



Europski centar za praćenje  
droga i ovisnosti o drogama

HR

ISSN 2314-9582

# Europsko izvješće o drogama

Trendovi i razvoj

2018.





Europski centar za praćenje  
droga i ovisnosti o drogama

# Europsko izvješće o drogama

Trendovi i razvoj

2018.

## 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 Europske unije 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, 2018.

<b>PRINTED</b>	ISBN 978-92-9497-290-3	ISSN 2314-9019	doi:10.2810/84816	TD-AT-18-001-HR-C
<b>PDF</b>	ISBN 978-92-9497-329-0	ISSN 2314-9582	doi:10.2810/11896	TD-AT-18-001-HR-N

© Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama, 2018.  
Korištenje je dozvoljeno pod uvjetom da se navede izvor.

Prijedlog citiranja ove publikacije: Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (2018.), *Europsko izvješće o drogama 2018.: 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

Telefon +351 211210200

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

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

## | Sadržaj

5	Predgovor
9	Uvodna napomena i zahvale
11	KOMENTAR <b>Razumijevanje problema s drogom u Europi i razvoj učinkovitih odgovora</b>
19	POGLAVLJE 1. <b>Ponuda droga i tržište</b>
39	POGLAVLJE 2. <b>Prevalencija i trendovi uporabe droga</b>
59	POGLAVLJE 3. <b>Štete uzrokovane uporabom droga i odgovori na tu problematiku</b>
83	PRILOG Nacionalne tablice s podacima



## Predgovor

Zadovoljstvo nam je predstaviti najnoviju analizu pojava povezanih s drogama u Europi koju je proveo Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA). *Europsko izvješće o drogama za 2018.: Trendovi i razvoj* pruža aktualne informacije o problemima povezanim s drogama u Europi te odgovorima na te probleme. Naše najvažnije izvješće temelji se na detaljnom pregledu podataka na europskoj i nacionalnoj razini, a u njemu se ističu i trendovi i problemi u nastajanju. Ovogodišnjem izvješću priloženo je 30 izvješća o drogama po zemljama, kao i izvori koji sadržavaju sveobuhvatne skupove podataka i grafičke prikaze koji omogućuju pregled po pojedinoj zemlji.

Izvješće je osmišljeno kako bi se našim dionicima ponudio sveobuhvatan pregled. Isto tako, u njemu se daje rano upozorenje o novim trendovima povezanim s drogama, pomaže u utvrđivanju prioriteta za strateško planiranje na nacionalnoj i lokalnoj razini, omogućuju usporedbe zemalja i pruža podrška u pogledu evaluacija osiguravanjem podataka o trendovima. Izvješće je dopunjeno našom najnovijom publikacijom *Zdravstveni i socijalni odgovori na probleme s drogama: europski vodič* (2017.) koja se objavljuje svake tri godine.



Ove godine za čitav niz stvari primjećujemo neke zabrinjavajuće znakove povećane razine proizvodnje droga koja se trenutačno odvija u Europi, bliže potrošačkim tržištima. Tehnološki napredak olakšava takav razvoj događaja i povezuje europske proizvođače i konzumente droga s globalnim tržištem putem „površinskog” i javno dostupnog dijela interneta (engl. *surface web*), kao i skrivenog i „mračnog” dijela interneta (engl. *darknet*). Primijetili smo i da povećanje proizvodnje kokaina u Južnoj Americi sada utječe na



europsko tržište, što dovodi do povećanog rizika od zdravstvenih problema za korisnike te složenijih problema u pogledu provođenja zakona jer trgovci drogama prilagođavaju i mijenjaju opskrbne lance. Najnoviji dokazi povećane dostupnosti i upotrebe *cracka* u Europi isto su tako razlog za zabrinutost i zahtijevaju praćenje.

Nove psihoaktivne tvari dostupne na tržištu droga u Europi i dalje su uzročnici problema u području javnog zdravlja i postavljaju izazove pred tvorce politika. Nedavno donesenim zakonodavnim aktima na razini EU-a unaprijedila se razmjena informacija o novim tvarima koje se pojavljuju na tržištu i smanjilo vrijeme potrebno za procjenu rizika povezanih s tim tvarima i uspostavu nadzora nad njima u cijeloj Europi. Izrazito snažni sintetski opioidi i kanabinoidi uzročnici su raznih vrsta problema, a kada je riječ o derivatima fentanila, oni predstavljaju još veću opasnost za potrošače droga, kao i za osoblje službi koje prve dolaze u kontakt s potrošačima tih tvari ili samim tvarima. Rješavanjem tog problema ponovno je stavljen naglasak na ulogu opioidnog antagonista naloksona u strategijama za odgovor na predoziranje, kao i na razinu dostupnosti naloksona korisnicima droga.

Vjerujemo da prijetnje koje droge predstavljaju javnom zdravlju i sigurnosti u Europi i dalje zahtijevaju višedisciplinarni odgovor na visokoj razini. Novim akcijskim planom na razini EU-a donesenim 2017. pruža se okvir za nužnu suradnju u cijeloj Europi.

Naše izvješće i u njemu predstavljena analiza svjedoče o snažnoj potpori koju dobivamo od svojih nacionalnih i institucionalnih partnera. Podaci nacionalnih kontaktnih točaka mreže Reitox i nacionalnih stručnjaka omogućuje nam izradu jedinstvenog pregleda situacije u području droga u Europi. Osim toga, moramo zahvaliti i partnerima na europskoj razini, posebice Europskoj komisiji, Europolu, Europskom centru za sprečavanje i kontrolu bolesti te Europskoj agenciji za lijekove. Isto tako, zahvalni smo i specijaliziranim mrežama koje su surađivale s nama kako bismo u svoje izvješće mogli uključiti i najsuvremenije i inovativne podatke iz analize otpadnih voda, istraživanja provedenih u školama, kao i one o hitnim bolničkim slučajevima povezanim s drogama.

**Laura d'Arrigo**

predsjednica, Upravni odbor EMCDDA-e

**Alexis Goosdeel**

direktor, EMCDDA







## Uvodna napomena i zahvale

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

Svrha ovoga izvješća jest dati pregled i sažeto opisati situaciju s drogama u Europi i odgovore na taj problem. Statistički podatci izneseni u izvješću odnose se na 2016. godinu (ili posljednju dostupnu godinu). Analiza trendova odnosi se samo na zemlje koje su prikupile dovoljno podataka kako bi se opisale promjene u danom razdoblju. Čitatelj treba imati u vidu da praćenje obrazaca i trendova u skrivenom i stigmatiziranom okruženju karakterističnom za uporabu droga predstavlja i praktičan i metodološki izazov. Zbog toga su za analize u ovom izvješću upotrijebljeni višestruki izvori podataka. Iako se zamjećuju znatni pomaci i u nacionalnim analizama i u analizi koju je moguće ostvariti na europskoj razini, treba istaknuti da na tom području postoje metodološke teškoće. U tumačenju je stoga potreban oprez, posebno kada se države uspoređuju na osnovi bilo koje jedinstvene mjere. Upozorenja i ograničenja povezana s podacima mogu se pronaći u internetskoj verziji ovoga izvješća i u statističkom biltenu, gdje se navode i detaljne informacije o metodologiji i valjanosti analize te napomene o ograničenjima u dostupnim skupovima podataka. Dostupne su i informacije o metodama i podacima koji su upotrijebljeni za procjene na razini Europe, za koje se može primijeniti interpolacija.

EMCDDA zahvaljuje na pomoći u izradi ovoga izvješća:

- | voditeljima nacionalnih središnjica za Reitox i njihovu osoblju;
- | službama i stručnjacima u svakoj državi članici koji su prikupili izvorne 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);
- | Prevoditeljskom centru za tijela Europske unije i Uredu za publikacije Europske unije.

### Nacionalne središnjice za s Reitox

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

# Komentar

**Situacije u europskim  
zemljama istodobno su pod  
utjecajem globalnih trendova  
droge i na njih utječu**

# Razumijevanje problema s drogom u Europi i razvoj učinkovitih odgovora

U ovom komentaru istražujemo neke od ključnih čimbenika koji, čini se, utječu i na obrasce uporabe droga koji se opažaju u Europi 2018. godine te zdravstvene, društvene i sigurnosne probleme koji su s njima povezani.

U ovom razmatranju početna je točka sveobuhvatno opažanje da danas, prema povijesnim standardima, problem s drogom u Europi ne samo da prolazi kroz posebno dinamičnu fazu nego dostupni podatci također ukazuju na to da je dostupnost droge velika, a u nekim područjima čak i u porastu. To je skup važnih novih izazova za postojeće nacionalne i europske odgovore na uporabu droga i s drogom povezane probleme, a neke implikacije razmatraju se u nastavku.

## **Znakovi veće proizvodnje droge u Europi**

Situacije u europskim zemljama istodobno su pod utjecajem i utječu na globalne trendove droge. Za neke sintetičke stimulacijske droge poput MDMA-a, Europa je glavni proizvođač koji izvozi proizvode te znanja i iskustva

u druge dijelove svijeta. U slučaju kanabisa, europska proizvodnja je u određenoj mjeri zamijenila uvoz i čini se da je to utjecalo na modele djelovanja vanjskih proizvođača. Jedna posljedica toga može se vidjeti u jačem učinku smole kanabisa koja se sada krijumčari u Europu.

Za kokain i heroin, dvije druge glavne nezakonite droge na bazi biljaka, središta proizvodnje ostala su u zemljama Latinske Amerike, odnosno Azije. Globalni podatci ukazuju da se za obje tvari proizvodnja povećala. Kako to utječe na Europu zaslužuje detaljnu analizu. U slučaju heroina, unatoč relativno velikoj čistoći droge na razini ulice, sveukupna uporaba ostala je stabilna, s tim da su stope nove uporabe niske. Naprotiv, nekoliko pokazatelja ukazuje na to da kokain sada ima trend porasta. O tome se više raspravlja u nastavku. Međutim, za obje tvari podatci o zapljenama upućuju na nedavne promjene u proizvodnom lancu koje mogu imati važne implikacije za budućnost. Sekundarna obrada i ekstrakcija kokaina iz „nosećih materijala” nastavlja se promatrati u Europi, a tako i uvoz velikih količina droge skrivene u kontejnerima za prijevoz. Za heroin, novi je uspjeh to što su u nekoliko europskih zemalja otkriveni i onesposobljeni laboratoriji koji su pretvarali morfij u heroin. Pokretač toga vjerojatno je veća dostupnost i znatno niža cijena anhidrida octene kiseline u Europi, ključnog kemijskog prekursora za proizvodnju heroina u vrijeme kada su sve češće žetve opijumskog maka. Ova činjenica ukazuje ne samo na globalnu udruženost suvremene mreže proizvodnje droge, nego i na potrebu da se unutar globalne perspektive oblikuju načini kontrole droge, kao što su kontrole prekursora.

Iako se sada čini da europski i međunarodni napori za ograničenjem proizvodnje i dostupnosti novih psihoaktivnih tvari imaju neki učinak, postoje izvješća koja govore o proizvodima u obliku tableta i izradi tih tvari unutar granice Europske unije. Zasad se dosezi takve proizvodnje novih droga čine ograničenima. Međutim, promjene u tom području mogu brzo utjecati na probleme s drogom, pa ih je stoga potrebno budno pratiti kako bi se osigurala spremnost Europe za bolji odgovor na potencijalne buduće prijetnje povezane s drogom.

### Internetska prodaja: Europa na globalnom tržištu

Prodaja lijekova putem interneta još je jedan dobar primjer kako se promjene mogu dogoditi brzo, što predstavlja izazove za postojeće strategije i modele odgovora te za praćenje droge. Nedavno izvješće EMCDDA-a i Europol analiziralo je ulogu koju na tom tržištu imaju europski dobavljači i konzumenti. Procjenjuje se da su dobavljači EU-a odgovorni za gotovo polovicu prodaje droge na mračnoj mreži (darknet) između 2011. i 2015. godine. Internetske prodaje trenutačno su male u usporedbi sa sveukupnim nezakonitim tržištem droge, ali čini se da su u porastu. Dok je pažnja često usredotočena na mračnu mrežu, vidljivo je da za nove psihoaktivne supstancije i zlouporabu lijekova jednako važnu ulogu mogu imati društveni mediji i površinske mreže (surfaceweb). Ovdje je posebno zabrinjavajuća pojava tvari povezanih s benzodiazepinom. Od 2015. u Sustav ranog upozoravanja EU-a prijavljeno je 14 novih benzodiazepina. Te tvari nisu dozvoljeni lijekovi u Europskoj uniji i o njihovoj se toksikologiji zna vrlo malo; međutim, poznato je da se rizici povećavaju kada se ti lijekovi uzimaju zajedno s nezakonitim drogama ili alkoholom. Pokazuje se da se dostupnost već poznatih i novih benzodiazepina na tržištu nezakonitih droga u nekim zemljama povećava, a poznato je da te tvari imaju važnu, ali često zanemarenu ulogu u smrtnim slučajevima izazvanima predoziranje opioidima. U novije vrijeme posebno su zabrinjavajući pokazatelji da je uporaba ovih tvari možda u porastu među mladima, i to je područje koje zahtijeva daljnje istraživanje, razmatranje strategije i napore za suzbijanje. Uporaba benzodiazepina među konzumentima droge visokog rizika tema je koja se istražuje u dodatku ovom izvješću u elektroničkom obliku.

### Posljedice veće opskrbe kokainom

Porast proizvodnje kokaina u Latinskoj Americi počinje se osjećati i na europskom tržištu. U nekim zemljama analizom otpadnih voda dobilo se prvo upozorenje o većoj dostupnosti i uporabi te droge, što se sada odražava i u drugim izvorima podataka. Iako su cijene kokaina ostale stabilne, čistoća droge sada je na najvišoj razini u više od jednog desetljeća u Europi. Povijesno, većina kokaina koja ulazi u Europu, dolazi preko Pirenejskog poluotoka. Nedavne velike zapljene na drugim područjima upućuju na to da se relativno značenje ove rute možda blago smanjilo, s tim da se kokain sada sve više krijumčari u Europu preko velikih teretnih luka. Pritom valja napomenuti da je 2016. Belgija nadmašila Španjolsku kao država s najvećom količinom zaplijenjenog kokaina.

Sveukupno gledano, javnozdravstvene implikacije uporabe kokaina teško je izmjeriti jer je njegovu ulogu i u akutnim problemima i dugoročnim štetama za zdravlje teško pratiti i one često ostanu nezapažene. Međutim, može se očekivati da će problemi biti veći ako se povećava prevalencija uporabe, a osobito visokorizični obrasci uporabe. Jedan od znakova da se to možda događa jest uočen porast broja osoba koje se prvi put uključuju u specijalizirani tretman povezan s kokainom, iako se broj nije vratio na visoke razine zabilježene zadnji put prije deset godina. Uznemirujući je, iako još uvijek rijetko zabilježen, određeni porast uporabe *crack* kokaina, te postoji zabrinutost da bi to moglo početi zahvaćati sve više zemalja. U tom pogledu i dalje postoji potreba saznati više o tome koji je tretman za konzumente kokaina učinkovit, uključujući i najbolji odgovor na probleme s kokainom koji mogu postojati uz ovisnost o opioidima.



## Nove psihoaktivne tvari i dalje su izazov za javno zdravstvo

Koliko je važna pripremljenost na nove izazove pokazuje uspjeh Sustava ranog upozoravanja EU-a za nove psihoaktivne tvari. Taj je sustav međunarodno prepoznat jer Europi daje mogućnost utvrđivanja i reagiranja na pojavu droga, što drugdje nedostaje. Nedavno je u tom području prihvaćeno razrađenije zakonodavstvo EU-a čime se ubrzava prijavljivanje, a u sustav se nastavljaju uključivati novi izvori informacija. Nove psihoaktivne tvari sve su veći izazov politici za suzbijanje droge. Sustav prati otprilike 670 tvari, pri čemu se oko 400 njih prijavljuje svake godine. Popis tvari koje se pojave na tržištu droge nastavlja rasti i svakog se tjedna u Europi prijavljuje otprilike jedna dodatna nova psihoaktivna tvar. Iako je broj novih tvari koje se uvode na tržište niži od vrhunca dosegnutog 2015. godine, negativne implikacije na javno zdravstvo zbog uporabe tih droga i dalje su velike.

Pojava sintetičkih opioida i sintetičkih kanabinoida u Europi, povezanih sa smrtnim slučajevima i akutnim intoksikacijama doveli su do uspostave Sustava ranog upozoravanja EU-a koji procjenjuje prethodno nepoznati broj tvari zbog rizika koje predstavljaju za javno zdravstvo. Taj proces može potaknuti ubrzani odgovor zakonodavstva diljem Europske unije. Podatci su također 2017. godine proslijeđeni Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji i neke od tih tvari sada se razmatraju radi međunarodne kontrole. U 2017. istraživano je pet derivata fentanila. Te su tvari dostupne u nekoliko novih oblika uključujući sprejeve za nos. Ponekad su nađeni i izmiješani s drugim drogama, kao što su heroin, kokain ili lažni lijekovi, a posljedica je da konzumenti često nisu svjesni da konzumiraju tu tvar. Pojava tih potentnih droga, koja se često kupuje putem interneta, predstavlja značajne izazove zdravstvu i tijelima za izvršavanje zakonodavstva. Te je tvari lako prevoziti i sakriti, a pritom male količine često znače na stotine tisuća doza koje se mogu naći na ulici. Iz perspektive zdravlja, one povećavaju već postojeći znatan teret koji se pripisuje drugim smrtnim slučajevima izazvanim opioidima. U Sjedinjenim Državama derivati fentanila trenutno čine glavni doprinos postojećoj opioidnoj krizi, a tijekom kratkog razdoblja postale su tvari najviše povezane sa smrtnošću zbog predoziranja. U Europi taj problem još nije jednakog razmjera, ali izvješća o broju smrtnih slučajeva koja se dostavljaju EMCDDA-u i o slučajevima predoziranja bez smrtnih posljedica povezanih s fentanilom i nekontroliranim derivatima fentanila ipak naglašavaju potrebu za kontinuiranim pozornim praćenjem.

