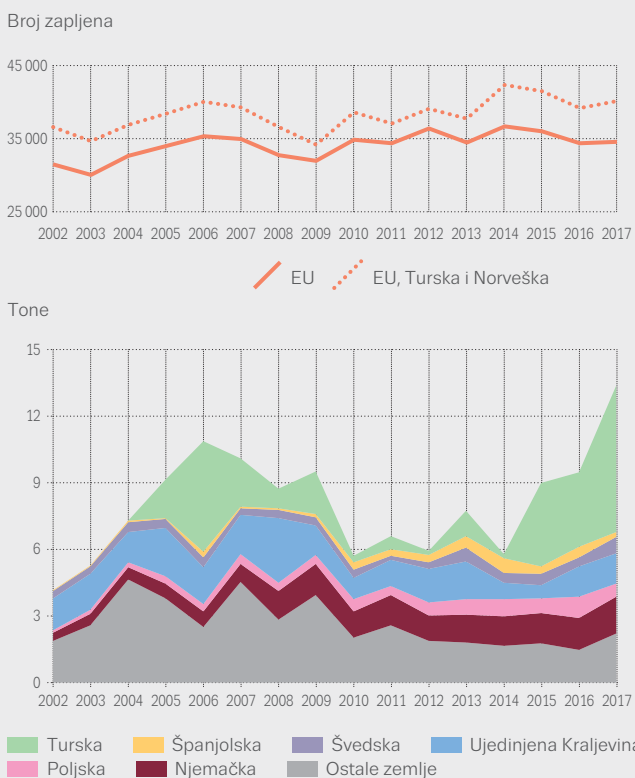
Čistoća

(%)

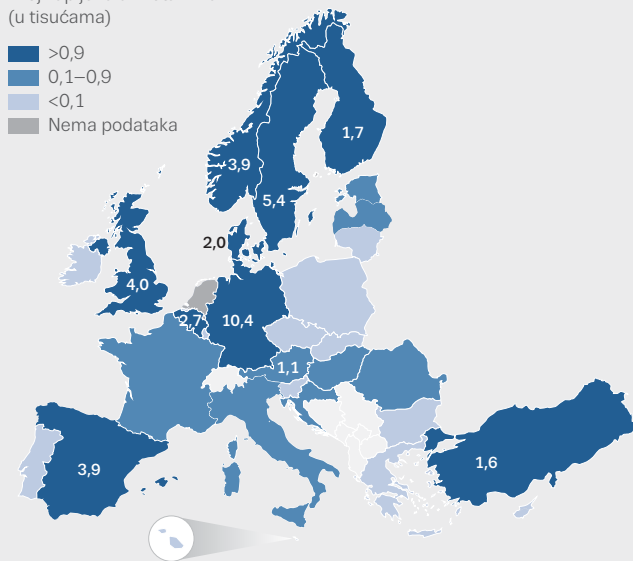
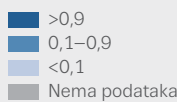
Pojam EU + 2 odnosi se na države članice EU-a te Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća amfetamina: nacionalne prosječne vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene zemlje razlikuju se prema pokazateljima. Pokazatelji trendova nisu dostupni za metamfetamin.

SLIKA 1.7

Broj zapljena amfetamina i zaplijenjena količina: trendovi tijekom 2017. ili protekle godine

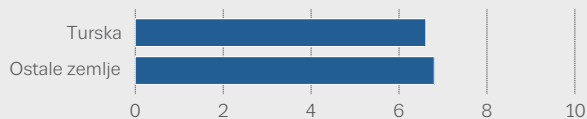


Broj zapljena amfetamina (u tisućama)



Napomena: broj zapljena (u tisućama) u deset zemalja s najvećim vrijednostima.

Količina zaplijenjenih amfetamina (u tonama)



a katkad je riječ o vrlo velikim postrojenjima u kojima se droga uglavnom proizvodi za tržišta na Dalekom Istoku i u Oceaniji. U Češkoj se metamfetamin uglavnom proizvodi iz pseudoefedrina koji se dobiva iz medicinskih proizvoda. Od 298 nezakonitih laboratorija za proizvodnju metamfetamina zabilježenih u Europskoj uniji tijekom 2017., 264 laboratorija nalazila su se u Češkoj. Prevladavaju manji laboratoriji kojima upravljaju konzumenti i preprodavači koji opskrbljuju lokalno tržište. Međutim, tijekom posljednjih godina pojavila su se velika postrojenja kojima upravljaju skupine organiziranog kriminala koje ne potječu iz Češke i koje proizvode metamfetamin za ostale europske zemlje.

Tijekom 2017. u državama članicama EU-a zabilježeno je 35 000 zapljena amfetamina ukupne količine od 6,4 tone. Procijenjena količina amfetamina zaplijenjena u Europskoj uniji svake se godine od 2010. općenito kretala između 5 i 6 tona, iako su tijekom posljednje dvije godine zabilježena povećanja (slika 1.7.). U Njemačkoj i Ujedinjenoj Kraljevini uglavnom se zaplijenjuju najveće količine koje u svakoj od tih zemalja često prelaze jednu tonu. Zapljene metamfetamina znatno su manje, s 9 000 zapljena zabilježenih u Europskoj uniji 2017. ukupne količine od 0,7 tona, pri čemu su najveće količine zaplijenjene u Francuskoj (122 kg), Njemačkoj (114 kg) i Češkoj (93 kg)

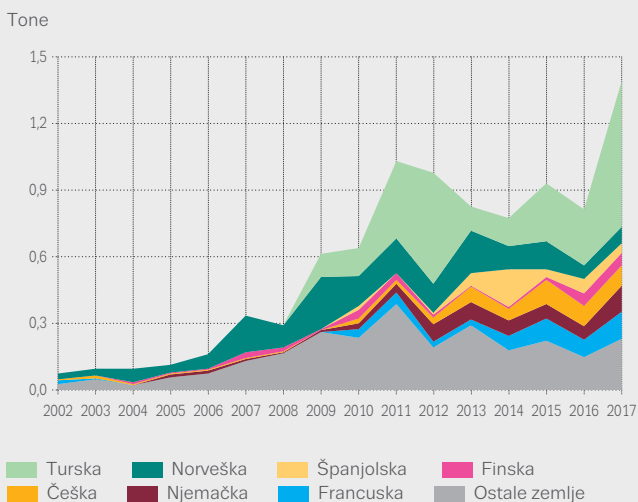
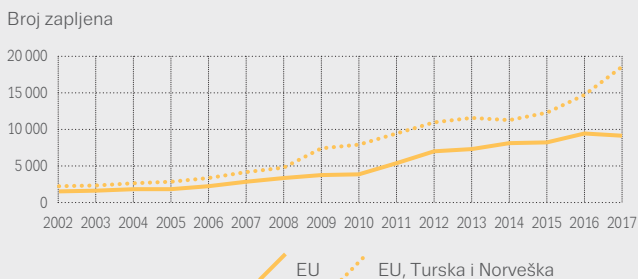
(slika 1.8.). Broj zapljena metamfetamina ukazuje na opći uzlazni trend od 2002., uz naznake stabilizacije tijekom posljednjih godina. Zaplijenjena se količina povećava od 2009., ali uz određene fluktuacije.

Tijekom 2017. u Turskoj je zaplijenjena veća količina amfetamina (6,6 tona) nego u svim državama članicama EU-a zajedno (6,4 tone). Gotovo sav amfetamin zaplijenjen u Turskoj bio je u obliku tableta (26,3 milijuna tableta, odnosno više od 99,5 % ukupne procijenjene zaplijenjene količine), uključujući velike količine tableta s logotipom „Captagon” koje sadržavaju amfetamin. U Turskoj je tijekom 2017. zaplijenjena i iznimno velika količina metamfetamina (658 kg), odnosno količina slična onoj zabilježenoj u Europskoj uniji (662 kg).

U usporedbi s podacima zabilježenima prije deset godina, i cijena i razina čistoće amfetamina u Europi bile su više tijekom 2017., unatoč neznatnom padu u odnosu na prethodnu godinu. Općenito su i zabilježena prosječna razina čistoće i cijena uzoraka metamfetamina više od razine čistoće i cijene uzoraka amfetamina.

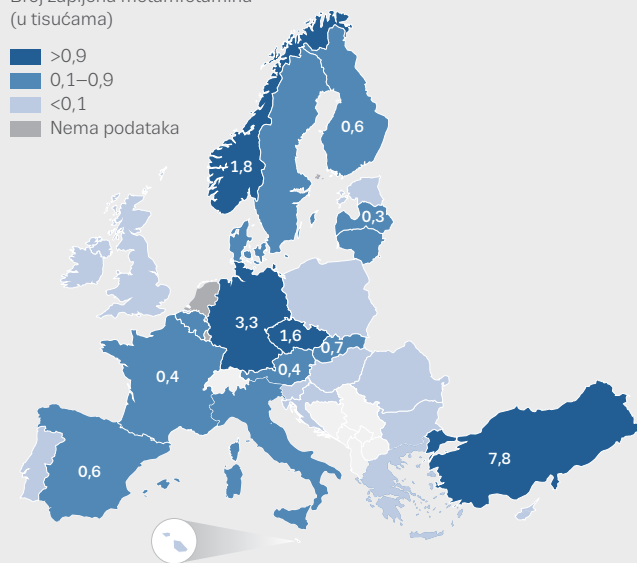
SLIKA 1.8

Broj zapljena metamfetamina i zaplijenjena količina: trendovi tijekom 2017. ili protekle godine



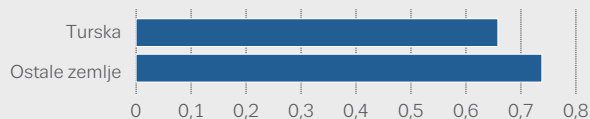
Broj zapljena metamfetamina (u tisućama)

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



Napomena: broj zapljena (u tisućama) u deset zemalja s najvećim vrijednostima.

Količina zaplijenjenih metamfetamina (u tonama)



MDMA: povećana proizvodnja i zapljene

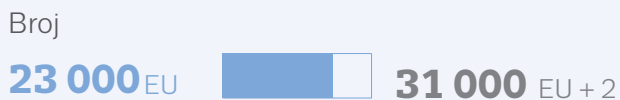
MDMA (3,4-metilenedioksimetamfetamin) sintetička je droga koja je kemijski povezana s amfetaminom, no ima drukčiji učinak. MDMA se konzumira u obliku tableta koje

se često nazivaju Ecstasy ili u obliku praha i kristala. Krajem 2000-ih, međunarodnim nastojanjima da se prekursori droga, odnosno kemijske tvari potrebne za proizvodnju nezakonitih droga stave pod kontrolu narušilo se tržište MDMA-a. U novije vrijeme, tržište MDMA-a

MDMA



Zapljene



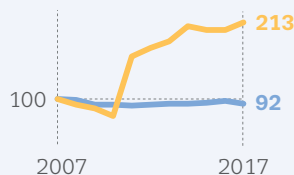
Cijena

(EUR/tableta)



Pokazatelji trendova

Cijena i čistoća



Čistoća

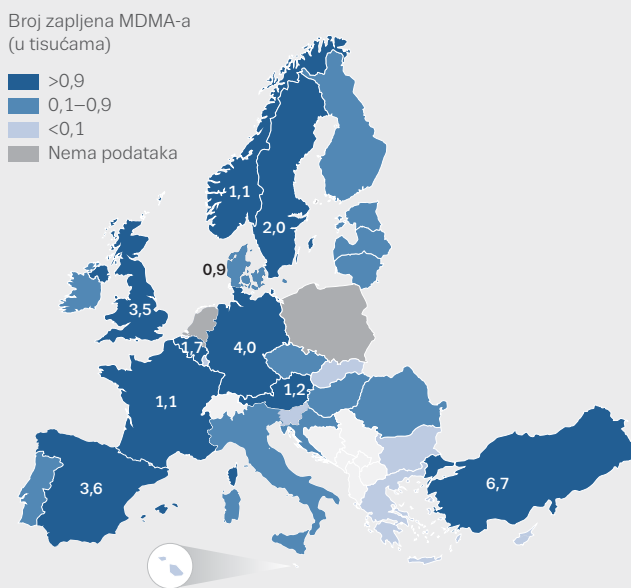
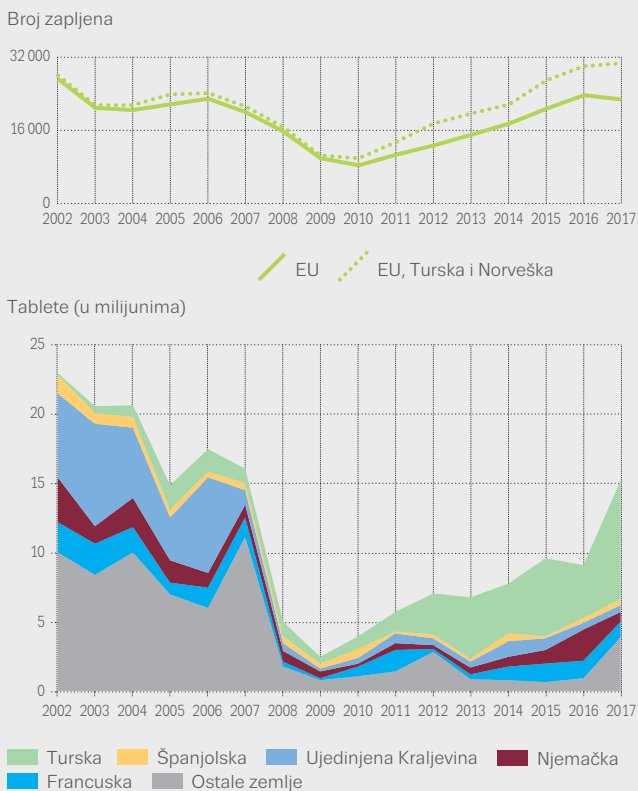
(MDMA mg/tableta)



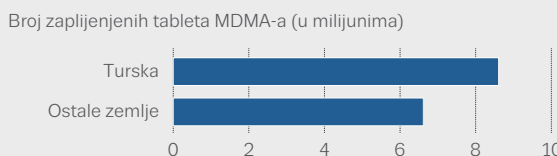
Pojam EU + 2 odnosi se na države članice EU-a te Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća MDMA-a: nacionalne prosječne vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene zemlje razlikuju se prema pokazateljima.

SLIKA 1.9

Broj zapljena MDMA-a (u svim oblicima) i količina zaplijenjenih tableta: trendovi tijekom 2017. ili protekle godine



Napomena: broj zapljena (u tisućama) u deset zemalja s najvećim vrijednostima.



doživjelo je procvat jer su proizvođači pronašli zamjenska sredstva, odnosno nekontrolirane kemijske tvari koje se mogu upotrebljavati pri proizvodnji te droge. To potvrđuje prosječni udio MDMA-a u tabletama u zemljama koje redovito bilježe te podatke, koji se od 2010. povećava, a 2017. dosegao je najvišu razinu u posljednjih deset godina. Čini se da važnu ulogu u prodaji ima marketing jer se na tržište neprestano stavljaju tablete novog izgleda u različitim bojama, oblicima i s različitim logotipovima.

Proizvodnja MDMA-a u Europi većinom se odvija u Nizozemskoj i Belgiji. Prijavljen je ukupno 21 aktivan laboratorij za proizvodnju MDMA-a u Europskoj uniji čiji je rad obustavljen tijekom 2017., što je gotovo dvostruko više nego 2016. Iako u Belgiji tijekom 2017. nije otkriveno nijedno postrojenje za proizvodnju MDMA-a, podatci o odlaganju kemijskog otpada koji potječe od proizvodnje MDMA-a upućuju na to da se ta droga ondje i dalje proizvodi.

Podatci o zapljenama izvan Europe utvrđeni praćenjem informacija iz javnih izvora i analiza podataka o tržištu na mračnoj mreži ukazuju na važnu ulogu koju imaju europski proizvođači u ponudi MDMA-a na globalnoj razini. Primjerice, podatci o praćenju tržišta na kriptot tržištu pokazuju da, osim za olakšavanje izravne prodaje

konzumentima, preprodavači iz različitih dijelova svijeta upotrebljavaju ta tržišta za kupnju MDMA-a proizvedenog u Europi. Analiza pokazuje da je prihod od transakcija koje uključuju tablete MDMA-a i koje se odvijaju na razini posredništva u okviru tržišta više nego dvostruko veći od prihoda od prodaje količina na maloprodajnoj razini. Nasuprot tome, transakcije u okviru prodaje kanabisa i kokaina na kriptot tržištu uglavnom se odvijaju na maloprodajnoj razini.

Od 2010. vidljiv je uzlazni trend kada je riječ o broju zabilježenih zapljena MDMA-a u Europskoj uniji. Količina zaplijenjenog MDMA-a češće se bilježi u obliku broja tableta nego u obliku težine. Procijenjena zaplijenjena količina od 6,6 milijuna tableta MDMA-a tijekom 2017. najviši je zabilježen broj u Europskoj uniji od 2007. Dugoročno, zamijećene su fluktuacije broja zaplijenjenih tableta MDMA-a godišnje u Europskoj uniji, što je djelomično posljedica pojedinačnih zapljena velikih količina. U nekim su zemljama zabilježene zapljene MDMA-a u prahu. Zabilježene zapljene MDMA-a u prahu u Europskoj uniji povećale su se s 0,3 tone tijekom 2016. na 1,7 tona tijekom 2017. Do tog je povećanja uglavnom došlo zbog zapljena koje su zabilježene u Nizozemskoj, zemlji koja je sada po prvi put u pet godina mogla iznijeti

SLIKA 1.10

podatke o zapljenama MDMA-a i na taj način pridonijeti sveobuhvatnijoj analizi u tom području.

Velike količine tableta MDMA-a, više nego dvostruko veće u odnosu na prethodnu godinu, zaplijene su u Turskoj 2017., a njihov je broj iznosio 8,6 milijuna tableta i premašivao ukupnu zaplijenjenu količinu u Europskoj uniji (slika 1.9.).

Zapljene LSD-a, GHB-a i ketamina

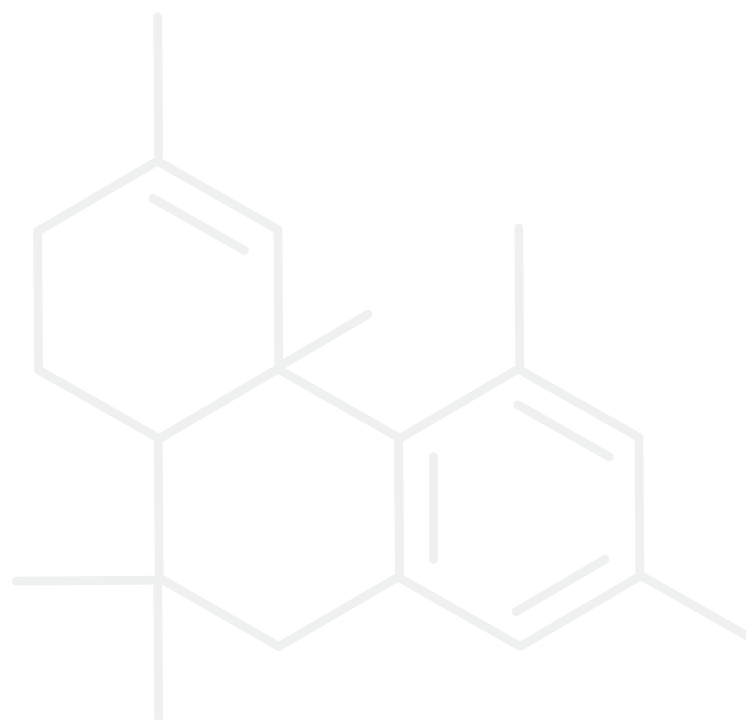
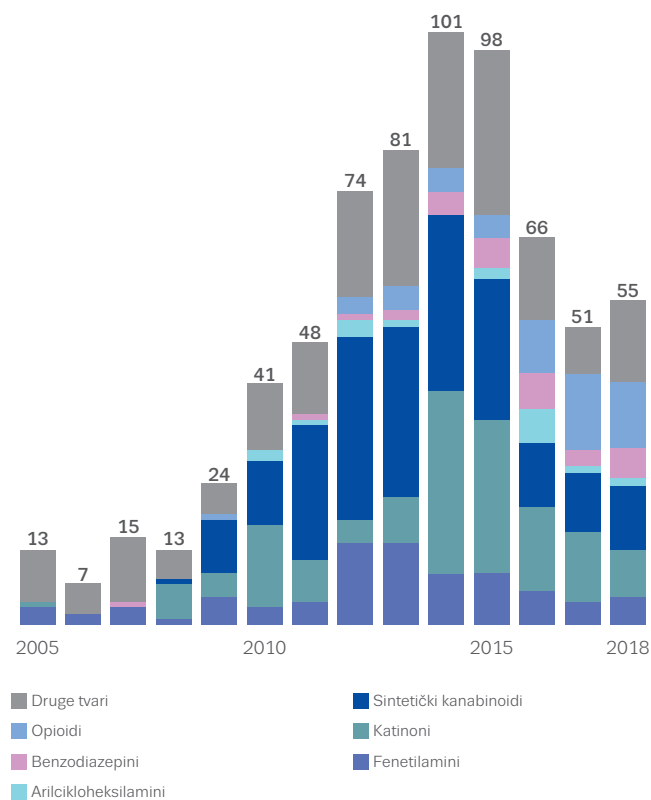
U Europskoj uniji zabilježene su i zapljene drugih nezakonitih droga, uključujući približno 2 000 zapljena LSD-a (dietilamida lizerginske kiseline) tijekom 2017., ukupne količine od 74 000 komada. Ukupni broj zapljena LSD-a više se nego udvostručio od 2010., iako su se zaplijene količine razlikovale. U 16 zemalja EU-a zabilježeno je oko 2 000 zapljena ketamina ukupne procijenjene količine od 194 kilograma i 5 litara te droge, od čega je najveća količina zaplijenjena u Belgiji, Francuskoj i Ujedinjenoj Kraljevini. Manji broj zapljena ketamina zabilježen je i u Norveškoj, odnosno 42 zapljene ukupne količine od 0,1 kilograma ketamina. Tijekom 2017. zapljene GHB-a (gama-hidroksibutirata) ili GBL-a (gama-butirolaktona) zabilježene su u 14 zemalja EU-a, Norveškoj i Turskoj, a broj zapljena u Norveškoj činio je više od četvrtine ukupnog broja zapljena. Procijenjeni broj od 1 600 zapljena sveukupno je iznosio 127 kilograma i 1 300 litara te droge. U Belgiji je zaplijenjena gotovo polovina ukupne količine, uglavnom u obliku GBL-a.

Novo psihoaktivne tvari: složeno tržište

Do kraja 2018. EMCDDA pratio je više od 730 novih psihoaktivnih tvari, od čega su 55 tvari u Europi prvi put otkrivene 2018. Te tvari čine niz različitih droga kao što su sintetički kanabinoidi, stimulativne tvari, opiodi i benzodiazepini.

U većini se slučajeva nove psihoaktivne 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. Katkad se otvoreno prodaju u fizičkim trgovinama. Iako je u nekim zemljama otvorena prodaja tih proizvoda ograničena, oni i dalje mogu biti dostupni putem skrovitijih kanala. Mogu se nabaviti i u internetskim trgovinama ili na kriptotržištu, ili se pak mogu prodavati na tržištu nezakonitih droga. U takvim slučajevima mogu se prodavati pod svojim imenom, ali i kao druge droge ili pomiješani s drugim drogama kao što su heroin, kokain, MDMA ili psihoaktivni lijekovi.

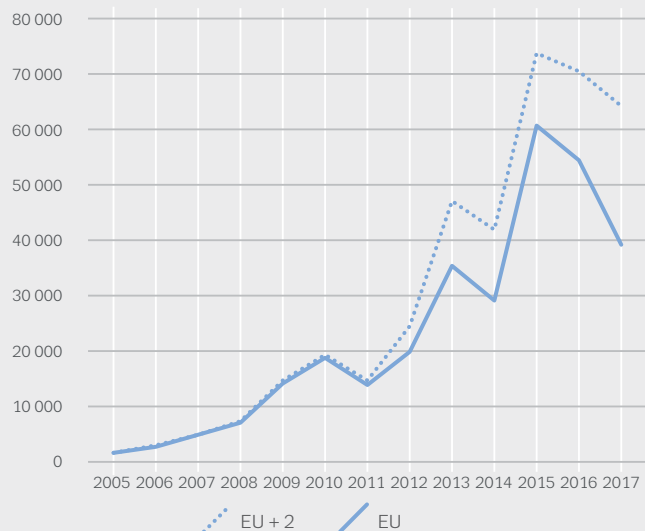
Broj i kategorije novih psihoaktivnih tvari koje su prvi put prijavljene u EU sustav ranog upozoravanja, 2005. – 2018.



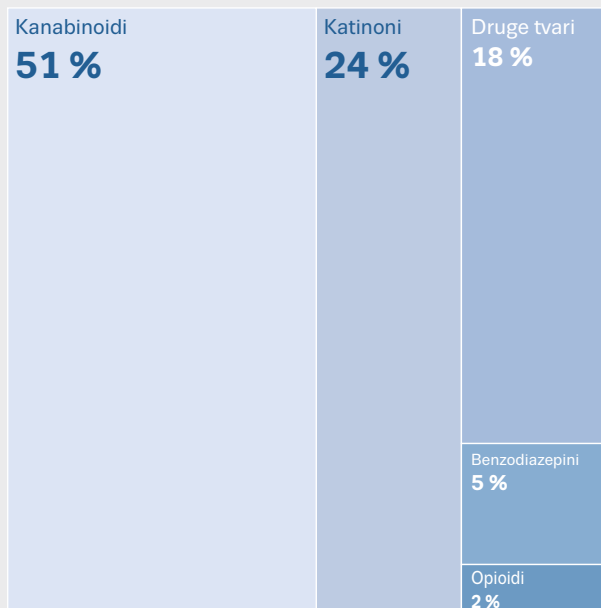
SLIKA 1.11

Zapljene prijavljene u EU sustav ranog upozoravanja: trendovi u području ukupnog broja zapljena i broja zapljena prema kategoriji tijekom 2017.

Broj slučajeva zapljena



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



Broj novih tvari koje se otkrivaju svake godine svoj je vrhunac dosegno u razdoblju od 2014. do 2015., a otad je stabilan na razinama sličnima onima zabilježenima u razdoblju od 2011. do 2012. (slika 1.10.). Uzroci te pojave nisu jasni, no oni mogu biti odraz rezultata stalnih nastojanja da se nove tvari u Europi dovedu pod kontrolu, kao i zakonodavnih inicijativa u Kini.

Broj novih tvari koje se otkrivaju svake godine samo je jedno u nizu mjerenja kojima se EMCDDA služi za razumijevanje cjelokupnog tržišta. Primjerice, u Europi je tijekom 2017. otkriveno 390 tvari, odnosno približno polovina novih tvari koje se prate s pomoću EU sustava ranog upozoravanja, a neke su se od njih pojavile prije više od deset godina. To ukazuje na dinamičnu prirodu tog dijela tržišta droga: tvari se mogu brzo pojaviti, a zatim brzo nestati, no broj tvari u optjecaju ostaje visok.

Zapljene novih psihoaktivnih tvari

Tijekom 2017. tijela za izvršavanje zakonodavstva iz različitih dijelova Europe u EU sustav ranog upozoravanja prijavila su gotovo 64 160 zapljena novih psihoaktivnih tvari. Od toga je 39 115 zapljena prijavilo 28 država članica EU-a (slika 1.11.).

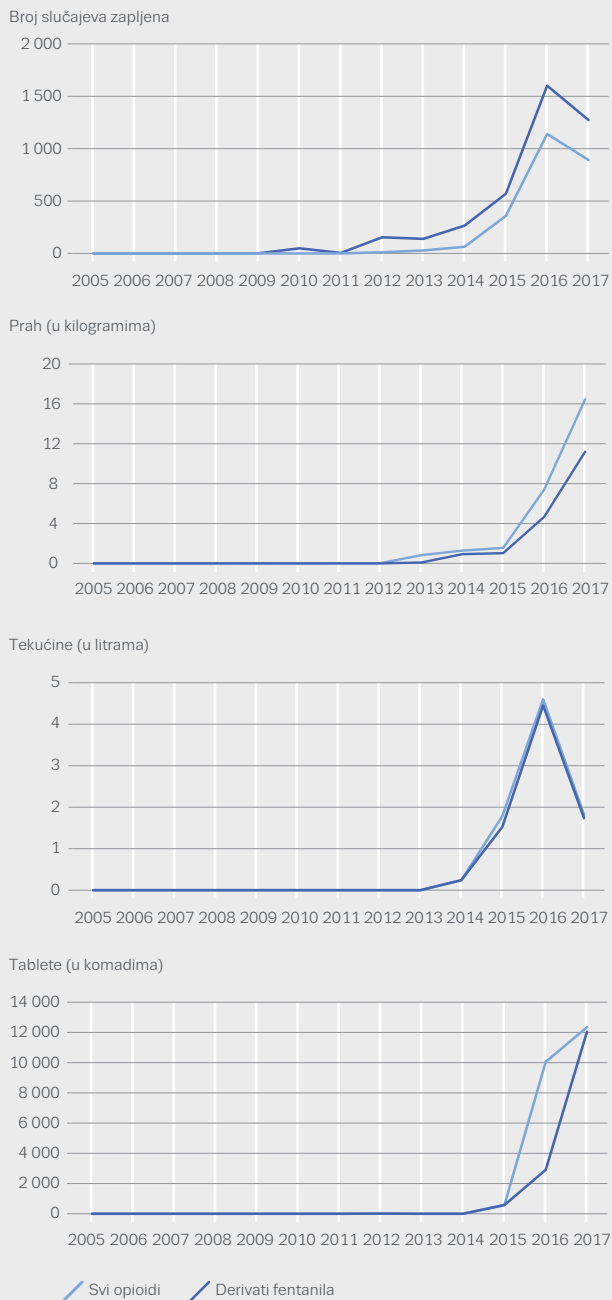
Tijekom 2017. najčešći oblik u kojem su se prijavljivale psihoaktivne tvari bio je prah, a ukupna količina iznosila je 2,8 tona za sve kategorije. Ti su podatci u širem smislu

usporedivi s podacima iz prethodnih godina. Osim toga, zabilježeno tek nešto manje od 240 kilograma biljnog materijala, a dvije trećine tog materijala bile su u obliku mješavina za pušenje koje sadržavaju sintetičke kanabinoida. Nove tvari otkrivene su i u tabletama (6 769 slučajeva, 2,8 milijuna komada), papirima za upijanje (980 slučajeva, 23 000 komada) i tekućinama (1 430 slučajeva, 490 litara). Neke od tih tekućina prodavale su se u obliku gotovih sprejeva za nos i e-tekućina za isparavanje u e-cigaretama.

U zapljenama novih psihoaktivnih tvari u Europi uglavnom prevladavaju sintetički kanabinoidi i katinoni. Međutim, tijekom posljednjih godina vidljiva je veća raznolikost jer su druge skupine tvari postale izraženije. Primjerice, čini se da se u Europi povećala količina zaplijenjenih opioida i benzodiazepina.

SLIKA 1.12

Zapljene sintetičkih opioida prijavljene u EU sustav ranog upozoravanja: trendovi u području broja zapljena i zaplijenjenih količina



Napomena: podatci za Europsku uniju, Tursku i Norvešku. Nisu uključene zapljene tramadola.

Novi sintetički opioidi

Od 2009. na europskom tržištu droga otkriveno je 49 novih sintetičkih opioida, uključujući 11 opioida koji su prvi put zabilježeni 2018. Ukupni broj uključuje 34 derivata fentanila, od čega je njih šest prvi put zabilježeno 2018. Iako trenutačno imaju malu ulogu na europskom tržištu droga, mnogi novi opioidi (posebno opioidi iz skupine fentanila) iznimno su snažne tvari koje predstavljaju veliku prijetnju za zdravlje pojedinaca i javnog zdravstva.

Tijekom 2017. tijela za izvršavanje zakonodavstva u EU sustav ranog upozoravanja prijavila su približno 1 300 zapljena novih opioida. Većinu tih slučajeva (70 %) činile su zapljene derivata fentanila (slika 1.12.), a zabilježeno je i više drugih vrsta opioida (kao što su U-47,700 i U-51,754). Ukupna zabilježena količina opioida u prahu i u obliku tableta neprestano raste od 2012. (slika 1.12.). Tijekom 2017. sveukupno je zaplijenjeno približno 17 kilograma novih opioida u prahu, 1,8 litara u obliku tekućina i 29 000 u obliku tableta. Rjeđe su novi opioidi otkriveni i u obliku papira za upijanje i biljnih mješavina za pušenje. U tim slučajevima katkad ne postoje naznake o tome da te tvari sadržavaju snažne opioide, što može predstavljati rizik od trovanja za osobe koje ih konzumiraju, posebno ako one prethodno nisu stekle otpornost na opioide.

Posebno su zabrinjavajuće zapljene karfentanila u Europi, jednog od najsnažnijih poznatih opioida. Tijekom 2017. u Europi je zabilježeno više od 300 zapljena karfentanila. Zaplijenjeno je oko 4 kilograma praha i 250 mililitara tekućina. Neke od tih tvari u prahu prodavale su se kao heroin ili pomiješane s heroinom.

Novi benzodiazepini

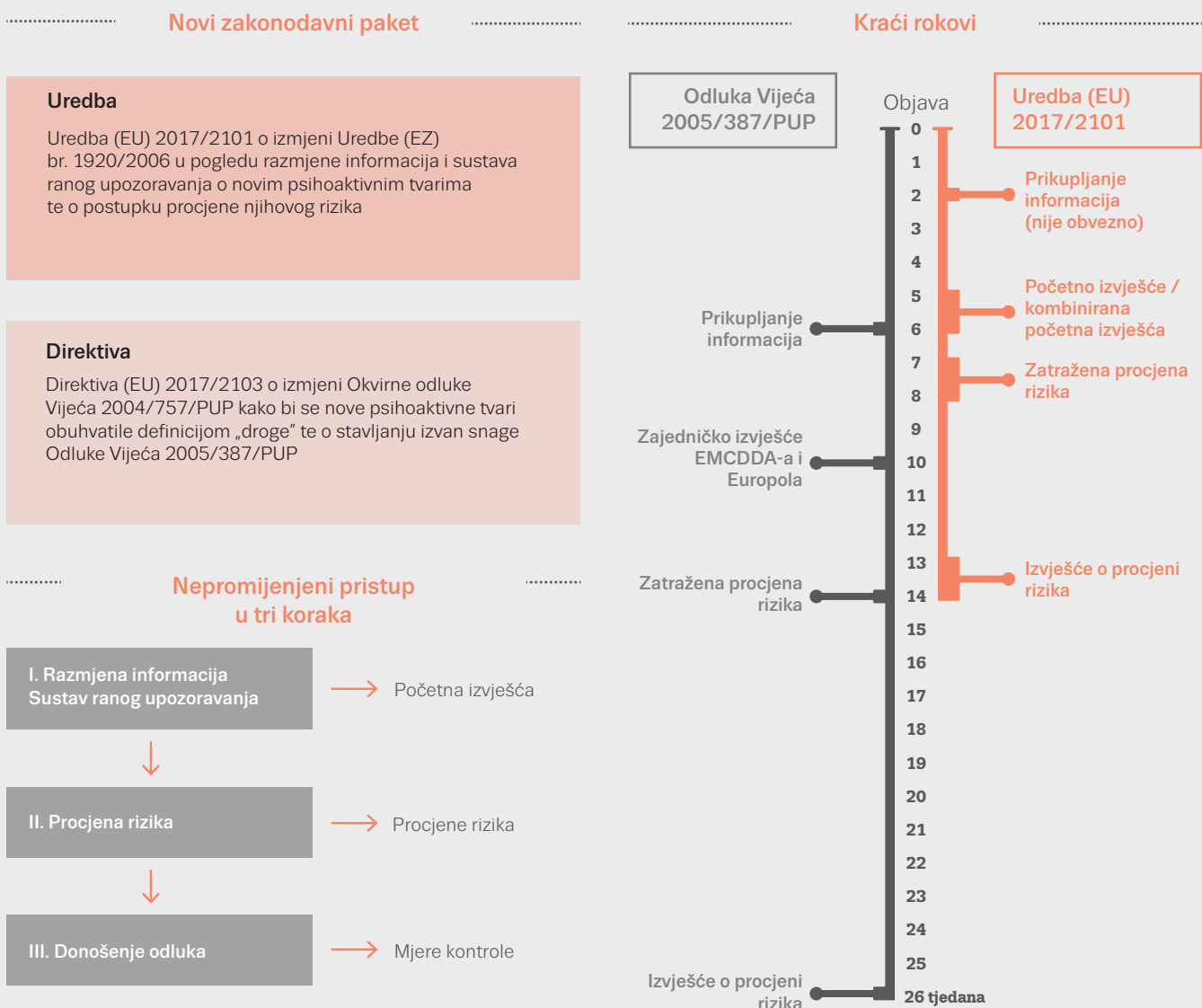
Čini se da je u posljednjih nekoliko godina došlo do povećanja broja, vrste i dostupnosti novih psihoaktivnih tvari koje pripadaju skupini benzodiazepina, a čija uporaba nije uređena međunarodnim zakonima o kontroli droga. Neke se od njih prodaju kao lažne inačice lijekova protiv anksioznosti, koji se često propisuju, kao što su alprazolam (Xanax) i diazepam, u okviru postojećih mreža distribucije na tržištu nezakonitih droga. Druge se prodaju na internetu, katkad pod svojim imenom, a stavljaju se na tržište kao „zakonite“ inačice odobrenih lijekova.

EMCDDA trenutačno prati 28 novih benzodiazepina, od čega su njih 23 u Europi prvi put otkrivena u posljednjih pet godina. Tijekom 2017. u EU sustav ranog upozoravanja prijavljeno je gotovo 3 500 zapljena novih benzodiazepina. Uglavnom se radilo o zapljenama te tvari u obliku tableta,

U EU sustav ranog upozoravanja prijavljeno je približno 1 300 zapljena novih opioida

SLIKA 1.13

Novi ubrzani postupci EU-a za utvrđivanje i odgovor na nove psihoaktivne tvari koje se pojavljuju u Europskoj uniji



ukupne količine od 2,4 milijuna komada, što je značilo veliki porast u odnosu na zabilježenih približno pola milijuna zaplijenjenih tableta tijekom 2016. Do tog je porasta došlo zbog zapljena velikih količina etizolama, tvari koja je u EU sustav ranog upozoravanja prvi put prijavljena 2011., i to u jednoj zemlji. Osim toga, tijekom 2017. zabilježene su zapljene dodatnih 27 kilograma praha, 1,4 litre tekućina i 2 400 papira za upijanje koji sadržavaju nove benzodiazepine.

Novi psihoaktivne tvari: novi pravni odgovori

Europske zemlje poduzimaju mjere za suzbijanje ponude droga u skladu s trima konvencijama Ujedinjenih naroda kojima se pruža okvir za kontrolu proizvodnje, trgovine i posjedovanja više od 240 psihoaktivnih tvari. Brza pojava

novih psihoaktivnih tvari i raznolikost dostupnih proizvoda pokazale su se kao izazov za konvencije i europske donositelje politike i zakona.

Na nacionalnoj su razini poduzete razne mjere za kontrolu novih tvari i mogu se prepoznati tri vrste pravnih odgovora. Mnoge su europske zemlje najprije reagirale s pomoću zakona o zaštiti potrošača, a zatim su naknadno proširile ili prilagodile postojeće zakone o drogama uključivanjem novih psihoaktivnih tvari. Te su zemlje u sve većoj mjeri osmišljavale posebno novo zakonodavstvo za rješavanje tog problema.

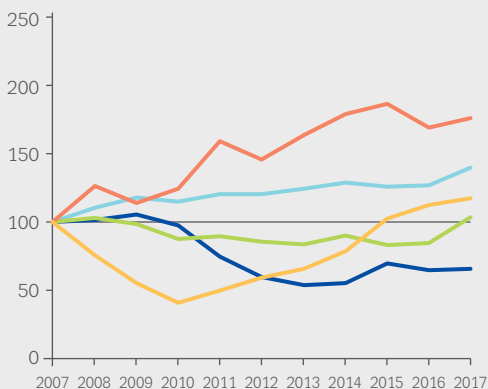
Dugi niz godina većina je europskih zemalja samo pojedinačno popisivala kontrolirane tvari. Međutim, kako se broj novih tvari otkrivenih u Europi povećao, više je zemalja nastojalo pronaći načine za kontrolu skupina tvari. Većina

SLIKA 1.14

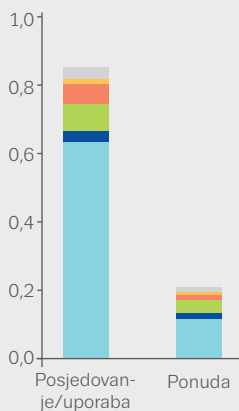
Slučajevi kršenja zakona o drogama u Europskoj uniji koji se odnose na uporabu droga ili posjedovanje droga za uporabu ili ponudu droga: pokazatelji trendova i prijavljena kršenja zakona tijekom 2017.

Slučajevi kršenja zakona zbog posjedovanja/uporabe

Pokazatelji trendova

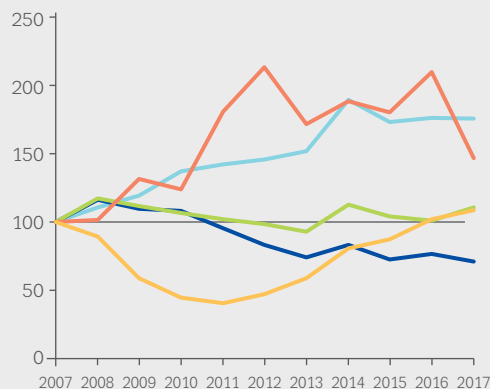


Broj slučajeva kršenja zakona (milijun)



Slučajevi kršenja zakona povezani s ponudom drog

Pokazatelji trendova



Heroin Kokain MDMA Kanabis Amfetamini Druge tvari

Napomena: podatci o slučajevima kršenja zakona u kojima je zabilježena predmetna droga.

zemalja definirala je te skupine prema kemijskoj strukturi („generičke” skupine), no malo je njih definiralo skupine prema njihovim učincima. Većina zemalja koje su pristupile generički postojećim su zakonima o drogama dodale definicije skupina, dok su neke samo uključile te skupine u posebno zakonodavstvo o novim psihoaktivnim tvarima.

Na razini EU-a zakonodavni okvir za odgovor na prijetnje za zdravlje opće populacije i društvo uzrokovane novim psihoaktivnim tvarima, a koji potječe iz 2005. godine, revidiran je kako bi se uspostavio brži, učinkovitiji sustav (slika 1.13.). U okviru novog zakonodavstva zadržan je pristup od tri koraka za odgovor na nove psihoaktivne tvari, odnosno rano upozoravanje, procjena rizika i mjere kontrole, a postojeći su procesi ojačani tako što su pojednostavljeni i ubrzani postupci prikupljanja podataka i postupci procjene te tako što su uvedeni kraći rokovi. Nakon procjene rizika Komisija može predložiti da se tvar podvrgne mjerama kontrole. Europski parlament i Vijeće imaju pravo u roku od dva mjeseca te u određenim okolnostima uputiti prigovor na prijedlog Komisije. Kada odluka stupi na snagu, nacionalna tijela imat će rok od šest mjeseci (umjesto 12) da tvar stave pod kontrolu na svojem državnom području. To se novo zakonodavstvo na području Europe primjenjuje od 23. studenoga 2018.

Kršenja zakona o drogama: prevladava kanabis

Provedba zakona prati se putem podataka o prijavljenim kršenjima zakona o drogama. Brojčani podatci upućuju na

razlike u nacionalnim zakonodavstvima i prioritetima, a odraz su i različitih načina na koji se zakoni primjenjuju i provode.

Prema procjeni, u Europskoj uniji 2017. zabilježeno je 1,5 milijuna slučajeva kršenja zakona o drogama, što je značilo porast za jednu petinu (20 %) od 2007. Većina tih kršenja zakona (79 %) odnosila se na uporabu ili posjedovanje droga, s ukupno 1,2 milijuna slučajeva kršenja zakona, što je povećanje od 27 % u usporedbi s podacima za razdoblje prije deset godina. Kršenja zakona povezana s uporabom ili posjedovanjem kanabisa nastavila su se povećavati. Tri četvrtine (75 %) slučajeva kršenja zakona povezanih s posjedovanjem droga uključivalo je kanabis, iako se taj broj smanjio za 2 postotna boda u usporedbi s podacima za 2016. Uzlazni trend u pogledu broja kršenja zakona zbog uporabe ili posjedovanja MDMA-a nastavio se i tijekom 2017., međutim, riječ je o tek 2 % kršenja zakona povezanih s uporabom (slika 1.14.).

Broj prijavljenih kršenja zakona povezanih s ponudom droga od 2007. u Europskoj uniji sveukupno je porastao za 22 %, a procjenjuje se da je tijekom 2017. godini dosegnuo više od 230 000 slučajeva. Većina kršenja zakona povezanih s ponudom droga (57 %) ponovno je uključivala kanabis. Broj prijavljenih slučajeva kršenja zakona povezanih s ponudom MDMA-a u porastu je od 2011. (slika 1.14.), dok se broj slučajeva kršenja zakona povezanih s ponudom heroina neznatno smanjio. Stanje s kokainom, pak, tijekom istog razdoblja bilo je relativno stabilno.

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-a

2019

Country Drug Reports 2019.

2018

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

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

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

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

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i Europol

2018

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

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

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

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

2017

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

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

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
česta je kombinirana
uporaba droga**

Prevalencija i trendovi u području uporabe droga

Uporaba droga u Europi danas obuhvaća širi spektar tvari nego u prošlosti. Među konzumentima droga česta je kombinirana uporaba droga, a pojedinačni obrasci uporabe kreću se u rasponu od eksperimentalne do redovite i ovisničke konzumacije. Od svih droga najčešće se konzumira kanabis, a stopa prevalencije uporabe te droge pet je puta veća od stope prevalencije uporabe drugih tvari. Iako je uporaba heroina i drugih opioida i dalje relativno rijetka, upravo su to droge koje se najčešće povezuju sa štetnijim oblicima uporabe, uključujući intravensku uporabu droga. Opseg uporabe stimulativnih droga i najčešće vrste tih droga razlikuju se među zemljama, a povećava se broj dokaza o mogućem rastu intravenske uporabe stimulativnih droga. Sve vrste droga u pravilu češće konzumiraju muškarci, a ta se razlika često ističe zbog intenzivnijih ili redovitijih obrazaca uporabe.

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 nadopunjeni su analizama tragova droga u komunalnim otpadnim vodama na razini zajednice, provedenima u gradovima diljem Europe.

Istraživanja kojima su dobivene procjene visokorizične uporabe droga upotrebljavaju se za utvrđivanje opsega duboko ukorijenjenih problema povezanih s konzumacijom droga, a podatci o osobama koje se uključuju u specijalizirane sustave za tretman ovisnosti, kada se razmatraju zajedno s drugim pokazateljima, mogu pripomoći u razumijevanju prirode i trendova u području visokorizične uporabe droga.

Pritom se upotrebljavaju i drugi, usmjereniji izvori podataka. S pomoću takvih inovativnih pokazatelja daje se uvid u promjenjive obrasce uporabe droga i vrste droga koje se konzumiraju. Iako nisu reprezentativni za opću populaciju, tim se izvorima pružaju aktualni dodatni podatci. Svi izvori podataka o uporabi droga imaju svoje prednosti i nedostatke, a u različitim zemljama razlikuju se i dostupnost i kvaliteta podataka. Zbog toga EMCDDA pri opisu situacije u području droga u Europi primjenjuje oprezan pristup koji se temelji na više pokazatelja.

Cjeloviti skupovi podataka i metodološke napomene mogu se pronaći u internetskom [Statističkom biltenu](#).

Otprilike 96 milijuna odraslih osoba konzumiralo je nezakonite droge

Procjenjuje se da je otprilike 96 milijuna ili 29 % odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine) u Europskoj uniji tijekom života probalo nezakonite droge. Iskustvo uporabe droga češće navode muškarci (57,8 milijuna) nego žene (38,3 milijuna). Droga koja se tijekom života najčešće konzumirala jest kanabis (55,4 milijuna muškaraca i 36,1 milijun žena), dok su mnogo niže procjene o uporabi kokaina (12,4 milijuna muškaraca i 5,7 milijuna žena), MDMA-a (9,3 milijuna muškaraca i 4,6 milijuna žena) i amfetamina (8,3 milijuna muškaraca i 4,1 milijun žena). Razine uporabe kanabisa tijekom života znatno se razlikuju među pojedinim zemljama, a kreću se od približno 4 % odraslih osoba na Malti do 45 % odraslih osoba u Francuskoj.

Podacima o uporabi droga za prethodnu godinu pruža se uvid u nedavnu uporabu droga koja je uglavnom prisutna među mlađim odraslim osobama. Procjenjuje se da je 19,1 milijun mlađih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine) tijekom prethodne godine konzumiralo droge (16 %), pri čemu je broj muškaraca (20 %) koji su to naveli dvostruko veći od broja žena (11 %).

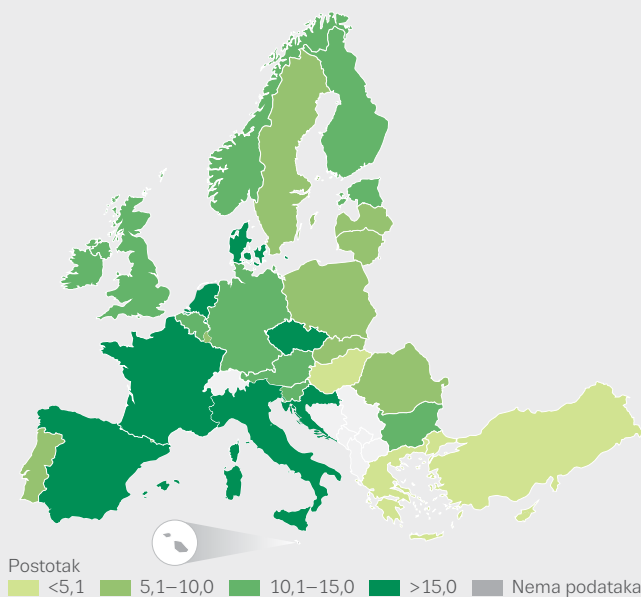
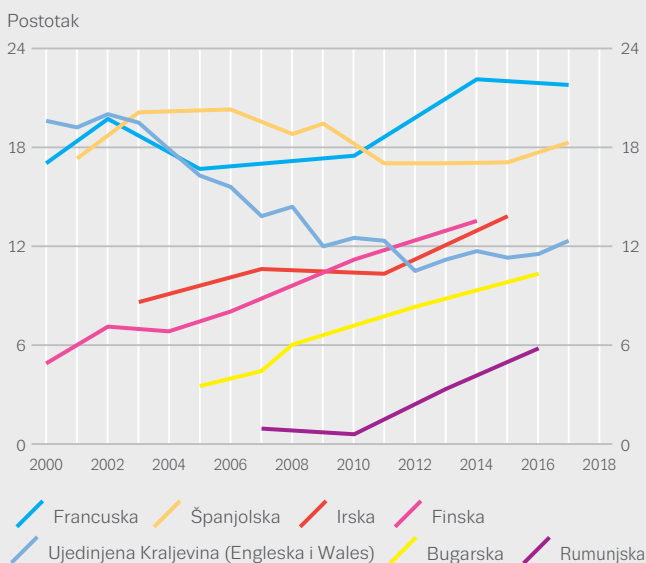
Uporaba kanabisa među mladima

Kanabis je nezakonita droga koju najčešće konzumiraju 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 u Europskoj uniji 91,2 milijuna odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 27,4 % te dobne skupine, u nekom trenutku života probalo kanabis. Procjenjuje se da je među njima oko 17,5 milijuna mlađih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine) ili 14,4 % te dobne skupine tijekom prethodne godine konzumiralo kanabis. Stope prevalencije među mlađim odraslim osobama prošle godine kreću se od 3,5 % u Mađarskoj do 21,8 % u Francuskoj. Među mladima koji su tijekom prošle godine konzumirali kanabis omjer muškaraca i žena iznosi dva prema jedan. Kada se uzmu u obzir samo osobe u dobi od 15 do 24 godine, stope prevalencije uporabe kanabisa veće su, pri čemu je 18 % (10,1 milijun) osoba tu drogu konzumiralo tijekom prošle godine, a 9,3 % osoba tijekom prošlog mjeseca (5,2 milijuna).

SLIKA 2.1

Prevalencija uporabe kanabisa među mlađim odraslim osobama (15 – 34 godine) tijekom prethodne godine: odabrani trendovi i najnoviji podatci



Napomena: dobne skupine osim skupine od 15 do 34 godine zabilježene su u Danskoj, Ujedinjenoj Kraljevini i Norveškoj (16 – 34), Švedskoj (17 – 34), Njemačkoj, Francuskoj, Grčkoj i Mađarskoj (18 – 34).

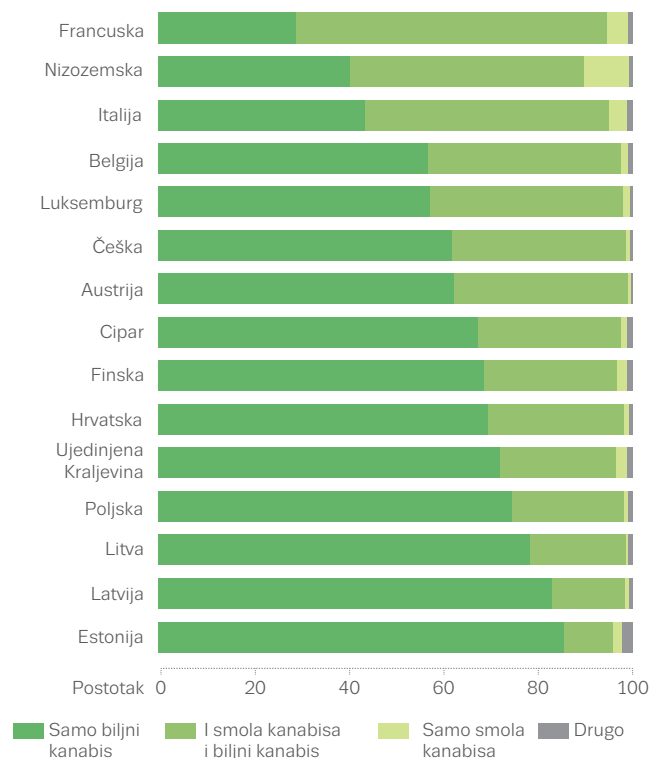
SLIKA 2.2

U većini zemalja nedavni rezultati istraživanja pokazuju da je razina uporabe kanabisa među mladim odraslim osobama tijekom prošle godine bila stabilna ili se povećavala. Od zemalja koje od 2016. provode istraživanja i bilježe intervale pouzdanosti, njih je šest zabilježilo povećanje u procjenama, pet ih je izvijestilo o stabilnim razinama, a jedna je zabilježila smanjenje razina u odnosu na prethodno usporedivo istraživanje. U 11 je od tih zemalja tijekom najnovijeg istraživanja zabilježen porast uporabe među osobama u dobi od 15 do 24 godine.

Malo je zemalja koje imaju dovoljno podataka iz istraživanja koji bi omogućili statističku analizu dugoročnih trendova uporabe kanabisa u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama (u dobi od 15 do 34 godine). Noviji podatci pokazuju da su se u tim zemljama silazni trendovi koji su prethodno zabilježeni u Španjolskoj i Ujedinjenoj Kraljevini (Engleskoj i Walesu) stabilizirali, iako je u Ujedinjenoj Kraljevini za prošlu godinu zabilježen porast na 12,3 % (slika 2.1). Od 2000. u više je zemalja zabilježen uzlazni trend u području prevalencije uporabe kanabisa među mladim odraslim osobama u posljednjih 12 mjeseci. One uključuju Irsku i Finsku gdje najnoviji podatci ukazuju na razine koje se približavaju prosjeku EU-a od 14,4 %, te Bugarsku i Rumunjsku, iako su razine u tim dvjema zemljama niže. U skladu s najnovijim istraživanjima, stope prevalencije u Francuskoj na stabilnoj su visokoj razini od 22 %. Tijekom istraživanja iz 2017. u Danskoj je zabilježen pad s procijenjenih 17,6 % iz 2013. na 15,4 %.

Podacima iz internetskih istraživanja mogu se nadopuniti informacije iz istraživanja opće populacije i može se pružiti dodatni uvid u uporabu droga u Europi. Iako dobiveni rezultati nisu reprezentativni za opću populaciju, tim je istraživanjima bilo moguće obuhvatiti velike uzorke konzumenata droga. U okviru Europskog internetskog istraživanja o drogama od 40 000 konzumenata droga, koji su na sudjelovanje u istraživanju pozvani prvenstveno putem društvenih mreža, prikupljene su informacije o obrascima uporabe i kupnje nezakonitih droga koje se najčešće konzumiraju. Rezultati pokazuju da se biljni kanabis konzumirao češće nego smola kanabisa. Međutim, mnogi ispitanici naveli su da konzumiraju obje vrste te droge, posebno u Francuskoj, Italiji i Nizozemskoj. Uporaba smole kanabisa samo je rijetko zabilježena (slika 2.2.).

Oblici kanabisa koje su tijekom prethodne godine konzumirali sudionici u internetskom istraživanju koji su naveli da konzumiraju tu drugu



Napomena: istraživanje je provedeno u dvama valovima, pri čemu je prvi proveden tijekom 2016. (u Češkoj, Francuskoj, Hrvatskoj, Nizozemskoj i Ujedinjenoj Kraljevini), a drugi tijekom 2017./2018. (u preostalim deset zemalja EU-a). Izvor: Europsko internetsko istraživanje o drogama.

**Kanabis je nezakonita droga
koja se najčešće konzumira**

Visokorizična uporaba kanabisa: znakovi stabilizacije

Na temelju istraživanja opće populacije procjenjuje se da oko 1 % odraslih osoba u Europskoj uniji čine svakodnevni ili gotovo svakodnevni konzumenti kanabisa, odnosno da su te osobe konzumirale kanabis 20 ili više dana u prethodnom mjesecu. Oko 60 % tih osoba mlađe je od 35 godina, a tri četvrtine njih čine muškarci.

Kada se razmatraju zajedno s drugim pokazateljima, podatci o osobama koje započinju s tretmanom zbog uporabe kanabisa mogu pružiti informacije o prirodi i opsegu visokorizične uporabe kanabisa u Europi. Tijekom 2017. približno 155 000 osoba uključeno je u tretman ovisnosti u Europi zbog problema povezanih s uporabom kanabisa, a za otprilike njih 83 000 bilo je riječ o prvom tretmanu u životu. U 24 zemlje s dostupnim podacima ukupni broj osoba koje su prvi put uključene u tretman zbog problema povezanih s uporabom kanabisa povećao se za 76 % u razdoblju između 2006. i 2017.

Sveukupno je 47 % konzumenata kojima je kanabis primarna droga i koji su tijekom 2017. prvi put uključeni u tretman navelo da su tijekom prethodnog mjeseca tu drogu konzumirali svakodnevno, a brojni podatci u rasponu su od 10 % ili manje u Latviji, Mađarskoj i Rumunjskoj do 68 % ili više u Španjolskoj, Nizozemskoj i Turskoj.

Uporaba kokaina: određeni znakovi porasta

Kokain je nezakonita stimulativna droga koja se u Europi najčešće konzumira, a stopa prevalencije njegove uporabe veća je u zemljama južne i zapadne Europe. Tijekom posljednjih godina u Europi je zabilježen porast uporabe te droge. Za potrebe istraživanja i praćenja, osobe koje konzumiraju kokain moguće je razvrstati na različite načine, u skladu s okruženjem, proizvodom koji konzumiraju ili motivacijom za njegovu konzumaciju. Među redovitim konzumentima može se uočiti velika razlika između uglavnom društveno integriranih konzumenata, koji šmrču kokain u prahu (kokain hidroklorid), i marginaliziranih konzumenata, koji kokain konzumiraju intravenskim putem ili puše *crack* kokain (baza kokaina), katkad uz uporabu opioida. U mnogim skupovima podataka nije moguće razlikovati ta dva oblika kokaina (kokain u prahu ili *crack* kokain) pa izraz „uporaba kokaina” obuhvaća oba oblika.

Procjenjuje se da je u Europskoj uniji 18,0 milijuna odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 5,4 % te dobne skupine, u nekom trenutku života probalo kokain. Među njima je oko 2,6 milijuna mladih odraslih osoba u dobi od 15 do 34 godine (2,1 % te dobne skupine) kokain konzumiralo tijekom prethodne godine.

Šest zemalja, konkretno Danska, Irska, Španjolska, Francuska, Nizozemska i Ujedinjena Kraljevina u posljednjih je 12 mjeseci zabilježilo stopu prevalencije uporabe kokaina veću od 2,5 % među mladim odraslim

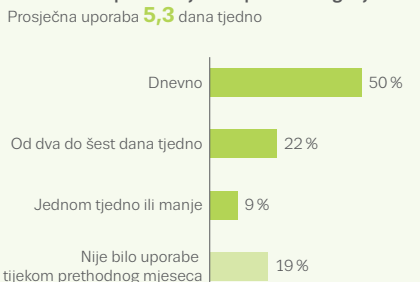
KONZUMENTI KANABISA KOJI SU UKLJUČENI U TRETMAN



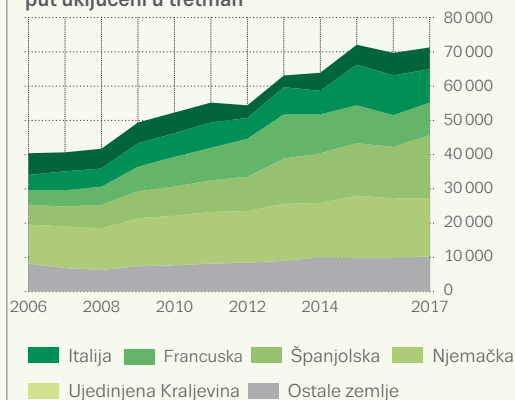
Obilježja



Učestalost uporabe tijekom prethodnog mjeseca



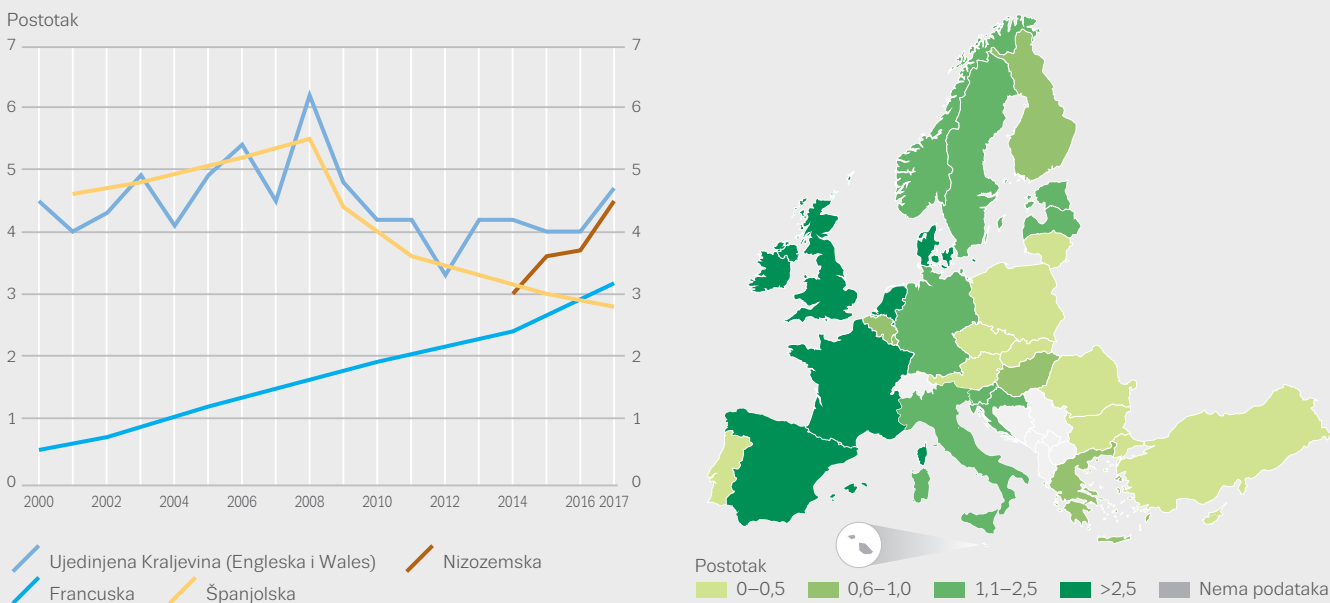
Trendovi u području konzumenata koji su prvi put uključeni u tretman



Napomena: osim za trendove, podatci se odnose na sve konzumente koji su uključeni u tretman, a kanabis im je primarna droga. Kad je riječ o konzumentima koji su prvi put uključeni u tretman, trendovi se temelje na podacima za 24 zemlje. Grafikonom trendova obuhvaćene su samo zemlje s podacima za najmanje 11 od 12 godina. Vrijednosti koje nedostaju interpolirane su iz najbližih godina. Zbog promjena u protoku podataka na nacionalnoj razini, podatci od 2014. nadalje za Italiju nisu usporedivi s podacima za prethodne godine. Zbog promjena u sustavu bilježenja, ukupni podatci za Njemačku za 2017. procjene su na temelju podataka za 2016.

SLIKA 2.3

Prevalencija uporabe kokaina među mladim odraslim osobama (15 – 34 godine) tijekom prethodne godine: odabrani trendovi i najnoviji podatci



Napomena: dobne skupine osim skupine od 15 do 34 godine zabilježene su u Danskoj, Ujedinjenoj Kraljevini i Norveškoj (16 – 34), Švedskoj (17 – 34), Njemačkoj, Francuskoj, Grčkoj i Mađarskoj (18 – 34).

osobama (slika 2.3.). Od zemalja koje od 2016. provode istraživanja i bilježe intervale pouzdanosti, njih su tri zabilježile povećanje u procjenama, dok ih je devet izvjestilo o stabilnim razinama procjene u odnosu na prethodno usporedivo istraživanje.

Statističku analizu dugoročnih trendova u području uporabe kokaina među mladim odraslim osobama tijekom prethodne godine bilo je moguće provesti samo za manji broj zemalja u kojima postoje određeni dokazi o povećanoj uporabi: u okviru godišnjeg istraživanja provedenog u Ujedinjenoj Kraljevini zabilježeno je povećanje na 4,7 % nakon relativno stabilnog razdoblja; u okviru četvrtog usporedivog godišnjeg istraživanja koje je provela Nizozemska takav je uzlazni trend potvrđen, sa stopom od 4,5 %, a u Francuskoj se uzlazni trend nastavio, pri čemu je stopa prvi put premašila 3 %. Nasuprot tome, u Španjolskoj se i dalje bilježi pad stope prevalencije koja trenutačno iznosi 2,8 % (slika 2.3.).

Istraživanje radi utvrđivanja trendova koje je 2018. proveo EMCDDA, u kojem je analizirano više izvora podataka, pokazalo je da povećanje dostupnosti kokaina veće razine čistoće na tržištu droga u Europi možda pridonosi ponovnom povećanju razine uporabe te droge u nekim zemljama. Istraživanjem su otkrivene i naznake da se kokain širi na nova tržišta u istočnoj Europi, gdje se ta droga u prošlosti rijetko konzumirala.

Analizom tragova kokaina u otpadnim vodama provedenom u okviru istraživanja koje je obuhvatilo nekoliko gradova,

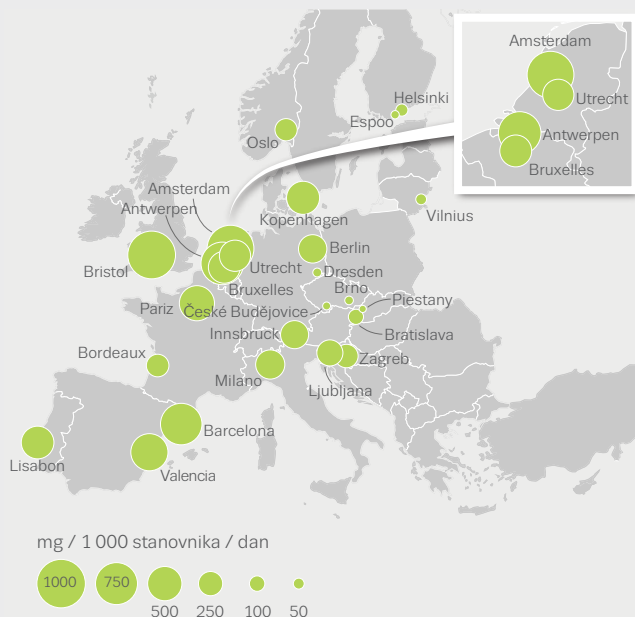
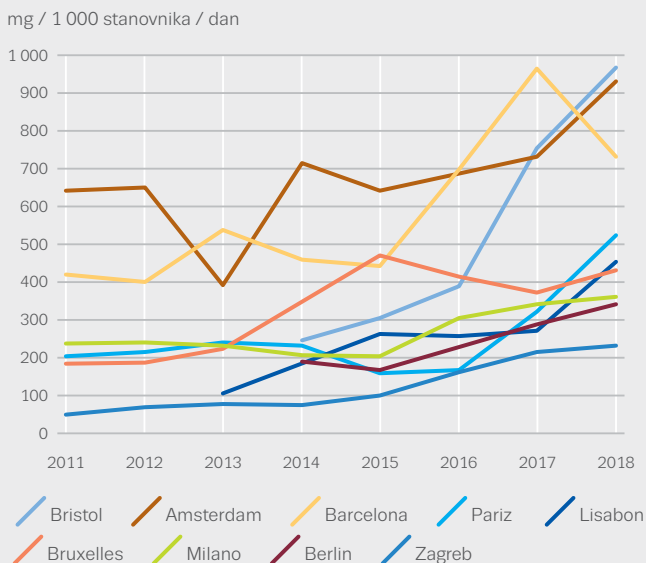
nadopunjeni su rezultati istraživanja uporabe droga u općoj populaciji. Izvješća o analizi otpadnih voda koja se temelji na konzumaciji čistih tvari u okviru zajednice i rezultati te analize ne mogu se izravno usporediti s procjenama stope prevalencije dobivenima u okviru istraživanja opće populacije. Rezultati analize otpadnih voda prikazani su u standardiziranim količinama (maseno opterećenje) tragova droga na 1 000 stanovnika po danu. Tim se rezultatima mogu pružiti informacije o količini kokaina koja se konzumira na određenom području, ali se ne pružaju izravne informacije o broju konzumenata.

Analizom iz 2018. utvrđeno je najveće maseno opterećenje benzoilekgoninom, glavnim metabolitom kokaina, u gradovima u Belgiji, Španjolskoj, Nizozemskoj i Ujedinjenoj Kraljevini. Vrlo niske razine utvrđene su u većini gradova istočne Europe obuhvaćenih istraživanjem (vidjeti sliku 2.4.), no najnoviji podatci ukazuju na povećanja. Usporedbom s podacima za prethodnu godinu dobivaju se rezultati koji općenito upućuju na povećanu uporabu. Od 38 gradova za koje postoje podatci za 2017. i 2018., u 22 je grada zabilježeno povećanje, u pet je zabilježeno smanjenje, a u 11 stabilno stanje. Rastući dugoročni trendovi zabilježeni su u većini od 13 gradova za koje postoje podatci za 2011. i 2018.

**Kokain je nezakonita
stimulativna droga koja
se najčešće konzumira**

SLIKA 2.4

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



Napomena: prosječne dnevne količine benzoilekgonina u miligramima na 1 000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom razdoblja od jednog tjedna od 2011. do 2018.
Izvor: Središnja europska skupina za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (SCORE).

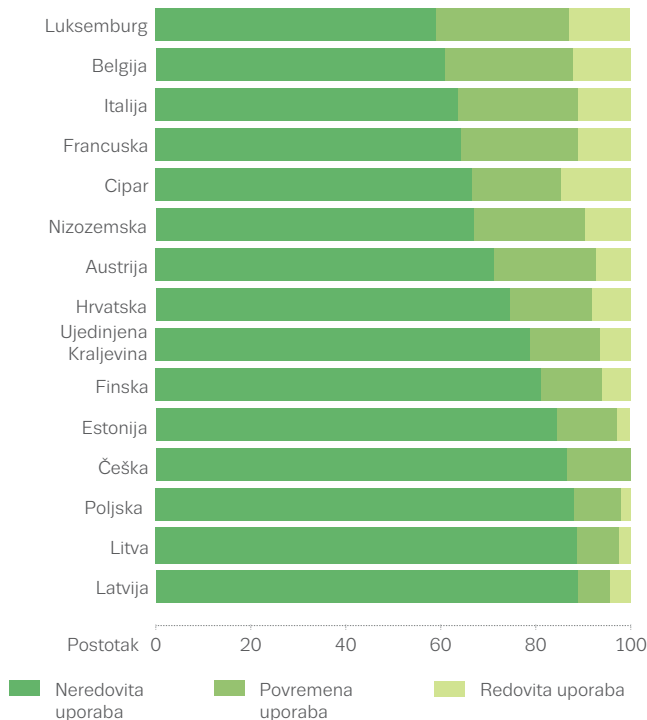
Podacima prikupljenima u okviru Europskog internetskog istraživanja o drogama daje se uvid u obrasce uporabe kokaina u različitim skupinama i način na koji se oni mogu razlikovati među pojedinim zemljama. Pri usporedbi količina koje se konzumiraju u različitim zemljama, važno je istaknuti da će se među pojedinim zemljama razlikovati i cijena i razina čistoće na tržištu, a to može utjecati na količine koje se konzumiraju. Među ispitanicima koji su naveli da su konzumirali kokain, udio ispitanika koji su tu drogu konzumirali redovito (više od 50 dana tijekom prethodne godine) kretao se od nijednog ispitanika u Češkoj do više od 10 % ispitanika u Belgiji, na Cipru, u Francuskoj, Italiji i Luksemburgu (slika 2.5.). Razine konzumacije kokaina razlikovale su se među pojedinim zemljama, od prosječno 1,3 grama dnevno u Austriji, Belgiji i Francuskoj do 3,5 grama na Cipru. Općenito, redoviti konzumenti svakog su dana uzimali veće količine droge nego povremeni konzumenti.