## Sintetički kanabinoidi sve su češće povezani sa zdravstvenim problemima

Izvješća o štetnosti za zdravlje povezanoj s novim sintetičkim kanabinoidima dovela su do četiri procjene rizika koja su provedena u okviru Sustava ranog upozoravanja EU-a u 2017. Sintetički kanabinoidi povezani su sa smrtnim slučajevima i akutnim intoksikacijama. Nedavno izvješće EMCDDA-a privuklo je pažnju na rastuće probleme za zdravlje i sigurnost koje uporaba ovih tvari uzrokuje u nekim europskim zatvorima. Također je bilo vidljivo da takvi problemi mogu katkad proći neopaženo zbog lakoće kojom se takve tvari mogu prokrijumčariti u zatvore i problema koji postoji kako bi se otkrila njihova uporaba.

Sintetički kanabinoidi bili su najprije na tržištu kao zakonite alternative prirodnim proizvodima kanabisa, ali razlikuju se na mnogo načina. Dok su se na početku uglavnom povezivali s rekreativnom uporabom, danas sintetičke kanabinoide koriste marginaliziranije društvene skupine na problematičan način, kao što su beskućnici, iako naše opće poznavanje obrazaca uporabe tih droga ostaje ograničeno. Postojeće informacije pokazuju da je prevalencija uporabe sintetičkih kanabinoida većinom mala, ali je štetni potencijal tih tvari značajan. Kao pokazatelj toga mogu poslužiti noviji podatci iz Turske koji pokazuju da je ukupni porast broja smrtnih slučajeva prouzročenih drogom djelomično potaknut uporabom sintetičkih kanabinoida.

**Sintetički opiodi  
i sintetički kanabinoidi  
kao uzroci smrti  
i akutnih intoksikacija**

## Promjena na tržištu kanabisa donosi nove izazove za politiku suzbijanja droge

Kanabis je i dalje najraširenije konzumirana nezakonita droga u Europi. Ova se droga ističe po količini zapljene, zbog kršenja zakona zbog njene uporabe, procjena prevalencije i novih zahtjeva za tretman. Okolnosti na američkom kontinentu, koje uključuju legalizaciju droge u nekim područjima sudske nadležnosti, dovele su do brzog razvoja tržišta komercijalnog kanabisa. To je rezultiralo novim oblicima dostupne droge i sustavima primjene za njenu konzumaciju. Oni uključuje sojeve kanabisa velike potentnosti, e-tekućine i jestive proizvode. Legalno tržište rekreativnih droga popraćeno je propisima koji u nekim pravnim sustavima omogućavaju pristup kanabisu u medicinske i terapijske svrhe. EMCDDA prati ove pojave i daje sažeta objašnjenja politike kako bi se istakli problemi koje Europa treba raspraviti. Jedno od njih jest i mogućnost da se neki od novih oblika ove droge mogu pojaviti na europskom tržištu droga.

Razvoj događaja u Sjevernoj Americi ponovno je oživio zanimanje za ulogu koju kanabis ima u vožnji pod utjecajem droge. EMCDDA je 2017. godine bio domaćin trećeg međunarodnog simpozija o vožnji pod utjecajem droge. Izvješća međunarodnih stručnjaka koji su sudjelovali na tom sastanku naglasila su teškoće u razvoju učinkovitih odgovora politike u tom području, a to je tema koja je važna u svim zemljama bez obzira na legalni status droge.

Ostala važna pitanja u politici suzbijanja te droge uključuju odrediti što predstavlja odgovarajući tretman poremećaja povezanih s kanabisom, kako osigurati sinergiju politike u pogledu strategije smanjenja pušenja duhana te što predstavlja učinkovite pristupe za smanjenje štete u tom području. Prema povijesnim standardima prevalencija konzumacije kanabisa u Europi i dalje je visoka, a u nekim državama članicama EU-a u novije je vrijeme uočen porast. Na visokoj je razini, s izrazitim porastom u proteklom desetljeću, potentnost te droge u oba oblika; kao biljka i smola. Osim u području javnog zdravstva, postoji zabrinutost o tome kako ovo glavno ilegalno tržište utječe na sigurnost zajednice te pomaže u financiranju organiziranog kriminala. Uzimajući u obzir mnoga uključena pitanja, utvrđivanje najprimjerenijeg odgovora na uporabu kanabisa, zadatak je koji postaje sve složeniji i sve važniji. EMCDDA nastavlja poboljšati razumijevanja ovih pitanja te pružiti precizne, znanstvene i nepristrane informacije koje su potrebne kako bi se rasprava o toj temi, izazovnoj za politiku suzbijanja droge, vodila uz dobru obaviještenost.

## Odgovor na predoziranje opioidima: uloga naloksona

Broj smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranjem ostaje visok u Europi, a u većinu slučajeva konzumirani su opioidi. Pojava derivata fentanila na europskom tržištu droga dodatno pojačava već znatne argumente za povećanje pristupa antagonistu opioida naloksonu. Sve je više dokaza da širenje dostupnosti ovoj tvari, u kombinaciji s osposobljenošću prepoznavanja predoziranja i postupanjem u tom slučaju, može pomoći spriječiti smrt osoba koje konzumiraju opioide. Stoga je davanje naloksona sve prepoznatije u mnogim zemljama kao važan element njihove strategije za smanjenje stope predoziranja. Dostupnost derivata fentanila dodatno povećava rizik u tom području zbog jačine njihova učinka te zbog toga što ih mogu konzumirati osobe koje prije nisu imale iskustva s opioidima ili dovesti u opasnost druge koji su njima slučajno izloženi u radnim uvjetima - kao što su službenici tijela za izvršavanje zakonodavstva. Ove činjenice ukazuju na hitnu potrebu procjene postojeće politike o naloksonu te na potrebu bolje educiranosti i osviještenosti i konzumenata droga i stručnjaka koji s drogom mogu doći u dodir. Te procjene moraju uzeti u obzir i to da novi pripravci koji se ne mogu injektirati, kao što su raspršivači za nos, mogu olakšati primjenu naloksona u većem rasponu situacija.

## Zatvori: važno okruženje za provedbu odgovora

Kako odgovoriti na uporabu droge u sklopu kaznenopravnog sustava jedno je od pitanja kojim se bavi publikacija EMCDDA-a *Zdravstveni i društveni odgovori na probleme s drogom: europski vodič*. Izlazak iz zatvora razdoblje je osobito visokog rizika za osobe koje su prije konzumirali opioide. Zbog toga je nekoliko zemalja razvilo inovativne programe kojima se omogućava dobivanje naloksona i obuka za osobe otpuštene iz zatvora. Osim davanja naloksona, upućivanje na tretman u odgovarajuće zajednice i društvene službe potpore prepoznati su kao ključni odgovori u tom području. To naglašava ulogu koju u rješavanju problema visokorizičnih konzumenata droge ima kaznenopravni sustav u općenitom smislu te zatvorsko okruženje kao kritična lokacija. Značajan udio zajednice može se povećati procjenom konzumenata droga i rješavanjem njihovih zdravstvenih i društvenih potreba prije njihova otpuštanja iz zatvora.

**Kanabis je i dalje najraširenije konzumirana nezakonita droga u Europi**



## UKRATKO — PROCJENE UPORABE DROGA U EUROPSKOJ UNIJI

### Kanabis



#### Odrasli (15 – 64)

Tijekom prošle godine **24,1 milijuna**  
7,2 %



Tijekom života **87,6 milijuna**  
26,3 %



#### Mlađe odrasle osobe (15 – 34)

Tijekom prošle godine **17,2 milijuna**  
14,1 %



Nacionalna procjena uporabe  
tijekom prošle godine

Najniže 3,5 % Najviše 21,5 %

### Kokain



#### Odrasli (15 – 64)

Tijekom prošle godine **3,5 milijuna**  
1,1 %



Tijekom života **17,0 milijuna**  
5,1 %



#### Mlađe odrasle osobe (15 – 34)

Tijekom prošle godine **2,3 milijuna**  
1,9 %



Nacionalna procjena uporabe  
tijekom prošle godine

Najniže 0,2 % Najviše 4,0 %

### MDMA



#### Odrasli (15 – 64)

Tijekom prošle godine **2,6 milijuna**  
0,8 %



Tijekom života **13,5 milijuna**  
4,1 %



#### Mlađe odrasle osobe (15 – 34)

Tijekom prošle godine **2,2 milijuna**  
1,8 %



Nacionalna procjena uporabe  
tijekom prošle godine

Najniže 0,2 % Najviše 7,4 %

### Amfetamini



#### Odrasli (15 – 64)

Tijekom prošle godine **1,7 milijuna**  
0,5 %



Tijekom života **11,9 milijuna**  
3,6 %



#### Mlađe odrasle osobe (15 – 34)

Tijekom prošle godine **1,2 milijuna**  
1,0 %



Nacionalna procjena uporabe  
tijekom prošle godine

Najniže 0 % Najviše 3,6 %

### Opioidi



Procjena visokorizične  
uporabe opioida

**1,3 milijuna**

#### Zahtjevi za tretman ovisnosti

Glavna droga u približno  
**36 %** svih zahtjeva za  
tretman ovisnosti u  
Europskoj uniji



#### Smrtonosna predoziranja

**84 %**



**628 000**

konzumenata opioida prošlo  
je supstitucijsku terapiju  
tijekom 2016.

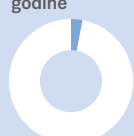
Opioidi su uzrokovali **84 %**  
smrtonosnih predoziranja

### Nove psihoaktivne tvari



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

Tijekom prošle godine **3,0 %**



Tijekom života **4,0 %**



Izvor: dodatne tablice Izvješća ESPAD za 2015.

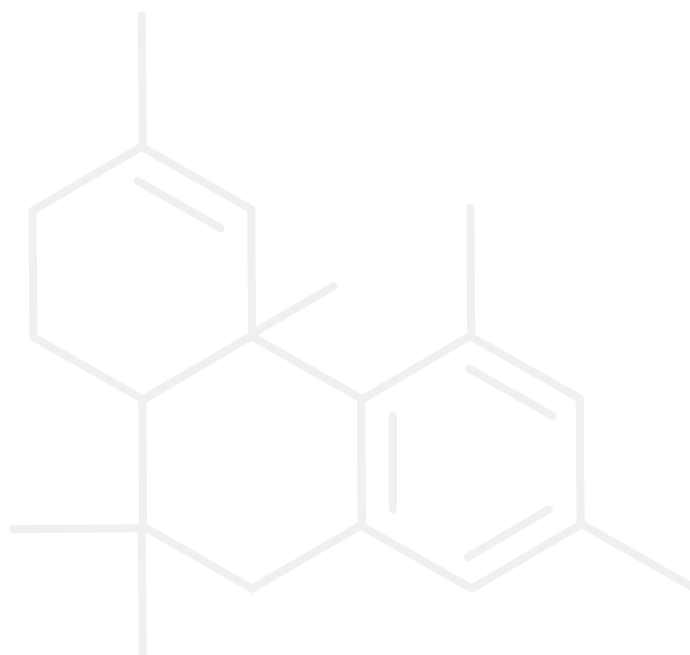
Primjer toga jest potencijalna prednost koja se može postići intenzivnijim testiranjem i liječenjem zaraznih bolesti među zatvorskom populacijom. To je posebice dobilo na važnosti kao rezultat napora Europske unije da eliminiira virus hepatitisa C. Injektiranje droga prevladavajući je oblik prijenosa te zaraze. Danas su dostupne nove učinkovite terapije, ali i dalje ostaje pitanje kako pristup njima osigurati zaraženim osobama. Zatvori i službe za tretman ovisnosti važni su kako bi se identificiralo osobe zaražene HCV-om. EMCDDA će u 2018. godini poduprijeti novu inicijativu kako bi se povećala osviještenost i potaknuo pristup testiranju na hepatitis C te tretmanima, što bi trebalo pridonijeti rješavanju ovog značajnog problema povezanog s drogom.

### Osiguravanje nadzora osjetljivo je na promjenjive probleme s drogom

Iako se podatci o dostupnosti novih psihoaktivnih tvari poboljšavaju, i dalje je vrlo teško procijeniti potražnju za tim tvarima u Europi. Te su teškoće još veće kada uzmemo u obzir zlouporabu preusmjerenih, lažnih ili nedozvoljenih lijekova.

Pri tome je važno opažanje da postojeći alati mogu biti neosjetljivi na neke važne promjene koje se događaju u obrascima konzumacije droge. Kako bi se održao korak s tim promjenama, potrebno je daljnje ulaganje u postojeće i nove pristupe nadzora, kao što su analiza otpadnih voda, upitnici putem internetskih mreža i ispitivanja u svrhu prepoznavanja novih trendova. EMCDDA je nedavno objavio rezultate godišnje procjene tragova droga u otpadnim vodama prikupljenim u gradovima 19 europskih zemalja, koji su pokazali korisnost tih komplementarnih izvora informacija kako bi se stekao uvid u trendove povezane s drogom koji je vremenski usklađeniji od onoga koji pružaju tradicionalniji izvori podataka.

Osim što podupire prikupljanje podataka u Europi, Europska unija pomaže i državama izvan EU-a u razvoju njihovih kapaciteta nadzora. Inicijative u tom smislu uključuju projekte tehničke pomoći Europske komisije državama kandidatkinjama za ulazak u EU, potencijalnim kandidatkinjama i susjednim zemljama. Te su aktivnosti važne ne samo zbog toga što problemi s drogom kompliciraju zdravstvo i sigurnost u tim zemljama koje graniče s Europskom unijom, nego i zato što su pojave u tim zemljama povezane s drogom i utječu na probleme s drogom koji postoje u državama članicama. Analiza koju iznosi ovogodišnje Europsko izvješće o drogama stoga eksplicitno prepoznaje da je za razumijevanja postojećih i budućih izazova koje uporaba droge predstavlja za zdravlje Europe i sigurnosnu politiku, potrebno poznavati i globalne dimenzije ovog problema.





# 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 drogama proizvedenim u vlastitoj zemlji i onima 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 država izvora novih psihoaktivnih tvari. Osim toga, neke droge i prekursori provozu se kroz Europu na druge kontinente. Europa je također područje u 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.

U mnogim europskim državama postoje prilično velika tržišta za kanabis, heroin i amfetamine od 1970-ih i 1980-ih godina. S vremenom su se pojavile i druge tvari, uključujući MDMA i kokain u 1990-ima. Europsko tržište droge nastavlja se razvijati, s velikim rasponom 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 droga

i krijumčarenja te uspostavu novih putova krijumčarenja i internetskog tržišta.

## Nadzor tržišta droga, ponuda i zakoni

Analiza prikazana u ovom poglavlju temelji se na podacima zabilježenima u vezi sa zapljenama droga, zapljenama prekursora droga i zaustavljenim isporukama, zatvaranjem proizvodnih pogona za drogu, zakonima o drogama, kršenjima zakona o drogama, cijenama, čistoćom i jačinom učinaka 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 izvršavanja zakonodavstva i učinkovitost mjera presretanja krijumčara. Cjeloviti skupovi podataka i metodološke napomene mogu se pronaći u mrežnom Statističkom biltenu.

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

## Nezakonita tržišta droge u Europi: složeni sustavi na više razina

Nezakonita tržišta droga složeni su sustavi proizvodnje i distribucije koji generiraju velike količine novca na različitim razinama. Priroda tržišta otežava njegov nadzor. Međutim, prema konzervativnoj procjeni maloprodajne vrijednosti nezakonitih droga na tržištu Europske unije bile su 24 milijarde eura u 2013., s tim da je najveći udio kanabisa (38 %), a iza njega slijede heroin (28 %) i kokain (24 %).