Visokorizična uporaba kokaina: povećanje potreba za tretmanom ovisnosti u novije vrijeme u mnogim zemljama

Stopu prevalencije visokorizične uporabe kokaina među odraslim osobama u Europi teško je izmjeriti jer su novije procjene dostupne za samo 4 zemalja. Osim toga, te procjene nisu izravno usporedive jer su dobivene s pomoću različitih definicija i metodologija. Novim istraživanjem opće populacije provedenim u Španjolskoj, u okviru kojeg

SLIKA 2.5

Učestalost uporabe kokaina tijekom prethodne godine među sudionicima u internetskom istraživanju koji su naveli da konzumiraju tu drogu



Napomena: istraživanje je provedeno u dvama valovima, pri čemu je prvi proveden tijekom 2016. (u Češkoj, Francuskoj, Hrvatskoj, Nizozemskoj, Ujedinjenoj Kraljevini), a drugi tijekom prethodne godine: redovito: više od 50 dana; povremeno: od 11 do 50 dana; neredovito: od jednog do deset dana.
Izvor: Europsko internetsko istraživanje o drogama.

se ispitivala velika učestalost uporabe, stopa visokorizične uporabe kokaina tijekom 2017./2018. procijenjena je na 0,3 % među osobama u dobi od 15 do 64 godine.

U Njemačkoj je na temelju pitanja za utvrđivanje težine problematičnog uzimanja kokaina (engl. „Severity of Dependence Scale”, SDS) stopa visokorizične uporabe kokaina među odraslom populacijom tijekom 2015. procijenjena na 0,2 %. Na temelju podataka o tretmanu ovisnosti i podataka kaznenopravnog sustava, u Italiji je 2017. procijenjeno da se 0,69 % odrasle populacije može svrstati u kategoriju visokorizičnih konzumenata kokaina. U Francuskoj je istraživanjem iz 2017. koje je provedeno s pomoću metode „capture – recapture”, odnosno metode ispitivanja, označavanja i ponovnog ispitivanja istih subjekata, stopa prevalencije visokorizičnih konzumenata *crack* kokaina procijenjena na 0,07 %.

Na Španjolsku, Italiju i Ujedinjenu Kraljevinu odnosi se gotovo tri četvrtine (73 %) svih zabilježenih specijaliziranih tretmana povezanih s kokainom u Europi. Kokain je kao primarnu drogu navelo više od 73 000 konzumenata koji su tijekom 2017. započeli sa specijaliziranim tretmanom ovisnosti i više 33 000 konzumenata kojima je to prvi tretman.

Nakon razdoblja opadanja, ukupni broj konzumenata kokaina koji su prvi put uključeni u tretman između 2014. i 2017. povećao se za 37 %. Dok je takav porast uglavnom zabilježen u Italiji i Ujedinjenoj Kraljevini, ukupno je 19 zemalja zabilježilo porast tijekom istog razdoblja.

Najnoviji europski podatci sveukupno ukazuju na vremenski razmak od 11 godina između prve uporabe kokaina, prosječno u dobi od 23 godine, i prvog tretmana zbog problema povezanih s kokainom, prosječno u dobi od 34 godine.

Većina osoba koje su uključene u specijalizirani tretman zbog problema povezanih s uporabom kokaina bile su konzumenti kokaina u prahu kao primarne droge (55 000 ili 14 % svih konzumenata u 2017.). Većina konzumenata kojima je kokain primarna droga zatražila je tretman zbog uporabe samo te droge (46 % svih konzumenata uključenih u tretman zbog uporabe kokaina u prahu) ili te droge u kombinaciji s kanabisom (20 %), alkoholom (23 %) ili drugim tvarima (10 %). U skladu s podatcima, ta je skupina uglavnom relativno dobro integrirana u društvo, sa stabilnim životnim uvjetima i redovitim zaposlenjem, za razliku od osoba koje su uključene u tretmanom zbog problema s opioidima. Međutim, stanje nije takvo u slučaju osoba koje su uključene u tretman zbog uporabe *crack* kokaina kao primarne droge (11 000 konzumenata ili 3 % svih uključenih konzumenata tijekom 2017.), za koje se čini da su marginaliziranije. Najveći je dio potreba za tretmanom zbog ovisnosti o *crack* kokainu zabilježen u Ujedinjenoj Kraljevini (65 %). Većina konzumenata uključenih u tretman kojima je *crack* kokain primarna droga navela je heroin kao sekundarnu problematičnu drogu. Od 2014. povećanja broja konzumenata *crack* kokaina uključenih u tretman zabilježena su u Belgiji, Irskoj, Francuskoj, Italiji, Portugalu i Ujedinjenoj Kraljevini.

KONZUMENTI KOKAINA KOJI SU UKLJUČENI U TRETMAN

Obilježja

15% 85%



23 Prosječna dob pri prvoj uporabi
34 Prosječna dob pri uključivanju u tretman prvi put

33 500

Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman

48%



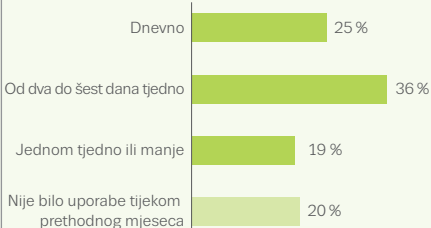
36 800

Konzumenti koji su već bili uključeni u tretman

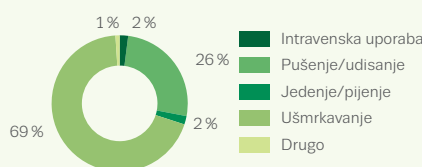
52%

Učestalost uporabe tijekom prethodnog mjeseca

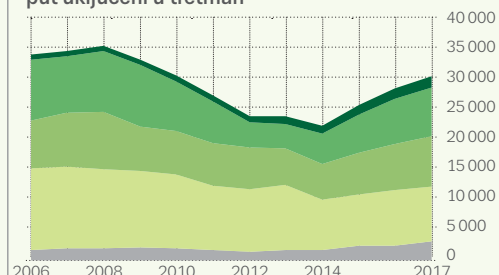
Prosječna uporaba 4 dan tjedno



Način primjene



Trendovi u području konzumenata koji su prvi put uključeni u tretman

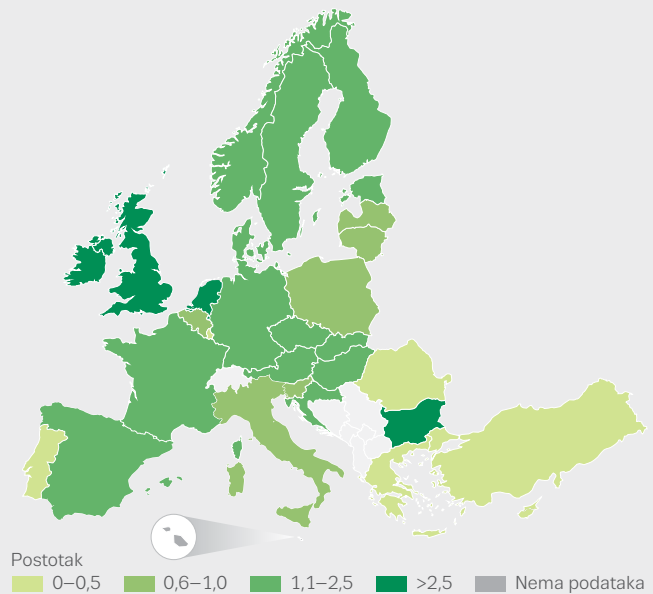
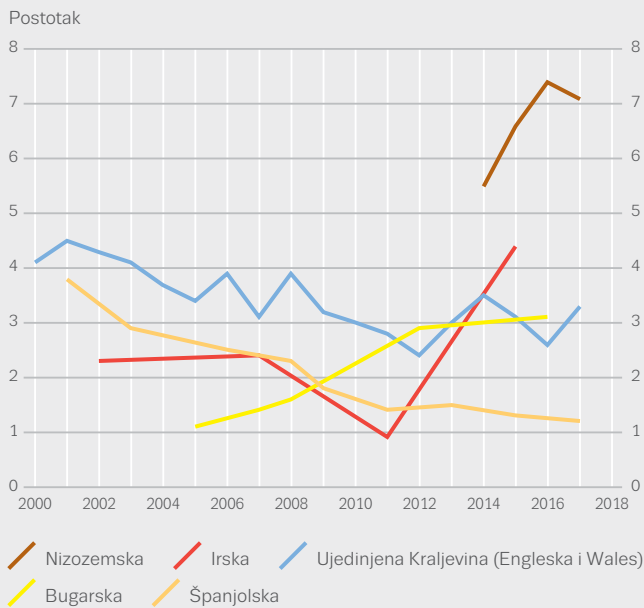


■ Njemačka ■ Italija ■ Ujedinjena Kraljevina
■ Španjolska ■ Ostale zemlje

Napomena: osim za trendove, podatci se odnose na sve konzumente koji su uključeni u tretman, a kokain im je primarna droga. Kad je riječ o konzumentima koji su prvi put uključeni u tretman, trendovi se temelje na podatcima za 24 zemlje. Grafikonom trendova obuhvaćene su samo zemlje s podatcima za najmanje 11 od 12 godina. Vrijednosti koje nedostaju interpolirane su iz najbližih godina. Zbog promjena u protoku podataka na nacionalnoj razini, podatci od 2014. nadalje za Italiju nisu usporedivi s podatcima za prethodne godine. Zbog promjena u sustavu bilježenja, ukupni podatci za Njemačku za 2017. procjene su na temelju podataka za 2016.

SLIKA 2.6

Prevalencija uporabe MDMA-a među mladim odraslim osobama (15 – 34 godine) tijekom prethodne godine: odabrani trendovi i najnoviji podatci



Napomena: dobne skupine osim skupine od 15 do 34 godine zabilježene su u Danskoj, Ujedinjenoj Kraljevini i Norveškoj (16 – 34), Švedskoj (17 – 34), Njemačkoj, Francuskoj, Grčkoj i Mađarskoj (18 – 34).

Uporabu kokaina u kombinaciji s heroinom ili drugim opioidima navelo je 56 000 konzumenata koji su uključeni u specijalizirani tretman ovisnosti u Europi 2017. Taj broj čini 16 % svih osoba koje su prvi put uključene u tretman i za koje su dostupni podatci za uporabu primarne i sekundarne droge.

Uporaba MDMA-a: raznoliko stanje

MDMA (3,4-metilenedioksimetamfetamin) konzumira se u obliku tableta (koje se često nazivaju Ecstasy) te u obliku kristala i u prahu. Tablete se obično gutaju, dok se MDMA u obliku kristala i u prahu može uzimati na usta ili šmrkati.

Procjenjuje se da je u Europskoj uniji 13,7 milijuna odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 4,1 % te dobne skupine, u nekom trenutku života probalo MDMA/ Ecstasy. Noviji brojčani podatci pokazuju da je 2,1 milijun mladih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine) konzumiralo MDMA prethodne godine (1,7 % te dobne skupine), pri čemu se procjene na nacionalnoj razini kreću od 0,2 % u Portugalu i Rumunjskoj do 7,1 % u Nizozemskoj (slika 2.6.). Stope prevalencije za osobe u dobi od 15 do 24 godine više su, odnosno procjenjuje se da je MDMA tijekom prethodne konzumiralo 2,3 % (1,3 milijuna) osoba.

Donedavno je u mnogim zemljama stopa prevalencije MDMA-a opadala u usporedbi s najvišim razinama zabilježenima početkom i sredinom 2000-ih. Međutim,

tijekom posljednjih godina rezultati praćenja izvora ukazuju na raznoliko stanje pri čemu nisu jasno vidljivi posebni trendovi. Od zemalja koje od 2016. provode nova istraživanja i bilježe intervale pouzdanosti, četiri ih je zabilježilo povećanje u procjenama u odnosu na prethodno usporedivo istraživanje, u šest njih procjene su ostale stabilne, a dvije su zemlje zabilježile nižu stopu procjene.

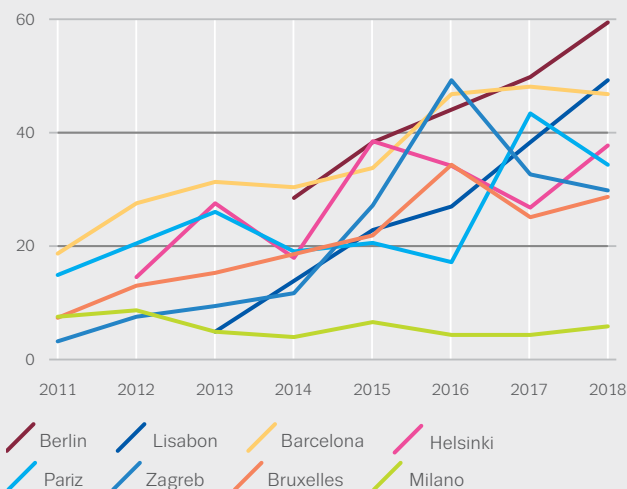
U slučajevima u kojima postoje podatci za statističku analizu trendova uporabe MDMA-a među mladim odraslim osobama tijekom prethodne godine, noviji podatci upućuju



SLIKA 2.7

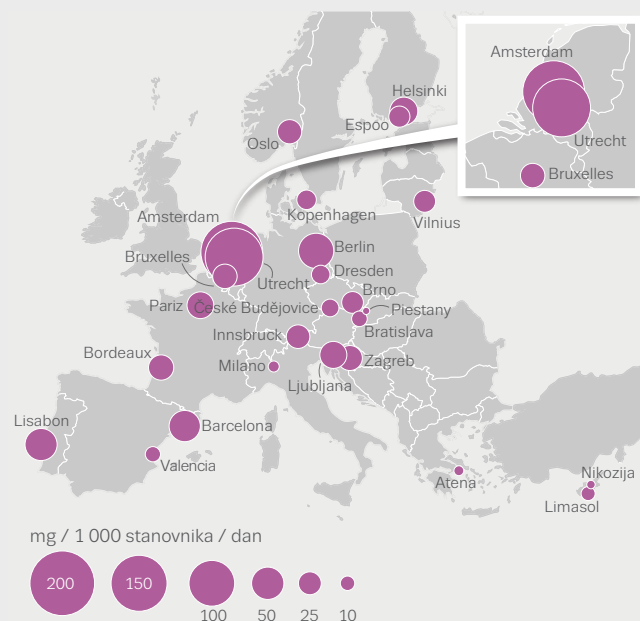
Tragovi MDMA-a u otpadnim vodama u odabranim europskim gradovima: trendovi i najnoviji podatci

mg / 1 000 stanovnika / dan



Napomena: prosječne dnevne količine MDMA-a u miligramima na 1 000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom razdoblja od jednog tjedna od 2011. do 2018.

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



na raznoliko stanje (slika 2.6.). U Ujedinjenoj Kraljevini najnoviji podatci ukazuju na to da se stopa prevalencije uporabe ponovno povećala nakon pada tijekom 2015. i 2016. kojim se pak izjednačilo povećanje zabilježeno između 2012. i 2014. U Španjolskoj se bilježi dugoročni silazni trend iako su novije vrijednosti stabilne. Najnoviji podatci ukazuju na stalni uzlazni trend u Bugarskoj. Podatci iz istraživanja u Nizozemskoj iz 2017. potvrđuju visoke razine zabilježene u dvama prethodnim godišnjim izvješćima.

Analizom većeg broja gradova iz 2018. najviše je maseno opterećenje MDMA-om otkriveno u otpadnim vodama gradova u Belgiji, Njemačkoj i Nizozemskoj (slika 2.7). Od 37 gradova za koje postoje podatci za 2017. i 2018., u njih 21 zabilježeno je povećanje, u devet stabilno stanje, a u sedam smanjenje. Kada je riječ o dugoročnim trendovima, u većini gradova za koje postoje podatci za 2011. i 2018. (deset gradova) masena opterećenja otpadnih voda MDMA-om bila su viša 2018. nego 2011. Tijekom 2017. činilo se da su se nagla povećanja zabilježena u razdoblju između 2011. i 2016. polako stabilizirala. Međutim, najnoviji podatci iz 2018. ukazuju na povećanja u većini gradova.

MDMA se često uzima zajedno s drugim tvarima, uključujući alkohol. Trenutačni pokazatelji ukazuju na to da MDMA u zemljama s višom stopom prevalencije više ne čini iznimku ili drogu koja se povezuje s određenom supkulturom, ograničenu samo na plesne klubove i zabave,

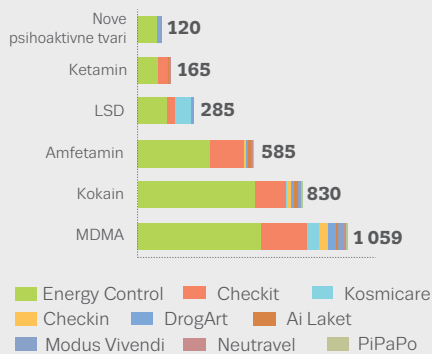
nego ga konzumiraju brojne mlade osobe u uobičajenim okruženjima za noćnu zabavu kao što su kafići i kućna okupljanja. U okviru Europskog internetskog istraživanja o drogama utvrđeno je da se među osobama koje su tijekom prethodne godine konzumirale MDMA udio redovitih konzumenata (više od 50 dana tijekom prethodne godine) kretao od nijedne osobe na Cipru do približno 8 % u Austriji i Hrvatskoj.

Uporaba MDMA-a rijetko se navodi kao razlog za započinjanje specijaliziranog tretmana ovisnosti. Tijekom 2017. MDMA je navelo manje od 1 % (oko 1 700 slučajeva) osoba koje su prvi put uključene u tretman u Europi, od čega ih je 68 % u Francuskoj, Mađarskoj, Ujedinjenoj Kraljevini i Turskoj.

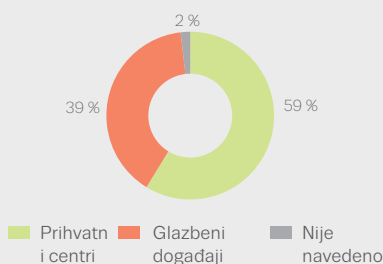
SLIKA 2.8

Uzorci droga koje su testirale službe za provjeru droga u razdoblju od siječnja do srpnja 2018.

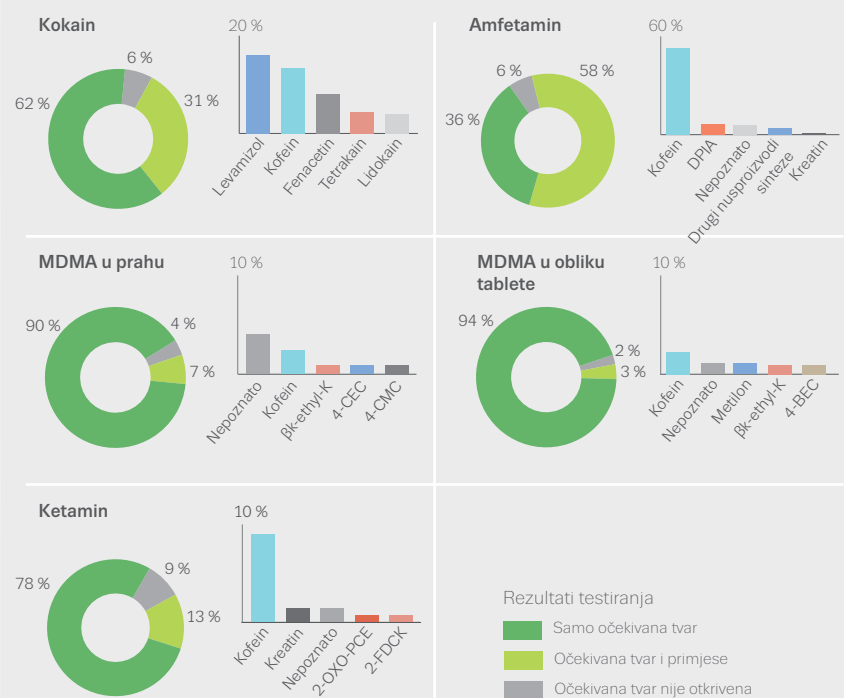
Broj tvari predanih na testiranje



Tvari predane na testiranje prema okruženju



Otkrivene tvari i najčešće primjese (% svih uzoraka testiranih na primjese)



Napomena: primjese obuhvaćaju samo tvari koje imaju aktivna farmakološka svojstva. Neaktivni spojevi ne smatraju se primjesama.

Izvor: podatke su dostavile službe za provjeru droga u Austriji (Checkit), Belgiji (Modus Vivendi), Italiji (Neutavel), Luksemburgu (PiPaPo), Portugalu (Kosmicare i Checkin), Sloveniji (DrogArt) i Španjolskoj (Energy Control i Ai Laket).

Praćenje uporabe droga u rekreacijskim okruženjima: inovativne metode

Ispitivanja dosljedno pokazuju da se uporaba droga češće bilježi u okviru istraživanja provedenih u okruženjima za noćnu zabavu (kao što su klubovi, kafići ili glazbeni festivali) nego među općom populacijom. Pojavili su se novi načini praćenja uporabe droga u rekreacijskim okruženjima pri čemu se ne oslanja samo na podatke iz istraživanja koje su ispitanici sami naveli, nego se uzima u obzir i kemijska analiza uzoraka iz različitih izvora: bioloških uzoraka kao što su uzorci daha, urina i kose, kanta za odlaganje droga bez sankcija i droga predanih u ustanovama za provjeru droga.

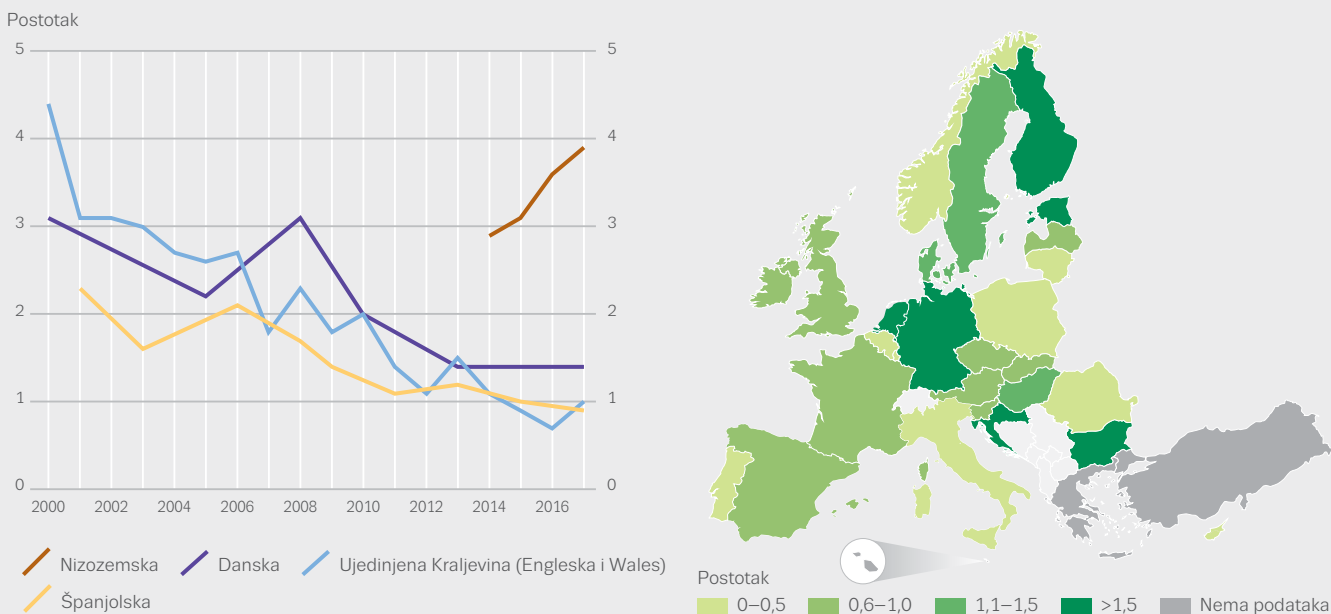
Dostupni su rezultati 3 044 analize uzoraka droga koje su konzumenti predali u ustanovama devet službi za provjeru droga koje djeluju u sedam država članica EU-a, provedene između siječnja i srpnja 2018., a koje je objedinila Transeuropska informacijska mreža o drogama (TED). Oko polovine uzoraka testirano je na glazbenim događajima, a oko polovine u prihvatnim centrima. U prihvatnim centrima predano je dvostruko više uzoraka kokaina, većinom u Španjolskoj, nego na glazbenim događajima.

Sveukupno, MDMA (u obliku tableta i u prahu), kokain i amfetamini tri su vrste droga koje su najčešće predane na testiranje, iako su među zemljama uočene razlike. Amfetamin se rijetko predavao na testiranje u Belgiji i Portugalu, no činio je više od 25 % uzoraka predanih u Italiji i Austriji. Nove psihoaktivne tvari, uglavnom sintetički katinoni činile su samo 3 % svih droga predanih na testiranje iako su neki od njih, kao što su 4-CMC i 4-CEC (sintetički katinoni) u uzorcima predanima kao MDMA često otkriveni u obliku primjesa (slika 2.8.).

Podatci o čistoći droga dobiveni od osam službi za provjeru droga tijekom prve polovine 2018. potvrdili su najnovija izvješća o povećanoj dostupnosti MDMA-a i kokaina visoke razine čistoće zabilježene na tržištima droga u zapadnoj Europi. Najveća prosječna doza MDMA-a u obliku tableta koju su testirale službe za provjeru droga zabilježena je u Belgiji (182 mg). Pet službi zabilježilo je pojedinačne tablete koje sadržavaju visoke udjele MDMA-a (više od 250 mg). Sveukupno, za uzorke predstavljene službama kao MDMA nije bilo vjerojatno da će sadržavati ikakvu neočekivanu aktivnu tvar, pri čemu su MDMA u prahu ili tablete MDMA-a s primjesama činili manje od 10 % svih testiranih uzoraka MDMA-a. Kofein je bio najčešća primjesa u tim uzorcima. Unatoč visokim prosječnim razinama čistoće kokaina (73 %), uzorci predstavljeni kao

SLIKA 2.9

Prevalencija uporabe amfetamina među mladim odraslim osobama (15 – 34 godine) tijekom prethodne godine: odabrani trendovi i najnoviji podatci



Napomena: dobne skupine osim skupine od 15 do 34 godine zabilježene su u Danskoj, Ujedinjenoj Kraljevini i Norveškoj (16 – 34), Švedskoj (17 – 34), Njemačkoj, Francuskoj, Grčkoj i Mađarskoj (18 – 34).

kokain često su sadržavali primjese štetnih tvari kao što su levamizol i fenacetin te lokalne anestetike kao što su lidokain i tetrakain. Među svim tvarima testiranim u ustanovama službi za provjeru droga primjese su najčešće sadržavali uzorci predstavljeni kao amfetamin, pri čemu je njihova prosječna razina čistoće iznosila 34 %, a često su sadržavali i visoke udjele kofeina.

Amfetamini: raznolikost uporabe, ali stabilni trendovi

U Europi se konzumiraju amfetamin i metamfetamin, dvije usko povezane stimulativne tvari, iako se amfetamin konzumira mnogo češće. Uporaba metamfetamina u prošlosti je bila ograničena na Češku i u novije vrijeme na Slovačku, no tijekom posljednjih su godina vidljivi znakovi porasta uporabe i u drugim zemljama. U nekim skupovima podataka te dvije tvari nije moguće razlikovati, pa se u tim slučajevima upotrebljava generički pojam amfetamini.

Obje droge mogu se uzimati na usta ili kroz nos. Osim toga, u nekim zemljama intravenska uporaba čini velik dio problema povezanih s tom drogom. Metamfetamin se može i pušiti, ali taj način primjene nije često zabilježen u Europi.

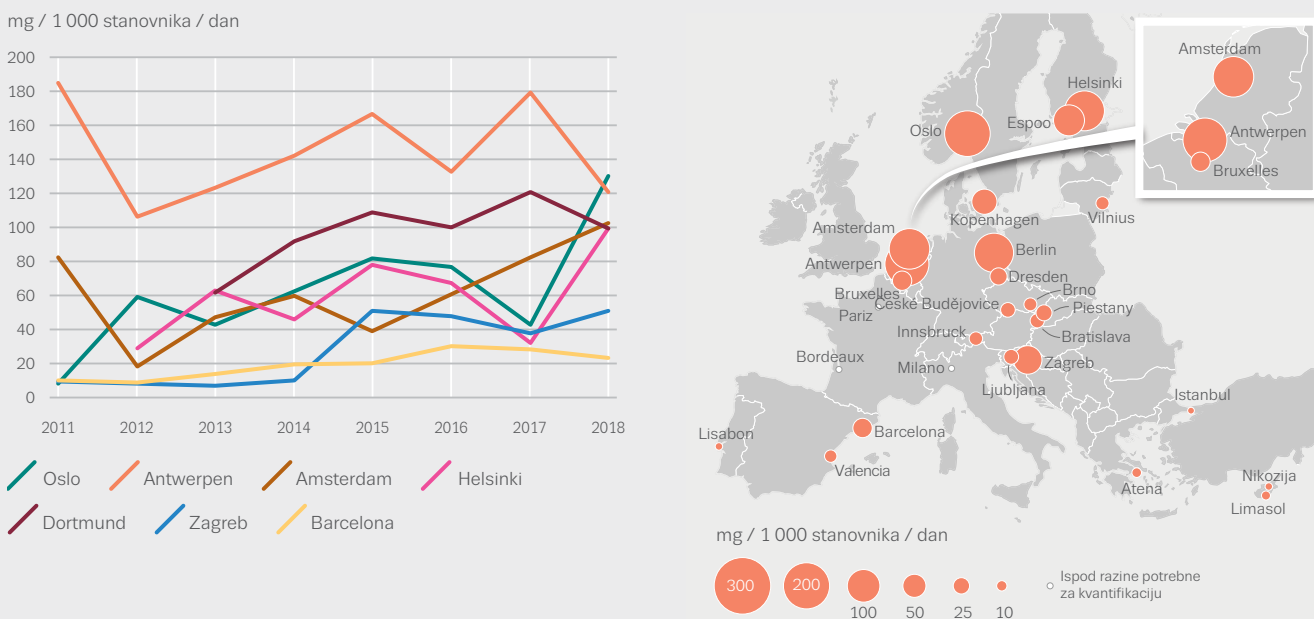
Procjenjuje se da je u Europskoj uniji 12,4 milijuna odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 3,7 % te dobne skupine u nekom trenutku života probalo

amfetamine. Noviji brožani podatci o uporabi među mladim odraslim osobama (u dobi od 15 do 34 godine) pokazuju da je ta skupina tijekom prethodne godine konzumirala 1,3 milijuna (1,0 %) amfetamina, a najnovije procjene prevalencije na nacionalnoj razini kreću se od nule u Portugalu do 3,9 % u Nizozemskoj (slika 2.9.). Dostupni podatci pokazuju da je u većini europskih zemalja od početka ovog stoljeća zabilježeno relativno stabilno stanje u području uporabe amfetamina. Od zemalja koje od 2016. provode nova istraživanja i bilježe intervale pouzdanosti, nijedna nije zabilježila povećanje u procjenama, osam ih je zabilježilo stabilan trend, a tri su zabilježile smanjene stope procjene u odnosu na prethodno usporedivo istraživanje.

Statističku analizu trendova prevalencije uporabe amfetamina u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama moguće je provesti samo za mali broj zemalja. Dugoročni silazni trendovi zamijećeni su u Danskoj, Španjolskoj i Ujedinjenoj Kraljevini (slika 2.9.). Četvrto usporedivo istraživanje koje je provela Nizozemska ukazuje na uzlazni trend.

SLIKA 2.10

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



Napomena: prosječne dnevne količine amfetamina u miligramima na 1 000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom razdoblja od jednog tjedna od 2011. do 2018.

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

Analizom gradskih otpadnih voda provedenom u 2018. utvrđeno je da se maseno opterećenje amfetaminom uvelike razlikuje diljem Europe, a najviše su razine zabilježene u gradovima na sjeveru i istoku Europe (slika 2.10.). Amfetamin je u mnogo nižim razinama otkriven i u gradovima na jugu Europe.

Od 38 gradova za koje postoje podatci za 2017. i 2018., u njih 21 zabilježeno je povećanje, u sedam gradova stabilno stanje, a u deset smanjenje. Sveukupno, podatci za gradove za razdoblje od 2011. do 2018. pokazuju vrlo raznoliko stanje, ali s relativno stabilnim trendovima za amfetamin u većini gradova.

Razina uporabe metamfetamina, koja je uglavnom bila niska i u prošlosti prevladavala u Češkoj i Slovačkoj, sada je zabilježena i na Cipru, u istočnoj Njemačkoj, Španjolskoj i sjevernoj Europi (slika 2.11.). Od 40 gradova za koje postoje podatci o metamfetaminu u otpadnim vodama za 2017. i 2018., u njih pet zabilježeno je povećanje, u 20 gradova stabilno stanje, a u 15 smanjenje.

Visokorizična uporaba amfetamina: velike potrebe za tretmanom ovisnosti

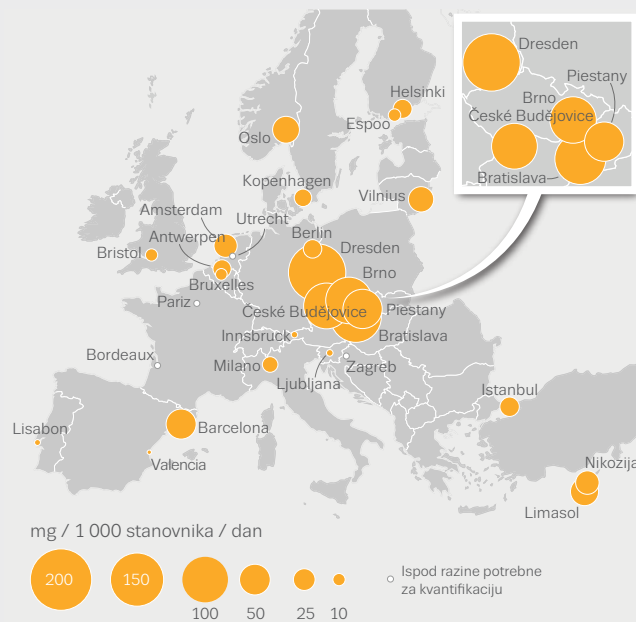
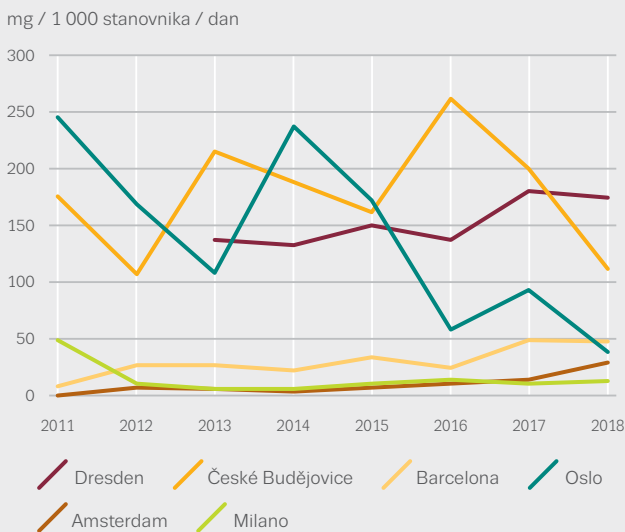
Problemi povezani s dugotrajnom i kroničnom intravenskom uporabom amfetamina oduvijek su bili najizraženiji u zemljama sjeverne Europe. Nasuprot tome,

problemi povezani s metamfetaminima bili su najvidljiviji u Češkoj i Slovačkoj. Prema procjeni za Njemačku iz 2015. stopa visokorizičnih konzumenata amfetamina iznosila je 0,19 %, odnosno 102 000 odraslih osoba. Konzumenti amfetamina vjerojatno čine većinu od 2 234 (0,18 %) procijenjenih visokorizičnih konzumenata stimulativnih droga zabilježenih 2017. u Latviji, a njihov se broj smanjio sa 6 540 (0,46 %) konzumenata zabilježenih 2010. U Češkoj je visokorizična uporaba metamfetamina među odraslim osobama (u dobi od 15 do 64 godine) procijenjena na približno 0,50 % tijekom 2017. (što odgovara broju od 34 700 konzumenata). To je značilo porast s 20 900 konzumenata zabilježenih 2007., iako su tijekom posljednjih godina brojevi podataka relativno stabilni. Procjena za Cipar iznosi 0,03 % ili 176 konzumenata u 2017. godini.