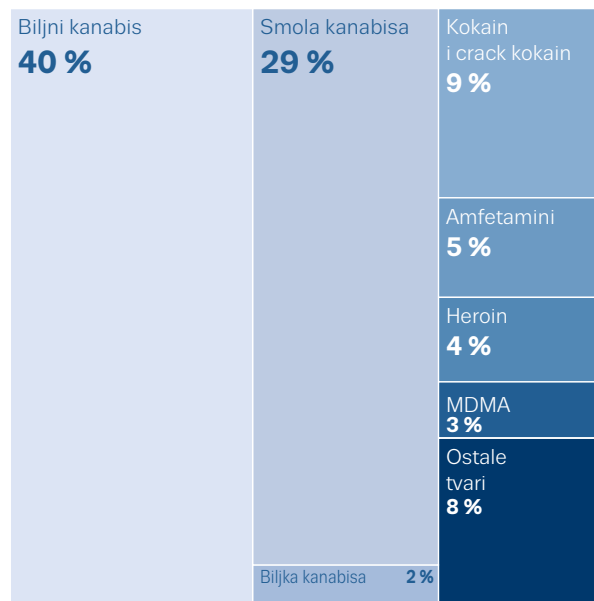
Iako još uvijek prevladavaju tržišta izvan interneta, posljednjih je godina opaženo da ta tržišta dobivaju na važnosti kao platforme za marketing i distribuciju nezakonitih droga. To je stvorilo nove mogućnosti za praćenje aktivnosti tržišnog sektora. Novija analiza EMCDA-a i Europol utvrdila je postojanje više od 100 globalnih tržišta na mračnoj mreži na kojoj se prodavatelji i kupci služe različitim tehnologijama kako bi sakrili svoj identitet. Prema procjeni, dvije trećine svih kupnji koje se ostvare na tim tržištima odnose se na drogu. Dobavljači iz EU-a odgovorni su za oko 46 % dobitka na tim tržištima koje se odnosi na drogu između 2011. i 2015., pri čemu je najviše prodavatelja bilo iz Njemačke, Nizozemske i Ujedinjene Kraljevine. Stimulacijske droge čine većinu svih prodaja droge na europskim mračnim mrežama. Tržišta na mračnim mrežama uglavnom olakšavaju prodaje malih količina ili prodaju izravno korisnicima, iako je analiza jednog takvog tržišnog mjesta, Alfabay, pokazala da je veći udio kupnji MDMA-a, u usporedbi s drugim drogama, bio namijenjen za daljnju prodaju.

## Više od milijun zapljena nezakonite droge

Zapljene nezakonitih droga koju provode tijela za izvršavanje zakonodavstva važan su pokazatelj tržišta droga, s više od 1 milijuna zapljena nezakonitih droga zabilježenih 2016. u Europi. Većina zabilježenih zapljena uključuju male količine droge oduzete konzumentima. Međutim, u ukupnoj količini zaplijenjene droge većinu čine pošiljke droge od više kilograma oduzete krijumčarima i proizvođačima. Kanabis je najčešće zaplijenjena droga, s više od 70 % svih zapljena u Europi (slika 1.1.). Tri zemlje koje su zabilježile najveće brojeve zapljena, zajedno s činjenicom da na njih otpada više od 60 % svih zapljena droge u Europskoj uniji, jesu Španjolska, Ujedinjena Kraljevina i Francuska.

SLIKA 1.1

Broj prijavljenih zapljena droga, raščlamba prema pojedinim drogama, 2016.



Međutim, nisu dostupni podatci o broju zapljena za Nizozemsku i Poljsku, dok su najnoviji dostupni podatci za Njemačku, Irsku i Sloveniju oni iz 2015. godine, što donekle umanjuje pouzdanost analize.

## Kanabis: dominira zapljena smole, ali količina biljke kanabisa se povećava

Biljni kanabis (marihuana) i smola kanabisa (hašiš) dva su glavna proizvoda od kanabisa na europskom tržištu droga, dok je ulje od kanabisa relativno rijetko. Proizvodi od kanabisa čine najveći udio (38 %) na nezakonitom maloprodajnom tržištu droga u Europskoj uniji, s procijenjenom vrijednošću od najmanje 9,3 milijarde eura (vjerojatan je raspon od 8,4 milijarde eura do 12,9 milijardi eura). Biljni kanabis koji se konzumira u Europi uzgaja se u zemljama Europe, ali i krijumčari iz izvan europskih država. Biljni kanabis koji se proizvodi u Europi uglavnom se uzgaja u zatvorenim prostorima. Smola kanabisa, iako se sve više proizvodi u Europi, većinom se uvozi i to uglavnom iz Maroka, s tim da izvješća pokazuju da je Libija postala glavno središte za krijumčarenje smole. Osim toga, zemlje zapadnog Balkana izvor su i biljnog kanabisa i ulja kanabisa.

Tijekom 2016. godine u Europskoj je uniji zabilježeno 763 000 zapljena proizvoda od kanabisa, uključujući 420 000 zapljena biljnog kanabisa, 317 000 smole kanabisa i 22 000 zapljena biljaka kanabisa. Broj zapljena biljnog kanabisa premašio je broj zapljena smole kanabisa od 2009., a broj zapljena obiju tvari pokazuje relativno stabilne trendove od 2011. (slika 1.2.). Međutim, zaplijene količine smole kanabisa više su nego trostruko veće od količine zaplijenjenog biljnog kanabisa (424 tone naspram 124 tone). To je djelomično posljedica činjenice da se smola kanabisa krijumčari u velikoj količini, na velike udaljenosti i preko nacionalnih granica, što je čini osjetljivijom u pogledu mogućnosti presijecanja kanala kojima se šalje. U analizi količine zaplijenjenog kanabisa mali broj država ima posebno veliku važnost zbog svog smještaja na glavnim putovima krijumčarenja kanabisa. Španjolska, primjerice, kao glavna točka ulaska smole kanabisa proizvedene u Maroku, prijavila je tri četvrtine (76 %) ukupne količine zaplijenjene u Europskoj uniji 2016. godine (slika 1.3.).

Porast količina biljnog kanabisa zaplijenjenog 2016. povezan je djelomično s porastom zabilježenim u Španjolskoj, Grčkoj i Italiji. Turska je također zabilježila zapljene biljnog kanabisa u većim količinama u 2016. (111 tona) nego u 2015.

Zapljene biljke kanabisa mogu se smatrati pokazateljem proizvodnje te droge u određenoj državi. Međutim, zbog razlika između zemalja u praksama izvještavanja i prioritetima izvršavanja zakonodavstva te izvorima, potreban je oprez u tumačenju zapljena biljke kanabisa. Broj biljaka zaplijenjenih u Europi dosegao je vrhunac od 11,5 milijuna u 2015. zbog intenzivne zabrane u Nizozemskoj te godine, prije nego što se snizio na 3,3 milijuna biljaka u 2016., što je razina slična onoj zabilježenoj proteklih godina. U 2016. zabilježeno je 1200 zapljena ulja kanabisa, što je gotovo četiri puta više nego 2015., s tim da su u Turskoj (53 litre) i Danskoj (14 litara) zaplijene najveće količine.

## KANABIS



### SMOLA

#### Zapljene

Broj

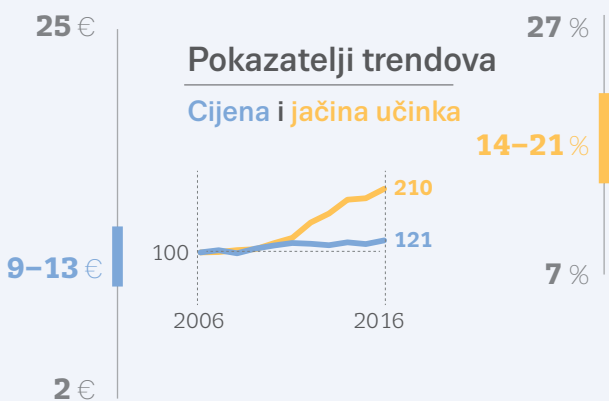
**317 000** EU  **332 000** EU + 2

Količina

**424** EU  **463** EU + 2

#### Cijena

(EUR/g)



### BILJKA

#### Zapljene

Broj

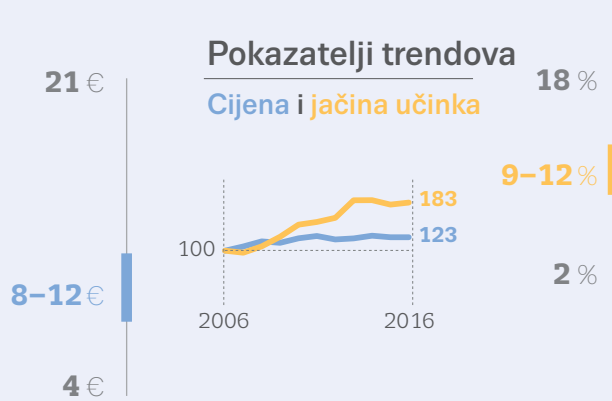
**420 000** EU  **454 000** EU + 2

Količina

**124** EU  **235** EU + 2

#### Cijena

(EUR/g)

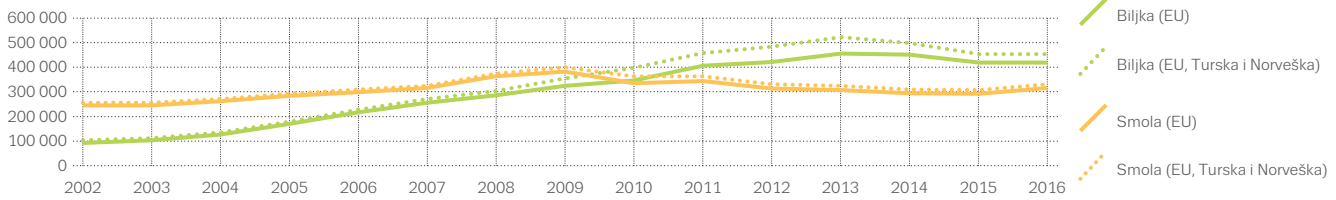


Napomena: EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i potentnost proizvoda od kanabisa: nacionalne srednje vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene države razlikuju se prema pokazateljima.

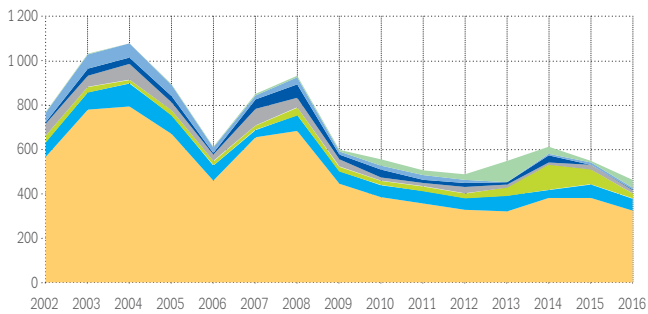
## SLIKA 1.2

### Trendovi u broju zapljena kanabisa i zaplijenjene količine kanabisa: smola i biljka

Broj zapljena

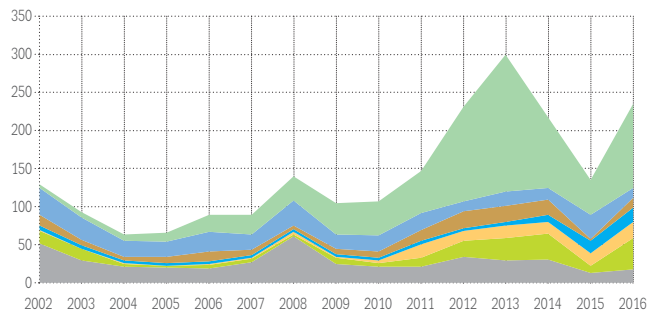


#### Smola (tone)



Turska Ujedinjena Kraljevina Portugal Druge države  
Italija Francuska Španjolska

#### Biljka (tone)

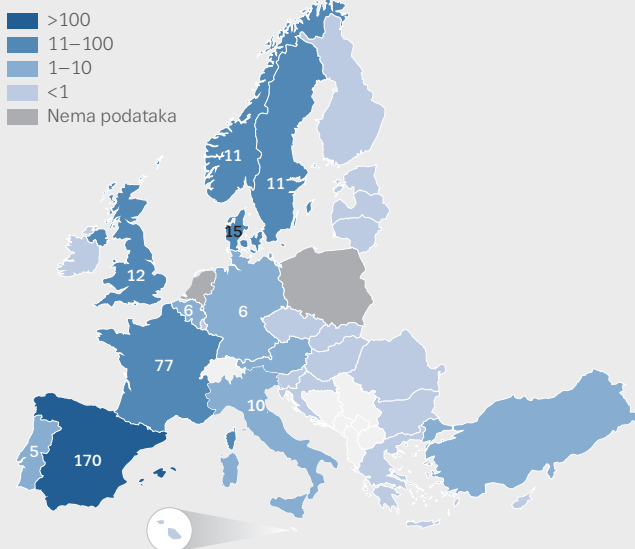


Turska Ujedinjena Kraljevina Grčka Francuska  
Španjolska Italija Druge države

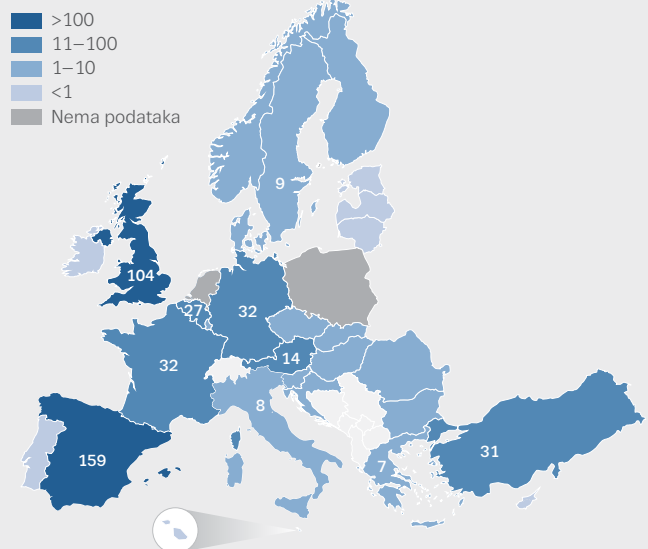
## SLIKA 1.3

### Zapljene smole kanabisa i biljnog kanabisa u 2016. ili posljednjoj dostupnoj godini

Broj zapljena smole kanabisa (u tisućama)

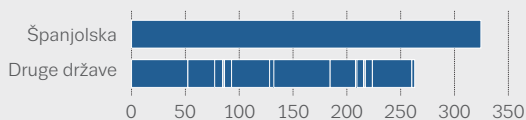


Broj zapljena biljnog kanabisa (u tisućama)

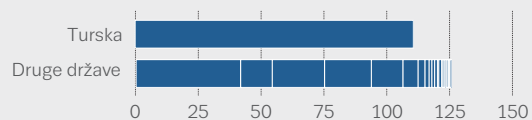


Napomena: Broj zapljena (u tisućama) u 10 država s najvećim vrijednostima.

Količina zaplijenjene smole kanabisa (u tonama)



Količina zaplijenjene biljnog kanabisa (u tonama)





Analiza pokazatelja trendova u izvješćima država ukazuje na stalno znatno povećanje potentnosti (udio tetrahidrokanabinola, odnosno THC-a) i biljnog kanabisa i smole kanabisa od 2006. Potentnost obaju oblika povećala se od 2013. godine, otada se potentnost biljnog kanabisa stabilizirala dok je potentnost smole nastavila rasti. Razlozi te veće potentnosti smole mogu uključivati uvođenje tehnika intenzivne proizvodnje unutar Europe, uvođenje biljaka velike potentnosti i novih tehnika u Maroku te nove proizvode od smole koji uključuje više sojeva ili se dobivaju od hibridne biljke. Iako u prosjeku smola ima veću potentnost od biljke, podaci pokazuju da im je cijena slična.

### Zapljene heroína: količine se smanjuju

Heroin je najčešći opioid na tržištu droga u Europskoj uniji, s procijenjenom minimalnom maloprodajnom vrijednošću u 2013. godini od 6,8 milijardi eura (vjerojatan je raspon od 6,0 milijardi eura do 7,8 milijardi eura). Uvozni heroin povijesno je u Europi dostupan u dva oblika, a češći je smeđi heroin (njegov kemijski osnovni oblik) koji uglavnom potječe iz Afganistana. Mnogo je rjeđi bijeli heroin (u obliku soli) koji je prije potjecao iz jugoistočne Azije, a sada se vjerojatno proizvodi i u Afganistanu ili susjednim državama. Drugi opioidi dostupni na nezakonitim tržištima uključuju opijum i lijekove morfij, metadon, buprenorfin, tramadol i različite derivate fentanila. Neki opioidi mogu biti preusmjereni iz legitimnih farmaceutskih izvora, dok se drugi proizvode na nezakoniti način.

Afganistan je i dalje najveći svjetski nezakoniti proizvođač opijuma, a pretpostavlja se da je većina heroína pronađenog u Europi proizvedena upravo ondje ili u susjednom Iranu ili Pakistanu. Nezakonita proizvodnja opioida u Europi do nedavno je bila ograničena na proizvode od glavice maka iz kućne proizvodnje u nekim istočnim zemljama. Otkriće nekolicine laboratorija u kojima se morfij pretvarao u heroin u Nizozemskoj, Španjolskoj i Češkoj nedavnih godina, upućuje na to da se neke količine heroína proizvode u Europi. Ova promjena može odražavati nastojanje dobavljača da smanje troškove time što se konačne faze proizvodnje heroína provode u Europi, gdje su prekursori kao što je anhidrid octene kiseline dostupni pri nižim cijenama nego u zemljama proizvodnje opijuma. Proizvodnja droge blizu tržišta potrošača može također imati za cilj smanjenje rizika od zabrane.

## HEROIN

### Zapljene

Broj

**38 000** EU  **47 000** EU + 2

Količina

**4,3** EU  **9,9** EU + 2

### Cijena

(EUR/g)

**140 €**  
**35–65 €**  
**22 €**

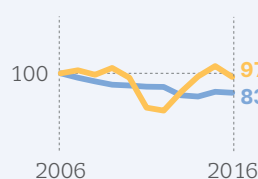
### Čistoća

(%)

**41 %**  
**15–29 %**  
**11 %**

### Pokazatelji trendova

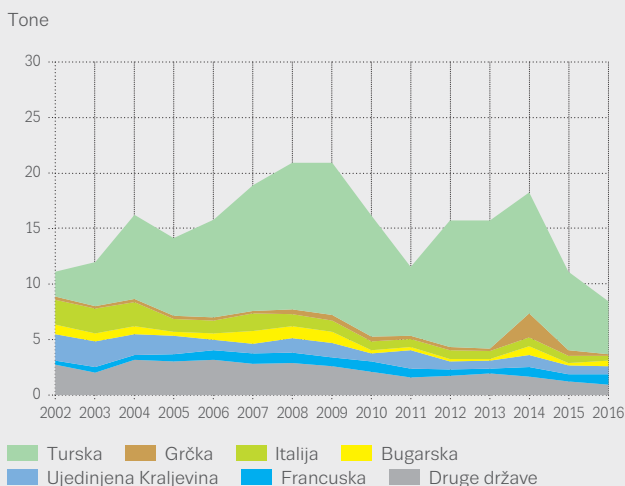
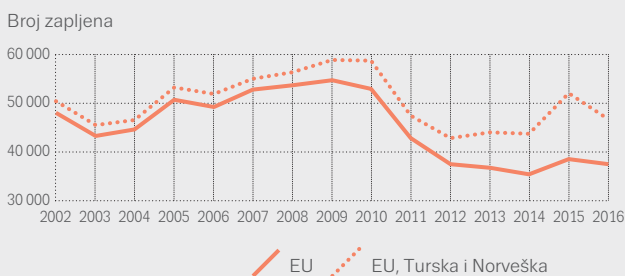
Cijena i čistoća



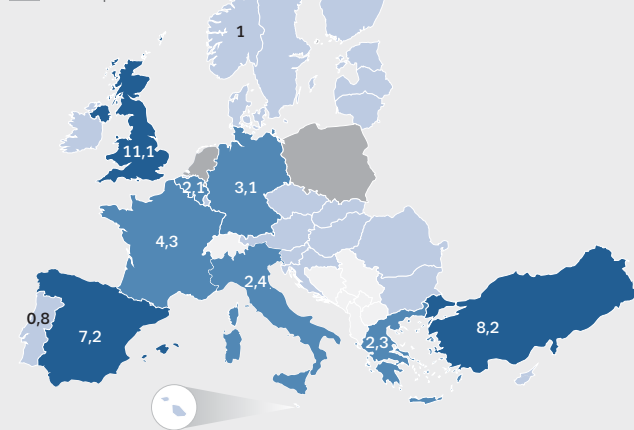
Napomena: EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća „smeđeg heroína”: nacionalne srednje vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene države razlikuju se prema pokazateljima.

SLIKA 1.4

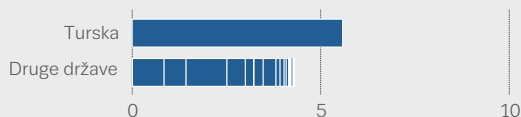
Broj zapljena heroina i zaplijenjena količina: trendovi 2016. ili posljednje dostupne godine



Broj zapljena heroina (u tisućama)



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



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

„sjevernu rutu” i rutu koja prolazi kroz južni Kavkaz i prelazi Crno more.

U više europskih zemalja došlo je opadanja dostupnosti heroina na tržištima droge u 2010./2011. što dokazuje ukupni pad u broju zapljena od 2009. do 2014., prije nego što se stabilizirao 2015. i 2016. Između 2002. i 2014., prepola se količina heroina zaplijenjenog unutar Europske unije, i to s 10 na 5 tona, a posljednjih se godina stabilizirala s 4,3 tone prijavljene u 2016. Turska nastavlja

TABLICA 1.1

Zapljene opioida koje ne uključuju heroin u 2016.

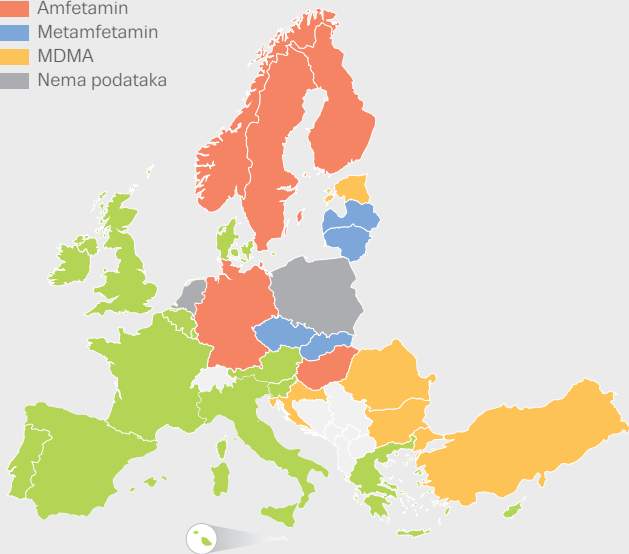
Opioid	Broj	Količina			Broj država
		Kilograma	Litara	Tablete	
Metadon	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfin	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Derivati fentanila	738	1,55	1,2	11 792 (†)	12
Morfij	225	11,08		4 201	13
Opijum	335	327,5			10
Kodein	339	20,65		9 506	9
Oksikodon	12	0,005		107	6

(†) Flasteri ili papiri za upijanje.

SLIKA 1.5

Stimulativne droge koje su najčešće zaplijene u Europi, 2016. ili posljednje dostupne godine

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Nema podataka



sa zapljenama heroina u količinama većim nego sve ostale europske zemlje zajedno (slika 1.4.), iako se količina zaplijenjenog heroina u Turskoj smanjila od 8,3 tone u 2015. do 5,6 tona u 2016. Među onim zemljama koje dosljedno izvještavaju, indeksirani trendovi ukazuju na to da se u Europi čistoća heroina nakon razdoblja ubrzanog porasta od niske razine u 2012. smanjila u 2016. u usporedbi s 2015., dok se cijena snizila tijekom prošlog desetljeća.

Osim heroina, u europskim se državama zapljenjuju i drugi opioidni proizvodi, no oni predstavljaju mali udio ukupnih

zapljena. Od ostalih zaplijenjenih opioida, najčešći su medicinski opiodi tramadol, buprenorfin i metadon (tablica 1.1.). Veliki porast u broju zapljena tableta tramadola zabilježen je 2016. godine, a i derivati fentanila bili su također zaplijenjeni u većim količinama.

### Europsko tržište stimulansa: regionalne razlike

Glavni nezakoniti stimulansi dostupni u Europi jesu kokain, amfetamini, metamfetamini i MDMA. Maloprodajna vrijednost tržišta stimulansa u Europskoj uniji bila je 2013. procijenjena na između 6,3 milijardi eura i 10,2 milijarde eura. Prisutne su značajne regionalne razlike s obzirom na to koji se stimulans najčešće zapljenjuju (slika 1.5.), na što utječu lokacije graničnih prijelaza i krijumčarskih ruta, velikih proizvodnih središta i velikih tržišta konzumenata. Kokain je najčešće zaplijenjen stimulans u mnogim zapadnim i južnim zemljama, dok zapljene amfetamina i MDMA-a prevladavaju u sjevernoj i istočnoj Europi.

### Tržište kokaina: ponovni procvat se nastavlja

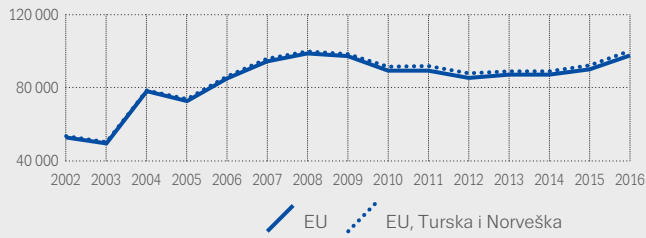
U Europi je kokain dostupan u dva oblika; najčešći je kokain u prahu (oblik soli), dok je manje često dostupan *crack* kokain, oblik droge koji se može pušiti (slobodna baza kokaina). Proizveden od lišća grma koke, kokain se uzgaja uglavnom u Boliviji, Kolumbiji i Peruu. Kokain se u Europu doprema različitim sredstvima, uključujući putničke zrakoplove, teretne zrakoplove, poštanske službe, privatne letjelice, jahte i kontejnere u pomorskom prometu. Maloprodajna vrijednost tržišta kokaina u Europskoj uniji procijenjena je 2013. godine na najmanje 5,7 milijardi eura.

**Heroin je najčešći opioid na tržištu droga u Europskoj uniji**

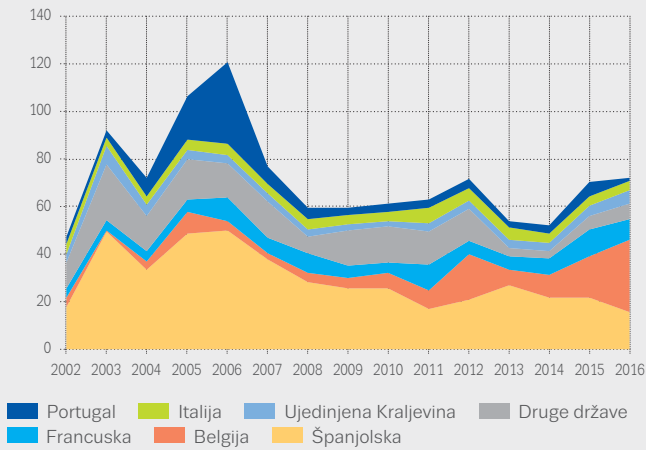
## SLIKA 1.6

Broj zapljena kokaina i zaplijenjena količina: trendovi 2016. ili posljednje dostupne godine

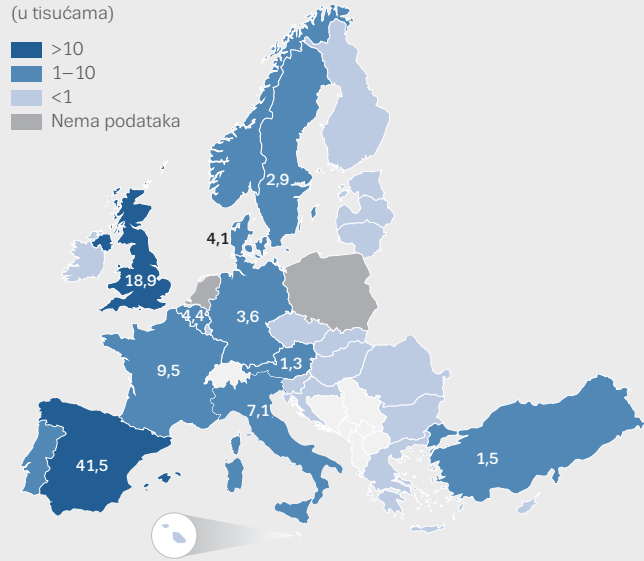
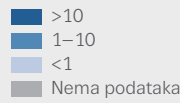
Broj zapljena



Tone

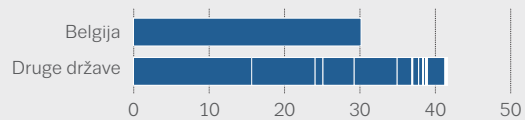


Broj zapljena kokaina (u tisućama)



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

Količina zaplijenjenog kokaina (u tonama)



U Europskoj uniji u 2016. godini prijavljeno je ukupno oko 98 000 zapljena kokaina, što doseže količinu od 70,9 tona. U usporedbi s prethodnom godinom, vidljivo je malo povećanje količine kokaina zaplijenjene 2016. te izraženije povećanje broja zapljena (vidjeti sliku 1.6.). S brojem zapljena od oko 30 tona kokaina ili 43 % od procijenjene

ukupne količine u EU-u 2016., Belgija je zamijenila Španjolsku (15,6 tona) kao zemlja s najvećim godišnjim brojem zapljena te droge. Ukupne zapljene veće od 5 tona zabilježile su i Francuska (8,5 tona) i Ujedinjena Kraljevina (5,7 tona). Sveukupno gledano, indeksirani trendovi ukazuju na to da se trend veće čistoće kokaina, vidljiv od

## KOKAIN

### Zapljene

Broj

**98 000** EU **100 000** EU + 2

Količina

**70,9** EU **71,8** EU + 2

### Cijena

(EUR/g)

105 €  
57-76 €  
44 €

### Čistoća

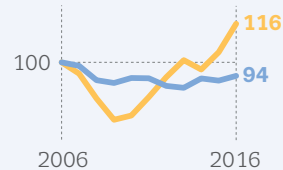
(%)

84 %  
51-73 %  
40 %



### Pokazatelji trendova

Cijena i čistoća



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

2010. nastavio i u 2016., čime je čistoća kokaina dosegla najvišu razinu zabilježenu u prošlom desetljeću.

U Europi su 2016. zaplijenjeni i drugi proizvodi od koke, uključujući 569 kilograma tekućine koja je sadržavala kokain i 3 kilograma lišća koke. Nadalje, zapljene 79 kilograma kokainske paste u Španjolskoj i dodatnih 7 kilograma u Italiji ukazuju na to da u Europi postoje nezakoniti laboratoriji koji proizvode kokain hidroklorid. Ova novija pojava pokazuje da je među kriminalnim organizacijama došlo do promjene taktike u proizvodnji, jer je većina kokainskih laboratorija koji su do sada otkriveni u Europi bili „ustanove za sekundarnu ekstrakciju“, u kojima se kokain dobiva iz materijala koji ga sadrže (kao što je vino, odjeća, plastika).

### Proizvodnja droge: kemijske tvari kao prekursori

Prekursori droga su kemijske tvari potrebne za proizvodnju nezakonitih droga. S obzirom na to da mnogi od njih imaju zakonitu primjenu, oni nisu zabranjeni, ali trgovina se nadzire i kontrolira propisima EU-a koji kategoriziraju određene kemijske tvari, odnosno dodaju ih na popis

kontroliranih tvari. Dostupnost prekursora ima velik utjecaj na tržište sintetičkih droga, kao i na proizvodne metode kojima se služe nezakoniti laboratoriji. Proizvodne tehnike kontinuirano se razvijaju kako bi zaobišle kontrole, a promjene obično uključuju kemijske tvari koje nisu kategorizirane kako bi se proizvele sintetičke droge ili njihovi prekursori, kao što je nedavno detektiran N-t-BOC-MDMA (N-tert-butiloksikarbonil-MDMA). Dodatna obrada zahtijeva više kemijskih tvari i stvara više otpada što može predstavljati štetu za okoliš.

Podatci o zapljenama i zaustavljenim pošiljkama prekursora droga potvrđuju uporabu kontroliranih i nekontroliranih kemijskih tvari u proizvodnji nezakonitih droga u Europskoj uniji, posebice amfetamina i MDMA-a (tablica 1.2.). Čini se da kategorizacija prekursora BMK-a APAAN (alfa-fenilacetoacetamid) krajem 2013. nastavlja imati utjecaj jer su zaplijenjene količine pale s 48 000 kilograma u 2013. na oko 600 kilograma u 2016. godini. Zapljene zamjenske kemijske tvari APAA (alfa-fenilacetoacetamid) i glicidnih derivata BMK-a, koji se također mogu jednostavno konvertirati u BMK, prvi put zabilježene 2015., naglo su se povećale u 2016. godini.

TABLICA 1.2

Sažetak zapljena i zaustavljenih pošiljki prekursora koji se upotrebljavaju za odabrane sintetičke droge proizvedene u Europskoj uniji 2016.

Planirane/neplanirane	Zapljene		Zaustavljene pošiljke		UKUPNO	
	Broj	Količina	Broj	Količina	Broj	Količina
<b>MDMA ili povezane tvari</b>						
PMK (u litrama)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (u litrama)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (u kilogramima)	2	1	4	7 700	6	7 701
Glicidni derivati PMK-a (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
<b>Amfetamin i metamfetamin</b>						
Efedrin u rasutom stanju (u kilogramima)	33	64	0	0	33	64
BMK (u litrama)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrin u rasutom stanju (u kilogramima)	12	20	0	0	12	20
APAAN (u kilogramima)	7	597	0	0	7	597
PAA, feniloctena kiselina (u kilogramima)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Glicidni derivati BMK-a (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Zapljene i PMK-a (piperonil metil keton) i nekontrolirane kemijske tvari za proizvodnju MDMA povećale su se 2016. godine. Zapljene PMK-a u Francuskoj, derivata glicidne kiseline PMK-a u Bugarskoj te zaustavljene pošiljke prekursora u Španjolskoj pokazuju da rute krijumčarenja postaju raznovrsne.

### Amfetamin i metamfetamin: zapljene su i dalje stabilne

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

Obje se droge proizvode u Europi za europsko tržište. Postoje naznake da se proizvodnja amfetamina uglavnom odvija u Belgiji, Nizozemskoj i Poljskoj te u manjoj mjeri u baltičkim državama i Njemačkoj. Neke od tih zemalja izvjestile su o zatvaranju laboratorija u kojima se provodila završna faza proizvodnje, konverzija baznog amfetaminskog ulja u amfetamin sulfat. To pokazuje pomak u lokacijama na kojima se provodi ova faza proizvodnog procesa, što se smatra povezanim s činjenicom da neke skupine radije krijumčare tekućine nego gotovi proizvod kako bi se izbjegla zabrana.