Približno 30 000 konzumenata koji su 2017. uključeni u specijalizirani tretman ovisnosti u Europi navelo je amfetamine kao primarnu drogu, od čega je za približno 12 000 konzumenata to bio prvi tretman. Konzumenti kojima su primarna droga amfetamini čine 15 % ili više osoba koje su prvi put uključene u tretman u Njemačkoj, Latviji, Poljskoj i Finskoj, a uzlazni trend zabilježen je u Njemačkoj od 2009. Osobe koje su prvi put uključene u tretman, a naveli su uporabu metamfetamina kao primarne droge, prevladavaju u Češkoj, Slovačkoj, Poljskoj i Turskoj, odakle potječe 88 % od 5 000 konzumenata metamfetamina uključenih u specijalizirani tretman

SLIKA 2.11

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



Napomena: prosječne dnevne količine metamfetamina u miligramima na 1 000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom razdoblja od jednog tjedna od 2011. do 2018. Izvor: Središnja europska skupina za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (SCORE).

u Europi. Amfetamini su vrsta droge kod koje su vidljive najmanje rodne razlike, iako žene i dalje čine samo jednu četvrtinu (26 %) konzumenata amfetamina. Kad je riječ o načinu primjene amfetamina, 14 % svih osoba koje su

prvi put uključene u tretman navelo je uzimanje na usta, 65 % navelo je ušmrkavanje, a 9 % injektiranje.

KONZUMENTI AMFETAMINA KOJI SU UKLJUČENI U TRETMAN

Obilježja

26% 74%



20

Prosječna dob pri prvoj uporabi

30

Prosječna dob pri uključivanju tretman prvi put

12 200

Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman

42%



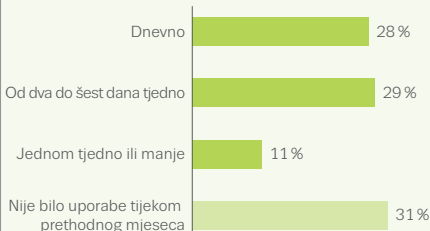
17 100

Konzumenti koji su već bili uključeni u tretman

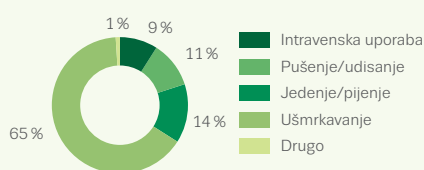
58%

Učestalost uporabe tijekom prethodnog mjeseca

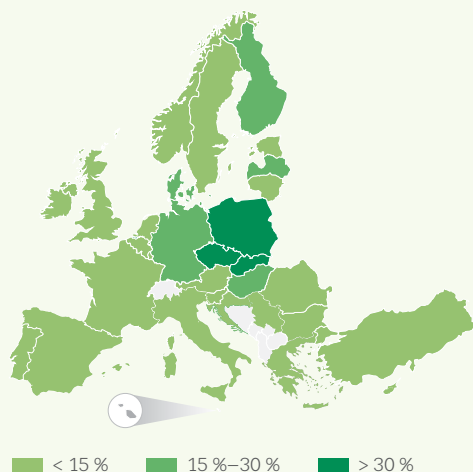
Prosječna uporaba 4,3 dana tjedno



Način primjene



Udio konzumenata koji su prvi put uključeni u tretman za sve droge (%)



Napomena: osim za kartu, podatci se odnose na sve konzumente koji su uključeni u tretman, a amfetamini su im primarna droga. Podatci za Njemačku, Švedsku i Norvešku odnose se na konzumente koji kao primarnu drogu navode određenu stimulativnu tvar koja nije kokain.

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

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

U posljednja dva desetljeća među podskupinama konzumenata droga u Europi zabilježena je rekreacijska uporaba ketamina i GHB-a (uključujući njegov prekursor GBL, gama-butirolakton). Nacionalne procjene razine prevalencije uporabe GHB-a i ketamina među odraslim i školskom populacijom, ako postoje, i dalje su niske. U istraživanju iz 2017. Norveška je zabilježila stopu prevalencije uporabe GHB-a među odraslim osobama (u dobi od 16 do 64 godine) tijekom prethodne godine od 0,1 %. Tijekom 2017. stopa prevalencije u posljednjih 12 mjeseci za uporabu ketamina među mladim odraslim osobama (u dobi od 16 do 34 godine) procijenjena je na 0,6 % u Danskoj te 1,7 % u Ujedinjenoj Kraljevini.

Ukupne razine prevalencije uporabe LSD-a i halucinogenih gljiva u Europi već su dulji niz godina uglavnom niske i stabilne. Nacionalna istraživanja stope prevalencije među mladim odraslim osobama (u dobi od 15 do 34 godine) u posljednjih 12 mjeseci donose procjene niže od 1 % za obje tvari za 2017. ili posljednju dostupnu godinu istraživanja, uz iznimku Finske (1,9 %) i Nizozemske (1,6 %) za halucinogene gljive te Norveške (1,1 %) i Finske (1,3 %) za LSD.

Novi psihoaktivni tvari: niska razina uporabe i sve manje potrebe za tretmanom ovisnosti

Od 2011. više od polovine europskih zemalja zabilježilo je nacionalne procjene uporabe novih psihoaktivnih tvari (osim ketamina i GHB-a) tijekom istraživanja opće populacije, no zbog razlika u metodama i pitanjima u okviru istraživanja mogućnost je usporedbe podataka među pojedinim zemljama ograničena. Među mladim odraslim osobama (u dobi od 15 do 34 godine) stopa prevalencije uporabe u posljednjih 12 mjeseci kretala se od 0,1 % u Norveškoj do 3,2 % prema najnovijim rezultatima istraživanja provedenog u Nizozemskoj 2016., a tvar koja se najčešće konzumirala bio je 4-fluoroamfetamin (4-FA). Podatci istraživanja uporabe mefedrona dostupni su za Ujedinjenu Kraljevinu (Engleska i Wales). U najnovijem istraživanju (2017.) stopa uporabe te droge u posljednjih 12 mjeseci među osobama u dobi od 16 do 34 godine procijenjena je na 0,2 %, što je pad u odnosu 1,1 %, koliko je iznosila 2014./2015. U najnovijim istraživanjima procijenjena stopa uporabe sintetičkih kanabinoida

u posljednjih 12 mjeseci među osobama u dobi od 15 do 34 godine kretala se od 0,1 % u Nizozemskoj do 1,5 % u Latviji.

Iako su razine konzumacije novih psihoaktivnih tvari u Europi sveukupno niske, tijekom istraživanja EMCDDA-a iz 2016. u više od dvije trećine zemalja zabilježeno je da je njihova uporaba među visokorizičnim konzumentima droga izazvala zabrinutost u pogledu zdravlja. Konzumacija sintetičkih katinona intravenskom uporabom opioda i stimulativnih tvari osobito je povezana s problemima za zdravlje i društvo. Osim toga, konzumacija sintetičkih kanabinoida pušenjem u marginaliziranim populacijama, uključujući beskućnike i zatvorenike, prepoznata je kao novi problem u mnogim europskim zemljama.

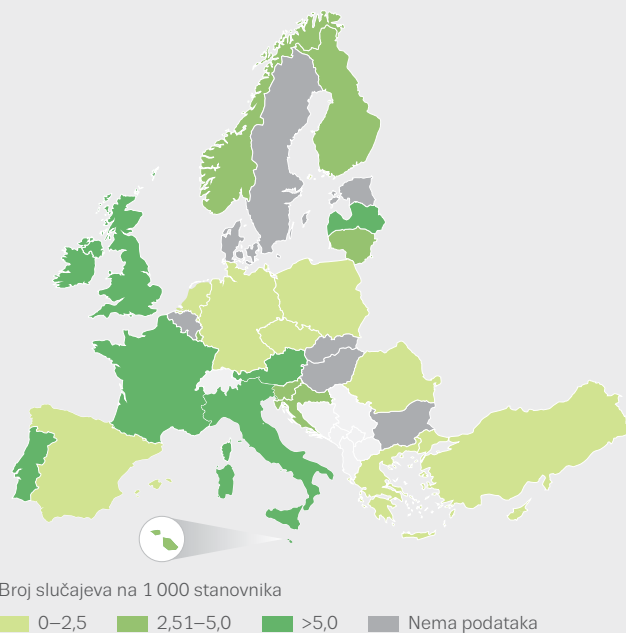
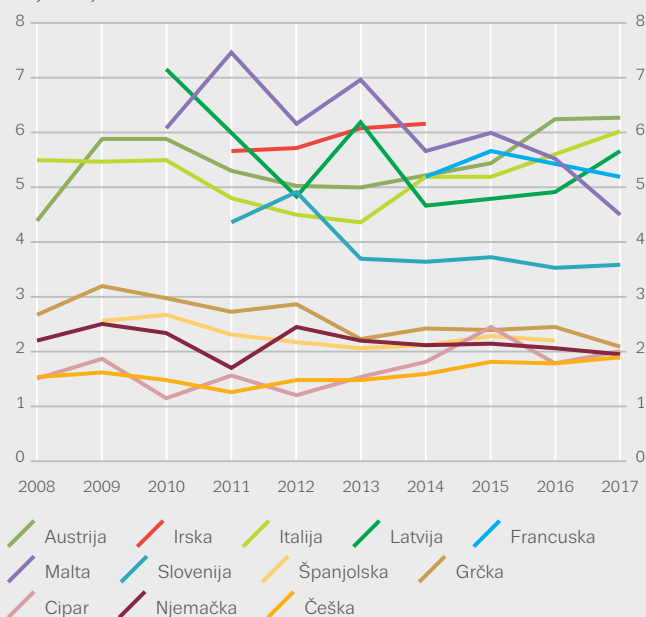
Sveukupno, mali broj osoba u Europi trenutačno započinje s tretmanom zbog problema povezanih s uporabom novih psihoaktivnih tvari. Ipak, broj tih tvari u nekim je zemljama velik. Prema najnovijim podacima uporaba sintetičkih kanabinoida zabilježena je kao glavni razlog za započinjanje specijaliziranog tretmana ovisnosti za 19 % konzumenata u Turskoj i 6 % konzumenata u Mađarskoj. Probleme povezane s uporabom sintetičkih kanabinoida kao primarne droge navelo je 0,2 % osoba koje su prvi put uključene u tretman u Ujedinjenoj Kraljevini. Ipak, u okviru najnovijih podataka u svim trima zemljama nedavno je zabilježeno smanjenje broja konzumenata koji započinju s tretmanom ovisnosti o novim psihoaktivnim tvarima.



SLIKA 2.12

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

Broj slučajeva na 1 000 stanovnika



Visokorizična uporaba opioida: broj slučajeva prvog uključivanja u tretman zbog problema s heroinom u većini se zemalja smanjuje

Heroin je u Europi najčešći nezakoniti opioid, a može se unositi pušenjem, ušmrkavanjem ili intravenskim putem. Zloupotrebljava se i niz drugih sintetičkih opioida, kao što su metadon, buprenorfin i fentanil.

U Europi se dogodilo nekoliko valova ovisnosti o heroinu. Prvi je zahvatio mnoge zapadne zemlje od sredine 1970-ih, a drugi je u drugoj polovini 1990-ih zahvatio ostale zemlje, posebno one u srednjoj i istočnoj Europi. Tijekom posljednjih godina utvrđene su sve starije skupine visokorizičnih konzumenata opioida koji su vjerojatno bili u kontaktu sa službama za supstitucijsku terapiju.

Stopa prevalencije visokorizične uporabe opioida među odraslim osobama (od 15 do 64 godine) procjenjuje se na 0,4 % ukupnog stanovništva EU-a, što je jednako broju od 1,3 milijuna visokorizičnih konzumenata opioida tijekom 2017. Procjene prevalencije visokorizične uporabe opioida na nacionalnoj razini kreću se od manje od jednog slučaja do više od osam slučajeva na 1 000 stanovnika u dobi od 15 do 64 godine. Pet zemalja Europske unije s najvećim brojem stanovnika, odnosno 62 % njezine populacije, obuhvaća tri četvrtine (77 %) procijenjenog broja visokorizičnih konzumenata opioida (Njemačka, Španjolska, Francuska, Italija, Ujedinjena Kraljevina). Od 12 zemalja u kojima se redovito procjenjivala stopa visokorizične uporabe opioida između 2008. i 2017.,

u Grčkoj, na Malti, u Sloveniji i Španjolskoj zabilježeno je statistički važno smanjenje, dok je u Češkoj i Irskoj (do 2014.) zabilježen statistički važan porast (slika 2.12.).

Tijekom 2017. uporabu opioida kao glavni razlog za početak specijaliziranog tretmana ovisnosti navelo je 171 000 konzumenata ili 35 % osoba uključenih u tretman u Europi. Među njima, 32 000 osoba prvi je put bilo uključeno u tretman. Konzumenti kojima je heroin primarna droga činili su 78 % (20 500 konzumenata) konzumenata kojima je primarna droga opioid i koji su prvi put uključeni u tretman ovisnosti, što je značilo smanjenje od 4 700 konzumenata ili 17 % u odnosu na prethodnu godinu.

Prema dostupnim podatcima o trendovima, broj konzumenata koji su prvi put uključeni u tretman ovisnosti o heroinu smanjio se za više od polovine u odnosu na najvišu vrijednost 2007., sve do niske vrijednosti 2013., a u posljednjih se nekoliko godina stabilizirao. Između 2016. i 2017. broj osoba koje su prvi put bile uključene u tretman zbog uporabe heroina kao primarne droge smanjio se u 16 od 27 zemalja s dostupnim podatcima.

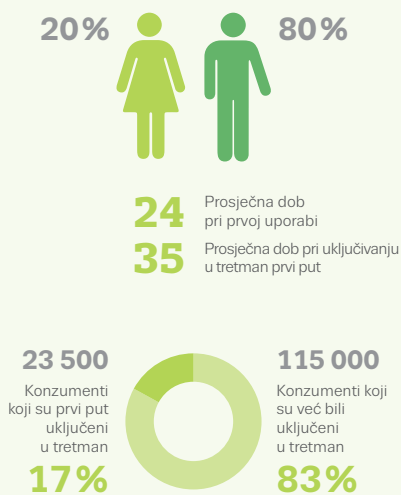
Sintetički opiodi: različite tvari diljem Europe

Iako je heroin i dalje nezakoniti opioid koji se najčešće konzumira, brojni izvori upućuju na to da se sve više zloupotrebljavaju zakoniti sintetički opiodi (kao što su metadon, buprenorfin i fentanil). Osim heroina, opiodi koje su navele osobe koje su prvi put uključene u tretman

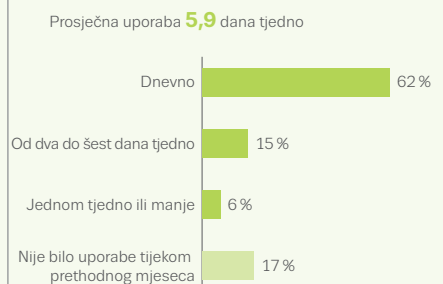
uključuju zloporabu metadona, buprenorfina, fentanila, kodeina, morfija, tramadola i oksikodona. Ti opiodi trenutačno čine 22 % svih konzumenata kojima je primarna droga opioid, a u pojedinim zemljama opiodi koji nisu heroin čine najčešći oblik uporabe opioida među konzumentima koji započinju sa specijaliziranim tretmanom ovisnosti. U 19 europskih zemalja više od 10 % svih konzumenata opioida koji su 2017. započeli sa specijaliziranim programom zatražilo je tretman zbog problema koji su se ponajprije odnosili na opioide koji nisu heroin (slika 2.13.). U Estoniji je većina osoba koje su prvi put uključene u tretman ovisnosti, navodeći opioid kao svoju primarnu drogu, uzimala fentanil, dok je buprenorfin bio najčešće naveden kao primarni opioid među konzumentima koji su uključeni u tretman u Finskoj. Zloporabu buprenorfina navelo je oko 22 % konzumenata opioida u Češkoj, a zloporabu metadona 33 % konzumenata opioida u Njemačkoj i 19 % u Danskoj. Na Cipru i u Poljskoj između 20 % i 50 % konzumenata opioida započelo je s tretmanom ovisnosti zbog problema povezanih s uporabom drugih opioida, kao što su oksikodon (Cipar) i „kompot“, odnosno heroin proizveden od osušenih stabljika maka (Poljska). Osim toga, osobe koje su prvi put uključene u tretman zbog problema povezanih s uporabom novih psihoaktivnih tvari koje imaju učinke slične opiodima mogu se bilježiti pod zajedničkim naslovom konzumenata opioida.

KONZUMENTI HEROINA KOJI SU UKLJUČENI U TRETMAN

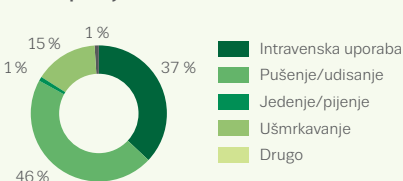
Obilježja



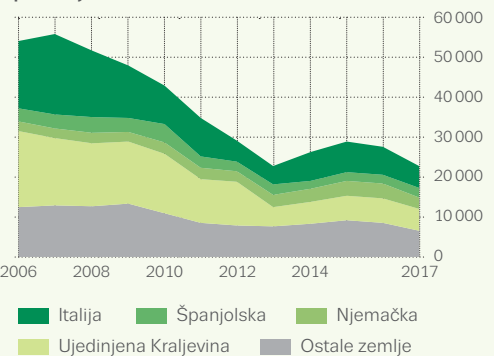
Učestalost uporabe tijekom prethodnog mjeseca



Način primjene



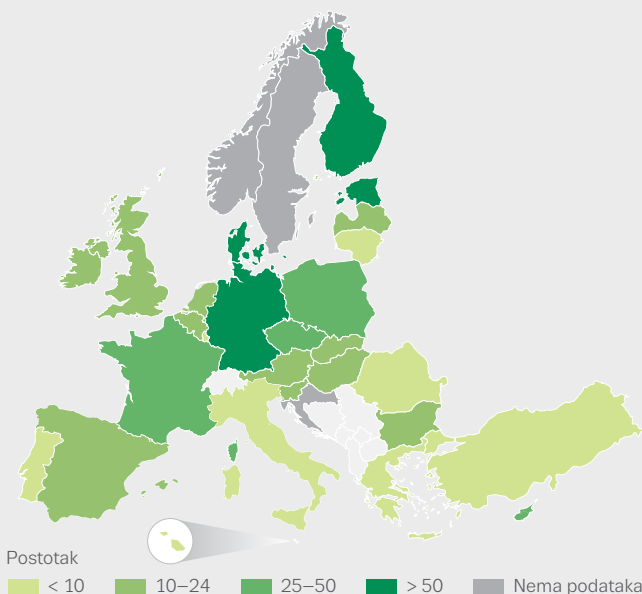
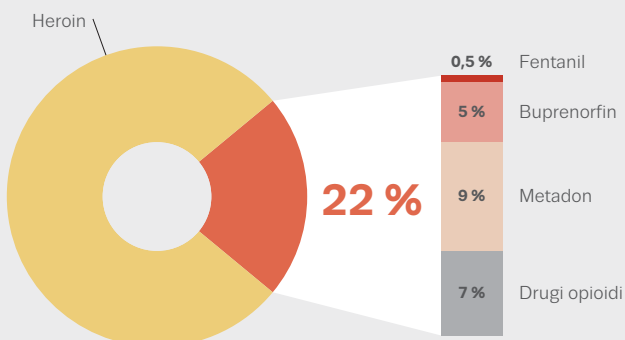
Trendovi u području konzumenata koji su prvi put uključeni u tretman



Napomena: osim za trendove, podatci se odnose na sve konzumente koji su uključeni u tretman, a heroin im je primarna droga. Podatci za Njemačku odnose se na konzumente koji su uključeni u tretman, a opiodi su im primarna droga. Kad je riječ o konzumentima koji su prvi put uključeni u tretman, trendovi se temelje na podatcima za 24 zemlje. Grafikonom trendova obuhvaćene su samo zemlje s podatcima za najmanje 11 od 12 godina. Vrijednosti koje nedostaju interpolirane su iz najbližih godina. Zbog promjena u protoku podataka na nacionalnoj razini, podatci od 2014. nadalje za Italiju nisu usporedivi s podatcima za prethodne godine. Zbog promjena u sustavu bilježenja, ukupni podatci za Njemačku za 2017. procjene su na temelju podataka za 2016.

SLIKA 2.13

Konzumenti koji su uključeni u tretman, a navode opioide kao primarnu drogu: prema vrsti opioida (lijevo) i postotku konzumenata koji navode opioide koji nisu heroin (desno)



Intravenska uporaba droga nastavlja se smanjivati među konzumentima koji prvi put započinju s tretmanom ovisnosti o heroinu

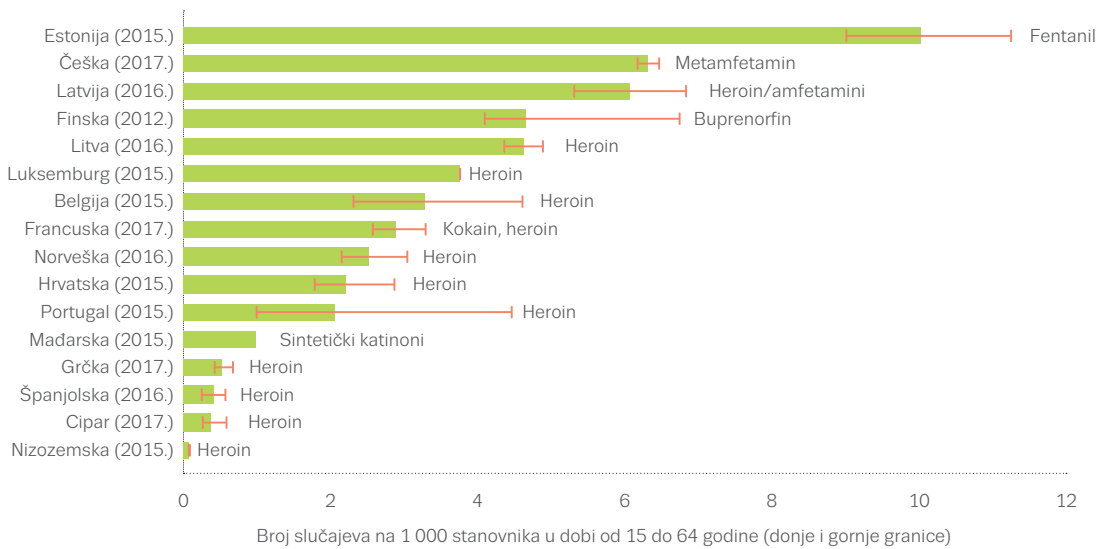
Intravenska uporaba droga najčešće se povezuje s uporabom opioida, no u nekoliko zemalja problem predstavlja intravenska uporaba stimulativnih tvari kao što su amfetamini ili kokain.

Samo je 16 zemalja od 2012. procijenilo razine prevalencije uporabe droga intravenskim putem, koje se kreću od jednog do više od deset slučajeva na 1 000 stanovnika u dobi od 15 do 64 godine. U većini tih zemalja, glavna droga koja se konzumira intravenskim putem može se jasno utvrditi, no u nekima su od njih za dvije droge zabilježene slične visoke razine uporabe. Opioidi su zabilježeni kao glavna droga koja se konzumira intravenskim putem u većini (14) zemalja (slika 2.14.). Heroin se navodi u 12 od tih zemalja, buprenorfin u Finskoj, a fentanil u Estoniji. Stimulativne tvari zabilježene su kao glavna droga koja se konzumira intravenskim putem u četirima zemljama u kojima tvari koje se konzumiraju uključuju sintetičke katinone (Mađarska), kokain (Francuska), amfetamin (Latvija) i metamfetamin (Češka).

Intravenska uporaba droga najčešće se povezuje s uporabom opioida

SLIKA 2.14

Intravenska uporaba droga: najnovije procjene prevalencije intravenske uporabe svih droga tijekom prethodne godine i glavna droga koja se uzima intravenskim putem



Među konzumentima koji su 2017. prvi put uključeni u specijalizirani tretman ovisnosti i kojima je heroin bio primarna droga, 25 % navelo je intravensku uporabu kao glavni način primjene, za razliku od 43 % koliko ih je bilo 2006. U toj skupini stope intravenske uporabe razlikuju se u pojedinim zemljama, a kreću se od 8 % u Španjolskoj do 90 % ili više u Latviji. Intravensku uporabu kao glavni način primjene naveo je 1 % konzumenata koji su prvi put uključeni u tretman ovisnosti zbog problema s kokainom i 9 % takvih konzumenata kojima su primarne droge amfetamini. Međutim, na sveukupno stanje u području amfetamina znatno utječu podatci za Češku, prema kojima se u toj zemlji nalazi 50 % novih konzumenata amfetamina u Europi koji tu drogu uzimaju intravenskim putem. Kada se tri glavne droge u Europi koje se uzimaju intravenskim putem razmotre zajedno, među konzumentima koji su prvi put uključeni u tretman, stopa intravenske uporabe kao glavnog načina primjene smanjila se s 26 % 2006. na 11 % 2017. (slika 2.15.).

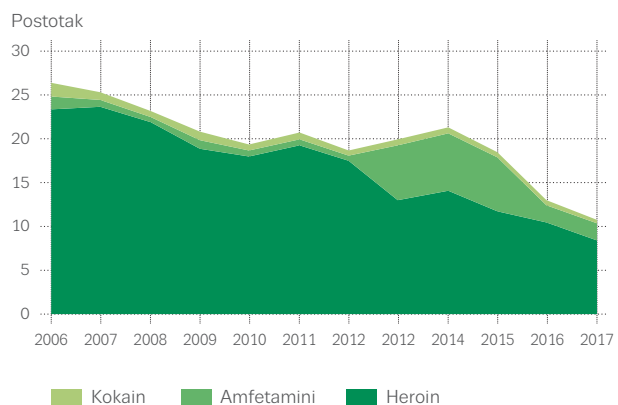
Iako nije riječ o raširenoj pojavi, intravenska uporaba sintetičkih katinona i dalje se bilježi u određenim populacijama, uključujući intravenske konzumente opioida i konzumente uključene u tretman ovisnosti u nekim zemljama te konzumente koji razmjenjuju igle u Mađarskoj. U okviru najnovijeg istraživanja EMCDDA-a, u deset zemalja zabilježena je intravenska uporaba sintetičkih katinona, često u kombinaciji s drugim stimulativnim tvarima. To je najčešće zabilježeno u kontekstu zabava na kojima muškarci imaju spolne odnose s drugim muškarcima.

Uvidi u podatke o tragovima u špricama : često je otkrivena uporaba stimulativnih droga

Podatci o tretmanu ovisnosti i procjene razina visokorizične uporabe droga mogu se nadopuniti rezultatima prikupljenima putem mreže Europske inicijative za prikupljanje i analizu šprica (ESCAPE), u okviru koje se prikupljaju informacije o tvarima unesenima intravenskim putem tako što se analizira ostatni sadržaj u upotrijebljenim špricama. Šprice su prikupljene iz kanta

SLIKA 2.15

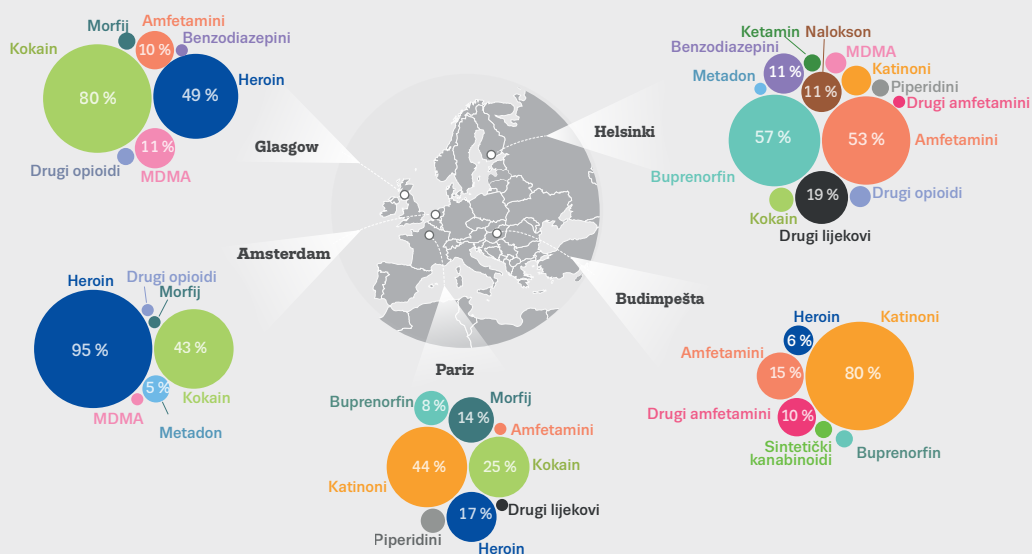
Intravenska uporaba heroina, kokaina ili amfetamina kao primarne droge među konzumentima koji su prvi put uključeni u tretman: postotak konzumenata koji su naveli intravensku uporabu kao glavni način primjene



Napomena: trendovi se temelje na podatcima za 21 zemlju za razdoblje od najmanje devet od 11 godina.

SLIKA 2.16

Tragovi droga u upotrijebljenim špricama u odabranim europskim gradovima



Napomena: zaokruženo područje razmjerno je postotku šprica na svakom području na kojem je tvar otkrivena. U jednoj šprici može se pronaći više tvari. Istraživanje je provedeno 2017.

Izvor: mreže Europske inicijative za prikupljanje i analizu šprica (ESCAPE).

za odlaganje u sklopu uređaja za automatsko izdavanje kompleta za ubrizgavanje na ulicama i na lokacijama službi za smanjenje štetnih posljedica u pet gradova EU-a nadležnih za praćenje tijekom 2017.: Amsterdamu, Budimpešti, Glasgowu, Helsinkiju i Parizu. Sadržaj 1 288 upotrijebljenih šprica testiran je u pet laboratorija.

Rezultati upućuju na to da se tvari koje se konzumiraju intravenskim putem razlikuju za pojedine gradove i za isti grad (slika 2.16.). Veliki dio šprica u svih pet gradova sadržavao je stimulativne tvari, često kokain, amfetamine i sintetičke katinone. Polovina testiranih šprica sadržavala je dvije droge ili više njih, a najčešća je kombinacija bila mješavina stimulativne droge i opioida. Benzodiazepini su pak, ako su otkriveni, u špricama često bili u kombinaciji s opioidima.

**Polovina testiranih šprica
sadržavala je dvije droge
ili više njih**

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-a

2019

Country Drug Reports 2019.

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

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

2018

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

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

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

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

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

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

**S uporabo nezakonitih
droga povezuje se kronični
i akutni zdravstveni problemi**

Štetne posljedice povezane s uporabom droga i odgovori na tu problematiku

Uporaba nezakonitih droga čimbenik je koji pridonosi teretu bolesti na globalnoj razini. S uporabom nezakonitih droga povezuju se kronični i akutni zdravstveni problemi na koje utječu različiti čimbenici kao što su svojstva tvari, način primjene, razina ugroženosti pojedinih konzumenata i društveni kontekst u kojem se droga konzumira. Kronični problemi uključuju ovisnost i zarazne bolesti povezane s drogama, dok je u nizu akutnih štetnih posljedica najbolje evidentirano predoziranje. Iako je relativno rijetka, uporaba opioida ipak čini znatan udio u morbiditetu i smrtnosti povezanima s uporabom droga. Rizike povećava intravenska uporaba droga. Iako su u odnosu na njih zdravstveni problemi povezani s uporabom kanabisa znatno niži, visoka stopa prevalencije uporabe kanabisa može imati posljedice za zdravlje opće populacije. Zbog razlika u sastavu i čistoći tvari koje su trenutačno dostupne konzumentima povećava se mogućnost štetnih posljedica i stvara okruženje prepuno izazova za odgovore na probleme povezane s drogama.

Praćenje štetnih posljedica povezanih uporabom droga i odgovori na tu problematiku

Informacije o zdravstvenim i društvenim odgovorima na problem uporabe droga, uključujući strategije za suzbijanje zlouporabe droga i javne rashode povezane s drogama, EMCDDA-u pružaju nacionalne središnjice za Reitox i stručne radne skupine. U okviru ocjena stručnjaka pružaju se dodatne informacije o dostupnosti intervencija kada službeni skupovi podataka nisu na raspolaganju. Ovo poglavlje nastalo je i na temelju revizije znanstvenih dokaza o učinkovitosti intervencija u javnom zdravstvu. Dodatne informacije dostupne su na internetskim stranicama EMCDDA-a u odjeljku [Profili zdravstvenih i društvenih odgovora: europski vodič](#) i u povezanom elektronički objavljenom materijalu te na [Portal](#)u [najboljih praksi](#).

Glavne štetne posljedice za zdravlje koje EMCDDA sustavno prati obuhvaćaju zarazne bolesti povezane s drogama te smrtnost i morbiditet povezan s uporabom droga. To je dopunjeno ograničenim podacima o bolničkim akutnim slučajevima povezanima 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, u odjeljcima [Ključni epidemiološki pokazatelji](#), [Statistički bilten](#) i [Djelovanje usmjereno na nove droge](#).

Planiranje i provedba učinkovitih odgovora na probleme povezane s drogama potkrijepljenih dokazima glavni je cilj europske politike o drogama i uključuje niz mjera. Pristupi koji obuhvaćaju prevenciju i ranu intervenciju usmjereni su na suzbijanje zlouporabe droga i problema povezanih s time, a tretman koji uključuje i psihosocijalni i farmakološki pristup čini primarni odgovor na problem ovisnosti. Određene ključne intervencije, kao što su supstitucijska terapija ovisnosti o opioidima i programi podjele novih igala i šprica, osmišljene su djelomično kao odgovor na intravensku uporabu opioida i probleme povezane s time, a posebno širenje zaraznih bolesti i smrtnih slučajeva zbog predoziranja. Budući da se problemi povezani s drogama mijenjaju, nužno je osmisliti i ocijeniti nove pristupe, a o nekima od njih bit će detaljnije riječ u nastavku.

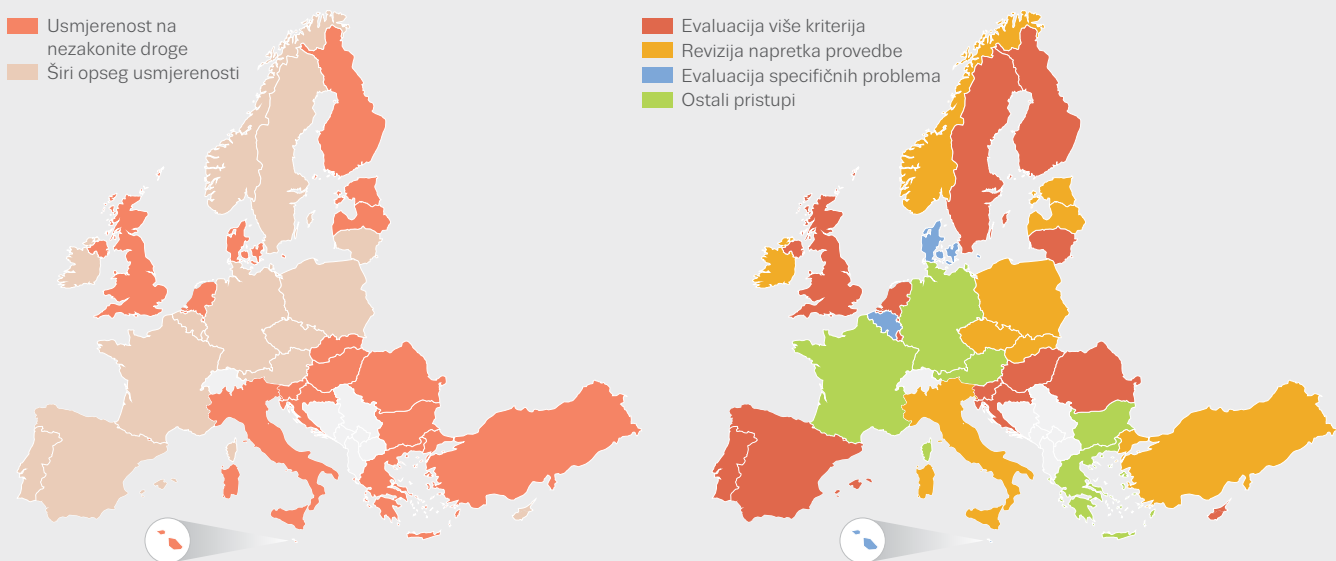
Strategije za suzbijanje zlouporabe droga: pristupi evaluaciji

Gotovo polovina od 30 zemalja koje prati EMCDDA trenutačno ima uspostavljene nacionalne strategije za suzbijanje zlouporabe droga koje ne uključuju samo nezakonite droge, nego i različite kombinacije problema povezanih s tvarima i ovisničkim ponašanjem. Tim se

alatima planiranja služe vlade kako bi razradile sveobuhvatni pristup i specifične odgovore na različite zdravstvene, društvene i sigurnosne dimenzije problema povezanih s drogama. Dok Danska svoju nacionalnu politiku za suzbijanje zlouporabe droga formulira nizom strateških dokumenata, zakona i konkretnog djelovanja, sve druge zemlje imaju nacionalni strateški dokument o suzbijanju zlouporabe droga. U 14 zemalja politika je opsežnija te se više pozornosti pridaje drugim tvarima koje izazivaju ovisnost i ponašanjima povezanim s time (slika 3.1.). Međutim, decentralizirane uprave Walesa i Sjeverne Irske u Ujedinjenoj Kraljevini imaju opsežne strateške dokumente. Kada se uzmu u obzir ta tri dokumenta, ukupni broj opsežnih strategija za suzbijanje zlouporabe nezakonitih droga povećava se na 17. Ti su opsežni dokumenti uglavnom usmjereni na nezakonite droge, a prisutne su razlike u pristupu drugim tvarima i ovisnostima. U svim se dokumentima razmatraju problemi povezani s alkoholom, u deset njih govori se o duhanu, devet ih obuhvaća lijekove, a u osam dokumenata obrađuje se problem ovisničkog ponašanja kao što je kockanje. Bez obzira na glavnu temu, u okviru svih nacionalnih strategija za suzbijanje zlouporabe droga izričito se primjenjuje uravnoteženi pristup politici suzbijanja zlouporabe droga utvrđenoj Strategijom EU-a za borbu protiv droga (2013. – 2020.) i akcijskim planovima (2017. – 2020.),

SLIKA 3.1

Usmjerenost nacionalnih strateških dokumenata o suzbijanju zlouporabe droga (lijevo) i metode procjene (desno) tijekom 2018.