Dio amfetamina proizvodi se i za izvoz, prvenstveno na Bliski Istok, Daleki Istok i u Oceaniju. Zapljene tableta amfetamina s logotipom „Captagon“ također su u porastu u posljednje vrijeme, posebice u Turskoj, gdje je 2016. zaplijeno više od 13 milijuna tableta.

## AMFETAMINI



### AMFETAMIN

#### Zapljene

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

Količina  
**5,7** EU  **9,5** EU + 2

#### Cijena

(EUR/g)

50 €  
 10–23 €  
 8 €

#### Čistoća

(%)

61 %  
 20–31 %  
 14 %

#### Pokazatelji trendova

Cijena i čistoća



### METAMFETAMIN

#### Zapljene

Broj  
**9 000** EU  **14 000** EU + 2

Količina  
**0,5** EU  **0,8** EU + 2

#### Cijena

(EUR/g)

170 €  
 19–71 €  
 15 €

#### Čistoća

(%)

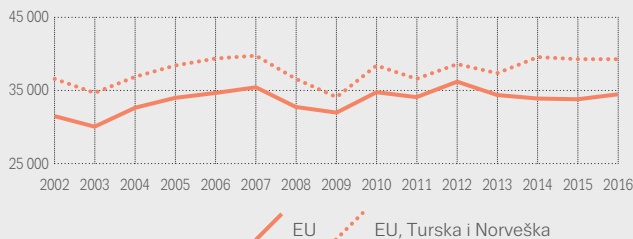
73 %  
 25–58 %  
 22 %

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

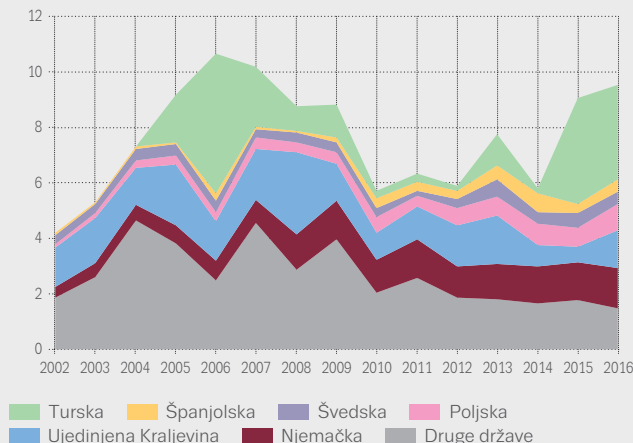
## SLIKA 1.7

## Broj zapljena amfetamina i zaplijenjena količina: trendovi 2016. ili posljednje dostupne godine

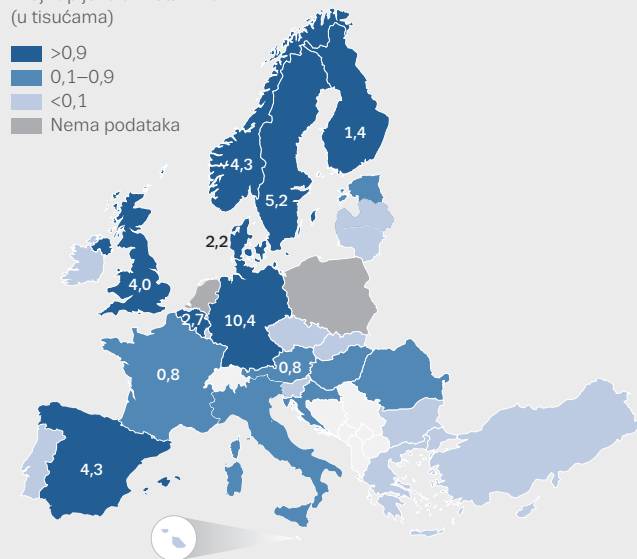
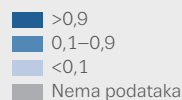
Broj zapljena



Tone

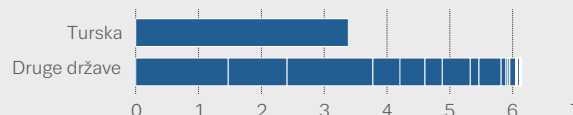


Broj zapljena amfetamina (u tisućama)



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

Količina zaplijenjenih amfetamina (u tonama)



Češka je dugo bila izvor većine europskog metamfetamina, a u novije vrijeme su to i granična područja njenih susjednih zemalja. U Češkoj se metamfetamin proizvodi uglavnom iz prekursora pseudoefedrina koji se dobiva iz medicinskih proizvoda uvezenih većinom iz Poljske ili sve više iz nekih drugih područja kroz Poljsku. Ta se droga može proizvesti i pomoću BMK-a. Od 291 nezakonitog laboratorija za proizvodnju metamfetamina prijavljenog u Europskoj uniji 2016. godine, 261 laboratorij nalazio se u Češkoj. Prevladavaju mali laboratoriji koji opskrbljuju domaće tržište, iako su bila otkrivena i postrojenja većih mogućnosti proizvodnje povezana sa skupinama organiziranog kriminala u kojima se proizvodio metamfetamin za druge europske zemlje.

U 2016. godini države članice EU-a prijavile su 34.000 zapljena amfetamina, ukupne količine od 5,7 tona. Ukupno gledajući, povećala se količina amfetamina zaplijenjena u Europskoj uniji, varirajući od 2010. između 5 i 6 tona svake godine (slika 1.7.). Zapljene metamfetamina značajno su manje, s 9000 zapljena prijavljenih u Europskoj uniji 2016., u količini od 0,5 tona, pri čemu je u Češkoj zaplijenjena najveća količina (slika 1.8.). Broj pljenidbi metamfetamina pokazao je trend porasta od 2002., dok je količina zaplijenjenih količina relativno stabilna od 2009. U 2016., velike količine amfetamina

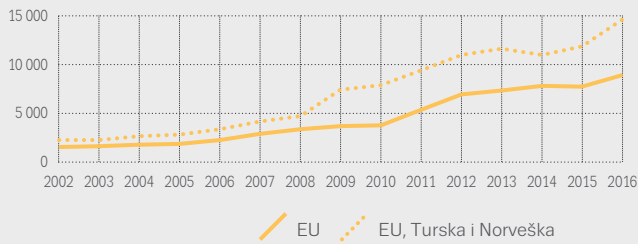
također su zaplijenjene u Turskoj, prvenstveno kao „Captagon“ (1,3 milijuna tableta ili prema procjeni 3,4 tona amfetamina), kao i 0,25 tona metamfetamina.

Općenito je prosječna prijavljena čistoća uzoraka metamfetamina veća od uzoraka amfetamina.

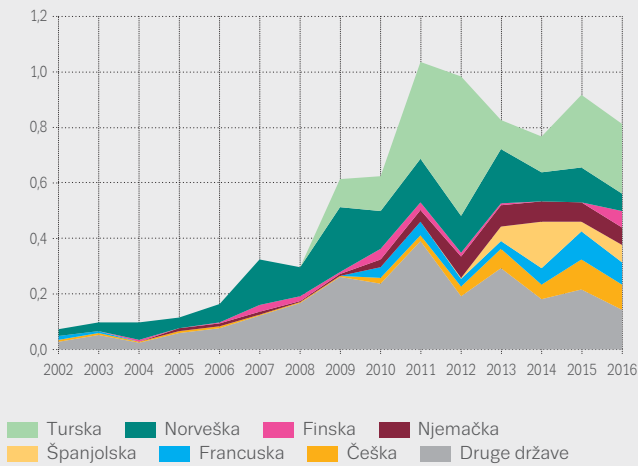
## SLIKA 1.8

### Broj zapljena metamfetamina i zaplijenjena količina: trendovi 2016. ili posljednje dostupne godine

Broj zapljena

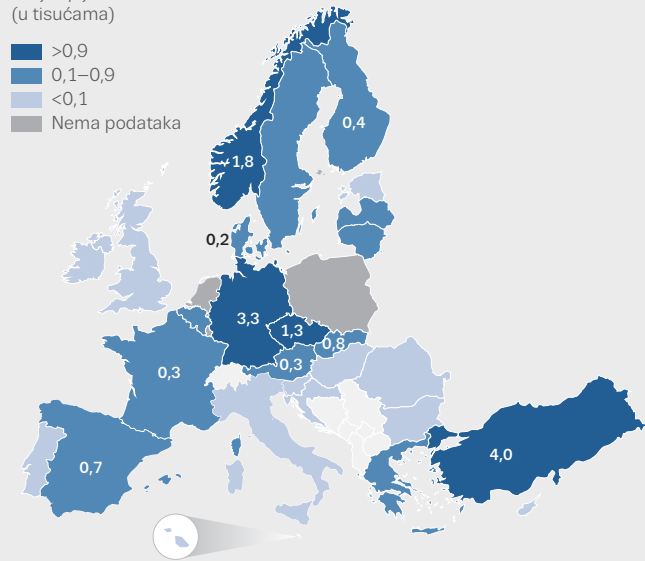


Tone



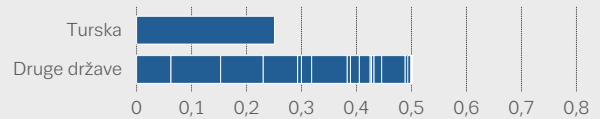
Broj zapljena metamfetamina (u tisućama)

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



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

Količina zaplijenjenih metamfetamina (u tonama)



### MDMA: povećana proizvodnja i zapljene

MDMA (3,4-metilenedioksimetamfetamin) sintetička je droga koja je kemijski povezana s amfetaminima, no ima drugačiji učinak od njih. MDMA se konzumira u obliku

tableta (koje se često nazivaju Ecstasy), a dostupni su i oblici u prahu i kristalima. Na tržište se neprestano uvode tablete MDMA-a novog izgleda, različitih boja, oblika i logotipova. Maloprodajna vrijednost tržišta MDMA-a u Europskoj uniji procijenjena je 2013. godine na oko

## MDMA



### Zapljene

Broj

**24 000** EU **31 000** EU + 2

Količina

**5,3** EU **9,1** EU + 2  
MILIJUN TABLETA

**295** EU **306** EU + 2  
KG

### Cijena

(EUR/tableta)

**16** €

**6–11** €

**4** €

### Čistoća

(MDMA mg/tableta)

**168**

**86–152**

**41**

### Pokazatelji trendova

Cijena i čistoća

**238**

**83**

2006

2016

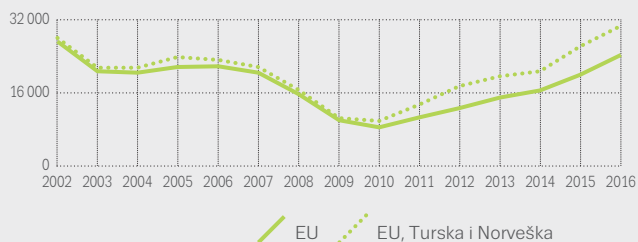
Napomena: EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća MDMA-a: nacionalne srednje vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon. Obuhvaćene države razlikuju se prema pokazateljima.



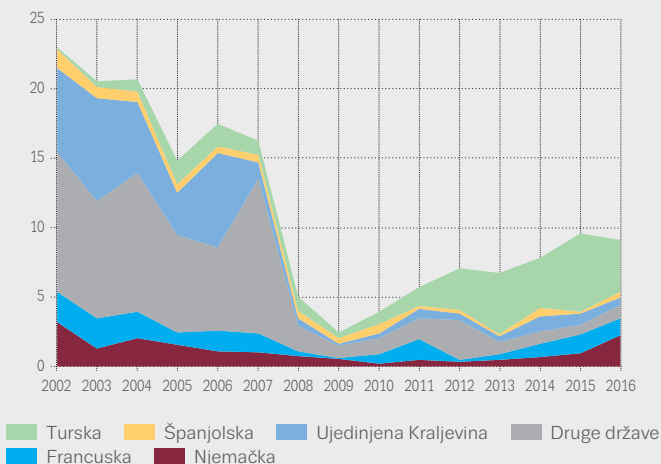
## SLIKA 1.9

## Broj zapljena MDMA-a i zaplijenjena količina: trendovi 2016. ili posljednje dostupne godine

Broj zapljena

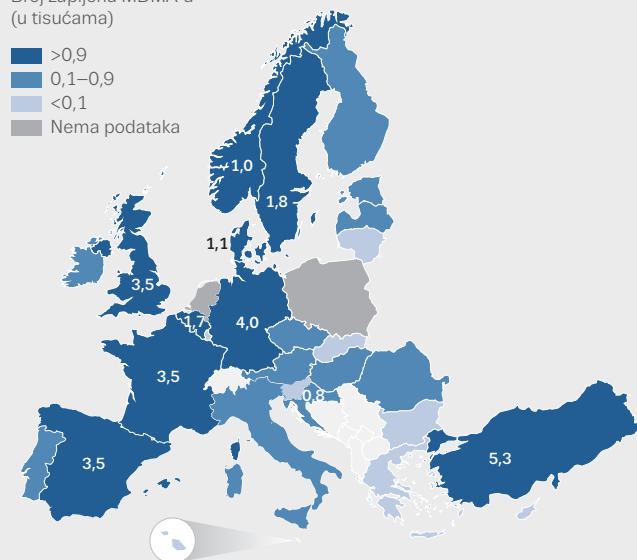


Tablete (u milijunima)



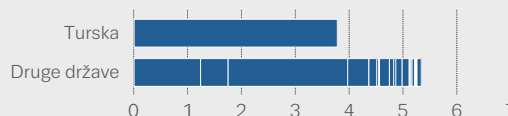
Broj zapljena MDMA-a (u tisućama)

>0,9  
0,1–0,9  
<0,1  
Nema podataka



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

Zaplijenjenih tableta MDMA-a (u milijunima)



0,7 milijardi eura. Nakon razdoblja opadanja dostupnosti MDMA-a koje se povezuje s nedostatkom kemikalija prekursora potrebnih za njegovu proizvodnju, tržište MDMA-a u ponovnom je porastu u proteklih nekoliko godina. Prosječan udio MDMA-a u tabletama povećao se od 2009., a visoke doze MDMA-a u nekim serijama povezuju se sa štetnim posljedicama i smrću.

Proizvodnja MDMA-a u Europi koncentrirana je uglavnom u Nizozemskoj i Belgiji, s 11 laboratorija za proizvodnju MDMA-a uništenih u Europskoj uniji 2016. godine (10 u Nizozemskoj, 1 u Belgiji) što je dvostruko više nego 2015. godine. MDMA proizveden u Europi izvozi se i u druge dijelove svijeta, tako je primjerice, australska policija izvijestila je da je najveća količina MDMA-a odjednom zaplijenjena u Australiji 2016. godine (1,2 tone) potjecala iz Europe.

Procjenu najnovijih trendova u pogledu zapljena MDMA-a otežava nepostojanje podataka za neke države koji bi vjerojatno imali važan utjecaj u ukupnim procjenama. Za 2016. podatci nisu dostupni za Nizozemsku, a broj zapljena nije dostupan za Njemačku i Poljsku. Bez tih važnih podataka, količina MDMA-a zaplijenjena u Europskoj uniji povećala se 2016. godine i procjenjuje se na 5,3 milijuna tableta i 295 kilograma MDMA-a u prahu.

Ukupni broj zapljena MDMA-a u Europskoj uniji nastavio se povećavati od 2010. godine, dok se zaplijenjena količina također donekle povećala tijekom istog razdoblja iako ima fluktuacija iz godine u godinu. Velike količine MDMA-a također su zaplijenjene u Turskoj 2016., a iznose 3,8 milijuna tableta (slika 1.9.). Indeksirani trendovi pokazuju da se sadržaj MDMA-a u zaplijenjenim tabletama znatno povećao posljednjih godina.

### Zapljene LSD-a, GHB-a i ketamina

U Europskoj uniji prijavljuju se i zapljene drugih nezakonitih droga, uključujući približno 1700 zapljena LSD-a (dietilamida lizerginske kiseline) u 2016., u kojima je zaplijenjeno 97.000 komada te droge. Ukupan broj zapljena LSD-a gotovo se udvostručio od 2010. g., iako su zaplijenjene količine varirale. U četrnaest država EU-a prijavljeno je oko 1800 zapljena ketamina, s procijenjenih 83 kilograma te droge, od čega je većina zaplijenjena u Danskoj, Italiji i Ujedinjenoj Kraljevini. Norveška je također prijavila malobrojne zapljene ketamina – 50 zapljena što je iznosilo 0,2 kilograma ketamina. U 2016. godini 13 država Europske unije uz Norvešku i Tursku, prijavilo je zapljene GHB-a (gama-hidroksibutirata) ili GBL-a (gama-butirolaktona). Promatrano zajedno, u ukupnom broju od

1700 zapljena koji se odnosio na gotovo 360 kilograma i 1400 litara droge, na Norvešku je otpadalo više od četvrtine svih zapljena.

### Nove psihoaktivne tvari: kompleksno tržište

Do kraja 2017., EMCDDA je nadzirao više od 670 novih psihoaktivnih tvari koje su se pojavile u Europi. Te tvari nisu obuhvaćene međunarodnim kontrolama droge, a čini ih širok raspon droga kao što su sintetički kanabinoidi, stimulansi, opijati i benzodiazepini (slika 1.10.). U većini slučajeva one se stavljaju na tržište kao „zakonite” zamjene za nezakonite droge, dok su druge usmjerene na manje skupine koje žele ispitati njihove potencijalne nove učinke.