Napomena: strategije šireg opsega usmjerenosti mogu, primjerice, uključivati nezakonite droge i druge ovisnosti. Dok Ujedinjena Kraljevina ima uspostavljenu strategiju za suzbijanje zlouporabe nezakonitih droga, Škotska, Wales i Sjeverna Irska imaju strateške dokumente koji obuhvaćaju alkohol.

u kojima se jednaka važnost pridaje smanjenju potražnje i smanjenju ponude droga. Ovaj prošireni opseg strategija donosi mogućnost postizanja bolje integriranog pristupa javnog zdravstva, ali i izazove u pogledu usklađivanja provedbe, praćenja i evaluacije.

Sve europske zemlje ocjenjuju svoje nacionalne strategije za suzbijanje zlouporabe droga, a pritom se služe nizom različitih pristupa. Evaluacije su uglavnom usmjerene na procjenu ostvarene razine provedbe strategije i promjene opće situacije u području droga tijekom vremena. Tijekom 2018. zabilježena je nedavna provedba 13 evaluacija na temelju više kriterija, devet revizija napretka provedbe i tri evaluacije posebnih pitanja, a pet je zemalja primijenilo drukčije pristupe, kao što su kombinacija procjene pokazatelja i istraživačkih projekata (slika 3.1.). Trend uporabe opsežnih strategija postupno se počinje odražavati u primjeni jednako opsežnih evaluacija. Tako su Francuska, Luksemburg, Švedska i Norveška trenutačno objavile evaluacije opsežnih strategija.

Prevenција zlouporabe droga: pristupi povezani s okruženjem

Prevenција zlouporabe droga i problema povezanih s drogama među mladima ključni je cilj europskih nacionalnih strategija za suzbijanje zlouporabe droga i obuhvaća širok spektar pristupa. Pristupi povezani s okruženjem i univerzalni pristupi usmjereni su na čitavu populaciju, selektivna prevenција usmjerena je na ugrožene skupine kojima prijete veći rizik od razvoja problema povezanih s uporabom droga, a indicirana prevenција usmjerena je na rizične pojedince.

„Islandski model” prevencije koji uključuje stalnu primjenu kombinacije učinkovitih načela prevencije na razini populacije nedavno je privukao veliku pozornost međunarodne zajednice. Taj pristup obuhvaća kontrolirano slobodno vrijeme nakon nastave s univerzalnim pristupom sportskim i kulturnim aktivnostima za mlade, uz roditeljski nadzor i ograničeno vrijeme boravka za osobe mlade od 18 godina. U Europi je islandski model proveden u pojedinim općinama u Španjolskoj, Nizozemskoj i Rumunjskoj. Bit će nužno provesti daljnju evaluaciju kako bi se pojasnilo je li znatno smanjenje uporabe droga na Islandu u posljednjih deset godina, koje odražava i smanjenje uporabe droga u pojedinim drugim europskim zemljama, ponajprije povezano sa strategijom prevencije te zemlje i njezinom politikom u pogledu alkohola, ili jesu li u tom pogledu bitni i neki drugi čimbenici.

Islandski model zasniva se na pristupu preveniji koji se temelji na okruženju, pri čemu se polazi od teze da je

moguće promijeniti neželjeno ponašanje tako da se promijene fizički, gospodarski i regulatorni aspekti okruženja u kojem se pružaju ili smanjuju mogućnosti za takvo ponašanje. To pak može pridonijeti smanjenju njihove prihvatljivosti, uobičajenosti i vidljivosti. Mjere mogu obuhvaćati regulaciju dostupnosti i cijena droga, smanjenje količina u kojima se poslučuje alkohol i smanjenje koncentracije prodajnih mjesta na kojima je dostupan alkohol na određenom području.

Načela prevenije povezana s okruženjem ključna su i za program primjerenog ponašanja za djecu osnovnoškolskog uzrasta koji se temelji na praktičnim priručnicima, a za koji se u pojedinim istraživanjima pokazalo da ima pozitivne učinke. Cilj je tog programa smanjiti rizična ponašanja s pomoću poticaja na promjene u ponašanju na razini skupina kako bi se ojačale pozitivne norme i pravila. U širem smislu, promjena stanja i smanjenje konzumacije cigareta u brojnim europskim zemljama svakako je primjer pristupa preveniji koji se temelji na okruženju u praksi.

Čini se da za uspješno uvođenje pristupa preveniji nije važna stručna obuka. U okviru nedavne inicijative objavljen je Europski program univerzalne prevenije (engl. European Universal Prevention Curriculum) koji se temelji na dokazima i međunarodnim normama za regionalne ili lokalne donositelje odluka i mišljenja. Tijekom 2018. program se na nekoj od razina provodio u trećini država članica EU-a.

Sve europske zemlje ocjenjuju svoje nacionalne strategije za suzbijanje zlouporabe droga

SLIKA 3.2

Niz aplikacija m-zdravstva koje se temelje na njihovim primarnim ciljevima



Odgovor na probleme povezane s uporabom droga: nove tehnologije

Intervencije za prevenciju uporabe droga i tretman ovisnosti neprestano se razvijaju, a sve se više povećava i primjena novih digitalnih rješenja koja obuhvaćaju uporabu računalnih tehnologija. U okviru digitalnih intervencija („aplikacije“) može se upotrebljavati širok spektar uređaja, od stolnih računala do mobilnih uređaja, a sve je češća uporaba pametnih telefona. Takve mobilne aplikacije ili aplikacije m-zdravstva upotrebljavaju se u brojne svrhe, uključujući prevenciju uporabe droga, smanjenje štetnih posljedica, digitalno povezivanje na platformama društvenih mreža, praćenje i nadzor bolesnika i tretman ovisnosti (slika 3.2.). U nekim se aplikacijama pružaju praktični savjeti, uključujući glosare, informacije i savjete povezane s drogama. Inovativni je primjer uporaba geolokacijskih usluga kako bi se intravenskim konzumentima droga pomoglo da pronađu lokacije za podjelu novih igala i šprica. Druge aplikacije temelje se na učinkovitim tehnikama prevencije, kao što su pristupi koji se temelje na društvenim normama te ispravljanje pogrešnih percepcija u pogledu uporabe droga među pojedincima u određenoj skupini. Iako je javnosti trenutačno dostupan velik broj aplikacija m-zdravstva, nedavno istraživanje EMCDDA-a pokazalo je da je za malo njih provedena znanstvena evaluacija, standardi kvalitete nisu dostatni i postoji zabrinutost u pogledu zaštite podataka.

Istražuje se i primjena tehnologije virtualne stvarnosti kao sredstva za pružanje terapije izlaganjem podražajima. S pomoću kaciga za virtualnu stvarnost stvaraju se realistična i prožimajuća okruženja povezana s drogom koja kod pacijenata pobuđuju želju za uzimanjem droga. Pacijente se pritom podučava tehnikama s pomoću kojih tu želju mogu suzbiti.

Tretman ovisnosti: prevladavaju izvanbolničke službe

Tretman ovisnosti i dalje je primarni oblik intervencije kod pojedinaca koji se suočavaju s problemima povezanim s uporabom droga, uključujući ovisnost. Osiguravanje jednostavnog pristupa odgovarajućim službama za tretman ovisnosti stoga je ključni cilj politike.

U Europi se većina tretmana ovisnosti provodi u izvanbolničkim okruženjima, pri čemu su specijalizirani centri za tretman ovisnosti najveći pružatelji usluga s obzirom na broj konzumenata droga koji su sudjelovali u tretmanu (slika 3.3.). Agencije koje pred konzumente postavljaju najmanje zahtjeva drugi su najveći pružatelji usluga, a slijede ih centri za primarnu zdravstvenu skrb i centri za zaštitu općeg mentalnog zdravlja. Posljednja kategorija uključuje ordinacije liječnika opće prakse, koji su važni za propisivanje supstitucijske terapije ovisnosti o opioidima u nekim većim zemljama kao što su Francuska i Njemačka. U drugim zemljama, primjerice u Poljskoj i Sloveniji, ključnu ulogu u pružanju usluga tretmana ovisnosti imaju izvanbolnički centri za zaštitu mentalnog zdravlja.

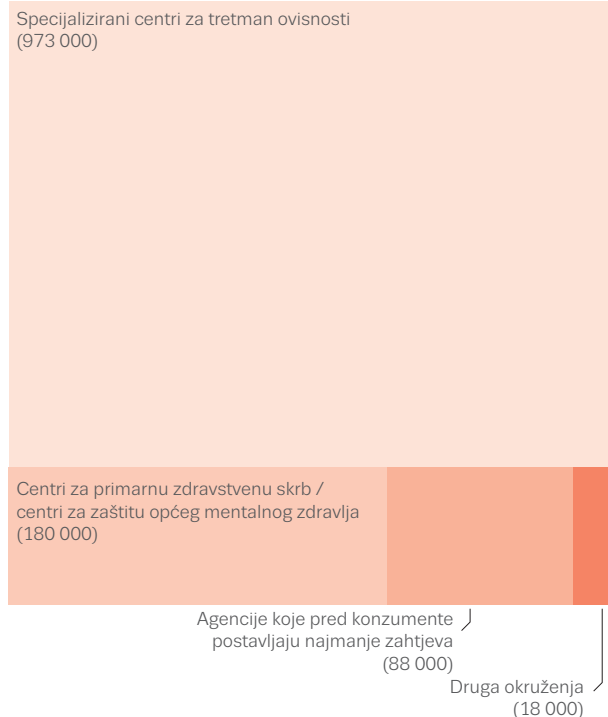
Manji dio programa tretmana ovisnosti u Europi pruža se u bolničkim okruženjima, uglavnom u stambenim centrima u sustavu bolnica (npr. psihijatrijskih bolnica), ali i u terapijskim zajednicama i specijaliziranim rehabilitacijskim centrima. Relativna važnost pružanja usluga u izvanbolničkom i bolničkom okruženju u okviru nacionalnih sustava liječenja i tretmana znatno se razlikuje među pojedinim zemljama.

U Europi se većina tretmana ovisnosti provodi u izvanbolničkim okruženjima

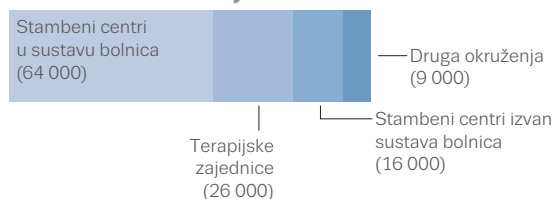
SLIKA 3.3

Broj konzumenata uključenih u tretman u Europi tijekom 2017., prema okruženju

Izvanbolničko okruženje



Bolničko okruženje



Zatvori

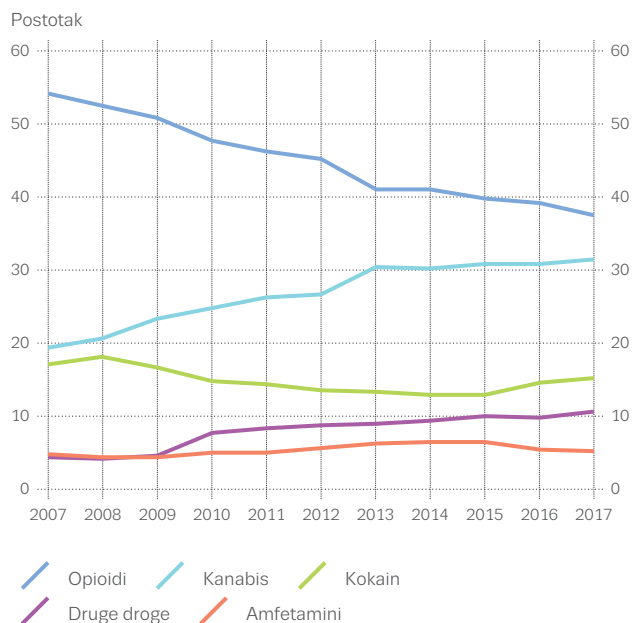


Pristup tretmanu ovisnosti: samostalno prijavljivanje najčešći je način uključivanja

Procjenjuje se da je u Europskoj uniji tijekom 2017. u programima tretmana ovisnosti o nezakonitim drogama sudjelovalo 1,2 milijuna osoba (1,5 milijuna uključujući Norvešku i Tursku). Samostalno prijavljivanje u program tretmana ovisnosti i dalje je najčešći način uključivanja u specijalizirani tretman ovisnosti. Može uključivati i prijavljivanje na poticaj članova obitelji ili prijatelja, a činilo je više od polovine (54 %) slučajeva započinjanja specijaliziranog tretmana ovisnosti tijekom 2017. u Europi. Oko 17 % konzumenata u program tretmana ovisnosti prijavio je kaznenopravni sustav, dok su 15 % njih prijavile zdravstvene, obrazovne i socijalne službe, uključujući

SLIKA 3.4

Trendovi u području postotaka konzumenata koji su započeli sa specijaliziranim tretmanom ovisnosti, prema primarnoj drogi



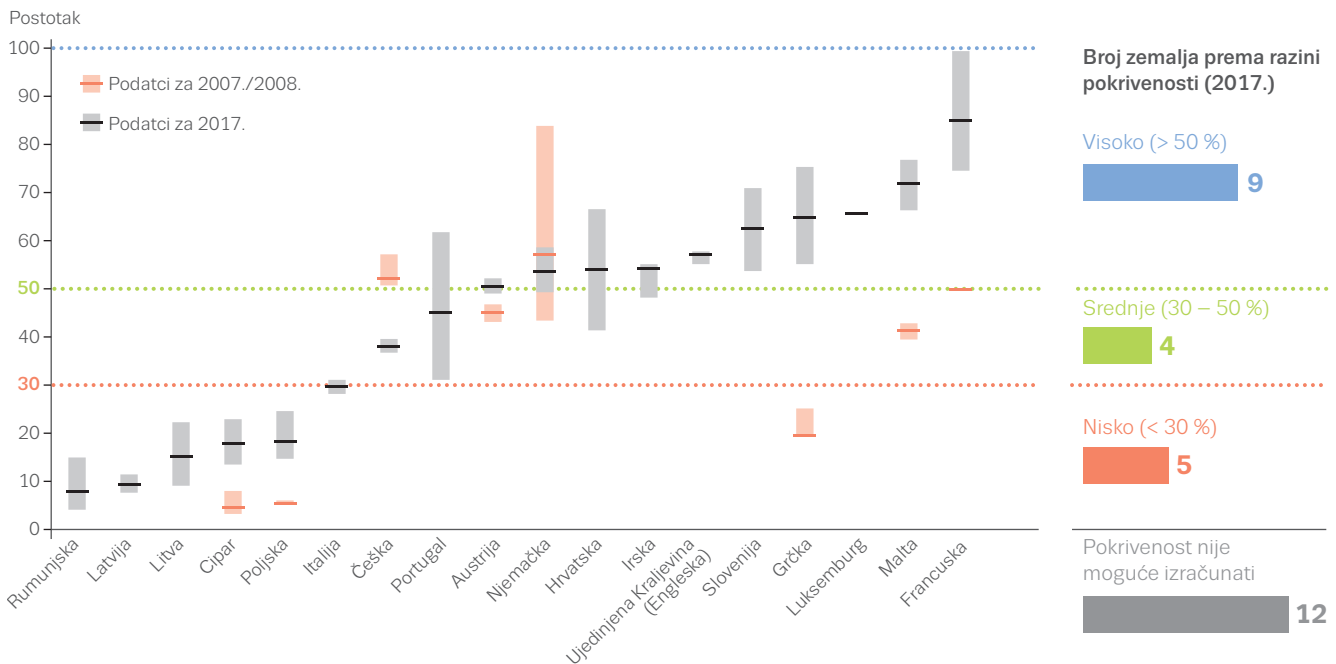
centre za tretman ovisnosti. U više su zemalja uspostavljeni sustavi koji počinitelje kaznenih djela povezanih s drogom preusmjeravaju iz kaznenopravnog sustava u programe tretmana ovisnosti. Oni mogu uključivati sudski nalog za sudjelovanje u programu tretmana ovisnosti ili uvjetnu kaznu uvjetovanu sudjelovanjem u tretmanu.

Tijekom 2017. u zemljama u kojima je više od 100 osoba prijavljeno u program tretmana ovisnosti putem kaznenopravnog sustava, udio konzumenata koji su na taj način uključeni u tretman kretao se od manje od 5 % u Češkoj, Grčkoj, Nizozemskoj i Poljskoj do približno 70 % u Mađarskoj. Sveukupno, za konzumente kojima je kanabis primarna droga bilo je najvjerojatnije da će ih u program tretmana ovisnosti prijaviti kaznenopravni sustav, dok je za konzumente kojima su primarna droga opiodi ta vjerojatnost bila najmanja.

Postupak tretmana ovisnosti obično uključuje sudjelovanje različitih službi, višestruke prijave u program tretmana i različito trajanje tretmana. Konzumenti opioda u Europi čine najveću skupinu koja započinje sa specijaliziranim tretmanom ovisnosti i sudjeluje u njemu te koja iskorištava najveći dio dostupnih resursa za tretman, uglavnom u obliku supstitucijske terapije. Konzumenti kanabisa i kokaina druga su i treća najveća skupina koja započinje s terapijom u okviru službi za tretman ovisnosti (slika 3.4.). Službe koje se bave tim konzumentima često su vrlo raznolike, ali uglavnom se temelje na nekom obliku socijalne intervencije. Rezultatima analize podataka

SLIKA 3.5

Pokrivenost supstitucijskom terapijom ovisnosti o opioidima (procijenjeni postotak visokorizičnih konzumenata opioida na koje su usmjerene intervencije) tijekom 2017. ili proklele godine te tijekom 2007./2008.



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

o specijaliziranom tretmanu ovisnosti iz deset europskih zemalja za razdoblje od 2014. do 2017. pruža se uvid u tijek tretmana. Od 300 000 konzumenata koliko ih se u tim zemljama prijavilo na tretman, više od polovine njih bilo je uključeno u stalni tretman dulje od jedne godine, a mnogi su se suočavali s problemima povezanim s uporabom opioida, posebno heroina. Preostali je dio s tretmanom ovisnosti započeo te godine. Od toga je 16 % konzumenata prvi put u životu započelo s tretmanom, dok je njih 28 % ponovno započelo s tretmanom, a u programu je sudjelovalo prethodne godine. Ti podatci pokazuju da se mnogi poremećaji povezani s drogama ponavljaju i imaju dugoročne posljedice.

Supstitucijska terapija ovisnosti o opioidima: različite razine pokrivenosti

Supstitucijska terapija, često u kombinaciji s psihosocijalnim intervencijama, najčešći je oblik tretmana ovisnosti o opioidima. Taj je pristup potkrijepljen dostupnim dokazima, uz pozitivne rezultate u pogledu zadržavanja u programu tretmana, smanjenja uporabe nezakonitih opioida, zabilježenog rizičnog ponašanja, smanjenja štetnih posljedica i smrtnosti povezanih s drogama.

Procjenjuje se da je 2017. u programu supstitucijske terapije ovisnosti u Europskoj uniji sudjelovalo približno

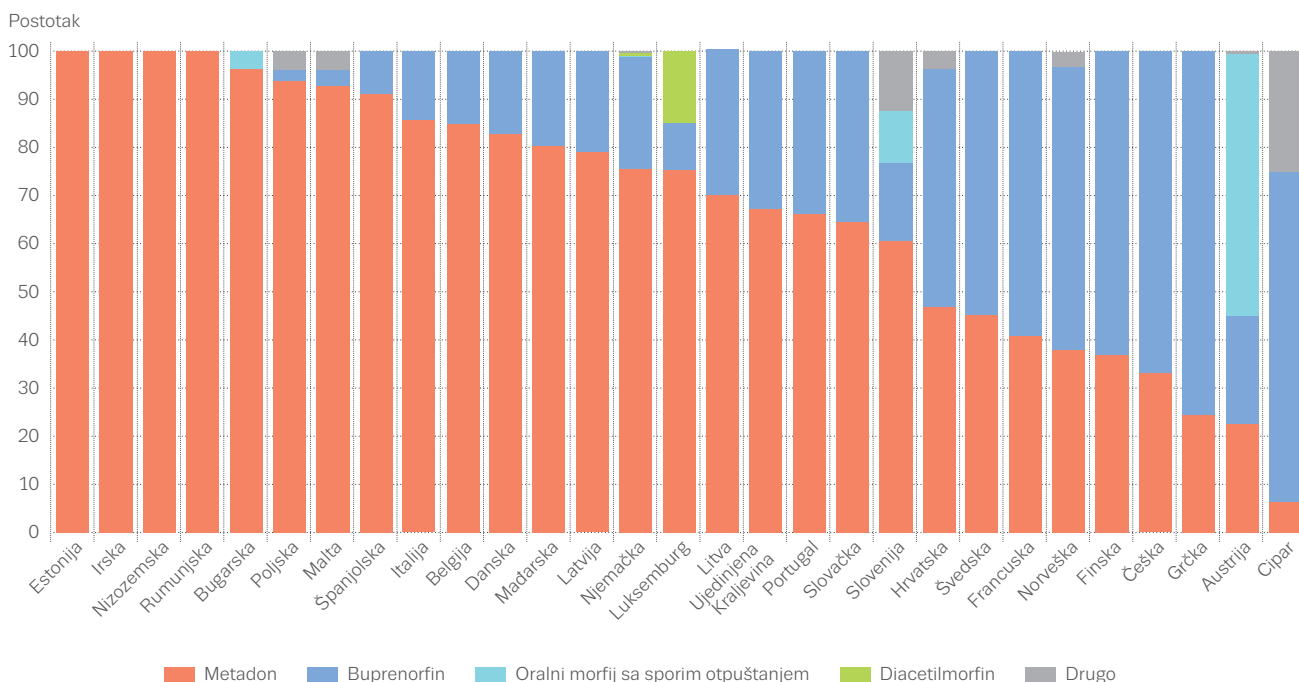
654 000 konzumenata opioida (662 000 uključujući Norvešku). Nakon razdoblja stalnog pada između 2010. i 2015., ukupna stopa porasta u EU-u tijekom 2017. iznosila je 4 % u odnosu na prethodnu godinu. Između 2015. i 2017., povećanja su zabilježena u 17 zemalja uključujući Švedsku (21 %), Rumunjsku (21 %) i Italiju (16 %), a smanjenja su u novije vrijeme zabilježena u devet zemalja koje bilježe te trendove, uključujući Litvu (18 %) i Cipar (17 %).

Rezultati usporedbe s trenutačnim procjenama broja visokorizičnih konzumenata opioida u Europi upućuju na to da otprilike polovina njih sudjeluje u programu supstitucijske terapije, no postoje razlike u pokrivenosti među pojedinim zemljama pri čemu su u nekima razine manje od preporučenih (slika 3.5.). Sveukupno gledajući, u zemljama za koje postoje podatci za razdoblje od 2007. ili 2008. koji mogu poslužiti za usporedbu uglavnom je zabilježen porast razine pokrivenosti.

Metadon je lijek koji se najčešće propisuje kao zamjenski lijek za opioide, a u Europi ga uzimaju gotovo dvije trećine osoba (63 %) na supstitucijskoj terapiji. Dodatnih 34 % konzumenata liječi se lijekovima na bazi buprenorfina koji je glavni zamjenski lijek koji se upotrebljava u okviru supstitucijske terapije u osam zemalja (slika 3.6.). Ostale tvari, kao što je morfij sa sporim otpuštanjem ili diacilmorfin (heroin), propisuju se tek povremeno, a procjenjuje se da ih u Europi uzima oko 3 %

SLIKA 3.6

Udio konzumenata koji su primali različite vrste propisanih zamjenskih lijekova za opioide u europskim zemljama



Napomena: u okviru podataka za Nizozemsku, za oko 10 % konzumenta koji uzimaju metadon propisan je i diacetilmorfin. Podatci za Finsku obuhvaćaju buprenorfin koji se uzima samostalno ili u kombinaciji s naloksonom. Podatci za Ujedinjenu Kraljevinu odnose se samo na Wales.

KONZUMENTI UKLJUČENI U SUPSTITUCIJSKU TERAPIJU OVISNOSTI O OPIOIDIMA

Populacija

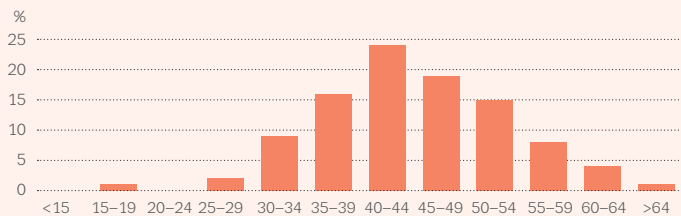
654 000 EU

662 000 EU + Norveška

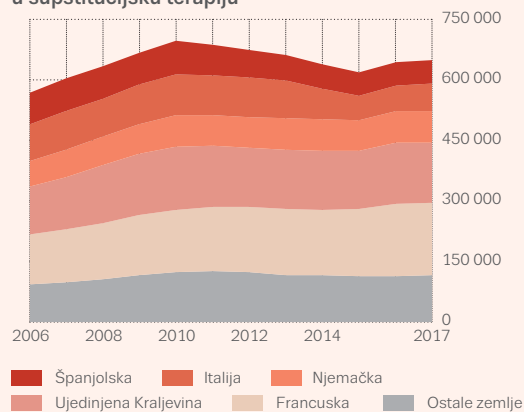
25% 75%



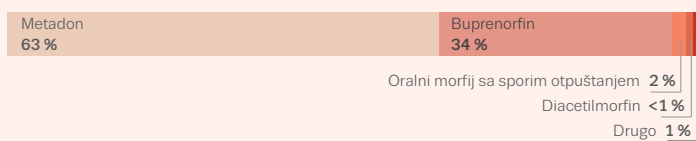
Dobna raspodjela



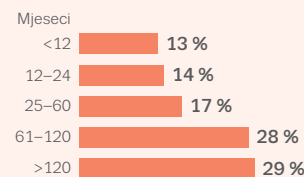
Trendovi u broju konzumenata uključeni u supstitucijsku terapiju



Vrsta lijeka



Trajanje terapije



Napomena: Grafikonom trendova obuhvaćene su samo zemlje s podacima za najmanje osam od 11 godina. Vrijednosti koje nedostaju interpolirane su iz najbližih godina.

SLIKA 3.7

konzumenata koji sudjeluju u programu supstitucijske terapije. Skupina konzumenata koji sudjeluju u programu supstitucijske terapije u Europi sve je starija. Većina je konzumenata trenutačno starija od 40 godina, a u tretman je obično uključena dulje od dvije godine. U svim europskim zemljama konzumentima opioida dostupne su i druge mogućnosti tretmana, ali se rjeđe primjenjuju. U 11 zemalja za koje postoje podatci, između 2 % i 17 % svih konzumenata opioida uključenih u tretman prima terapiju koja ne obuhvaća zamjenske lijekove za opioide.

Odgovor na probleme povezane s drogama: mehanizmi kontrole rashoda i provedbe

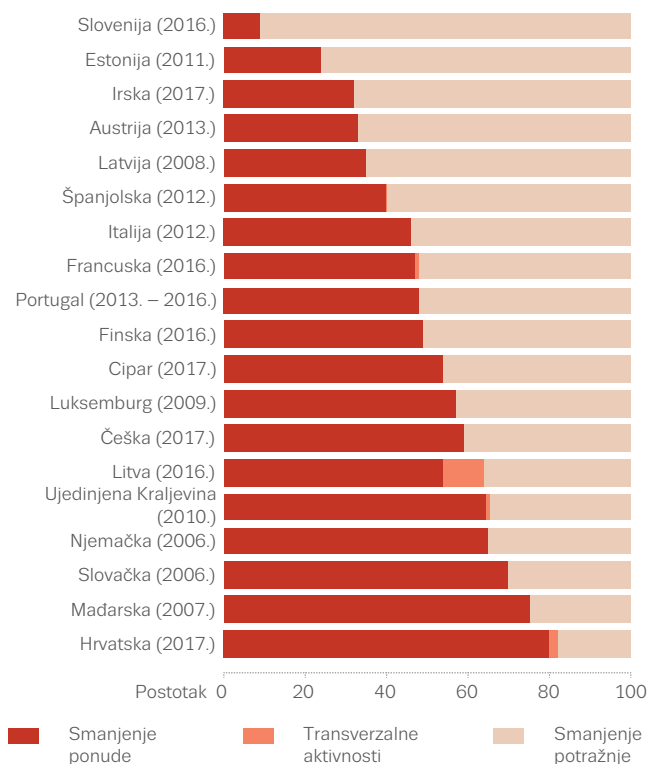
Razumijevanje troškova koji proizlaze iz djelovanja u području suzbijanja zlouporabe droga važno je i za izradu i za evaluaciju politike. Međutim, dostupne informacije o javnim rashodima povezanim s drogama u Europi i dalje su oskudne i raznolike, kako na lokalnoj, tako i na nacionalnoj razini. U proteklih deset godina 26 zemalja izradilo je procjene javnih rashoda povezanih s drogama. Opseg je procjena različit, a kreće se od 0,01 % do 0,5 % bruto domaćeg proizvoda (BDP), pri čemu je približno polovina procjena između 0,05 % i 0,2 % BDP-a.

Između 2006. i 2017. 19 zemalja izradilo je procjenu troškova inicijativa za smanjenje potražnje za drogama u okviru ukupnih rashoda povezanih s drogama. Te se procjene znatno razlikuju u pojedinim zemljama, a kreću se od 8 % do 80 % (slika 3.7). Ako su podatci o tome dostupni, rashodi povezani s tretmanom ovisnosti čine velik dio procijenjenih rashoda u području smanjenja potražnje za drogama.

Za uspješnu provedbu programa potrebno se usmjeriti, među ostalim, na troškove, norme i obuku. Analiza troškovne učinkovitosti intervencija u području tretmana ovisnosti može pomoći u raspodjeli financijskih sredstava. Unatoč troškovima pružanja usluga u izvanbolničkom okruženju i troškovima lijekova koji se izdaju na recept povezanim s farmakoterapijom zbog ovisnosti o opioidima, to pridonosi smanjenju ukupnih zdravstvenih troškova. Do toga dolazi jer osobe uključene u takve programe tretmana ovisnosti rjeđe upotrebljavaju skupe usluge kao što su hitni bolnički prijemi i tretmani u bolničkom okruženju.

Nedavno istraživanje EMCDDA-a pokazalo je da je najmanje 80 % zemalja koje bilježe te trendove objavilo neki oblik smjernica za potporu u provedbi praksi za smanjenje potražnje za drogama, a njih 60 % izvijestilo je o uporabi standarda kvalitete. Sustavi akreditacije kojima se povezuje odobrenje pružanja usluga u okviru javno

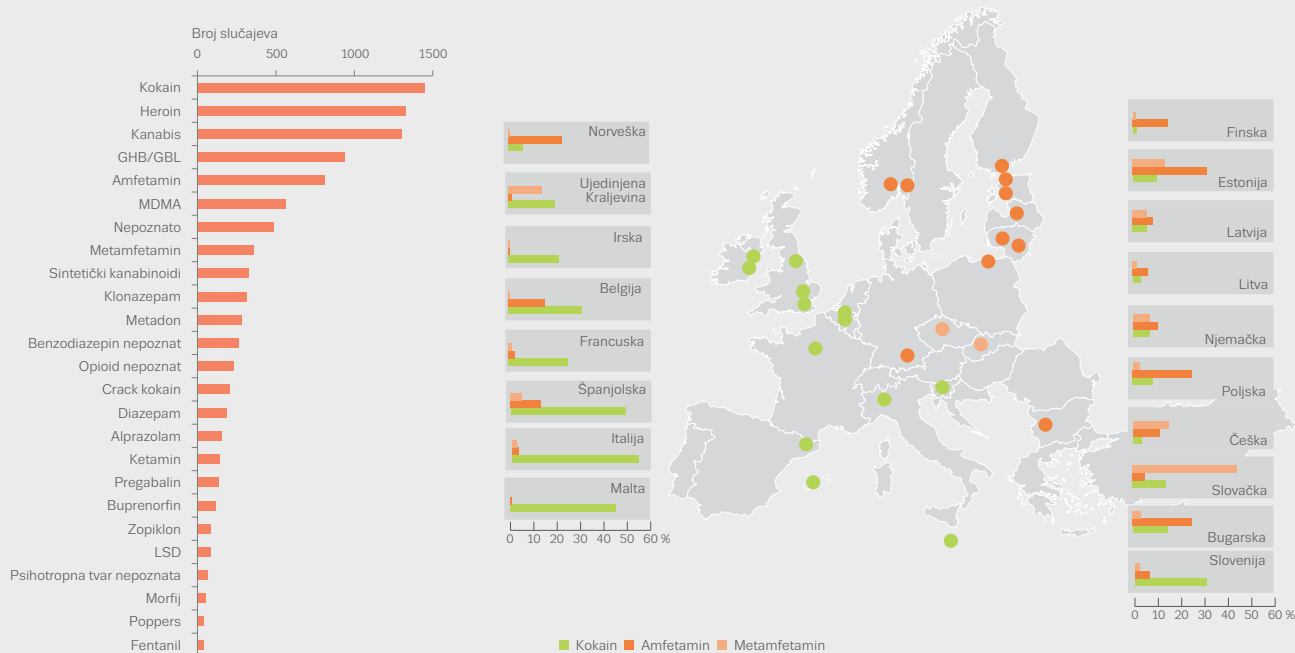
Javni rashodi povezani s drogama: procjena raščlambe prema smanjenju potražnje i smanjenju ponude



financiranih programa s provedbom standarda kvalitete zabilježeni su u 70 % zemalja. Osim toga, većina zemalja izvijestila je o dostupnosti obuke za stručnjake (80 %). Rjeđe su zabilježeni programi koji se temelje na dokazima iz registara ili evidencijskih sustava ili programi koji se temelje na najboljim praksama, no oni ipak postoje u četvrtini zemalja. U odnosu na stanje prethodnih godina, zasigurno je došlo do znatnog povećanja udjela zemalja za koje je trenutačno zabilježeno da su objavile smjernice i norme za intervencije te uspostavile neki oblik sustava akreditacije za pružanje usluga. Sveukupno, čini se da se povećavaju mogućnosti obuke za stručnjake koji rade u području droga, iako je općenito utvrđeno da je riječ o području u kojem bi daljnja ulaganja bila od koristi.

SLIKA 3.8

Dvadeset i pet droga koje su najčešće zabilježene u hitnim slučajevima u bolnicama nadležnima za praćenje tijekom 2017. (lijevo) i učestalost slučajeva uzrokovanih kokainom i amfetaminima (postotak slučajeva), podatci agregirani prema zemljama (desno)



Napomena: rezultati 7 267 slučajeva u 26 bolnica (nadležnih za praćenje) u okviru Europske mreže za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN plus) u 18 europskih zemalja.

Izvor: Europska mreža za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN Plus).

Akutte štetne posljedice povezane s drogama: povećanje uporabe kokaina i smanjenje uporabe heroina

Podacima o hitnim bolničkim prijemima može se pružiti uvid u akutne štetne posljedice povezane s drogama i učinak uporabe droga na zdravlje opće populacije u Europi. Slučajeve akutne toksičnosti uzrokovane drogama u 26 bolnica (nadležnih za praćenje) u 18 europskih zemalja prati Europska mreža za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN Plus). Tijekom 2017. u bolnicama je zabilježeno 7 267 takvih slučajeva, a većinom je bilo riječ o muškarcima (76 %). U gotovo tri četvrtine slučajeva osobe su u bolnicu dopremljene kolima hitne pomoći, a većina njih (78 %) bila je otpuštena iz bolnice unutar 12 sati. U vrlo malom broju tih slučajeva bolesnike je bilo nužno primiti na jedinicu intenzivne njege (6 %) ili na odjel za psihijatriju (4 %). U okviru tog uzorka zabilježeno je 30 smrtnih slučajeva u bolnici, od čega je 17 slučajeva uključivalo opioide.

Slučajevi akutne toksičnosti tijekom 2017. najčešće su bili uzrokovani kokainom, a iza njih su slijedili heroin i kanabis (slika 3.8.). Gotovo četvrtina slučajeva odnosila se na zlouporabu lijekova dobivenih na recept ili bezreceptnih lijekova (najčešće benzodiazepina i opioida), pri čemu je 10 % uključivalo GHB/GBL, a 4 % nove psihoaktivne tvari.

Čini se da su razlike u drogama koje su uzrokovale hitne slučajeve zamijećene među pojedinim mjestima odraz razlika u području obuhvaćenom bolnicom i lokalnim obrascima uporabe. Primjerice, hitni slučajevi koji su uključivali amfetamine bili su najčešći na sjeveru i istoku Europe, dok su slučajevi koji su se odnosili na kokain prevladavali na jugu i zapadu Europe.

SLIKA 3.9

Ukupno 15 centara koji su bilježili podatke u razdoblju od 2014. do 2017. izvijestilo je o općem silaznom trendu kada je riječ o broju slučajeva povezanih s heroinom te općem uzlaznom trendu u pogledu slučajeva povezanih s kokainom u prahu i *crack* kokainom (slika 3.9.). Tijekom istog razdoblja zabilježeno je općenito smanjenje broja slučajeva povezanih sa sintetičkim katinonima i povećanje broja slučajeva koji uključuju sintetičke kanabinoide.

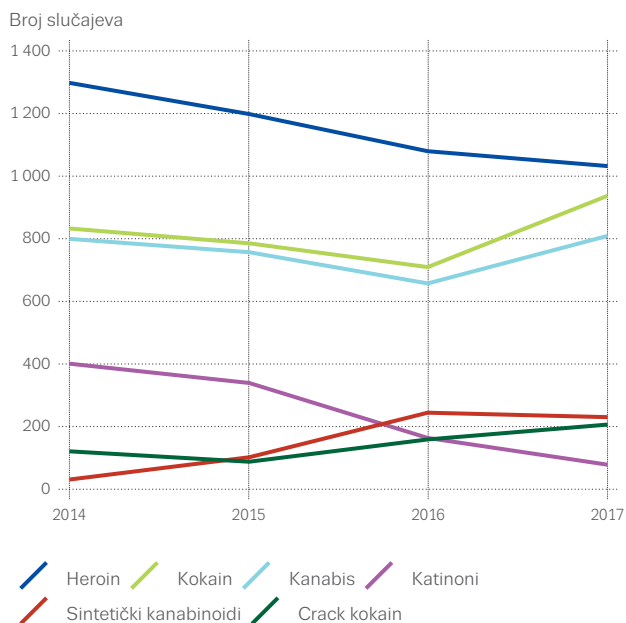
Tek mali broj zemalja prati akutne hitne slučajeve povezane s drogama na nacionalnoj razini. Među njima, Češka, Danska, Litva i Slovenija zabilježile su silazni trend kada je riječ o hitnim slučajevima povezanim s heroinom. Između 2013. i 2017. Danska je zabilježila povećanje slučajeva trovanja povezanih s opioidima koji nisu heroin i metadon te udvostručenje broja slučajeva trovanja povezanih s kokainom. U Španjolskoj je 2016. gotovo polovina zabilježenih hitnih slučajeva povezanih s drogama uključivala kokain, dok su regionalne službe nadležne za praćenje u Nizozemskoj između 2016. i 2017. izvijestile o smanjenju broja hitnih slučajeva povezanih s MDMA-om i stimulativnom drogom 4-fluoroamfetaminom (4-FA) na lokacijama za prvu pomoć. Gotovo trećina poziva kolima hitne pomoći povezana s drogom u Nizozemskoj uključivala je uporabu GHB-a.

Kokain i crack kokain: odgovori u okviru zdravstva

Dostupne su intervencije za liječenje ovisnika o kokainu i *crack* kokainu. U Europi su te mjere uglavnom usmjerene na psihosocijalne intervencije, uključujući kognitivno-bihevioralnu terapiju, motivacijske razgovore, kratke intervencije, upravljanje poželjnim ponašanjem stimulacijom nagradom i kaznom te simptomatski farmakološki tretman. Druge mogućnosti tretmana koje se trenutačno istražuju obuhvaćaju uporabu stimulativnih lijekova, kao što su modafinil i lisdeksamfetamin, za smanjenje želje za drogom i ublažavanje apstinencijskih simptoma te cjepivo za liječenje ovisnika o kokainu kojim se kokainu oduzimaju euforična svojstva i smanjuju njegovi učinci ugođe.

Dokazi o tome koje su mogućnosti tretmana učinkovite kao pomoć pri rješavanju problema povezanih s kokainom i dalje su relativno slabi te je riječ o području u kojem je potrebno provesti dodatna istraživanja i koja je potrebno dodatno razviti. U skladu s time, dostupnost specijaliziranih programa koji su konkretno usmjereni na konzumente kokaina u Europi je ograničena. Međutim, u nekim su zemljama zabilježene prilagođene intervencije kao odgovor na povećanje broja konzumenata koji traže tretman zbog problema povezanih s kokainom. One uključuju programe u okviru kojih se kombiniraju pristup osnaživanja zajednice

Trendovi u broju slučajeva u bolnicama nadležnima za praćenje koji su povezani s odabranim drogama



Napomena: podatci iz izvješća 15 bolnica nadležnih za praćenje u okviru Europske mreže za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN plus) za svaku godinu od 2014. do 2017.

Izvor: Euro-Den Plus.

(engl. „community reinforcement“) i pristup upravljanja poželjnim ponašanjem stimulacijom nagradom i kaznom (engl. „contingency management“) (u Belgiji) te prilagođava vrijeme prijema kako bi se ispunile potrebe konzumenata kokaina (u Luksemburgu i Austriji).

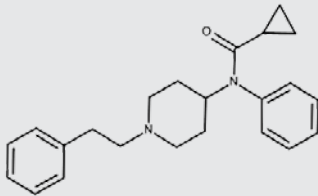
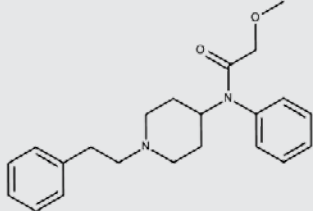
U nekim su zemljama dostupne intervencije za smanjenje štetnih posljedica za konzumente kokaina i *crack* kokaina koje su usmjerene na rizike za zdravlje povezane s intravenskom uporabom kokaina ili pušenjem *crack* kokaina te rizičnim spolnim ponašanjem. One uključuju sobe za konzumaciju droga pod nadzorom u Danskoj, Njemačkoj, Francuskoj, Luksemburgu i Nizozemskoj te osiguravanje pribora za konzumaciju *crack* kokaina (lula i filtera u Francuskoj i Portugalu). U nekim zemljama EU-a postoje službe za provjeru droga, a namijenjene su za smanjenje rizika povezanih s kokainom visoke razine čistoće i kokaina s primjesama.

Zajednička istraživanja i procjena rizika

Tijekom 2017. rizike povezane s devet novih psihoaktivnih tvari, uključujući pet derivata fentanila (akrioloilfentanil, furanilfentanil, 4-fluoroizobutrilfentanil, tetrahidrofuranilfentanil i karfentanil) formalno je procijenio Znanstveni odbor EMCDDA-a. Nakon toga, kontrolira ih se na međunarodnoj razini na temelju konvencije UN-a iz 1961.

Na temelju zajedničkih istraživanja o ciklopropilfentanilu i metoksiacetilfentanilu koja su EMCDDA i Europol pokrenuli 2017., za ta je dva derivata fentanila, koji se povezuju s više od 90 smrtnih slučajeva, EMCDDA tijekom 2018. proveo službenu procjenu rizika (tablica 1.). Na osnovi nalaza iz izvješća o procjeni rizika i na inicijativu Europske komisije, Vijeće EU-a i Europski parlament odlučili su te dvije tvari obuhvatiti kontrolnim mjerama u cijeloj Europi.

Tablica 1. Ključni nalazi procjena rizika za dva derivata fentanila provedenih 2018.

| Zajednički naziv | Ciklopropilfentanil | Metoksiacetilfentanil |
|--|---|---|
| Kemijski naziv | <i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]ciklopropankarboksamid | 2-metoksi- <i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]acetamid |
| Kemijska struktura |  |  |
| Službena obavijest primljena u EU sustav ranog upozoravanja | 4. kolovoza 2017. | 9. prosinca 2016. |
| Broj zabilježenih smrtnih slučajeva povezanih s uporabom | 78 | 13 |
| Broj zemalja u kojima su zabilježeni smrtni slučajevi | 3 | 4 |
| Broj zapljena koje su izvršila tijela za izvršavanje zakonodavstva | 144 | 48 |
| Broj zemalja u kojima se zapljena dogodila (EU, Turska i Norveška) | 6 | 10 |
| Ukupna zaplijenjena količina | 1,76 kg praha; 772 ml tekućine; 329 tableta | 180 g praha; 352 ml tekućine; 119 tableta |

Novi droge: sintetički opioidi velike potentnosti

Novi psihoaktivne tvari, uključujući sintetičke opioide, sintetičke kanabinoide i sintetičke katinone i dalje se povezuju sa smrtnim slučajevima i slučajevima akutnih trovanja u Europi te, unatoč nizu novih mjera uvedenih u tom području, i dalje predstavljaju velik izazov za trenutačne modele politike suzbijanja zlouporabe droga.

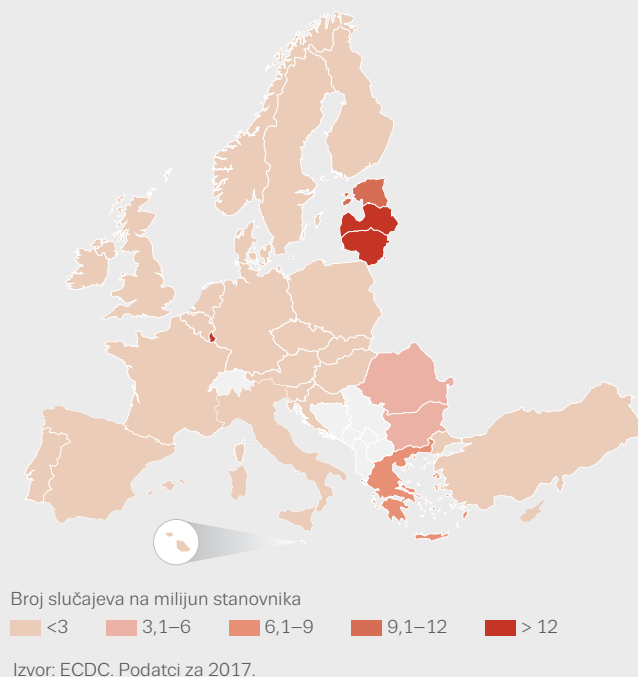
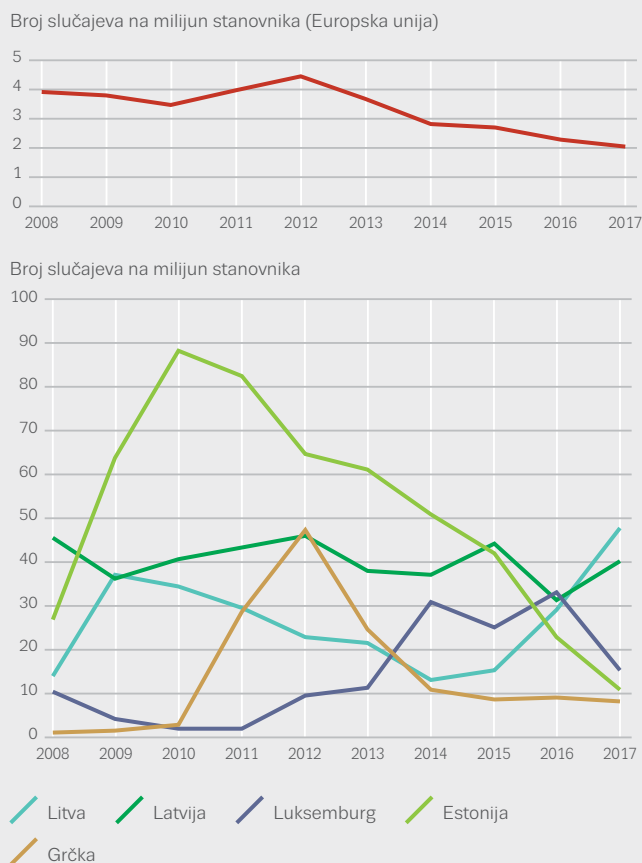
Iako imaju malu ulogu na tržištu droga u Europi, novi opioidi predstavljaju ozbiljnu prijetnju za zdravlje pojedinaca i javno zdravlje. Posebno su zabrinjavajući derivati fentanila koji čine većinu novih opioida koje je zabilježio EMCDDA. Te tvari mogu biti osobito snažne i vrlo male količine mogu uzrokovati trovanje opasno po život zbog brze i teške respiratorne depresije. Zabilježeni slučajevi predoziranja obuhvaćaju osobe koje su

pretpostavljale da kupuju heroin, druge nezakonite droge ili lijekove protiv bolova. Osim akutnih rizika od predoziranja u kojima može biti indicirana uporaba naloksona, za derivate fentanila zabilježeno je i da su iznimno podložni zlouporabi te da u slučaju njihove uporabe postoji velika mogućnost razvijanja ovisnosti.

Novi opioidi predstavljaju ozbiljnu prijetnju za zdravlje pojedinca i javno zdravlje

SLIKA 3.10

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



Kronične štetne posljedice uporabe droga: epidemije HIV-a na lokalnoj razini, kasna dijagnoza

Osim rizicima koji proizlaze iz nezaštićenih spolnih odnosa, osobe koje uzimaju droge, a posebno intravenski konzumenti, izložene su riziku od zaraznih bolesti kao što su virus hepatitisa C (HCV) i virus humane imunodeficijencije (HIV) zbog razmjene pribora za uporabu droga. U skladu s time, prevalencija HIV-a među intravenskim konzumentima droga viša je nego u općoj populaciji.

Tijekom 2017. u Europskoj uniji zabilježeno je 1 046 novih slučajeva dijagnoze HIV-a kao posljedice intravenske uporabe droga, pri čemu je ta bolest u 83 % slučajeva dijagnosticirana kod muškaraca, uglavnom starijih od 35 godina, što čini 5 % svih dijagnoza HIV-a za koje je poznat način prijenosa. Taj je udio tijekom posljednjeg desetljeća ostao na niskoj i stabilnoj razini. Broj zabilježenih novih slučajeva dijagnoze HIV-a među intravenskim konzumentima droga u većini se europskih zemalja smanjio između 2008. i 2017. (slika 3.10.). Međutim, intravenska uporaba droga i dalje je važan način prijenosa u nekim zemljama. Tijekom 2017., u skladu s podacima dostavljenima Europskom centru za sprečavanje i kontrolu bolesti, intravenska uporaba droga

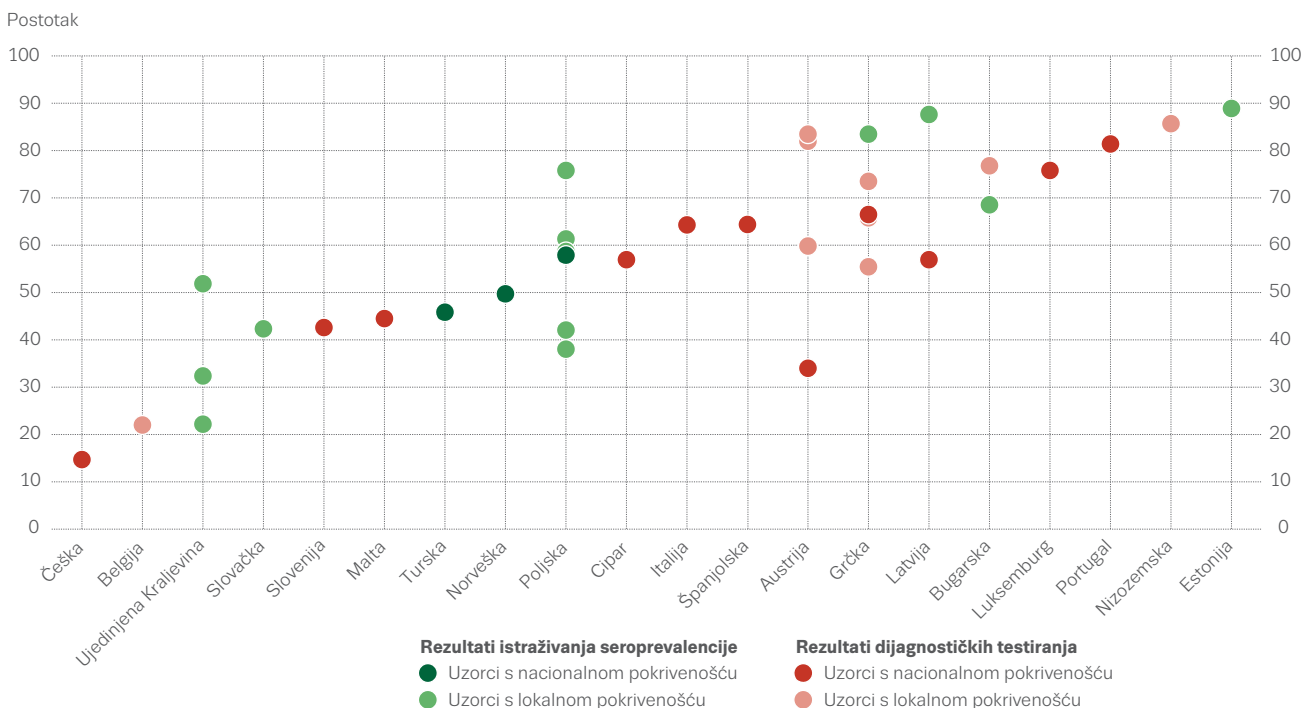
bila je povezana sa 62 % novih slučajeva dijagnoze HIV-a u Litvi i 33 % takvih slučajeva u Latviji. U okviru istraživanja seroprevalencije, na temelju uzoraka krvi, među intravenskim konzumentima droga koja su provedena u Estoniji, Latviji i Poljskoj tijekom 2016. i 2017. utvrđeno je da je 10 % testiranih osoba zaraženo HIV-om.

Epidemije HIV-a na lokalnoj razini zabilježene su među marginaliziranim populacijama intravenskih konzumenata droga u Dublinu (2014. – 2015.), Luxembourggu, (2014. – 2016.), Münchenu (2015. – 2016.) i Glasgowu (2015. – 2018.). Sve četiri pojave epidemije povezane su s intravenskom uporabom stimulativnih tvari.

Na područjima za koja su bile dostupne informacije, polovina novih slučajeva dijagnoze HIV-a kao posljedice intravenske uporabe droga u Europskoj uniji tijekom 2017. bila je utvrđena kasno, odnosno, kada je virus već počeo oštećivati imunološki sustav. Kasna dijagnoza HIV-a podrazumijeva i odgodu uvođenja antiretrovirusne terapije te više stope morbiditeta i smrtnosti. Politika „testiranja i liječenja“ za HIV u skladu s kojom se antiretrovirusna terapija počinje primjenjivati odmah nakon dijagnoze HIV-a može pridonijeti smanjenju stope prijenosa zaraze i posebno je važna za skupine s visokorizičnim ponašanjem kao što su intravenski konzumenti. Rana dijagnoza

SLIKA 3.11

Prevalencija antitijela na HCV među intravenskim konzumentima droga: rezultati istraživanja seroprevalencije (SP) i dijagnostičkih testiranja (DT) uz pokrivenost na nacionalnoj i podnacionalnoj razini, 2016. – 2017.



i početak antiretrovirusne terapije omogućuju zaraženim osobama uobičajen očekivani životni vijek.

Tijekom 2017. 14 % novih zabilježenih slučajeva AIDS-a u Europskoj uniji kod kojih je bio poznat način prijenosa posljedica je intravenske uporabe droga. Tih 379 slučajeva povezanih s intravenskom uporabom čini manje od četvrtine broja slučajeva zabilježenih prije deset godina.

Prevalencija HCV-a: razlike u nacionalnim trendovima

Virusni hepatitis, a posebno zaraza uzrokovana virusom hepatitisa C (HCV), vrlo je rasprostranjen među intravenskim konzumentima droga diljem Europe. Na svakih 100 osoba zaraženih HCV-om, od 75 do 80 njih razvit će kroničnu zarazu. To ima velike dugoročne posljedice jer kronična zaraza HCV-om, koja se često pogoršava prekomjernom konzumacijom alkohola, dovodi do porasta stope smrtnih slučajeva i teške bolesti jetara, uključujući cirozu i rak, među starijom populacijom visokorizičnih konzumenata droga.

Stopa prevalencije antitijela na HCV među intravenskim konzumentima droga koja ukazuje na postojeću zarazu ili zarazu u prošlosti procjenjuje se na temelju istraživanja seroprevalencije ili rutinskim dijagnostičkim testiranjima koja omogućuju službe za suzbijanje zlouporabe droga.

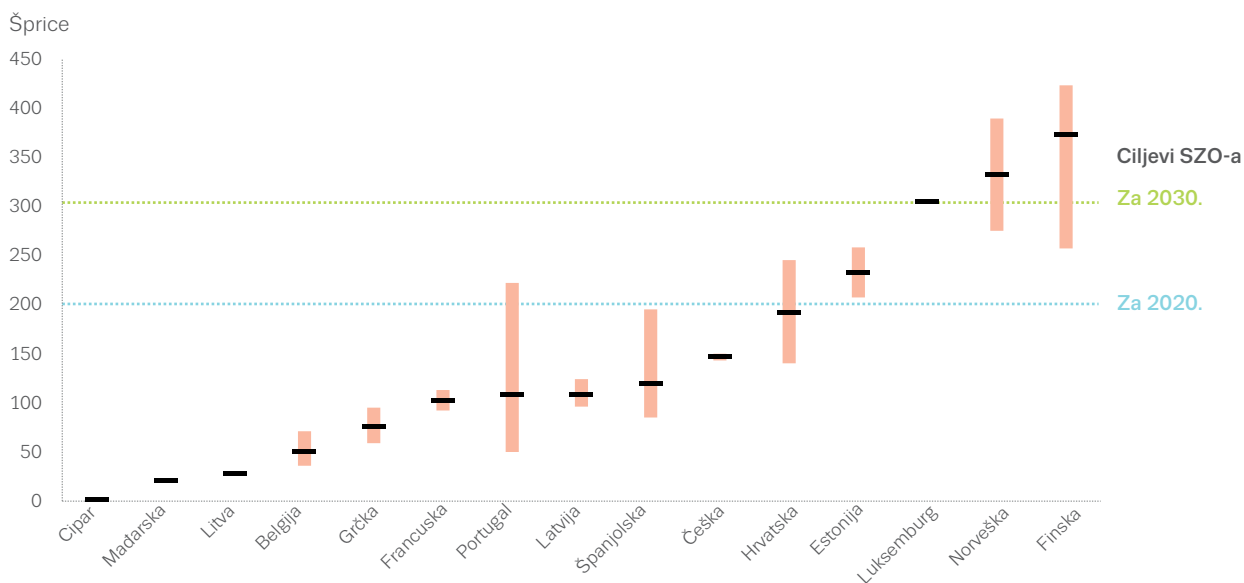
Tijekom razdoblja od 2016. do 2017. stopa prevalencije antitijela na HCV u okviru nacionalnih uzoraka intravenskih konzumenata droga kretala se od 15 % do 82 %, pri čemu je osam od 14 zemalja s nacionalnim podacima zabilježilo stope više od 50 % (slika 3.11.). U zemljama za koje postoje podatci o nacionalnim trendovima za razdoblje od 2011. do 2017. godine, pad stope prevalencije HCV-a kod intravenskih konzumenata droga zabilježen je u šest zemalja, dok je u trima zemljama zabilježen porast.

Među intravenskim konzumentima droga, zaraza uzrokovana virusom hepatitisa B (HBV) manje je rasprostranjena od zaraze HCV-om, no i dalje je veća nego u općoj populaciji unatoč dostupnosti učinkovitog cjepiva. Prisutnost površinskog antigena HBV-a ukazuje na postojeću zarazu, koja može biti akutna ili kronična. Procjenjuje se da je u sedam zemalja za koje postoje nacionalni podatci za 2016./2017. HBV-om trenutačno zaraženo između 1 % i 9 % intravenskih konzumenata droga.

Intravenska uporaba droga rizični je čimbenik za druge zarazne bolesti. Skupine zaraženih hepatitisom A povezanim s uporabom droga zabilježene su 2016. godine u Češkoj i Njemačkoj. U Ujedinjenoj Kraljevini broj zabilježenih slučajeva zaraze bakterijom streptokok grupe A kao posljedice intravenske uporabe droga povećao se od 2013., a slučajevi botulizma nakon ozljede (iz rane) i dalje se bilježe na području Europe.

SLIKA 3.12

Pokrivenost specijaliziranim programima podjele novih šprica: broj šprica koje se osiguravaju po procijenjenom broju intravenskih konzumenata



Napomena: podatci su prikazani kao točke procjene i intervali nesigurnosti. Ciljevi su utvrđeni u okviru Globalne strategije zdravstvenog sektora za suzbijanje virusnog hepatitisa za razdoblje 2016. – 2021. koju je izradila Svjetska zdravstvena organizacija.

Prevenција zaraznih bolesti: raznolika dostupnost učinkovitih mjera

Kako bi se smanjio broj zaraznih bolesti povezanih s uporabom droga među intravenskim konzumentima, preporučuje se niz mjera. One uključuju pružanje supstitucijske terapije ovisnosti o opioidima, podjelu sterilnih šprica, igala i ostalog čistog pribora za intravensku uporabu, cijepljenje, testiranje i osiguravanje tretmana za virusni hepatitis i HIV te intervencije za promicanje zdravlja usmjerene na smanjenje intravenske uporabe i rizičnog spolnog ponašanja.

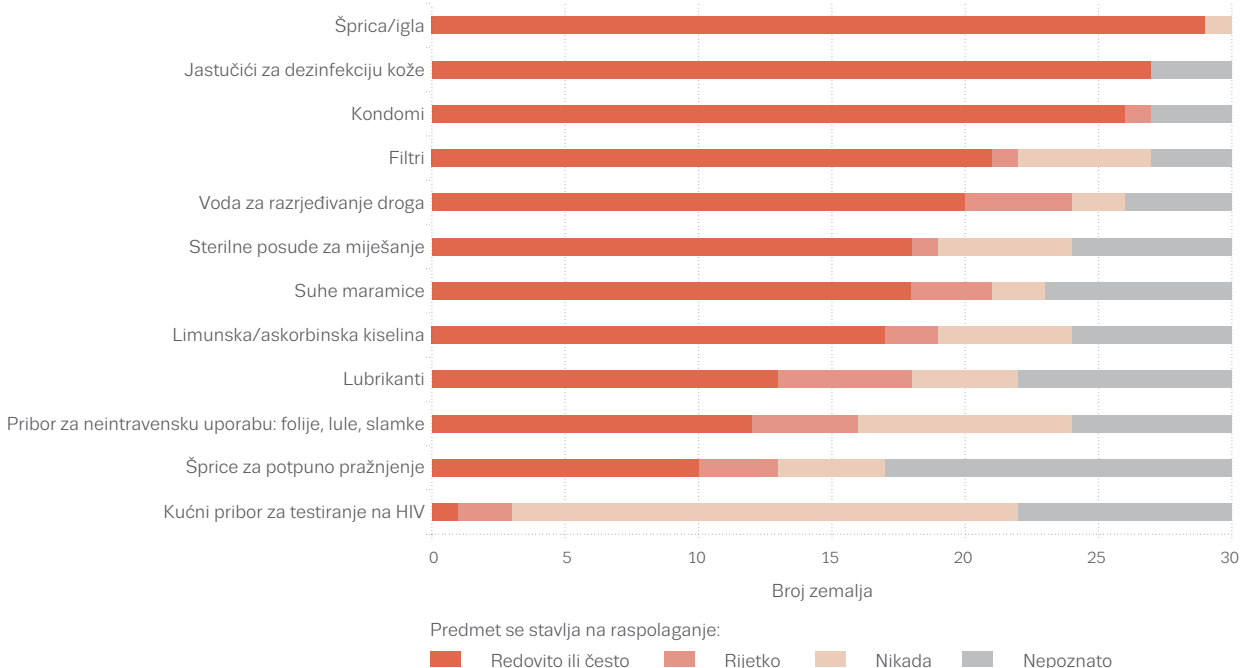
Kod intravenskih konzumenata opioda, supstitucijskom terapijom znatno se smanjuje rizik od zaraze, a pojedine analize ukazuju na povećanje zaštitnih učinaka kada se velika pokrivenost uslugom tretmana kombinira i s velikim brojem programa podjele novih šprica. Dokazi upućuju na to da se programima podjele novih igala i šprica učinkovito smanjuje prijenos HIV-a među intravenskih konzumentima droga. Od 30 zemalja koje EMCDDA prati, sve zemlje osim Turske omogućuju besplatno pribavljanje čistog pribora za intravensku uporabu u specijaliziranim centrima. Prema podatcima o podjeli novih šprica u okviru specijaliziranih programa koje je dostavilo 25 zemalja, tijekom posljednjih godina za koje su dostupni podatci (2015./2017.) te su zemlje zajedno podijelile 53 milijuna šprica. Ta je procjena znatno umanjena jer nekoliko velikih zemalja, kao što su Njemačka, Italija i Ujedinjena Kraljev, ne bilježi potpune nacionalne podatke o podjeli novih šprica. Osim toga,

šprice se u pojedinim zemljama mogu kupiti u ljekarnama. Međutim, čini se da postoje velike razlike u pokrivenosti programima podjele novih šprica u 15 zemalja za koje su dostupni podatci za provedbu usporedbe s najnovijim procjenama broja intravenskih konzumenata droga (slika 3.12.).

Osim sterilnih šprica i igala, službe za smanjenje štetnih posljedica u pojedinim zemljama redovito ili često osiguravaju jastučice za dezinfekciju kože, vodu za razrjeđivanje droga i čiste posude za miješanje (slika 3.13.), dok je pribor za neintravensku uporabu droga kao što su folije i lule rjeđe dostupan. Kućni pribor za testiranje na HIV intravenskim konzumentima može pomoći da ranije dijagnosticiraju zaraznu bolest. Pribor se u sve više europskih zemalja može kupiti u ljekarnama, a u pojedinim ga zemljama osiguravaju službe za smanjenje štetnih posljedica.

SLIKA 3.13

Dostupnost pribora za sigurniju uporabu / sigurnije spolne odnose u 30 europskih zemalja



Napomena: na temelju mišljenja stručnjaka.

Eliminacija HCV-a: poboljšanje pristupa testiranju i tretmanu

U skladu s globalnim Programom održivog razvoja do 2030. Europa nastoji eliminirati virusni hepatitis kao prijetnju za zdravlje opće populacije. Osiguravanje boljeg pristupa prevenciji, testiranju i tretmanu za HBV i HPV intravenskim konzumentima ključno je kako bi se taj cilj ostvario. Tijekom 2018. 17 zemalja EU-a i Norveška imale su uspostavljene strategije ili akcijske planove za suzbijanje hepatitisa.

Pregledi namijenjeni otkrivanju HCV-a polazišna su točka za učinkovito liječenje hepatitisa kod testiranih osoba i ima ključnu ulogu u prevenciji prijenosa zaraze. Prepreke testiranju i široj primjeni tretmana prisutne su na razini sustava, službi za osiguravanje tretmana i konzumenata, a mogu obuhvaćati čimbenike kao što su financijska ograničenja, nedovoljna informiranost o tretmanu HCV-a te stigmatizacija i marginalizacija konzumenata droga. Da bi se te teškoće prevladale, potrebne su inovativne metode, a agencije za suzbijanje zlorabe droga na razini zajednice ključno su okruženje te im se intravenski konzumenti droga mogu obratiti radi testiranja i prijave za tretman.

U skladu s europskim stručnim smjericama preporučuje se da se tretman HCV-a bez odgađanja osigura osobama kod kojih postoji veliki rizik od prijenosa virusa, a to

uključuje zatvorenike i aktivne konzumente intravenskih droga. Novi peroralni režimi tretmana antivirusnim lijekovima izravnog djelovanja u 95 % slučajeva omogućuju izlječenje u razdoblju od 8 do 12 tjedana. Nakon smanjenja cijene tih lijekova, povećava se broj europskih zemalja koje trenutačno omogućuju neometan pristup antivirusnim lijekovima izravnog djelovanja za sve skupine bolesnika i sve genotipe virusa, neovisno o fazi zaraze.

Intervencije u zatvorima: razlike u dostupnosti na nacionalnoj razini

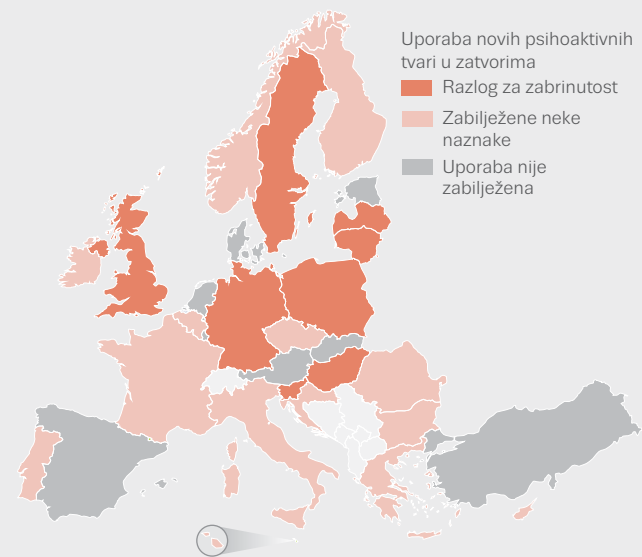
Za zatvorenike se bilježe više stope uporabe droga tijekom života i štetniji obrasci uporabe, uključujući intravensku uporabu, nego za opću populaciju, zbog čega su zatvori okruženje u kojem je važno provoditi intervencije povezane s drogom. U okviru nedavne revizije koju je proveo EMCDDA utvrđeno je da se nove psihoaktivne tvari konzumiraju u zatvorima u 22 zemlje (slika 3.14.), pri čemu glavni izazov predstavljaju sintetički kanabinoidi. Nove psihoaktivne tvari bile su povezane s nizom različitih štetnih posljedica za fizičko i mentalno zdravlje koje su nastale akutnim trovanjem ili kroničnom konzumacijom. U Latviji je uporaba novih sintetičkih opioida u zatvorima povezana s povećanjem broja slučajeva predoziranja te povećanjem stope intravenske uporabe i razmjene igala.

Testiranje na zarazne bolesti (HIV, HBV, HCV i tuberkulozu) provodi se u zatvorima u većini zemalja, no to može biti ograničeno na testiranje pri ulasku ili samo za osobe kod kojih su se javili određeni simptomi. Osiguravanje tretmana za hepatitis C zabilježeno je u 24 zemlje, no samo u njih pet u tretmanu sudjeluje više od 60 % osoba kojima je to potrebno. Programi cijepljenja protiv hepatitisa B postoje u 16 zemalja. Osiguravanje čistog pribora za intravensku uporabu rjeđe je zabilježeno, pri čemu programi podjele novih šprica u tom okruženju postoje u trima zemljama. Analiza prevalencije HIV-a i HCV-a među intravenskim konzumentima droga u 17 europskih zemalja, kojom je obuhvaćeno razdoblje od 2006. do 2017., pokazala je da su stope prevalencije tih oboljenja bile znatno više među osobama koje su boravile u zatvoru.

Pokrivenost intervencijama u području tretmana ovisnosti koje se provode među zatvorenicima znatno se razlikuje u pojedinim zemljama, a može uključivati detoksikaciju, individualno i grupno savjetovanje, tretman u terapijskim zajednicama i posebnim bolničkim odjelima. Neke europske zemlje uspostavile su međuagencijsko partnerstvo između zatvorskih zdravstvenih službi i službi u zajednici kako bi se olakšala provedba zdravstvene edukacije i intervencija u području tretmana ovisnosti u zatvoru te osigurao kontinuitet skrbi nakon ulaska u zatvor i nakon izlaska na slobodu. U svim su zemljama zabilježene pripreme za izlazak iz zatvora, uključujući društvenu reintegraciju. Programi za suzbijanje rizika od predoziranja, koji je nakon izlaska iz zatvora posebno visok među intravenskim konzumentima opioida, zabilježeni su u pet zemalja. Zatvorenici sudjeluju u obuci kako bi prepoznali znakove predoziranja i ispravno reagirali te pri izlasku iz zatvora dobivaju nalokson.

SLIKA 3.14

Uporaba novih psihoaktivnih tvari među zatvorenicima



Napomena: na temelju izvješća nacionalnih stručnjaka.

Tijekom 2017. u 28 zemalja zabilježena je mogućnost pružanja supstitucijske terapije ovisnosti o opioidima u zatvorima. Međutim, razina pokrivenosti tim tretmanom često je niska. Supstitucijska terapija ovisnosti o opioidima može se započeti u zatvoru u 24 zemlje, a u pet zemalja može se samo nastaviti ako je tretman započeo u okviru zajednice.

Za zatvorenike se bilježe više stope uporabe droga tijekom života i štetniji obrasci uporabe

Predoziranje: glavni uzrok smrti kod visokorizičnih konzumenata

Utvrđeno je da uporaba droga uzrokuje smrtnu slučajevu među odraslim osobama u Europi koji se mogu izbjeći. Ukupno, vjerojatnost smrtnosti kod konzumenata opioda u Europi veća je za pet do deset puta nego kod drugih skupina pojedinaca iste dobi i spola. Važnost smanjenja stope smrtnosti povezane s predoziranjem među konzumentima opioda uvelike je prepoznata. Međutim, drugi uzroci smrti koji su neizravno povezani s uporabom droga, kao što su zarazne bolesti, nesreće, nasilje uključujući ubojstvo i samoubojstvo, isto su tako važni uzroci smrtnosti u toj skupini. Česte su kronične bolesti pluća i jetre te poremećaji kardiovaskularnog sustava, a trenutačno su uzrok sve veće stope smrtnih slučajeva među starijim i kroničnim konzumentima droga.