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

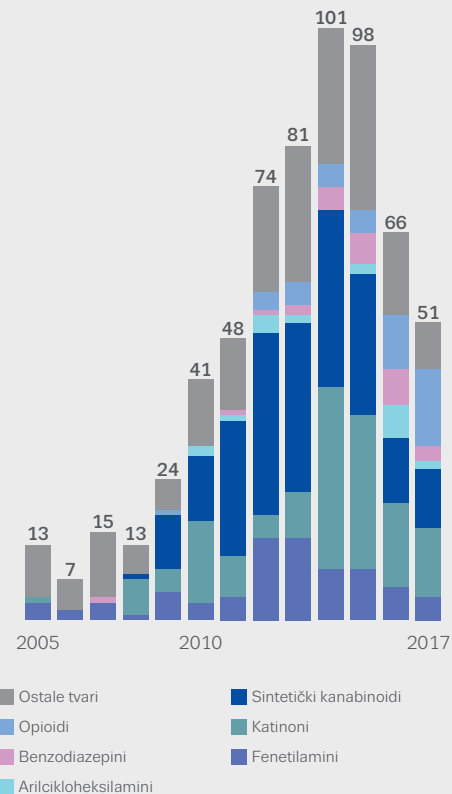
Neke nove tvari prodaju se otvoreno u specijaliziranim fizičkim trgovinama te na površinskim mrežama – često označene kao zakonita sredstva za izazivanje eufrije („legal high” proizvodi). One se prodaju i na tržištima mračnih mreža (darknet) i nezakonitom tržištu, ponekad pod vlastitim nazivom, a ponekad kao lažne nezakonite droge kao što su heroin, kokain, Ecstasy i benzodiazepini.

Gotovo 70 % novih tvari koje su identificirane s pomoću Sustava ranog upozoravanja EU-a otkriveno je u posljednjih 5 godina. Godine 2017. po prvi put su u Europi detektirane 51 nove tvari. To je manje nego u bilo kojoj od 5 prethodnih godina i predstavlja pad u odnosu na vršne vrijednosti od oko 100 novih identificiranih tvari, što je dosegnuto 2014. i 2015. Uzroci takvog smanjenja nisu jasni, no možda se djelomično mogu pripisati mjerama koje poduzimaju europske vlade za zabranu novih tvari, a posebice zabranu njihove otvorene prodaje. Nadalje, važan bi čimbenik mogle biti mjere kontrole i operacije izvršavanja zakonodavstva u Kini usmjerene na laboratorije u kojima se proizvode nove tvari.

Broj novih tvari koje se otkrivaju svake godine samo je jedno u nizu mjerenja kojima se EMCDDA služi za razumijevanje cjelokupnog tržišta. Primjerice, za ilustraciju

SLIKA 1.10

Broj i kategorije novih psihoaktivnih tvari koje su prvi put prijavljene u Sustav ranog upozoravanja EU-a, 2005. – 2017.



kako je kompleksno postalo ovo tržište, više od 50 % (369) novih tvari koje se trenutačno nadzire ipak su detektirane na europskom tržištu droge tijekom 2016.

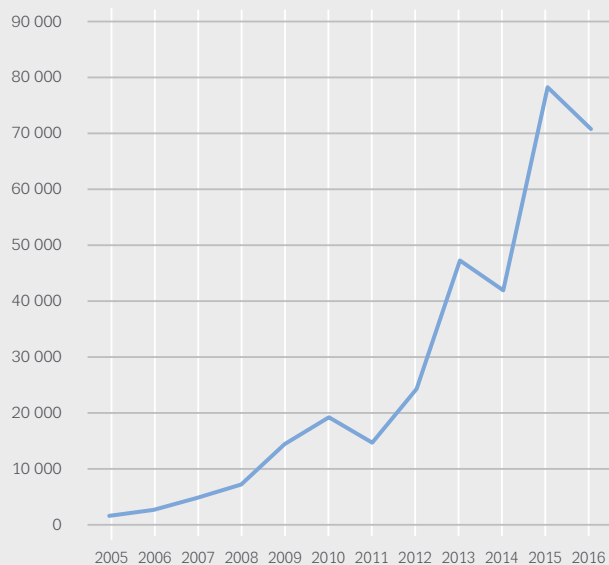
### Zapljene novih psihoaktivnih tvari: sintetički katinoni i kanabinoidi nastavljaju dominirati

Tijekom 2016. putem Sustava ranog upozoravanja EU-a prijavljena je gotovo 71 000 zapljena novih psihoaktivnih tvari (slika 1.11.). Sintetički katinoni i sintetički kanabinoidi zajedno činili su gotovo 80 % svih zapljena i 80 % svih količina novih tvari zaplijenjenih u 2016. godini. Sveukupno smanjenje opaženo je u količinama zaplijenjenim u 2016. u usporedbi s prethodnom godinom. Međutim, povećale su se zaplijenjene količine sintetičkih katinona, benzodiazepina i sintetičkih opioida. Ukupne brojke zapljene novih tvari u Europi trebaju se shvatiti kao minimalne vrijednosti jer se podatci preuzimaju iz izvješća o slučajevima, a ne sustava nadzora. Na prijavljene zapljene utječe niz čimbenika, kao što je povećana svijest o novim tvarima, njihov promjenjiv pravni status, kapaciteti i prioriteta izvršavanja zakonodavstva te prakse izvještavanja tijela za izvršavanje zakonodavstva.

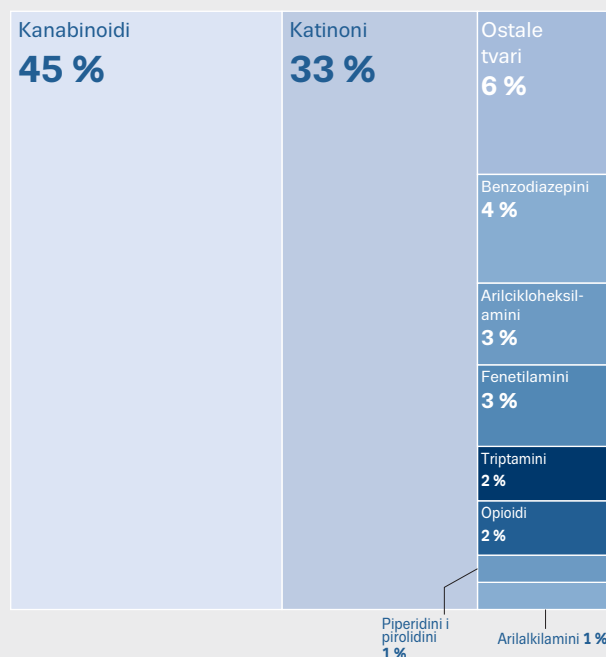
## SLIKA 1.11

Broj zapljena novih psihoaktivnih tvari prijavljenih u Sustav ranog upozoravanja EU-a: trendovi i podjela po kategorijama u 2016.

Broj slučajeva zapljena



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



### Novi sintetički opijati

Ukupno 38 novih opijata otkriveno je na europskom tržištu droga od 2009. g., uključujući 13 koji su prvi put prijavljeni u 2017. To uključuje 28 derivata fentanila, od čega je njih 10 po prvi put prijavljeno u 2017. Iako trenutačno imaju malu ulogu na europskom tržištu droga, novi derivati fentanila iznimno su snažne tvari koje predstavljaju veliku prijetnju zdravlju pojedinaca i opće populacije.

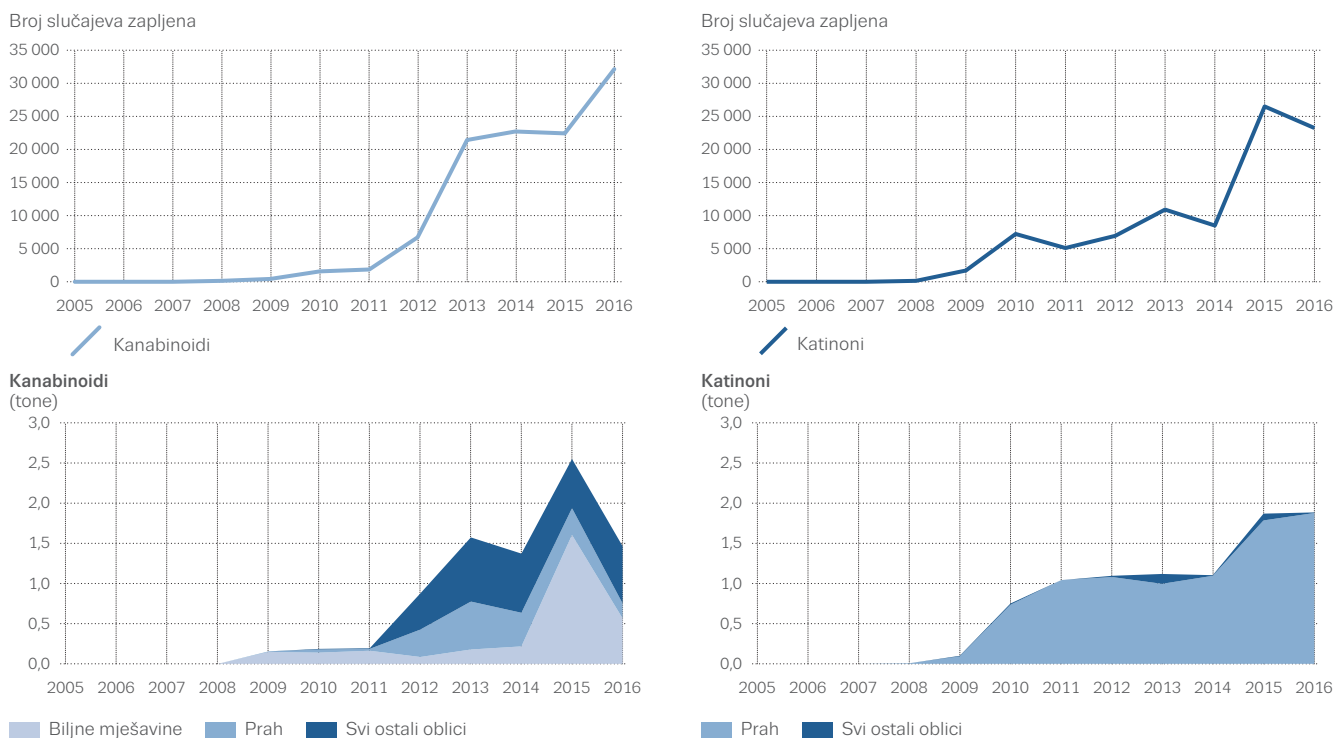
Novi opioidi zaplijenjeni su u različitim oblicima: uglavnom u prahu, tabletama te kao tekućine. Gotovo 4,6 litre sintetičkih opioida zaplijenjeno je 2016., što predstavlja povećanje u odnosu na 1,8 litre prijavljene prethodne godine. Više od 70 % od otprilike 1600 zapljena novih sintetičkih opioida prijavljenih u 2016. činili su derivati fentanila. Derivati fentanila su pronađeni u više od 96 % zaplijenjenih tekućina. Jedna od zabrinjavajućih činjenica u tom pogledu jest pojava raspršivača za nos na tržištu koji sadrže derivate fentanila, kao što su akrilolfentanil, furanilfentanil, 4-fluoroizobutirilfentanil, tetrahydrofuranilfentanil i karfentanil. Na nove opioide odnosilo se 2,3 % ukupnog broja pljenidbi novih tvari zaplijenjenih 2016. što je porast u odnosu na 0,8 % zabilježenih u 2015.

### Sintetički kanabinoidi

Sintetički kanabinoidi tvari su koje oponašaju učinak delta-9-tetrahidrokanabinola (THC), koji je uvelike odgovoran za najvažnije psihoaktivne učinke kanabisa. Europski proizvođači uvoze odjednom velike količine kanabinoida u prahu i miješaju ih s materijalom dobivenim od suhih biljaka. Oni se stavljaju na tržište kao zakonite zamjene za kanabis i prodaju kao „biljne mješavine za pušenje”. Sintetički kanabinoidi i dalje čine najveću skupinu novih tvari koje EMCDDA nadzire i postaju sve kemijski raznolikiji – od 2008. otkriveno ih je 179, uključujući 10 prijavljenih u 2017.

## SLIKA 1.12

### Zapljene sintetičkih kanabinoida i katinona prijavljene u Sustav ranog upozoravanja EU-a: trendovi u broju zapljena i zaplijenjenim količinama



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

Sintetički kanabinoidi bili su najčešće zapljenjivane nove psihoaktivne tvari opet u 2016., s tim da je prijavljeno tek više od 32.000 zapljena (slika 1.12.). To je porast od gotovo 10.000 zapljena prema prethodnoj godini i čini gotovo polovicu ukupnog broja zapljena novih psihoaktivnih tvari prijavljenih u 2016. Pet sintetičkih kanabinoida koji su najčešće bili zaplijenjeni tijekom 2016. bili su MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 i AMB-FUBINACA.

Zapljene sintetičkih kanabinoida čine gotovo 1,5 tona tvari. To predstavlja značajan pad u odnosu na 2,5 tona koje su zaplijenjene u 2015. Biljne mješavine čine 40 % količine zaplijenjene u 2016., s tim da tvari u prahu čine gotovo 13 %.

Zapljena sintetičkih kanabinoida u obliku praha zajedno s otkrivanjem pogona za njihovu obradu u Europi, ukazuje na to da su proizvodi pakirani u Europi. Zaplijenjeni prah, kada bi se obradio u biljne mješavine za pušenje, mogao se upotrijebiti za proizvodnju više milijuna doza. Kanabinoidi za koje su najveće ukupne količine zaplijenjene u 2016. godini bile u obliku praha, bili su AM-6527 derivat 5-fluoropentila (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) i AB-FUBINACA (7 kg).

### Sintetički katinoni

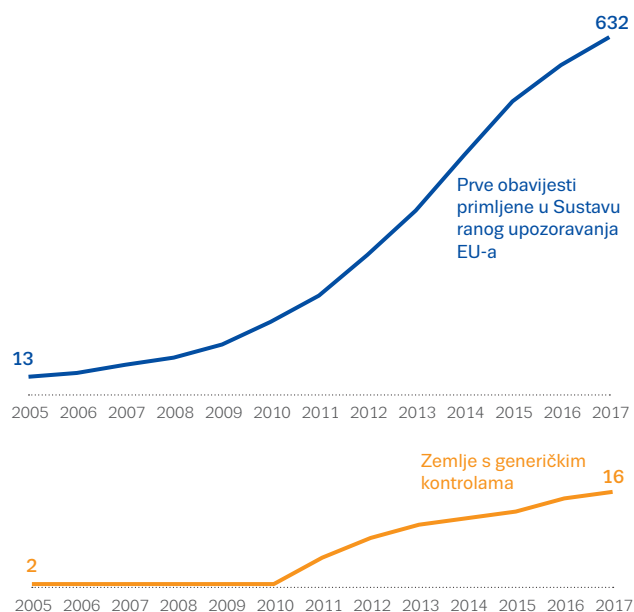
Sintetički katinoni kemijski su povezani s katinonom, prirodnim stimulansom koji se javlja u biljci kat (*Catha edulis*). Te tvari imaju učinke slične čestim nezakonitim stimulansima kao što su amfetamin, kokain i MDMA. Sintetički katinoni druga su najveća skupina novih tvari koje EMCDDA nadzire. Otkriveno ih je ukupno 130, uključujući 12 koje su prvi put detektirane 2017.

Sintetički katinoni bili su druga najčešće zaplijenjena skupina novih psihoaktivnih tvari 2016. godine, s više od 23 000 zapljena, odnosno gotovo jednom trećinom ukupnog broja zapljena. To je blagi pad u odnosu na broj zapljena prethodne godine. Pet najčešće zaplijenjenih katinona u 2016. bili su alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metil-N,N-dimetilkatinon i 3-MMC.

Zapljene tih tvari činile su gotovo 1,9 tona, čime su sintetički katinoni po količini najviše zapljenjivane nove psihoaktivne tvari u 2016. godini (slika 1.12.). Sintetički katinoni uglavnom se otkrivaju u obliku praha. Katinoni s najvećim ukupnim količinama zaplijenjenim u obliku praha bili su 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) i meksedron (50 kg).

## SLIKA 1.13

Pojava novih psihoaktivnih tvari i uvođenje kontrole generičkih skupina u Europi od 2005.



## Novi benzodiazepini

EMCDDA trenutačno nadzire 23 nova benzodiazepina od čega su 3 detektirana u Europi prvi put 2017. godine. Neki od novih benzodiazepina prodaju se kao tablete, kapsule ili prah pod vlastitim nazivima. U drugim slučajevima krivotvoritelji upotrebljavaju te tvari da bi proizveli lažne inačice lijekova protiv anksioznosti koji se često propisuju, kao što su diazepam i alprazolam, koje su se izravno prodavale na nezakonitom tržištu droga. Dok se broj zaplijena benzodiazepina u 2016. smanjio u odnosu na 2015., zaplijenjena količina značajno se povećala. Tijekom 2016. zaplijenjeno je više od pola milijuna tableta koje su sadržavale nove benzodiazepine kao što su diklazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam i fonazepam, a to je u odnosu na broj prijavljen 2015. godine povećanje od oko dvije trećine.