Podatci o predoziranju, posebno ukupni podatci za Europu, moraju se tumačiti s oprezom. Neki su od razloga za to sustavno nebilježenje slučajeva u pojedinim zemljama, razlike u provedbi toksikoloških ispitivanja i postupci registracije koji mogu dovesti do odgoda u bilježenju. Godišnje procjene stoga čine privremenu minimalnu vrijednost.

Procjenjuje se da je u Europskoj uniji 2017. bilo najmanje 8 238 smrtnih slučajeva zbog predoziranja koji su

uključivali jednu nezakonitu drogu ili više njih. Ta brojka raste na procijenjen 9 461 smrtni slučaj ako se pribroje Norveška i Turska, što znači da je stanje stabilno u odnosu na revidiranu procijenjenu brojku od 9 397 za 2016. Ukupni broj slučajeva u EU-u isto je tako stabilan u usporedbi s podacima za 2016. Kao i prethodnih godina, u Ujedinjenoj Kraljevini (34 %) i Njemačkoj (13 %) zajedno zabilježena je gotovo polovina svih slučajeva predoziranja u EU-u, Norveškoj i Turskoj. Ti se brojevi podaci moraju tumačiti u kontekstu veličine ugroženih populacija u tim zemljama, ali i u kontekstu nezabilježenih slučajeva u drugim zemljama. Više od tri četvrtine osoba koje umiru zbog predoziranja čine muškarci (78 %).

Prosječna dob u trenutku smrti nastavila se povećavati, a 2017. iznosila je 39,4 godina, pri čemu su muškarci u prosjeku dvije godine mlađi od žena. To odražava starenje europske populacije konzumenata opioda koja je izložena najvećem riziku od smrti zbog predoziranja. U nekim zemljama udio slučajeva predoziranja opiodima može biti povezan sa smrtnim slučajevima koji uključuju opioide u kontekstu dugoročnog ublažavanja boli.

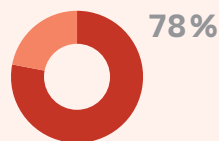
SMRTNI SLUČAJEVI UZROKOVANI UPORABOM DROGA

Obilježja

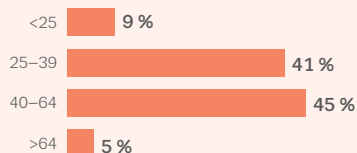


Prosječna dob u trenutku smrti **39** godina

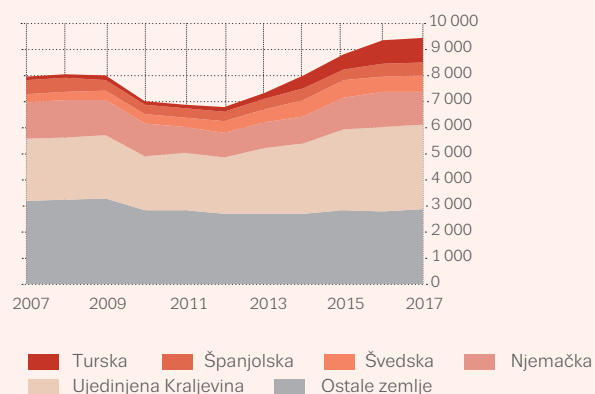
Smrtni slučajevi uzrokovani opiodima



Dob u trenutku smrti



Trendovi u području smrtnih slučajeva uzrokovanih predoziranjem



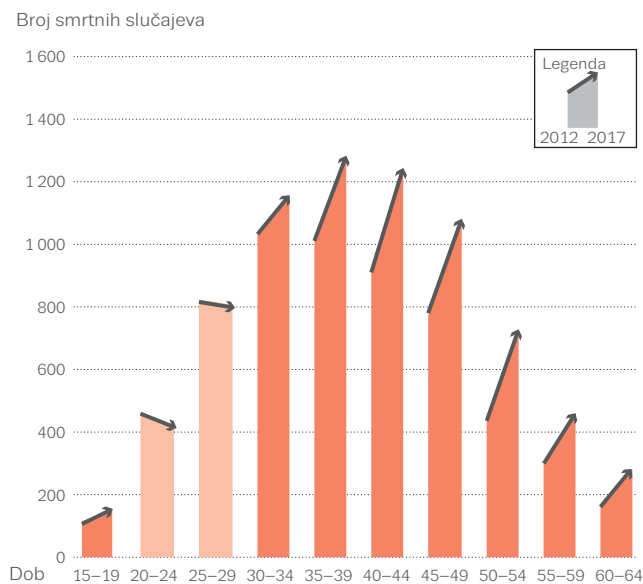
Broj smrtnih slučajeva



Napomena: podatci se odnose na države članice EU-a, Tursku i Norvešku (EU + 2).

SLIKA 3.15

Broj smrtnih slučajeva uzrokovanih uporabom droga zabilježenih u Europskoj uniji tijekom 2012. i 2017. ili protekle godine, prema dobnoj skupini



Između 2012. i 2017., broj smrtnih slučajeva zbog predoziranja povećao se u Europskoj uniji u svim dobnim skupinama iznad 30 godina (slika 3.15). Broj smrtnih slučajeva u dobnim skupinama iznad 50 godina ukupno se

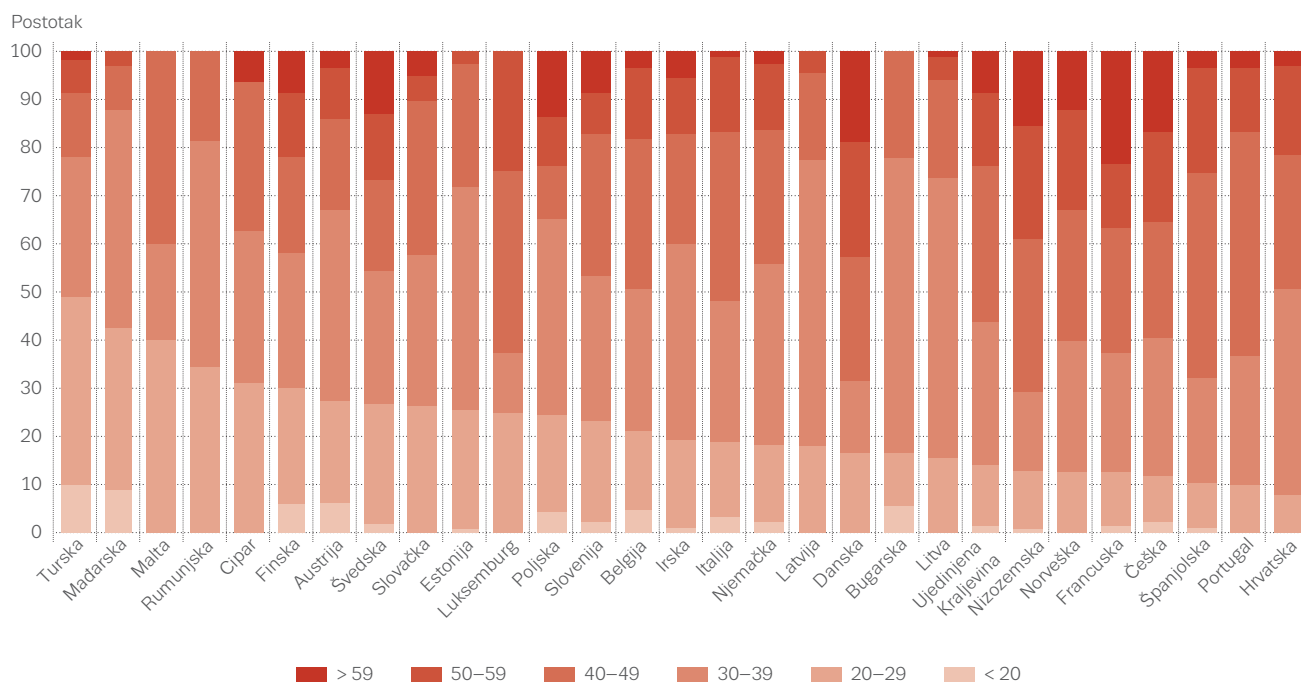
povećao za 62 %, dok je broj smrtnih slučajeva u skupinama mlade dobi uglavnom bio stabilan. Analiza slučajeva predoziranja sa smrtnim ishodom zabilježenih u Turskoj tijekom 2017. pokazuje da su konzumenti u toj zemlji u prosjeku mlađi od konzumenata u Europskoj uniji, a prosječna dob iznosi 32 godine (slika 3.16.).

Smrtnost uzrokovana uporabom droga: najviše stope zabilježene su u sjevernoj Europi

Stopa smrtnosti zbog predoziranja u Europi za 2017. godinu procjenjuje se na 22,6 smrtnih slučajeva na milijun stanovnika u dobi od 15 do 64 godine. Stopa smrtnosti za muškarce (35,8 slučajeva na milijun muškaraca) gotovo je četverostruko veća od stope smrtnosti za žene (9,3 slučaja na milijun žena). Nacionalne stope i trendovi u pogledu smrtnosti znatno se razlikuju (slika 3.17.), a na njih utječu čimbenici kao što su prevalencija i obrasci uporabe droga, posebno intravenska uporaba opioda, čimbenici rizika i zaštitni čimbenici kao što su dostupnost tretmana, te nacionalne prakse bilježenja podataka, evidentiranja informacija i kodiranja smrtnih slučajeva zbog predoziranja, uključujući promjenjiv broj nezabilježenih slučajeva u nacionalnim bazama podataka o smrtnosti. Prema najnovijim dostupnim podatcima, stope od više od

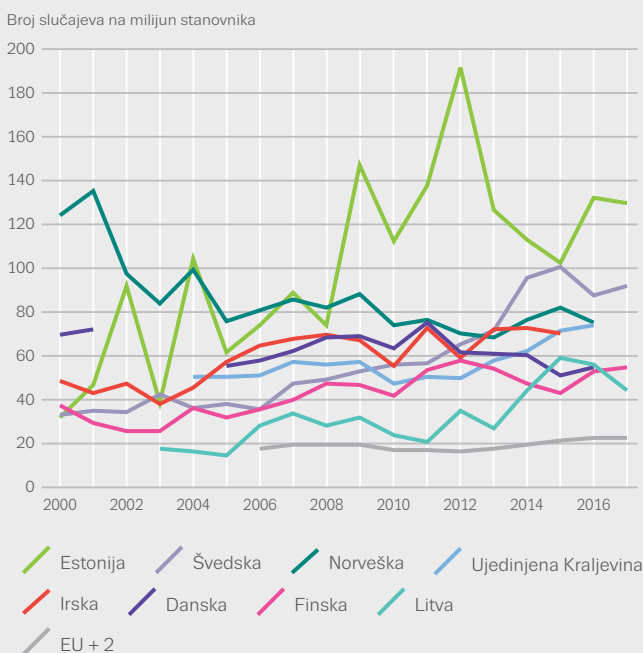
SLIKA 3.16

Podjela smrtnih slučajeva uzrokovanih drogama zabilježenih tijekom 2017. ili protekle godine, prema dobnim skupinama u rasponu od 10 godina

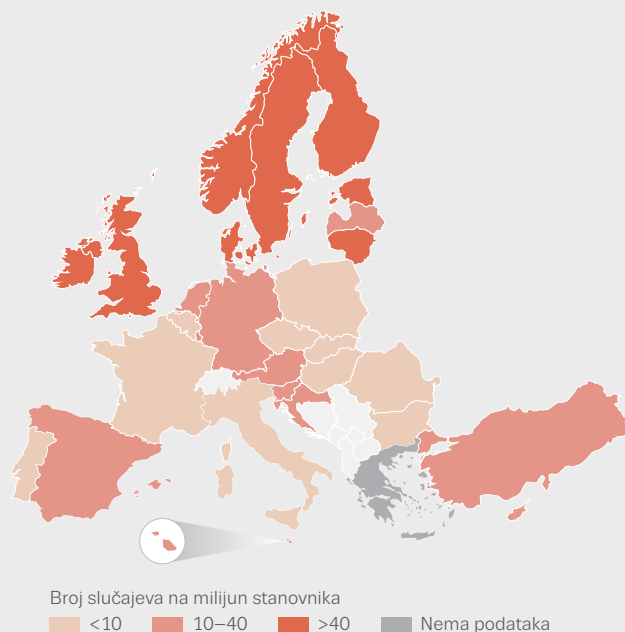


SLIKA 3.17

Stope smrtnosti uzrokovane uporabom droga među odraslim osobama (15 – 64): odabrani trendovi i najnoviji podatci



Napomena: trendovi u osam zemalja u kojima su zabilježene najviše stope tijekom 2017. ili 2016. i opći europski trend. Pojam EU + 2 odnosi se na države članice EU-a te Tursku i Norvešku.



40 smrtnih slučajeva na milijun stanovnika zabilježene su u osam zemalja sjeverne Europe, pri čemu su najviše stope zabilježene u Estoniji (130 na milijun stanovnika) i Švedskoj (92 na milijun stanovnika) (slika 3.17.).

Slučajevi predoziranja sa smrtnim ishodom: većina smrtnih slučajeva uključuje opioide

Opioidi, uglavnom heroin ili njegovi metaboliti, često u kombinaciji s drugim tvarima, prisutni su u većini slučajeva predoziranja sa smrtnim ishodom zabilježenih u Europi. Najnoviji podatci ukazuju na porast broja smrtnih slučajeva povezanih s opioidima u pojedinim europskim zemljama, primjerice u Ujedinjenoj Kraljevini, gdje je devet od deset smrtnih slučajeva zbog predoziranja (89 %) uključivalo neku vrstu opioida.

U Francuskoj je heroin bio uključen u 26 % smrtnih slučajeva tijekom 2016., u odnosu na 15 % takvih slučajeva tijekom 2012., pri čemu je metadon utvrđen kao uzrok u više od trećine (36 %) smrtnih slučajeva. U toksikološkim izvješćima redovito se navode i ostali opioidi. Te tvari, ponajprije metadon, ali i buprenorfin (Finska), fentanil i njegovi derivati (posebno u Estoniji) te tramadol, povezuju se sa znatnim udjelom smrtnih slučajeva zbog predoziranja u nekim zemljama. Povećanje broja smrtnih slučajeva zbog predoziranja zabilježeno u Češkoj tijekom 2017. uglavnom

je posljedica povećanja broja slučajeva predoziranja povezanih s tvarima sličnima fentanilu, morfijem i kodeinom. Povećanja zabilježena u Slovačkoj uglavnom su uključivala tramadol.

Stimulativne tvari kao što su kokain, amfetamini, MDMA i katinoni u Europi se spominju u manjem broju smrtnih slučajeva zbog predoziranja iako se njihova važnost razlikuje u pojedinim zemljama. U Francuskoj je petina smrtnih slučajeva uključivala kokain, a polovina tih slučajeva uključivala je i opioide. U Sloveniji, gdje je većina smrtnih slučajeva uključivala heroin, kokain je otkriven u približno trećini slučajeva. Tijekom 2017. u Turskoj je zabilježeno 185 smrtnih slučajeva koji su bili povezani s MDMA-om, što je značilo pad u usporedbi s podatcima za 2016.

U Turskoj je zabilježen i veliki porast broja smrtnih slučajeva povezanih sa sintetičkim kanabinoidima: sa 137 smrtnih slučajeva 2015. na 563 slučaja 2017. Sintetički kanabinoidi bili su prisutni u 60 % svih smrtnih slučajeva povezanih s drogama u toj zemlji, a u većini slučajeva bilo je riječ o mlađim muškarcima u dvadesetim godinama. U više od četvrtine tih slučajeva otkriven je i kanabis. U Ujedinjenoj Kraljevini, posebno u Škotskoj, zabilježen je i porast broja smrtnih slučajeva koji su uključivali nove psihoaktivne tvari povezane s benzodiazepinima.

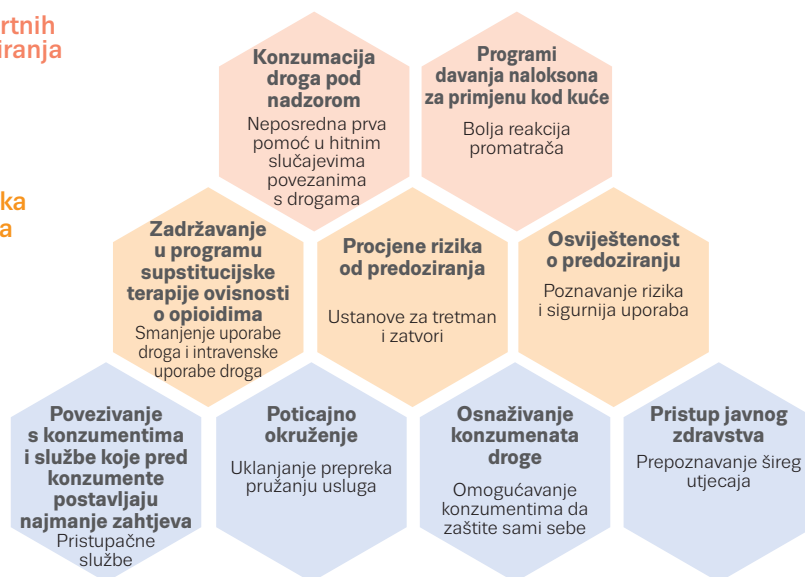
SLIKA 3.18

Ključni pristupi za smanjenje broja smrtnih slučajeva povezanih s opioidima

Smanjenje smrtnih ishoda predoziranja

Smanjenje rizika od predoziranja

Smanjenje razine ugroženosti



Prevenција predoziranja i smrtnih slučajeva povezanih s uporabom droga: ključni pristupi

Smanjenje stope morbiditeta i smrtnosti zbog predoziranja glavni je izazov za javno zdravstvo u Europi. Širi odgovor javnog zdravstva u tom području usmjeren je na smanjenje razine ugroženosti konzumenata droga, posebno uklanjanjem prepreka i boljim pristupom službama te omogućavanjem konzumentima droge da se manje izlažu rizicima (slika 3.18.). Procjenom rizika od predoziranja među konzumentima droga i jačanjem njihove osviještenosti o predoziranju u kombinaciji s pružanjem učinkovitog tretmana ovisnosti o drogama pomaže se spriječiti predoziranje. Posebnu pozornost treba posvetiti razdobljima prepoznatog povećanog rizika, kao što su izlasci iz zatvora i otpusti ili prekidi tretmana. Intervencije kao što ustanove za konzumaciju droga pod nadzorom i programi davanja naloksona za primjenu kod kuće ciljani su odgovori kojima se nastoji povećati vjerojatnost preživljavanja u slučaju predoziranja. Važnost supstitucijske terapije ovisnosti o opioidima za smanjenje smrtnosti prepoznata je u okviru metaanalize istraživanja u tom području provedene 2018.

Ustanove za konzumaciju droga pod nadzorom prostori su u kojima konzumenti mogu uzimati drogu u higijenskim i sigurnijim uvjetima. Cilj je te intervencije spriječiti predoziranje i osigurati dostupnost stručne pomoći ako se predoziranje ipak dogodi. U okviru njih omogućuje se i uspostava komunikacije s često marginaliziranim populacijama konzumenata droga do kojih je teško doprijeti te pružanje savjeta i potpore povezanih s drogama te općenitih zdravstvenih savjeta i potpore. Sobe za

konzumaciju uglavnom služe kao mjesto pristupa i obraćanja ostalim medicinskim i socijalnim službama, uključujući službe za tretman ovisnosti o drogama. Isto tako, smatra se da se smanjenjem uporabe droge na javnim mjestima pridonosi poboljšanju društvenih okruženja na područjima na kojima se to događa, primjerice na urbanim tržištima droga.

Pojedine ustanove mogu nadzirati velik broj konzumacija (ukupno 80 000 konzumacija godišnje u skladu s podacima određenih većih ustanova) koje bi se inače odvijale na ulicama ili u drugim rizičnim okruženjima. Prva generacija ustanova za konzumaciju droga tijekom 1980-ih i 1990-ih uglavnom je bila usmjerena na nadzor intravenske uporabe heroína. Međutim, danas se u tim ustanovama, mogu nadzirati i konzumenti koji drogu uzimaju šmrkanjem, pušenjem ili udisanjem. U Europskoj uniji i Norveškoj ustanove za konzumaciju droga pod nadzorom djeluju u 51 gradu, a ukupno ih je 72.

Poništavanje učinaka predoziranja opioidima: programi davanja naloksona za primjenu kod kuće

Nalokson je lijek koji služi kao antagonist opioida, a primjenjuje ga osoblje na odjelima za hitni bolnički prijem i osoblje u kolima hitne pomoći kako bi poništilo učinke predoziranja opioidima. Tijekom posljednjih godina šire se programi davanja naloksona za primjenu kod kuće kojima se pruža edukacija o predoziranju, a lijek se stavlja na raspolaganje osobama za koje postoji vjerojatnost da će svjedočiti predoziranju opioidima.

U okviru nedavnih sustavnih revizija djelotvornosti programa davanja naloksona za primjenu kod kuće pronađeni su dokazi o tome da se takvim načinom njegove primjene u kombinaciji s intervencijama u obliku edukacije i obuke smanjuje stopa smrtnosti povezana s predoziranjem.

Tijekom 2018. programi davanja naloksona za primjenu kod kuće na razini zajednice bili su dostupni u deset europskih zemalja. Te programe uglavnom vode službe za suzbijanje zlouporabe droga i zdravstvene službe, osim u Italiji gdje se nalokson može nabaviti bez recepta. Zatvorenici su ciljana populacija u okviru programa davanja naloksona za primjenu kod kuće u Estoniji, Francuskoj, Ujedinjenoj Kraljevini i Norveškoj.

**Smanjenje stope morbiditeta
i smrtnosti zbog predoziranja
glavni je izazov za javno
zdravstvo u Europi**

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-a

2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

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

2018

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

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

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

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

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

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

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

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

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

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

2017

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

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

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

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

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i ECDC-a

2018

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

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

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

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

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

Prilog

Nacionalni podatci za procjenu prevalencije uporabe droga, uključujući ovisnost o opioidima, supstitucijsku terapiju, ukupni broj konzumenata uključenih u tretman, početak tretmana, intravensku uporabu droga, smrtne slučajeve uzrokovane uporabom droga, zarazne bolesti povezane s drogama, podjelu novih šprica i zapljene. Podatci su dobiveni iz **Statističkog biltena EMCDDA-a za 2019. u kojem se nalaze i ostale bilješke i metapodatci, a čine njegov sastavni dio. Naznačene su i godine na koje se podatci odnose.**

TABLICA A1

OPIOIDI

| Zemlja | Procjena visokorizične uporabe opioida | | Konzumenti koji su uključeni u tretman te godine | | | | | | Konzumenti uključeni u supstitucijsku terapiju |
|------------------------------|--|----------|--|---|---|--|---|---|--|
| | | | Konzumenti opioida u % konzumenata koji su uključeni u tretman | | | Intravenski konzumenti opioida u % (glavni način primjene) | | | |
| | | | Svi konzumenti koji su uključeni u tretman | Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman | Konzumenti koji su već bili uključeni u tretman | Svi konzumenti koji su uključeni u tretman | Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman | Konzumenti koji su već bili uključeni u tretman | |
| Godina procjene | Slučajeva na 1 000 | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) | Broj | |
| Belgija | – | – | 22,5 (2 493) | 8,2 (345) | 32 (2 048) | 14,1 (309) | 9 (28) | 15,2 (272) | 16 546 |
| Bugarska | – | – | 67,8 (1 136) | 55,9 (100) | 89,7 (600) | 64,4 (437) | 53,8 (50) | 66,7 (377) | 3 247 |
| Češka | 2017 | 1,8-2,0 | 19,1 (799) | 10,9 (192) | 25,6 (565) | 63,9 (470) | 57,4 (101) | 66,1 (347) | 5 000 |
| Danska | – | – | 12 (587) | 7,5 (170) | 16,5 (399) | 17,5 (94) | 5,6 (9) | 22 (80) | 7 050 |
| Njemačka (*) | 2016-17 | 0,9-3,0 | 29,9 (–) | 9,6 (–) | – | 20,1 (–) | 17,9 (–) | – | 78 800 |
| Estonija | – | – | 93,4 (271) | 87,4 (76) | 95,5 (150) | 69,3 (187) | 72 (54) | 80,7 (121) | 1 186 |
| Irska | 2014 | 6,1-7,0 | 44,9 (3 837) | 24,8 (807) | 58,8 (2 860) | 31,7 (1 180) | 23 (184) | 33,6 (930) | 10 316 |
| Grčka | 2017 | 1,8-2,5 | 60,9 (2 593) | 38,9 (652) | 74,8 (1 892) | 28,7 (733) | 22,2 (143) | 31 (581) | 9 388 |
| Španjolska | 2016 | 1,5-2,9 | 26,8 (12 235) | 13,3 (3 043) | 42,6 (8 573) | 14,9 (1 796) | 7 (212) | 17,2 (1 454) | 58 749 |
| Francuska | 2017 | 4,5-5,9 | 27,3 (12 899) | 13,7 (1 813) | 44 (8 039) | 16,4 (1 842) | 10,4 (174) | 19,3 (1 360) | 178 665 |
| Hrvatska | 2015 | 2,5-4,0 | – | 21,2 (203) | – | – | 30,9 (56) | – | 4 792 |
| Italija | 2017 | 5,7-6,4 | 43,1 (20 095) | 28,3 (5 921) | 55,3 (14 174) | 40,9 (7 137) | 28,4 (1 395) | 45,8 (5 742) | 69 642 |
| Cipar | 2017 | 1,6-2,6 | 25,2 (212) | 13,8 (58) | 41,8 (137) | 50,5 (104) | 40,4 (23) | 56 (75) | 209 |
| Latvija | 2017 | 4,7-7,0 | 49,4 (399) | 28,7 (123) | 72,8 (276) | 82,8 (323) | 73,8 (90) | 86,9 (233) | 669 |
| Litva | 2016 | 2,7-6,5 | 85,3 (1 448) | 57 (138) | 91,1 (1 298) | 85,5 (1 236) | 86,9 (119) | 85,4 (1 108) | 1 136 |
| Luksemburg | 2015 | 4,5 | 60,9 (109) | 60,4 (29) | 59,5 (47) | 41,7 (43) | 50 (14) | 41,9 (18) | 1 142 |
| Mađarska | 2010-11 | 0,4-0,5 | 4 (192) | 1,8 (61) | 9,4 (104) | 40,5 (66) | 36,2 (21) | 43,9 (43) | 669 |
| Malta | 2017 | 4,2-4,9 | 69,7 (1 274) | 32,8 (76) | 75,1 (1 198) | 55,2 (690) | 21,1 (16) | 57,5 (674) | 1 025 |
| 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) | 5 241 |
| Austrija | 2017 | 6,1-6,5 | 48,7 (1 793) | 27,8 (432) | 63,8 (1 361) | 37,7 (529) | 21,8 (70) | 42,5 (459) | 18 632 |
| Poljska | 2014 | 0,4-0,7 | 15,8 (1 122) | 5,9 (211) | 26,2 (898) | 57,4 (636) | 37,4 (79) | 62,2 (550) | 2 685 |
| Portugal | 2015 | 3,8-7,6 | 41,4 (1 247) | 23 (376) | 63,3 (871) | 13,1 (155) | 9,3 (33) | 14,7 (122) | 16 888 |
| Rumunjska | 2017 | 0,8-2,9 | 25,7 (918) | 14,1 (359) | 56,9 (551) | 84,7 (729) | 83,3 (295) | 85,8 (429) | 1 530 |
| Slovenija | 2017 | 3,2-4,2 | 86,5 (211) | 67,7 (42) | 93,4 (169) | 44,1 (93) | 21,4 (9) | 49,7 (84) | 3 042 |
| Slovačka | – | – | 26,3 (760) | 12 (154) | 39,5 (601) | 70,7 (525) | 53,6 (81) | 75,2 (442) | 620 |
| Finska | 2012 | 3,8-4,5 | 51,1 (363) | 36,5 (92) | 59,2 (271) | 76 (275) | 66,3 (61) | 79,3 (214) | 3 329 |
| Švedska (2) | – | – | 24,2 (9 387) | 15,5 (2 140) | 29 (7 247) | – | – | – | 4 468 |
| Ujedinjena Kraljevina (3) | 2014-15 | 8,3-8,7 | 49,8 (57 430) | 21,8 (8 051) | 63,1 (49 252) | 31,8 (12 407) | 16,5 (746) | 33,9 (11 633) | 149 420 |
| Turska | 2011 | 0,2-0,5 | 58,6 (6 817) | 43,4 (2 451) | 72,9 (4 366) | 27,3 (1 858) | 17,8 (437) | 32,5 (1 421) | – |
| Norveška (4) | 2013 | 2,0-4,2 | 17 (973) | 11,2 (302) | 22,1 (672) | – | – | – | 7 622 |
| Europska unija | – | – | 35,1 (163 557) | 16,6 (28 845) | 47,9 (129 944) | 29,1 (38 450) | 20,8 (4 988) | 31,3 (32 839) | 654 086 |
| EU, Turska i Norveška | – | – | 35,4 (171 347) | 17,4 (31 598) | 48,2 (134 982) | 29,0 (40 308) | 20,5 (5 425) | 31,4 (34 260) | 661 708 |

Podatci o konzumentima koji su uključeni u tretman odnose se na 2017. ili posljednju dostupnu godinu: Estonija i Španjolska: 2016.; Nizozemska: 2015.

Podatci o konzumentima uključenima u supstitucijsku terapiju odnose se na 2017. ili posljednju dostupnu godinu: Španjolska i Slovenija: 2016.; Danska, Mađarska, Nizozemska i Finska: 2015. Brojčani podaci za Švedsku ne odnose se na sve konzumente.

(1) Zbog promjena u sustavu bilježenja početka tretmana prikazani su samo udjeli.

(2) Podatci za konzumente koji su uključeni u tretman odnose se na bolničku skrb i specijaliziranu izvanbolničku skrb. Prikazani podaci nisu potpuno reprezentativni za nacionalno stanje.

(3) Procjenom visokorizične uporabe opioida nije obuhvaćena Sjeverna Irska. Podatci o konzumentima uključenima u supstitucijsku terapiju odnose se na Englesku i Wales.

(4) Postotak konzumenata uključenih u tretman zbog problema povezanih s opioidima minimalna je vrijednost i ne obuhvaća konzumente opioida koji su registrirani kao konzumenti u okviru kombinirane uporabe droga.

TABLICA A2

KOKAIN

| Zemlja | Procjene prevalencije | | | Konzumenti koji su uključeni u tretman te godine | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|--------------------|--|-----------------------------------|--|--|---|------------------------------------|---|
| | Opća populacija | | Školska populacija | Konzumenti kokaina u % konzumenata koji su uključeni u tretman | | | Intravenski konzumenti kokaina u % (glavni način primjene) | | | |
| | Godina istraživanja | Tijekom života, odrasle osobe (15 – 64) | | U posljednjih 12 mjeseci, mlađe odrasle osobe (15 – 34) | Tijekom života, učenici (15 – 16) | Svi konzumenti koji su uključeni u tretman | Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman | Konzumenti koji su već bili uključeni u tretman | Svi konzumenti uključeni u tretman | Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman |
| | % | % | % | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) |
| Belgija | 2013 | – | 0,9 | 1 | 24,3 (2 690) | 23,9 (1 007) | 24,2 (1 552) | 6,2 (124) | 1,4 (11) | 8,6 (97) |
| Bugarska | 2016 | 0,9 | 0,5 | 2 | 2,7 (46) | 3,9 (7) | 1,6 (11) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Češka | 2017 | 2,4 | 0,2 | 1 | 0,7 (28) | 0,7 (12) | 0,7 (15) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Danska | 2017 | 6,4 | 3,9 | 2 | 15,9 (776) | 17,9 (407) | 14 (338) | 2,1 (15) | 0,3 (1) | 4,1 (13) |
| Njemačka (*) | 2015 | 3,8 | 1,2 | 3 | 4,8 (–) | 6,4 (–) | – | 1,5 (–) | 0,8 (–) | – |
| Estonija | 2008 | – | 1,3 | 1 | 0,3 (1) | 1,1 (1) | – | – | – | – |
| Irska | 2015 | 7,8 | 2,9 | 3 | 16,8 (1 431) | 23 (748) | 12,8 (623) | 1,3 (18) | 0 (0) | 2,6 (16) |
| Grčka | 2015 | 1,3 | 0,6 | 1 | 8,1 (345) | 10,3 (172) | 6,8 (172) | 9,9 (34) | 4,7 (8) | 15,2 (26) |
| Španjolska | 2017 | 10,3 | 2,8 | 3 | 39,2 (17 889) | 39,7 (9 052) | 38,2 (7 678) | 0,8 (134) | 0,4 (33) | 1,3 (98) |
| Francuska | 2017 | 5,6 | 3,2 | 4 | 8,4 (3 988) | 7,8 (1 035) | 9,8 (1 801) | 8,8 (324) | 3,8 (37) | 13,6 (229) |
| Hrvatska | 2015 | 2,7 | 1,6 | 2 | – | 3,2 (31) | – | – | 3,2 (1) | – |
| Italija | 2017 | 6,9 | 1,7 | 2 | 33 (15 394) | 38,1 (7 993) | 28,9 (7 401) | 2 (299) | 1,1 (86) | 3 (213) |
| Cipar | 2016 | 1,4 | 0,4 | 3 | 14,7 (124) | 12,1 (51) | 19,8 (65) | 5 (6) | 2 (1) | 7,9 (5) |
| Latvija | 2015 | 1,5 | 1,2 | 2 | 0,5 (4) | 0,7 (3) | 0,3 (1) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Litva | 2016 | 0,7 | 0,3 | 2 | 0,8 (13) | 2,1 (5) | 0,5 (7) | 11,1 (1) | 33,3 (1) | 0 (0) |
| Luksemburg | 2014 | 2,5 | 0,6 | 2 | 21,8 (39) | 14,6 (7) | 25,3 (20) | 40,5 (15) | 57,1 (4) | 42,1 (8) |
| Mađarska | 2015 | 1,2 | 0,9 | 2 | 3,5 (167) | 3,9 (132) | 2,4 (26) | 2,5 (4) | 2,3 (3) | 4 (1) |
| Malta | 2013 | 0,5 | – | 3 | 18,6 (340) | 41,8 (97) | 15,2 (243) | 13,4 (43) | 4,1 (4) | 17,5 (39) |
| Nizozemska | 2017 | 6,2 | 4,5 | 2 | 24,3 (2 675) | 20,8 (1 357) | 29,6 (1 318) | 0,4 (5) | 0,1 (1) | 0,6 (4) |
| Austrija | 2015 | 3,0 | 0,4 | 2 | 9,2 (339) | 10,1 (156) | 8,6 (183) | 9,3 (30) | 5,4 (8) | 12,6 (22) |
| Poljska | 2014 | 1,3 | 0,4 | 4 | 2,3 (163) | 2,5 (88) | 2,1 (72) | 2,5 (4) | 1,2 (1) | 2,9 (2) |
| Portugal | 2016 | 1,2 | 0,3 | 2 | 17,3 (522) | 20,8 (341) | 13,2 (181) | 2,6 (13) | 0,6 (2) | 6,3 (11) |
| Rumunjska | 2016 | 0,7 | 0,2 | 3 | 1,2 (44) | 1,4 (36) | 0,6 (6) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovenija | 2012 | 2,1 | 1,2 | 2 | 4,5 (11) | 6,5 (4) | 3,9 (7) | 45,5 (5) | 25 (1) | 57,1 (4) |
| Slovačka | 2015 | 0,7 | 0,3 | 2 | 1,1 (31) | 1,9 (24) | 0,3 (5) | 3,3 (1) | – | 25 (1) |
| Finska | 2014 | 1,9 | 1,0 | 1 | 0,1 (1) | 0 (0) | 0,2 (1) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Švedska (?) | 2017 | – | 2,5 | 1 | 1,4 (552) | 2,7 (371) | 0,7 (181) | – | – | – |
| Ujedinjena Kraljevina | 2017 | 10,7 | 4,7 | 3 | 17,6 (20 290) | 22,1 (8 185) | 15,4 (12 054) | 1,9 (259) | 0,5 (31) | 2,9 (226) |
| Turska | 2017 | 0,2 | 0,1 | – | 3,9 (456) | 4,4 (247) | 3,5 (209) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Norveška | 2017 | 5,1 | 2,1 | 1 | 1,8 (102) | 2,7 (72) | 1 (30) | – | – | – |
| Europska unija | – | 5,4 | 2,1 | – | 15,5 (72 424) | 19,1 (33 178) | 16,5 (36 594) | 2,1 (1 550) | 0,8 (259) | 3,1 (1 241) |
| EU, Turska i Norveška | – | – | – | – | 15,1 (72 982) | 18,4 (33 497) | 15,9 (36 833) | 2,1 (1 550) | 0,8 (259) | 3,1 (1 241) |

Procjene prevalencije za školsku populaciju preuzete su iz ESPAD-ova istraživanja iz 2015., osim za Belgiju (2017.; samo Flandrija), Bugarsku (2017.), Njemačku (2011.), Italiju (2017.), Luksemburg (2014.; dob od 15 godina), Španjolsku (2016.), Švedsku (2017.) i Ujedinjenu Kraljevinu (2016.; samo Engleska, dob od 15 godina). Zbog nejasnoća u postupcima prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

Procjene prevalencije za opću populaciju u Ujedinjenoj Kraljevini odnose se samo na Englesku i Wales. Dobne skupine za stope prevalencije u općoj populaciji: Francuska, Njemačka, Grčka i Mađarska: 18 – 64, 18 – 34; Danska i Norveška: 16 – 64, 16 – 34; Malta: 18 – 65; Švedska: 17 – 34; Ujedinjena Kraljevina: 16 – 59, 16 – 34.