## Nove psihoaktivne tvari: novi odgovori zakona

Europske zemlje poduzimaju mjere s ciljem suzbijanja ponude droga u skladu s trima konvencijama Ujedinjenih naroda koje pružaju okvir za kontrolu proizvodnje, trgovine i posjedovanja više od 240 psihoaktivnih tvari. Brza pojava novih psihoaktivnih tvari i raznolikost dostupnih proizvoda 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 države prvo reagirale s pomoću zakona o zaštiti potrošača, a zatim su naknadno proširile ili prilagodile zakone o borbi protiv droge uključivanjem novih psihoaktivnih tvari. Te su zemlje sve više osmišljavale posebne nove zakone za rješavanje tog problema.

Tijekom mnogo godina većina europskih zemalja samo je pojedinačno popisivala kontrolirane tvari. Međutim, kako se broj novih tvari primijećenih u Europi povećao, više zemalja tražilo je kontrolu skupina tvari (slika 1.13.). Većina zemalja definirala je te skupine prema kemijskoj strukturi („generičke” skupine), iako je malo njih definiralo skupine prema njihovim učincima. Većina zemalja koje su pristupile generički dodale su postojećim zakonima o drogama definicije skupina, ali neke su samo uključile te skupine u specifično zakonodavstvo o novim psihoaktivnim tvarima.

Na razini EU-a, zakonodavni okvir za odgovor na prijetnje koje je za javno zdravstvo i društvo prouzročeno novim psihoaktivnim tvarima, a koje potječe iz 2005. godine, bio je revidiran kako bi se uspostavio brži, učinkovitiji sustav. Novo zakonodavstvo zadržalo je pristup od tri koraka za odgovor na nove psihoaktivne tvari; rano upozoravanje, procjenu rizika i mjere kontrole, dok su postojeći procesi ojačani pojednostavljivanjem i ubrzavanjem postupka prikupljanja podataka i postupaka procjene te uvođenjem kraćih rokova dostave. Nakon procjene rizika komisija može predložiti da se tvar podvrgne mjerama kontrole. Europski parlament i Vijeće imaju pravo unutar dva mjeseca te pod određenim okolnostima uputiti prigovor na prijedlog Komisije. Kada odluka stupi na snagu, nacionalna nadležna tijela imaju 6 mjeseci (umjesto 12) da tvar stave pod kontrolu na svojem teritoriju.

**EMCDDA trenutačno**

**nadzire 23 nova**

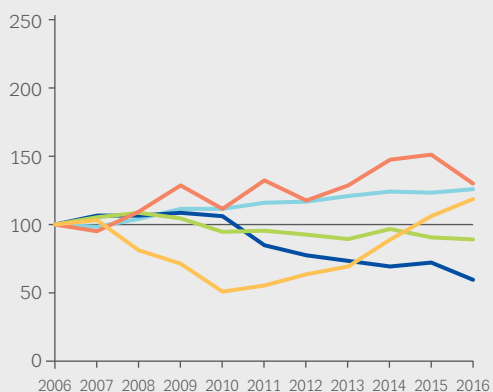
**benzodiazepina**

## SLIKA 1.14

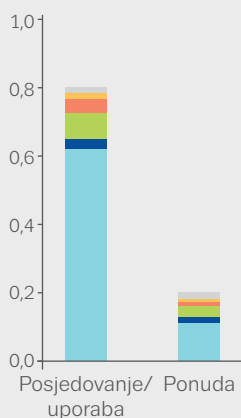
Kršenja zakona povezana s drogom u Europi koja se odnose na uporabu droge ili posjedovanje droge za uporabu ili prodaju: pokazatelji trendova i prijavljena kršenja zakona u 2016.

### Kršenja zakona zbog posjedovanja/uporabe

Pokazatelji trendova

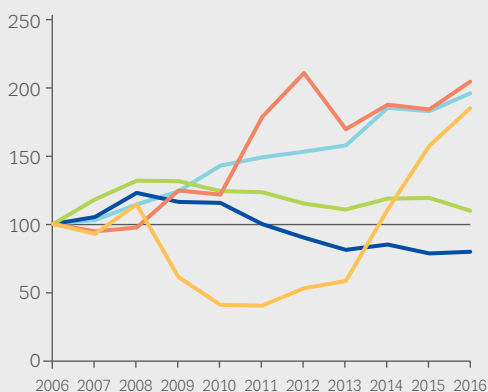


Broj kršenja zakona (milijun)



### Kršenja zakona zbog prodaje

Pokazatelji trendova



Heroin Kokain MDMA Kanabis Amfetamini Ostale tvari

Napomena: Podatci o kršenju zakona zbog droge

## Kršenja zakona o drogama: prevladava kanabis

Provedba zakona prati se putem podataka o prijavljenim kršenjima zakona o suzbijanju droga. Prema procjeni, u Europskoj uniji zabilježeno je 2016. godine 1,5 milijuna kršenja zakona povezanih s drogom, što je porast za jednu trećinu (33 %) od 2006. Većina tih kršenja zakona (74 %) odnosilo se na uporabu ili posjedovanje droge, što je u 2016. iznosilo oko 1 milijun kršenja zakona, a to je povećanje od 28 % u usporedbi s 2006. godinom. Više od tri četvrtine kršenja zakona zbog uporabe ili posjedovanja droge uključivalo je kanabis (77 %). Trend porasta u broju kršenja zakona zbog uporabe ili posjedovanja MDMA-a nastavio se i u 2016., iako ona čine tek 2 % kršenja zakona koja se odnose na uporabu (slika 1.14.).

Ukupno gledajući, broj prijavljenih kršenja zakona povezanih s ponudom droga porastao je u Europskoj uniji za 14 % od 2006. godine, a procjenjuje se da je u 2016. godini dosegao više od 200.000 slučajeva. Kanabis je bio odgovoran za većinu kršenja zakona povezanih s ponudom (57 %). Zabilježen je nagli porast prijave kršenja zakona povezanih s ponudom MDMA-a od 2013. (slika 1.14.).

## SAZNAJTE VIŠE

## Publikacije EMCDDA-a

## 2018

Country Drug Reports 2018.

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

## 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 Papers.

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

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

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.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

## 2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

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

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

## 2015

EMCDDA–Europol Joint Report on  $\alpha$ -PVP.

## 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](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 2

**Uporaba droga u Europi  
danas obuhvaća širi spektar  
tvari nego u prošlosti**



# Prevalencija i trendovi uporabe droga

Uporaba droga u Europi danas obuhvaća širi spektar tvari nego u prošlosti. Među konzumentima droge česta je kombinirana uporaba droga, a pojedinačni obrasci uporabe kreću se u rasponu od eksperimentalne do uobičajene i ovisničke konzumacije. Prevalencija uporabe kanabisa otprilike je pet puta veća od prevalencije uporabe ostalih 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. Uporaba svih vrsta droga u pravilu je češća među muškarcima, a ta je razlika često naglašenija zbog intenzivnijih ili redovitijih obrazaca uporabe.

## Praćenje uporabe droga

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

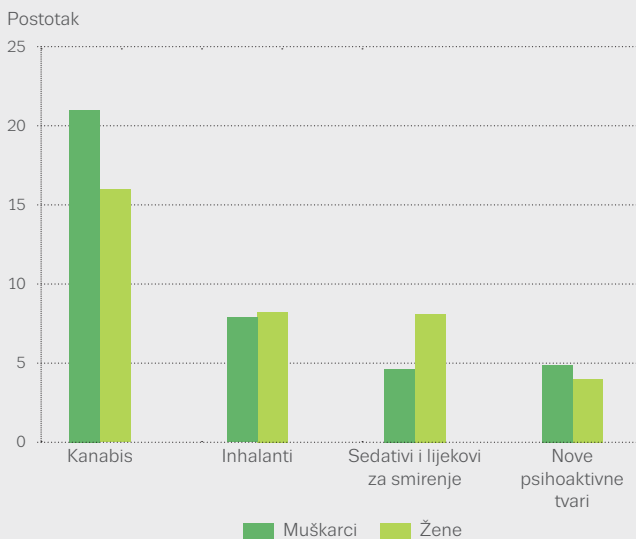
Istraživanja provedena na učenicima i općoj populaciji mogu pružiti pregled prevalencije eksperimentalne i rekreacijske uporabe droga. Rezultati dobiveni istraživanjem mogu se nadopuniti analizama tragova droga u komunalnim otpadnim vodama na razini zajednice koje se provode u gradovima diljem Europe.

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

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

SLIKA 2.1

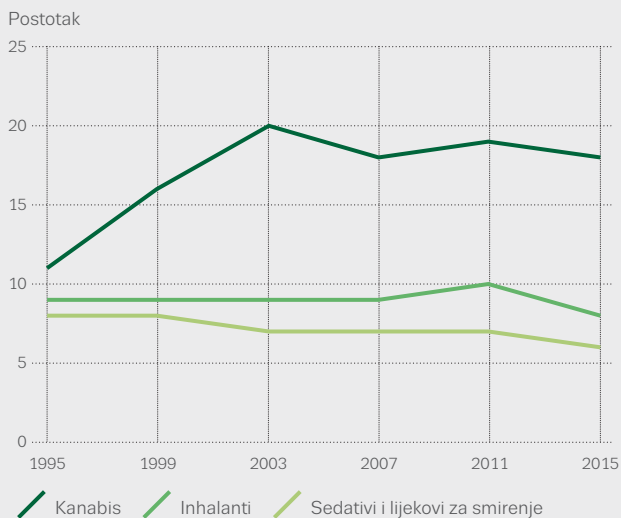
Uporaba tvari tijekom života među europskim učenicima u dobi od 15 do 16 godina, prema spolu



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

SLIKA 2.2

Trendovi prevalencije tijekom života, kanabisa, inhalanata i lijekova (sedativi i sredstva za smirenje bez recepta), uporaba među europskim učenicima u dobi od 15 do 16 godina



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

### Uporaba tvari među učenicima: stabilno stanje ili trendovi pada

Praćenjem konzumacije droga među učenicima dobiva se važan uvid u postojeća rizična ponašanja mladih i moguće buduće trendove. U sklopu Europskog istraživanja o pušenju, pijenju alkohola i uzimanju droga među učenicima (ESPAD) u 2015. proveden je šesti krug prikupljanja podataka od početka istraživanja 1995. Najnovijim istraživanjem prikupljeni su usporedivi podatci o konzumaciji droga među učenicima u dobi od 15 i 16 godina iz 35 europskih zemalja, uključujući 23 države članice Europske unije i Norvešku. Među učenicima u ove 24 zemlje, u prosjeku 18 % izjavilo je da je probalo kanabis barem jednom (životna prevalencija), pri čemu su najviši postotci zabilježeni u Češkoj (37 %) i Francuskoj (31 %), a 8 % učenika izjavilo je da se to odnosi na proteklih 30 dana. Uporaba nezakonitih droga osim kanabisa (MDMA/ Ecstasy, amfetamin, kokain, metamfetamin i halucinogeni) bila je mnogo rjeđa, uz ukupnu životnu prevalenciju od 5 %.

Upitnik je uključivao i pitanja o uporabi drugih tvari, kao što su inhalanti, lijekovi i nove psihoaktivne tvari. Među ispitanicima iz EU-a i Norveške, prosječna prevalencija uporabe inhalanata tijekom života bila je 8 % (u rasponu od 3 % u Belgiji (Flandrija) do 25 % u Hrvatskoj). O uporabi sedativa ili lijekova za smirenje bez liječničkog recepta u nekom trenutku tijekom života izjasnilo se prosječno 6 % učenika (u rasponu od 2 % u Rumunjskoj do 17 % u Poljskoj), a za takvu uporabu novih psihoaktivnih tvari prosječno 4 % učenika (u rasponu od 1 % u Belgiji

(Flandrija) do 10 % u Estoniji i Poljskoj) (slika 2.1.). Među osobama koje su konzumirale nove psihoaktivne tvari u proteklih 12 mjeseci (3,2 % sudionika), biljne mješavine za pušenje bile su najčešća vrsta tvari (2,6 % svih sudionika), s tim da je uporaba praha, kristala ili tableta, tekućina ili drugih oblika novih psihoaktivnih tvari bila rjeđa.

Među 22 države s dovoljno podataka za analizu, sveukupna uporaba kanabisa tijekom života dosegla je vrhunac 2003., nakon čega je prema anketnom istraživanju iz 2007. godine slijedilo blago smanjenje (slika 2.2.). Otada je prevalencija relativno stabilna. U pogledu inhalanata koji se udišu tijekom života zabilježeno je smanjenje između 2011. (10 %) i 2015. (8 %), ali dugoročni trend između 1995. i 2015. relativno je stabilan (slika 2.2.). Za sedative i sredstva za smirenje, uporaba tijekom života blago se smanjila između 1995. i 2015., pri čemu je tijekom tog razdoblja prevalencija bila redovito viša među djevojkama nego među dječacima. Trend podataka za nove psihoaktivne tvari nije dostupan u ESPAD-u jer su pitanja u uporabi tih droga bila prvi put uključena 2015.

## Više od 92 milijuna odraslih osoba probalo je nezakonite droge

Procjenjuje se da je više od 92 milijuna, odnosno nešto više od četvrtine osoba u dobi od 15 do 64 godine u Europskoj uniji tijekom života probalo nezakonite droge. Iskustvo uporabe droga češće prijavljuju muškarci (56,0 milijuna) nego žene (36,3 milijuna). Najčešće isprobana droga jest kanabis (53,5 milijuna muškaraca i 34,3 milijun žena), dok su mnogo niže procjene o uporabi kokaina (11,8 milijuna muškaraca i 5,2 milijuna žena), MDMA-a (9,0 milijuna muškaraca i 4,5 milijuna žena) i amfetamina (8,0 milijuna muškaraca i 4,0 milijuna žena) tijekom života. Razine uporabe kanabisa tijekom života znatno se razlikuju među državama, a obuhvaćaju raspon od otprilike 41 % odraslih osoba u Francuskoj do manje od 5 % odraslih osoba na Malti.

Uporaba droga evidentirana za prošlu godinu pruža uvid u nedavnu uporabu droga, a uglavnom je koncentrirana među mladima. Procjenjuje se da je 18,9 milijuna mladih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine) upotrijebilo droge u prošloj godini, pri čemu broj muškaraca koji su to izjavili dva puta viši od broja žena.

## Uporaba kanabisa: općenito stabilna, ali s velikim nacionalnim varijacijama

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

Procjenjuje se da je u Europskoj uniji 87,6 milijuna odraslih (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 26,3 % ove dobne skupine, eksperimentiralo s kanabisom u nekom trenutku života. Procjenjuje se da je od toga 17,2 milijuna mladih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine), ili 14,1 % ove dobne skupine, upotrijebilo kanabis u prošloj godini, od čega je 9,8 milijuna bilo u dobi od 15 do 24 godine (17,4 % ove dobne skupine). Stope prevalencije u posljednjih 12 mjeseci u dobnoj skupini od 15 do 34 godina kreću se od 3,5 % u Mađarskoj do 21,5 % u Francuskoj. Među mladima koji su upotrijebili kanabis u prošloj godini omjer muškaraca i žena iznosi dva prema jedan.

Najnoviji rezultati istraživanja pokazuju stabilnu situaciju ili porast uporabe kanabisa među mladim odraslim osobama u prošloj godini u većini država. Od država koje su od 2015. godine provodile istraživanja i izvijestile o intervalima pouzdanosti, osam je zabilježilo povećanje u procjenama, devet ih je bilo stabilno, a dvije su zabilježile smanjenje stope procjene u odnosu na prethodno slično istraživanje.