Podatci o konzumentima koji su započeli s tretmanom odnose se na 2017. ili posljednju dostupnu godinu: Estonija i Španjolska: 2016.; Nizozemska: 2015.

(*) Zbog promjena u sustavu bilježenja početka tretmana prikazani su samo udjeli.

(?) Podatci za konzumente koji su započeli s tretmanom odnose se na bolničku skrb i specijaliziranu izvanbolničku skrb. Prikazani podatci nisu potpuno reprezentativni za nacionalno stanje.

TABLICA A3

AMFETAMINI

| Zemlja | Procjene prevalencije | | | | Konzumenti koji su uključeni u tretman te godine | | | | | |
|------------------------------|-----------------------|---|---|--------------------|---|--|---|---|--|---|
| | Opća populacija | | | Školska populacija | Konzumenti amfetamina u % konzumenata koji su uključeni u tretman | | | Intravenski konzumenti amfetamina u % (glavni način primjene) | | |
| | Godina istraživanja | Tijekom života, odrasle osobe (15 – 64) | U posljednjih 12 mjeseci, mlađe odrasle osobe (15 – 34) | | Tijekom života, učenici (15 – 16) | Svi konzumenti koji su uključeni u tretman | Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman | Konzumenti koji su već bili uključeni u tretman | Svi konzumenti koji su uključeni u tretman | Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman |
| | % | % | % | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) | % (broj) |
| Belgija | 2013 | – | 0,5 | 1 | 9,1 (1 011) | 7,5 (315) | 10,6 (681) | 11,8 (96) | 6,2 (16) | 14,6 (80) |
| Bugarska | 2016 | 1,5 | 1,8 | 3 | 12,6 (211) | 12,8 (23) | 2,7 (18) | 4,9 (2) | 0 (0) | 11,8 (2) |
| Češka | 2017 | 3,3 | 0,7 | 1 | 49,6 (2 078) | 52,8 (933) | 47,2 (1 041) | 62,8 (1 256) | 57,6 (520) | 67,2 (683) |
| Danska | 2017 | 7,0 | 1,4 | 1 | 6,2 (303) | 5,4 (122) | 7 (170) | 1,8 (5) | 0,9 (1) | 2,5 (4) |
| Njemačka (¹) | 2015 | 3,6 | 1,9 | 4 | 14,5 (–) | 15,3 (–) | – | 2,1 (–) | 1,9 (–) | – |
| Estonija | 2008 | – | 2,5 | 2 | 3,8 (11) | 6,9 (6) | 2,5 (4) | 50 (5) | 66,7 (4) | 33,3 (1) |
| Irska | 2015 | 4,1 | 0,6 | 3 | 0,4 (38) | 0,6 (19) | 0,3 (17) | – | – | – |
| Grčka | – | – | – | 2 | 0,8 (33) | 1,3 (22) | 0,4 (11) | 18,2 (6) | 22,7 (5) | 9,1 (1) |
| Španjolska | 2017 | 4 | 0,9 | 2 | 1,7 (754) | 1,9 (431) | 1,4 (291) | 0,9 (7) | 0,9 (4) | 1 (3) |
| Francuska | 2017 | 2,2 | 0,6 | 2 | 0,4 (212) | 0,5 (63) | 0,5 (91) | 9,7 (18) | 8,5 (5) | 10,8 (9) |
| Hrvatska | 2015 | 3,5 | 2,3 | 3 | – | 3,4 (33) | – | – | 0 (0) | – |
| Italija | 2017 | 2,4 | 0,3 | 2 | 0,2 (93) | 0,3 (55) | 0,1 (38) | 1,2 (1) | 2 (1) | 0 (0) |
| Cipar | 2016 | 0,5 | 0,1 | 3 | 6,8 (57) | 6,2 (26) | 9,5 (31) | 9,1 (5) | 4 (1) | 13,3 (4) |
| Latvija | 2015 | 1,9 | 0,7 | 3 | 17,5 (141) | 22,9 (98) | 11,3 (43) | 64,1 (84) | 54,9 (50) | 85 (34) |
| Litva | 2016 | 1,2 | 0,5 | 1 | 3,5 (59) | 9,9 (24) | 2 (29) | 29,6 (16) | 13,6 (3) | 48,1 (13) |
| Luksemburg | 2014 | 1,6 | 0,1 | 1 | – | – | – | – | – | – |
| Mađarska | 2015 | 1,7 | 1,4 | 3 | 11,1 (534) | 11,2 (378) | 11,3 (124) | 9,7 (51) | 4,8 (18) | 27 (33) |
| Malta | 2013 | 0,3 | – | 2 | 0,2 (3) | 0,4 (1) | 0,1 (2) | 66,7 (2) | 100 (1) | 50 (1) |
| Nizozemska | 2017 | 5,4 | 3,9 | 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 | 5,5 (203) | 7,2 (111) | 4,3 (92) | 2,2 (4) | 1 (1) | 3,6 (3) |
| Poljska | 2014 | 1,7 | 0,4 | 4 | 29,4 (2 085) | 31,6 (1 126) | 26,9 (924) | 2,7 (55) | 1,3 (15) | 4,3 (39) |
| Portugal | 2016 | 0,4 | 0,0 | 1 | 0,1 (3) | 0,1 (2) | 0,1 (1) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Rumunjska | 2016 | 0,3 | 0,1 | 1 | 0,8 (30) | 1 (26) | 0,4 (4) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovenija | 2012 | 0,9 | 0,8 | 1 | 0,8 (2) | 3,2 (2) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovačka | 2015 | 1,4 | 0,8 | 1 | 40,8 (1 182) | 44 (566) | 38,1 (580) | 30,9 (350) | 26,8 (148) | 34,9 (192) |
| Finska | 2014 | 3,4 | 2,4 | 1 | 18,9 (134) | 20,2 (51) | 18,1 (83) | 71,2 (94) | 52 (26) | 82,9 (68) |
| Švedska (²) | 2017 | – | 1,2 | 1 | 5,3 (2 076) | 7,3 (1 007) | 4,3 (1 069) | – | – | – |
| Ujedinjena Kraljevina | 2017 | 9,9 | 1,0 | 1 | 2,1 (2 476) | 2,7 (1 015) | 1,9 (1 450) | 18,9 (295) | 11,7 (70) | 23,6 (225) |
| Turska | 2017 | 0,0 | – | – | 6,5 (751) | 9,7 (549) | 3,4 (202) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Norveška | 2017 | 3,9 | 0,8 | 1 | 13 (744) | 10,3 (277) | 15,4 (467) | – | – | – |
| Europska unija | – | 3,7 | 1,0 | – | 6,1 (28 291) | 6,6 (11 393) | 5,9 (16 465) | 9,4 (2 871) | 8,8 (1 015) | 9,3 (1 714) |
| EU, Turska i Norveška | – | – | – | – | 6,2 (29 786) | 6,7 (12 219) | 6,0 (17 134) | 9,2 (2 871) | 8,4 (1 015) | 9,2 (1 714) |

Procjene prevalencije za školsku populaciju preuzete su iz ESPAD-ova istraživanja iz 2015., osim za Belgiju (2017.; samo Flandrija), Bugarsku (2017.), Njemačku (2011.), Italiju (2017.), Luksemburg (2014.; dob od 15 godina), Španjolsku (2016.), Švedsku (2017.) i Ujedinjenu Kraljevinu (2016.; samo Engleska, dob od 15 godina). Zbog nejasnoća u postupcima prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

Procjene prevalencije za opću populaciju u Ujedinjenoj Kraljevini odnose se samo na Englesku i Wales. Dobne skupine za stope prevalencije u općoj populaciji: Francuska, Njemačka i Mađarska: 18 – 64, 18 – 34; Danska i Norveška: 16 – 64, 16 – 34; Malta: 18 – 65; Švedska: 17 – 34; Ujedinjena Kraljevina: 16 – 59, 16 – 34. Podatci o konzumentima koji su uključeni u tretman odnose se na 2017. ili posljednju dostupnu godinu: Estonija i Španjolska: 2016.; Nizozemska: 2015. Podatci za Njemačku, Švedsku i Norvešku odnose se na konzumente „stimulativnih tvari koje nisu kokain“.

(¹) Zbog promjena u sustavu bilježenja početka tretmana prikazani su samo udjeli.

(²) Podatci za konzumente koji su uključeni u tretman odnose se na bolničku skrb i specijaliziranu izvanbolničku skrb. Prikazani podatci nisu potpuno reprezentativni za nacionalno stanje.

TABLICA A4

MDMA

| Zemlja | Procjene prevalencije | | | | Konzumenti koji su uključeni u tretman te godine | | |
|------------------------------|-----------------------|---|---|-----------------------------------|---|---|---|
| | Godina istraživanja | Opća populacija | | Školska populacija | Konzumenti MDMA-a u % konzumenata koji su uključeni u tretman | | |
| | | Tijekom života, odrasle osobe (15 – 64) | U posljednjih 12 mjeseci, mlađe odrasle osobe (15 – 34) | Tijekom života, učenici (15 – 16) | Svi konzumenti koji su uključeni u tretman | Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman | Konzumenti koji su već bili uključeni u tretman |
| | % | % | % | % (broj) | % (broj) | % (broj) | |
| Belgija | 2013 | – | 0,8 | 2 | 0,5 (53) | 0,8 (32) | 0,3 (19) |
| Bugarska | 2016 | 2,1 | 3,1 | 2 | 1,7 (29) | 1,1 (2) | 0 (0) |
| Češka | 2017 | 5,8 | 2,1 | 3 | 0,6 (27) | 1 (17) | 0,4 (9) |
| Danska | 2017 | 3,2 | 1,5 | 1 | 0,3 (16) | 0,6 (14) | 0,1 (2) |
| Njemačka | 2015 | 3,3 | 1,3 | 2 | – | – | – |
| Estonija | 2008 | – | 2,3 | 3 | 0,3 (1) | – | 0,6 (1) |
| Irska | 2015 | 9,2 | 4,4 | 4 | 0,5 (42) | 0,9 (29) | 0,3 (13) |
| Grčka | 2015 | 0,6 | 0,4 | 1 | 0,2 (10) | 0,4 (7) | 0,1 (3) |
| Španjolska | 2017 | 3,6 | 1,2 | 2 | 0,2 (89) | 0,3 (66) | 0,1 (16) |
| Francuska | 2017 | 3,9 | 1,3 | 2 | 0,4 (168) | 0,4 (54) | 0,3 (56) |
| Hrvatska | 2015 | 3,0 | 1,4 | 2 | – | 0,8 (8) | – |
| Italija | 2017 | 2,7 | 0,8 | 1 | 0,1 (59) | 0,2 (34) | 0,1 (25) |
| Cipar | 2016 | 1,1 | 0,3 | 3 | 0,1 (1) | – | – |
| Latvija | 2015 | 2,4 | 0,8 | 3 | 0,4 (3) | 0,2 (1) | 0,5 (2) |
| Litva | 2016 | 1,7 | 1,0 | 2 | 0,1 (2) | 0 (0) | 0,1 (2) |
| Luksemburg | 2014 | 1,9 | 0,4 | 1 | 0,6 (1) | 2,1 (1) | – |
| Mađarska | 2015 | 4,0 | 2,1 | 2 | 2,3 (111) | 1,7 (57) | 3,7 (41) |
| Malta | 2013 | 0,7 | – | 2 | 0,7 (12) | 0,9 (2) | 0,6 (10) |
| Nizozemska | 2017 | 9,4 | 7,1 | 3 | 0,7 (80) | 1 (67) | 0,3 (13) |
| Austrija | 2015 | 2,9 | 1,1 | 2 | 0,9 (32) | 1,2 (19) | 0,6 (13) |
| Poljska | 2014 | 1,6 | 0,9 | 3 | 0,3 (23) | 0,3 (12) | 0,3 (9) |
| Portugal | 2016 | 0,7 | 0,2 | 2 | 0,2 (7) | 0,2 (3) | 0,3 (4) |
| Rumunjska | 2016 | 0,5 | 0,2 | 2 | 0,9 (33) | 1,2 (30) | 0,2 (2) |
| Slovenija | 2012 | 2,1 | 0,8 | 2 | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovačka | 2015 | 3,1 | 1,2 | 3 | 0,1 (4) | 0,1 (1) | 0,1 (2) |
| Finska | 2014 | 3,0 | 2,5 | 1 | 0,1 (1) | 0,4 (1) | 0 (0) |
| Švedska | 2017 | – | 2,0 | 1 | – | – | – |
| Ujedinjena Kraljevina | 2017 | 10,0 | 3,3 | 4 | 0,5 (616) | 1,1 (415) | 0,3 (200) |
| Turska | 2017 | 0,4 | 0,2 | – | 2 (230) | 2,9 (161) | 1,2 (69) |
| Norveška | 2017 | 4,1 | 2,2 | 1 | – | – | – |
| Europska unija | – | 4,1 | 1,7 | – | 0,3 (1 428) | 0,5 (872) | 0,2 (442) |
| EU, Turska i Norveška | – | – | – | – | 0,3 (1 658) | 0,6 (1 033) | 0,2 (511) |

Procjene prevalencije za školsku populaciju preuzete su iz ESPAD-ova istraživanja iz 2015., osim za Belgiju (2017.; samo Flandrija), Bugarsku (2017.), Njemačku (2011.), Italiju (2017.), Luksemburg (2014.; dob od 15 godina), Španjolsku (2016.), Švedsku (2017.) i Ujedinjenu Kraljevinu (2016.; samo Engleska, dob od 15 godina). Zbog nejasnoća u postupcima prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

Procjene prevalencije za opću populaciju u Ujedinjenoj Kraljevini odnose se samo na Englesku i Wales. Dobne skupine za stope prevalencije u općoj populaciji: Francuska, Njemačka, Grčka i Mađarska: 18 – 64, 18 – 34; Danska i Norveška: 16 – 64, 16 – 34; Malta: 18 – 65; Švedska: 17 – 34; Ujedinjena Kraljevina: 16 – 59, 16 – 34.

Podatci o konzumentima koji su uključeni u tretman odnose se na 2017. ili posljednju dostupnu godinu: Estonija i Španjolska: 2016.; Nizozemska: 2015.

TABLICA A5

KANABIS

| Zemlja | Procjene prevalencije | | | | Konzumenti koji su uključeni u tretman te godine | | |
|------------------------------|-----------------------|---|---|-----------------------------------|---|---|---|
| | Opća populacija | | | Školska populacija | Konzumenti kanabisa u % konzumenata koji su uključeni u tretman | | |
| | Godina istraživanja | Tijekom života, odrasle osobe (15 – 64) | U posljednjih 12 mjeseci, mlađe odrasle osobe (15 – 34) | Tijekom života, učenici (15 – 16) | Svi konzumenti koji su uključeni u tretman | Konzumenti koji su prvi put uključeni u tretman | Konzumenti koji su već bili uključeni u tretman |
| | % | % | % | % (broj) | % (broj) | % (broj) | |
| Belgija | 2013 | 15,0 | 10,1 | 18 | 34,2 (3 786) | 50,7 (2 132) | 23,2 (1 487) |
| Bugarska | 2016 | 8,3 | 10,3 | 20 | 9,9 (166) | 5 (9) | 2,5 (17) |
| Češka | 2017 | 28,6 | 19,3 | 37 | 23,6 (988) | 28,4 (501) | 19,6 (433) |
| Danska | 2017 | 38,4 | 15,4 | 12 | 62,7 (3 069) | 65,9 (1 501) | 59,5 (1 435) |
| Njemačka (¹) | 2015 | 27,2 | 13,3 | 19 | 43,1 (–) | 64,1 (–) | – |
| Estonija | 2008 | – | 13,6 | 25 | 1 (3) | 2,3 (2) | 0,6 (1) |
| Irska | 2015 | 27,9 | 13,8 | 19 | 24,6 (2 102) | 39 (1 270) | 14,6 (712) |
| Grčka | 2015 | 11,0 | 4,5 | 9 | 26,9 (1 148) | 46,1 (773) | 14,7 (373) |
| Španjolska | 2017 | 35,2 | 18,3 | 31 | 29,2 (13 304) | 40,7 (9 278) | 15,9 (3 208) |
| Francuska | 2017 | 44,8 | 21,8 | 31 | 59,6 (28 205) | 74,4 (9 828) | 41,1 (7 517) |
| Hrvatska | 2015 | 19,4 | 16,0 | 21 | – | 62,9 (602) | – |
| Italija | 2017 | 32,7 | 20,9 | 19 | 21,8 (10 155) | 30,9 (6 483) | 14,3 (3 672) |
| Cipar | 2016 | 12,1 | 4,3 | 7 | 52,7 (444) | 67,5 (284) | 28,4 (93) |
| Latvija | 2015 | 9,8 | 10,0 | 17 | 24 (194) | 36 (154) | 10,6 (40) |
| Litva | 2016 | 10,8 | 6,0 | 18 | 6,5 (110) | 22,7 (55) | 3,5 (50) |
| Luksemburg | 2014 | 23,3 | 9,8 | 20 | 16,2 (29) | 22,9 (11) | 13,9 (11) |
| Mađarska | 2015 | 7,4 | 3,5 | 13 | 63 (3 031) | 68,2 (2 310) | 49,2 (542) |
| Malta | 2013 | 4,3 | – | 13 | 9,1 (167) | 19 (44) | 7,7 (123) |
| Nizozemska | 2017 | 26,6 | 17,5 | 22 | 47,3 (5 202) | 55,5 (3 625) | 35,4 (1 577) |
| Austrija | 2015 | 23,6 | 14,1 | 20 | 33,2 (1 222) | 51,7 (802) | 19,7 (420) |
| Poljska | 2014 | 16,2 | 9,8 | 24 | 31,2 (2 209) | 39 (1 390) | 23,2 (796) |
| Portugal | 2016 | 11,0 | 8,0 | 15 | 37,2 (1 120) | 51,8 (848) | 19,8 (272) |
| Rumunjska | 2016 | 5,8 | 5,8 | 8 | 49,3 (1 764) | 62,4 (1 585) | 15,8 (153) |
| Slovenija | 2012 | 15,8 | 10,3 | 25 | 6,1 (15) | 19,4 (12) | 1,7 (3) |
| Slovačka | 2015 | 15,8 | 9,3 | 26 | 25,7 (743) | 38,5 (495) | 14,3 (218) |
| Finska | 2014 | 21,7 | 13,5 | 8 | 18 (128) | 31,3 (79) | 10,7 (49) |
| Švedska (²) | 2017 | – | 9,6 | 6 | 10 (3 878) | 15,4 (2 125) | 7 (1 753) |
| Ujedinjena Kraljevina | 2017 | 30 | 12,3 | 19 | 24,2 (27 920) | 45,3 (16 733) | 14,2 (11 114) |
| Turska | 2017 | 2,7 | 1,9 | – | 6,4 (745) | 9,2 (520) | 3,8 (225) |
| Norveška | 2017 | 24,5 | 10,1 | 7 | 28,8 (1 651) | 36,8 (989) | 21,8 (662) |
| Europska unija | – | 27,4 | 14,4 | – | 32,7 (152 373) | 47,0 (81 566) | 17,5 (58 103) |
| EU, Turska i Norveška | – | – | – | – | 32,0 (154 769) | 45,7 (83 075) | 17,2 (58 990) |

Procjene prevalencije za školsku populaciju preuzete su iz ESPAD-ova istraživanja iz 2015., osim za Belgiju (2017.; samo Flandrija), Bugarsku (2017.), Njemačku (2011.), Italiju (2017.), Luksemburg (2014.; dob od 15 godina), Španjolsku (2016.), Švedsku (2017.) i Ujedinjenu Kraljevinu (2016.; samo Engleska, dob od 15 godina). Zbog nejasnoća u postupcima prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

Procjene prevalencije za opću populaciju u Ujedinjenoj Kraljevini odnose se samo na Englesku i Wales. Dobne skupine za stope prevalencije u općoj populaciji: Francuska, Njemačka, Grčka i Mađarska: 18 – 64, 18 – 34; Danska i Norveška: 16 – 64, 16 – 34; Malta: 18 – 65; Švedska: 17 – 34; Ujedinjena Kraljevina: 16 – 59, 16 – 34.

Podatci o konzumentima koji su uključeni u tretman odnose se na 2017. ili posljednju dostupnu godinu: Estonija i Španjolska: 2016.; Nizozemska: 2015.

(¹) Zbog promjena u sustavu bilježenja početka tretmana prikazani su samo udjeli.

(²) Podatci za konzumente koji su uključeni u tretman odnose se na bolničku skrb i specijaliziranu izvanbolničku skrb. Prikazani podatci nisu potpuno reprezentativni za nacionalno stanje.

TABLICA A6

OSTALI POKAZATELJI

| Zemlja | Smrtni slučajevi uzrokovani uporabom droga | | | Dijagnoze HIV-a povezane s intravenskom uporabom droga (ECDC) | Procjena intravenske uporabe droga | | Šprice podijeljene u okviru posebnih programa |
|---------------------------|--|-------------------|--|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
| | Godina | Sve dobne skupine | Dob 15 – 64 godine | | Godina procjene | Broj slučajeva na 1 000 stanovnika | Broj |
| | | Broj | Slučajeva na milijun stanovnika (broj) | Slučajeva na milijun stanovnika (broj) | | | |
| Belgija | 2014 | 61 | 8 (60) | 0,6 (7) | 2015 | 2,32-4,61 | 1 203 077 |
| Bugarska | 2017 | 18 | 4 (18) | 4,4 (31) | – | – | 52 927 |
| Češka | 2017 | 42 | 5 (35) | 0,5 (5) | 2017 | 6,18-6,47 | 6 409 862 |
| Danska (1) | 2016 | 237 | 55 (202) | 1 (6) | – | – | – |
| Njemačka (1) (2) | 2017 | 1 272 | 21 (1 120) | 1,5 (127) | – | – | – |
| Estonija | 2017 | 110 | 130 (110) | 10,6 (14) | 2015 | 9,01-11,25 | 1 997 158 |
| Irska | 2015 | 224 | 69 (215) | 2,9 (14) | – | – | 519 578 |
| Grčka | 2017 | 62 | – (–) | 8 (86) | 2017 | 0,43-0,68 | 278 415 |
| Španjolska (3) | 2016 | 483 | 16 (482) | 2,3 (105) | 2016 | 0,25-0,57 | 1 503 111 |
| Francuska (4) | 2015 | 373 | 7 (299) | 0,6 (43) | 2017 | 2,58-3,29 | 11 907 416 |
| Hrvatska | 2017 | 65 | 23 (64) | 0 (0) | 2015 | 1,79-2,87 | 244 299 |
| Italija | 2017 | 294 | 8 (293) | 1,6 (94) | – | – | – |
| Cipar | 2017 | 16 | 26 (15) | 0 (0) | 2017 | 0,38-0,59 | 245 |
| Latvija | 2017 | 22 | 17 (22) | 40 (78) | 2016 | 5,31-6,83 | 833 817 |
| Litva | 2017 | 83 | 44 (83) | 47,8 (136) | 2016 | 4,37-4,89 | 251 370 |
| Luksemburg | 2017 | 8 | 19 (8) | 15,2 (9) | 2015 | 3,77 | 447 681 |
| Mađarska | 2017 | 33 | 5 (33) | 0,1 (1) | 2015 | 0,98 | 137 580 |
| Malta | 2017 | 5 | 16 (5) | 0 (0) | – | – | 315 541 |
| Nizozemska | 2017 | 262 | 22 (243) | 0,1 (2) | 2015 | 0,07-0,09 | – |
| Austrija | 2017 | 154 | 26 (151) | 1,4 (12) | – | – | 6 293 593 |
| Poljska (1) | 2016 | 204 | 7 (181) | 0,7 (27) | – | – | 59 958 |
| Portugal | 2016 | 30 | 4 (30) | 1,7 (18) | 2015 | 1,00-4,46 | 1 421 666 |
| Rumunjska (5) | 2017 | 32 | 2 (32) | 4,4 (86) | – | – | 1 095 284 |
| Slovenija | 2017 | 47 | 32 (44) | 0 (0) | – | – | 578 926 |
| Slovačka | 2017 | 19 | 5 (18) | 0 (0) | – | – | 395 877 |
| Finska | 2017 | 200 | 55 (189) | 1,8 (10) | 2012 | 4,1-6,7 | 5 824 467 |
| Švedska | 2017 | 626 | 92 (574) | 2 (20) | – | – | 517 381 |
| Ujedinjena Kraljevina (6) | 2016 | 3 256 | 74 (3 108) | 1,7 (115) | 2004-11 | 2,87-3,22 | – |
| Turska (1) | 2017 | 941 | 17 (907) | 0,2 (14) | – | – | – |
| Norveška | 2016 | 282 | 75 (258) | 1,3 (7) | 2016 | 2,15-3,04 | 2 884 230 |
| Europska unija | – | 8 238 | 23 (7 634) | 2,0 (1 046) | – | – | – |
| EU, Turska i Norveška | – | 9 461 | 22,6 (8 799) | 1,8 (1 067) | – | – | – |

(1) U pojedinim slučajevima dobna skupina nije navedena i oni nisu uključeni u izračune stope smrtnosti: Njemačka (147), Danska (5), Poljska (1), Turska (22).

(2) Podatci o dijagnozama HIV-a za Njemačku odnose se na 2016.

(3) Šprice podijeljene u okviru posebnih programa odnose se na 2016.

(4) Šprice podijeljene u okviru posebnih programa odnose se na 2015.

(5) Smrtni slučajevi uzrokovani uporabom droga: podatci na podnacionalnoj razini.

(6) Podatci o špricama za Ujedinjenu Kraljevinu: Engleska: nema podataka, Škotska: 4 401 387 i Wales: 2 630 382 (oba podatka odnose se na 2017.); Sjeverna Irska: 310 005 (2016.).

TABLICA A7

ZAPLJENE

| Zemlja | Heroin | | Kokain | | Amfetamini | | MDMA, MDA, MDEA | |
|------------------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|----------------|-----------------------|---------------|---------------------------|---------------|
| | Zaplijenjena količina | Broj zapljena | Zaplijenjena količina | Broj zapljena | Zaplijenjena količina | Broj zapljena | Zaplijenjena količina | Broj zapljena |
| | kg | Broj | kg | Broj | kg | Broj | Tableta (kg) | Broj |
| Belgija | 53 | 1 790 | 44 752 | 4 695 | 163 | 2 855 | 491 183 (-) | 1 692 |
| Bugarska | 698 | 32 | 42 | 30 | 406 | 80 | 2 335 (322) | 41 |
| Češka | 19 | 90 | 27 | 227 | 95 | 1 703 | 15 279 (5) | 387 |
| Danska | 16 | 561 | 151 | 4 786 | 322 | 2 244 | 2 731 476 (34) | 933 |
| Njemačka | 298 | - | 8 166 | - | 1 784 | - | 693 668 (-) | - |
| Estonija | <0,1 | 3 | 17 | 154 | 33 | 454 | - (6) | 310 |
| Irska | - | 765 | - | 792 | - | 91 | - (-) | 344 |
| Grčka | 359 | 1 952 | 234 | 596 | 164 | 16 | 589 (6) | 83 |
| Španjolska | 524 | 7 283 | 40 960 | 42 206 | 272 | 4 505 | 363 138 (-) | 3 569 |
| Francuska | 658 | 4 544 | 17 500 | 12 214 | 405 | 773 | 1 130 839 (-) | 1 073 |
| Hrvatska | 27 | 140 | 466 | 418 | 38 | 775 | - (9) | 743 |
| Italija | 610 | 2 296 | 4 084 | 7 812 | 72 | 271 | 10 844 (8) | 267 |
| Cipar | 0,4 | 4 | 8 | 118 | 1 | 73 | 159 (3) | 13 |
| Latvija | 0,2 | 66 | 2 | 61 | 21 | 502 | 3 660 (28) | 169 |
| Litva | 4 | 173 | 623 | 98 | 28 | 278 | - (22) | 140 |
| Luksemburg | 1 | 69 | 3 | 222 | 0,2 | 26 | 956 (<0,1) | 25 |
| Mađarska | 21 | 34 | 6 | 276 | 25 | 973 | 51 836 (1) | 650 |
| Malta | 13 | 25 | 0,3 | 232 | <0,1 | 1 | 405 (<0,1) | 99 |
| Nizozemska (†) | 1 110 | - | 14 629 | - | 146 | - | - (1 250) | - |
| Austrija | 70 | 967 | 71 | 1 571 | 55 | 1 488 | 446 465 (4) | 1 183 |
| Poljska | 2 | 2 | 69 | 9 | 608 | 33 | - (-) | - |
| Portugal | 29 | 492 | 2 734 | 816 | 1 | 51 | 1 598 (2) | 282 |
| Rumunjska | 4 | 222 | 8 | 169 | 2 | 115 | 18 810 (0,9) | 477 |
| Slovenija | 11 | 286 | 12 | 277 | 6 | 242 | 1 537 (1) | 63 |
| Slovačka | 0,6 | 41 | 3 | 42 | 4 | 661 | 2 448 (<0,1) | 74 |
| Finska | 0,4 | 138 | 7 | 383 | 259 | 2 263 | 66 420 (-) | 695 |
| Švedska | 45 | 675 | 162 | 3 640 | 770 | 5 524 | 34 919 (24) | 1 993 |
| Ujedinjena Kraljevina | 844 | 11 075 | 5 697 | 18 912 | 1 356 | 4 043 | 513 259 (2) | 3 483 |
| Turska | 17 385 | 12 932 | 1 476 | 3 829 | 7 268 | 9 405 | 8 606 765 (-) | 6 663 |
| Norveška | 99 | 628 | 80 | 1 185 | 503 | 5 734 | 33 657 (12) | 1 122 |
| Europska unija | 5 418 | 36 786 | 140 435 | 104 348 | 7 037 | 43 720 | 6 581 823 (1 727) | 22 803 |
| EU, Turska i Norveška | 22 902 | 50 346 | 141 990 | 109 362 | 14 808 | 58 859 | 15 222 245 (1 739) | 30 588 |

Amfetamini uključuju amfetamin i metamfetamin.

Napomena: svi podatci odnose se na 2017. ili prošlu godinu.

(†) Podacima o broju i količini zapljena nisu obuhvaćeni svi relevantni subjekti za izvršavanje zakonodavstva i ti bi se podatci trebali smatrati djelomičnim, minimalnim vrijednostima. Zapljene kokaina čine većinu zapljena velikih količina.

TABLICA A7

ZAPLJENE (nastavak)

| Zemlja | Smola kanabisa | | Biljni kanabis | | Biljke kanabisa | |
|------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|---------------------------|---------------|
| | Zaplijenjena količina | Broj zapljena | Zaplijenjena količina | Broj zapljena | Zaplijenjena količina | Broj zapljena |
| | kg | Broj | kg | Broj | Biljaka (kg) | Broj |
| Belgija | 947 | 6 133 | 946 | 28 519 | 416 576 (-) | 1 234 |
| Bugarska | 0,2 | 9 | 1 580 | 57 | 16 087 (33 822) | 102 |
| Češka | 9 | 173 | 1 095 | 5 369 | 54 392 (-) | 502 |
| Danska | 6 637 | 16 678 | 293 | 1 803 | 38 859 (236) | 380 |
| Njemačka | 1 295 | – | 7 731 | – | 101 598 (-) | – |
| Estonija | 80 | 54 | 54 | 823 | – (24) | 35 |
| Irska | – | 257 | – | 1 546 | – (-) | 280 |
| Grčka | 6 251 | 257 | 24 940 | 8 866 | 46 907 (-) | 742 |
| Španjolska | 334 919 | 157 346 | 34 517 | 151 968 | 1 124 674 (-) | 3 038 |
| Francuska | 67 300 | 82 797 | 20 200 | 44 301 | 137 074 (-) | 395 |
| Hrvatska | 8 | 351 | 2 410 | 7 057 | 7 405 (-) | 213 |
| Italija | 18 755 | 8 922 | 90 097 | 11 253 | 265 635 (-) | 1 545 |
| Cipar | 1 | 8 | 151 | 826 | 161 (-) | 23 |
| Latvija | 202 | 36 | 43 | 848 | – (102) | 55 |
| Litva | 2 089 | 53 | 124 | 924 | – (-) | – |
| Luksemburg | 19 | 348 | 113 | 935 | 74 (-) | 13 |
| Mađarska | 114 | 153 | 3 674 | 3 751 | 5 287 (-) | 156 |
| Malta | 591 | 109 | 0,2 | 175 | 11 (-) | 5 |
| Nizozemska (1) | 942 | – | 3 104 | – | 722 618 (-) | – |
| Austrija | 100 | 1 841 | 1 557 | 16 969 | 31 102 (-) | 533 |
| Poljska | 1 237 | 18 | 1 043 | 93 | 448 (-) | 8 |
| Portugal | 14 790 | 3 647 | 410 | 437 | 22 910 (-) | 158 |
| Rumunjska | 6 | 185 | 276 | 2 861 | 6 780 (1 540) | 179 |
| Slovenija | 20 | 126 | 838 | 3 768 | 13 594 (-) | 218 |
| Slovačka | 1 | 26 | 144 | 1 115 | 2 299 (-) | 31 |
| Finska | 693 | 252 | 322 | 1 158 | 15 200 (-) | 1 150 |
| Švedska | 2 809 | 13 140 | 1 125 | 8 825 | – (-) | – |
| Ujedinjena Kraljevina | 6 281 | 12 093 | 12 615 | 103 695 | 340 531 (-) | 9 583 |
| Turska | 81 429 | 8 718 | 94 379 | 41 929 | – (-) | 3 143 |
| Norveška | 2 035 | 9 533 | 385 | 3 473 | – (43) | 167 |
| Europska unija | 466 097 | 311 071 | 209 401 | 440 295 | 3 370 222 (35 725) | 22 745 |
| EU, Turska i Norveška | 549 561 | 329 322 | 304 165 | 485 697 | 3 370 222 (35 768) | 26 055 |

Napomena: svi podatci odnose se na 2017. ili prošlu godinu.

(1) Podacima o broju i količini zapljena nisu obuhvaćeni svi relevantni subjekti za izvršavanje zakonodavstva i ti bi se podatci trebali smatrati djelomičnim, minimalnim vrijednostima.

Kontakt s EU-om

Osobno

U cijeloj Europskoj uniji postoje stotine informacijskih centara *Europe Direct*. Adresu najbližeg centra možete pronaći na:

https://europa.eu/european-union/contact_hr

Telefonom ili e-poštom

Europe Direct je služba koja odgovara na vaša pitanja o Europskoj uniji.

Možete im se obratiti:

— na besplatni telefonski broj: 00 800 6 7 8 9 10 11

(neki operateri naplaćuju te pozive),

— na broj: +32 22999696 ili

— e-poštom preko: https://europa.eu/european-union/contact_hr

Traženje informacija o EU-u

Na internetu

Informacije o Europskoj uniji na svim službenim jezicima EU-a dostupne su na internetskim stranicama Europa: https://europa.eu/european-union/index_hr

Publikacije EU-a

Besplatne publikacije EU-a i publikacije EU-a koje se plaćaju možete preuzeti ili naručiti preko internetske stranice: <https://publications.europa.eu/hr/publications>. Za više primjeraka besplatnih publikacija obratite se službi *Europe Direct* ili najbližemu informacijskom centru (vidjeti https://europa.eu/european-union/contact_hr).

Zakonodavstvo EU-a i povezani dokumenti

Za pristup pravnim informacijama iz EU-a, uključujući cjelokupno zakonodavstvo EU-a od 1952. na svim službenim jezičnim verzijama, posjetite internetske stranice EUR-Lexa: <http://eur-lex.europa.eu>

Otvoreni podatci iz EU-a

Portal otvorenih podataka EU-a (<http://data.europa.eu/euodp/hr>) omogućuje pristup podatkovnim zbirkama iz EU-a. Podatci se mogu besplatno preuzimati i ponovno uporabiti u komercijalne i nekomercijalne svrhe.

O ovom izvješću

Izvješće „Trendovi i razvoj” pregled je stanja u području droga u Europi na najvišoj razini, a obuhvaća ponudu droga, njihovu uporabu, probleme javnog zdravstva te politiku suzbijanja zlorporabe droga i odgovore na tu problematiku. Zajedno s internetskim [Statističkim biltenom](#) i [30 Izvješća o drogama prema zemljama](#) čini paket [Europskog izvješća o drogama za 2019.](#)

O agenciji EMCDDA

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

Publikacije EMCDDA-a primarni su izvor informacija za niz različitih ciljanih skupina, uključujući donositelje politike i njihove savjetnike, stručnjake i istraživače koji djeluju u području droga te općenito medije i širu javnost. EMCDDA ima sjedište u Lisabonu i jedna je od decentraliziranih agencija Europske unije.