## KONZUMENTI KANABISA KOJI SU ZAPOČELI TRETMAN



### Karakteristike

16%  84% 

16 Prosječna dob pri prvoj uporabi

25 Prosječna dob kod prvog tretmana

83 000 Konzumenti prvi put uključeni u tretman



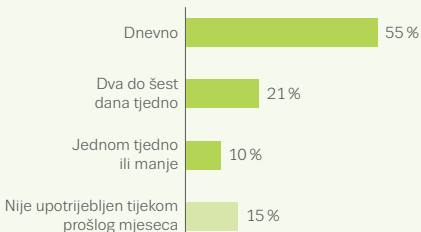
57 000 Konzumenti koji su već bili na tretmanu

59%

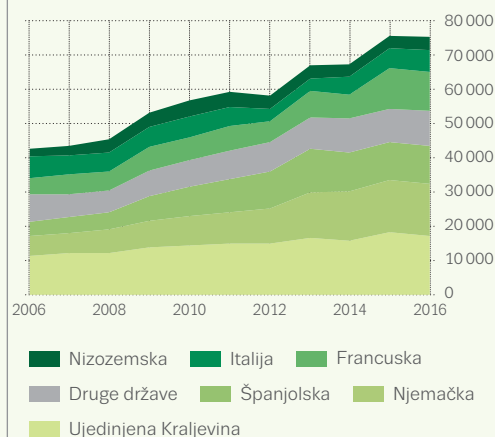
41%

### Učestalost uporabe tijekom prošlog mjeseca

Srednja uporaba **5,5** dana tjedno



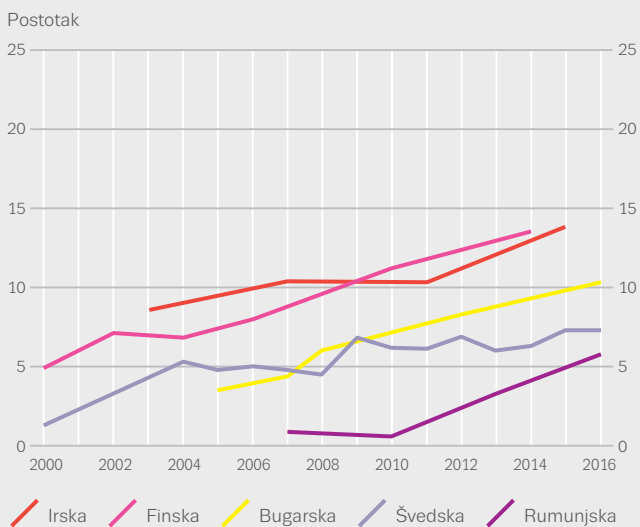
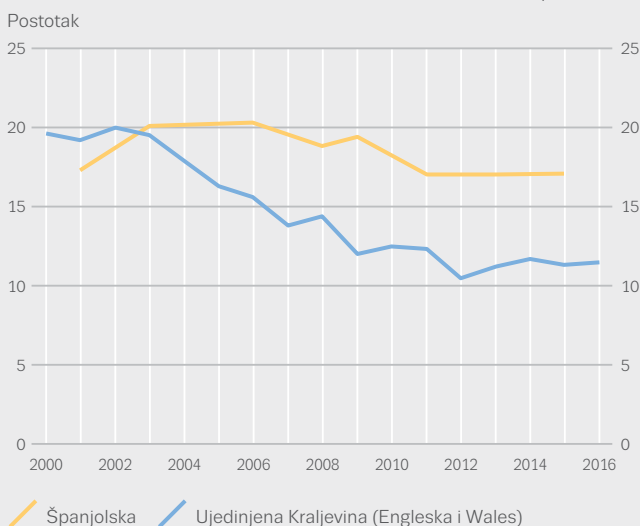
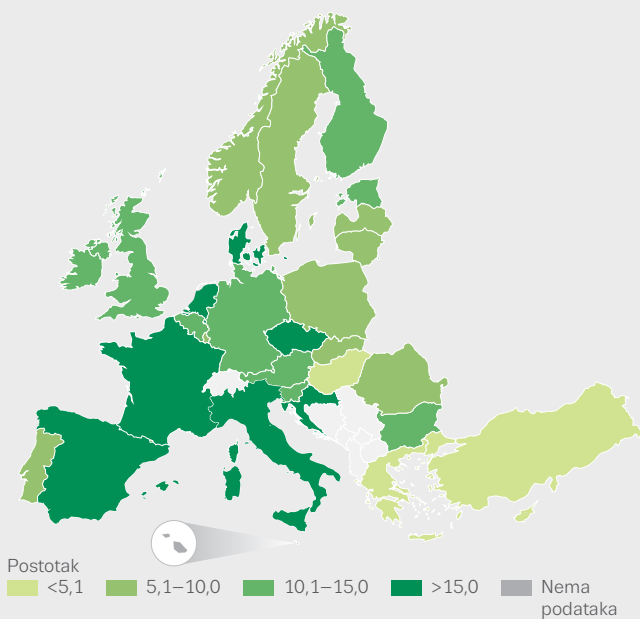
### Trendovi konzumenata koji su prvi puta započeli tretman



Napomena: Osim za trendove, podatci se odnose na sve konzumente koji su započeli tretman, a kanabis im je primarna droga. Trendovi konzumenata koji su prvi puta započeli tretman temelje se na podatcima za 25 država. U grafikon trendova uključene su samo zemlje s podatcima za najmanje 9 od 11 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 iz prijašnjih godina.

## SLIKA 2.3

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



Malo je zemalja koje imaju dovoljno podataka iz istraživanja koji bi omogućili statističku analizu trendova uporabe kanabisa u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama (15 – 34). Među njima, dugotrajni trendovi smanjenja koji su zabilježeni u proteklom desetljeću u Španjolskoj i Ujedinjenoj Kraljevini prema novijim su se podacima stabilizirali (slika 2.3).

U proteklom desetljeću, trend porasta u prevalenciji uporabe kanabisa u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama opažen je u nekoliko država. One uključuju Irsku i Finsku gdje najnoviji podatci ukazuju na razine koje se približavaju prosjeku EU-a od 14,1 % te, iako su novije razine niže, uključujući Bugarsku, Rumunjsku i Švedsku. Među zemljama koje su dostavile podatke novih istraživanja, treće slično godišnje istraživanje provedeno u Nizozemskoj 2016. potvrdilo je prevalenciju od nešto manje od 16 %. U istraživanju za 2017. u Danskoj zabilježen je jedan od rijetkih slučajeva smanjenja: 15,4 %, u usporedbi s predviđanjem iz 2013. od 17,6 %.

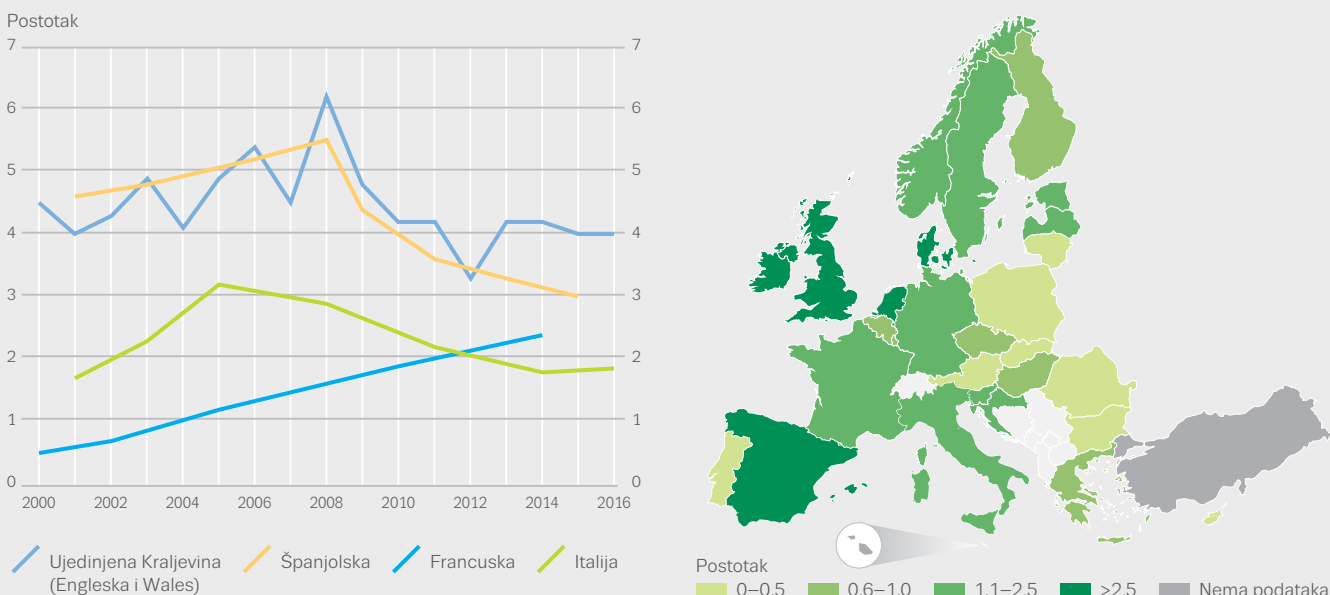
### Visokorizična uporaba kanabisa: trend u porastu

Na temelju istraživanja općeg stanovništva procjenjuje se da gotovo 1 % odraslih Europljana čine dnevni ili gotovo svakodnevni konzumenti kanabisa, odnosno da su konzumirali kanabis 20 ili više dana u prethodnom mjesecu. Oko 37 % njih stariji su konzumenti droge, u dobi od 35 do 64 godine, a oko tri četvrtine su muškarci.

Kada se razmatraju zajedno s drugim pokazateljima, podatci o osobama koje započinju tretman zbog uporabe kanabisa mogu pružiti informacije o prirodi i razmjeru visokorizične uporabe kanabisa u Europi. U 2016. više od 150 000 osoba započelo je tretman ovisnosti u Europi zbog problema povezanih s uporabom kanabisa; za otprilike njih 83 000 to je predstavljalo prvi tretman ovisnosti. U 25 zemalja za koje su dostupni podatci, ukupni broj osoba koje su prvi put započele tretman zbog problema s kanabisom povećao se za 76 % između 2006. i 2016., s tim da je u većini zemalja (18) zabilježen porast tijekom tog razdoblja. Mnogi čimbenici mogu biti uzrok takvom porastu, uključujući višu stopu prevalencije uporabe kanabisa u općoj populaciji, povećanje broja intenzivnih konzumenata, dostupnost visokopotentnih proizvoda, promjene u percepciji rizika, višu razinu dostupnih oblika tretmana i veći broj upućivanja na tretman, posebice kroz kaznenopravni sustav. Sveukupno gledano, 50 % primarnih konzumenata kanabisa koji su prvi put uključeni u tretman 2016. godine, navelo je svakodnevnu uporabu droge tijekom prethodnog mjeseca. Međutim, udio svakodnevnih konzumenata varira među zemljama i kreće se od 10 % ili manje u Latviji, Mađarskoj i Rumunjskoj do 60 % ili više u Španjolskoj, Francuskoj, Nizozemskoj i Turskoj.

## SLIKA 2.4

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



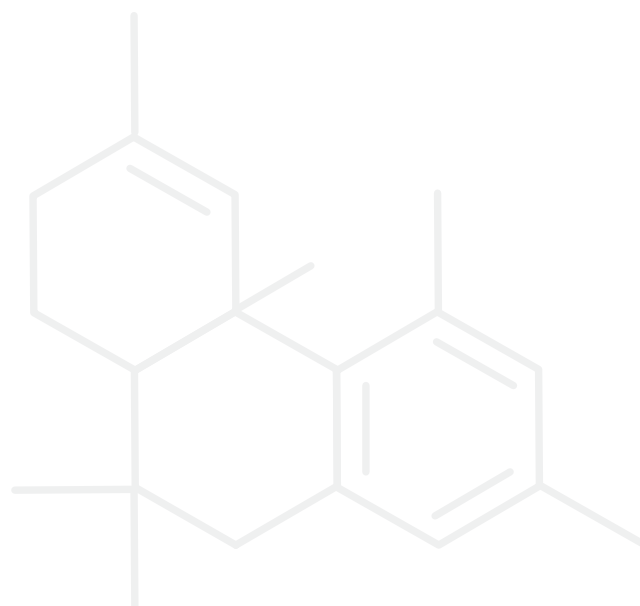
### Uporaba kokaina: općenito stabilna, ali sa znakovima porasta

Kokain je najčešće upotrebljavana nezakonita stimulativna droga u Europi, a prevalencija njegove uporabe veća je u zemljama južne i zapadne Europe. Među redovitim konzumentima može se uočiti velika razliku između društveno integriranih konzumenata, koji često šmrču kokain u prahu (kokain hidroklorid), i marginaliziranih konzumenata, koji injektiraju kokain ili puše *crack* kokain (baza kokaina), ponekad uz uporabu opioida. U mnogim skupovima podataka nije moguće razlikovati dva oblika kokaina (kokain u prahu ili *crack*) te izraz „uporaba kokaina” uključuje oba oblika.

Procjenjuje se da je 17,0 milijuna odraslih Europljana (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 5,1 % ove dobne skupine, probalo kokain u nekom trenutku života. Među njima je oko 2,3 milijuna mladih odraslih osoba u dobi od 15 do 34 godine (1,9 % ove dobne skupine) koje su u prošloj godini upotrijebile kokain.

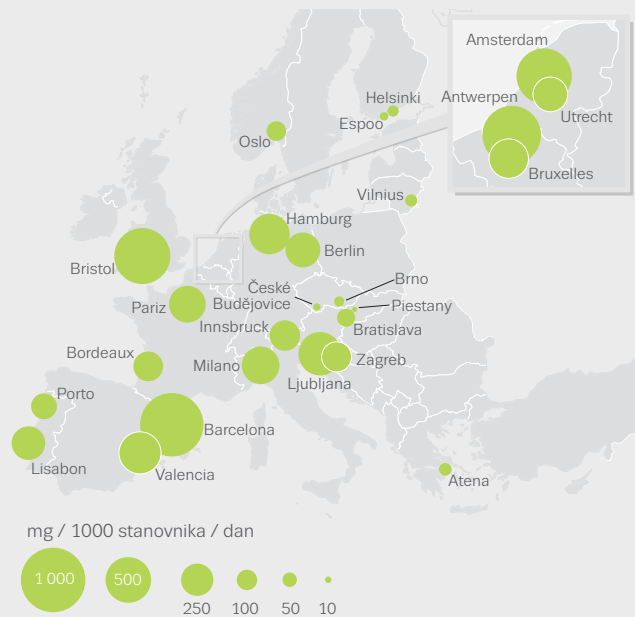
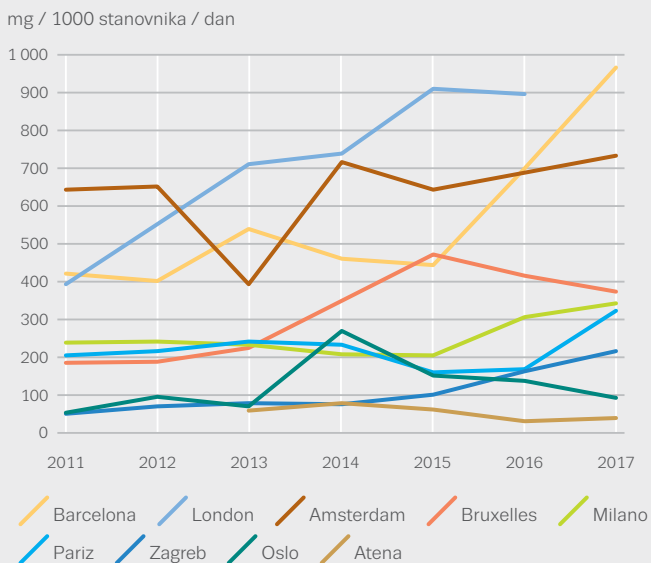
Samo Danska, Irska, Španjolska, Nizozemska i Ujedinjena Kraljevina izvješćuju o prevalenciji uporabe kokaina u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama većoj od 2,5 %. Smanjenje uporabe kokaina diljem Europe zabilježeno u prethodnim godinama nije uočeno u najnovijim istraživanjima. Od država koje su od 2015. godine provodile istraživanja i izvijestile o intervalima pouzdanosti, 3 su zabilježile povećanje u procjenama, 14 ih je zabilježilo stabilan trend, a 1 je zabilježila smanjenje stope procjene u odnosu na prethodno slično istraživanje.

Statistička analiza dugoročnih trendova uporabe kokaina među mladim odraslim osobama u prethodnoj godini moguća je samo za mali broj država, a novi podatci potvrđuju postojeće trendove. Španjolska i Ujedinjena Kraljevina bilježe trend povećane prevalencije do 2008. godine, nakon čega slijedi razdoblje stabilizacije ili opadanja (slika 2.4.). Dok je u Italiji zabilježen pad od najviše vrijednosti u 2005., najnovije istraživanje upućuje na to da se razina sada možda stabilizirala. Trend porasta opažen je 2014. godine u Francuskoj, kada je stopa prevalencije prvi put porasla iznad 2 %.



## SLIKA 2.5

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



Napomena: srednje dnevne količine benzoilekgonina u miligramima na 1000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom tjedan dana od 2011. do 2017. godine.

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

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

Analizom provedenom 2017. godine najviše je maseno opterećenje benzoilekgonina, glavnog metabolita kokaina, otkriveno u gradovima u Belgiji, Španjolskoj, Nizozemskoj i Ujedinjenoj Kraljevini, a vrlo niske razine zabilježene su u većini istočnoeuropskih gradova (slika 2.5.). Od 31 grada za koje postoje podatci za 2016. i 2017., 19 gradova prijavilo je povećanje, 6 smanjenje, a 6 stabilno stanje. Rastući dugoročni trendovi bilježe se za mnoge od 13 gradova za koje postoje podatci za 2011. i 2017. godinu.

### Visokorizična uporaba kokaina: više osoba koje traže tretman

Prevalenciju visokorizične uporabe kokaina u odraslih Europljana teško je izmjeriti jer su novije procjene dostupne za samo 4 zemlje, a definicije i metodologije se razlikuju. U Španjolskoj je novo anketno istraživanje, ispitujući veliku učestalost uporabe, pokazalo procijenjenu

uporabu visokorizičnog kokaina od 0,43 % među osobama u dobi od 14 do 18 godina u 2016./17. U Njemačkoj je na temelju pitanja za utvrđivanje težine problematičnog uzimanja kokaina (Severity of Dependence Scale – SDS) 2015. visokorizična uporaba kokaina među odraslom populacijom u 2015. procijenjena na 0,20 %. U Italiji je odrasla populacija kojoj je potreban tretman zbog uporabe kokaina u 2015. procijenjena na 0,65 %. U Portugalu je istraživanjem na temelju neizravnih statističkih metoda visokorizična uporaba kokaina procijenjena na 0,98 % odrasle populacije u 2015.

Na Španjolsku, Italiju i Ujedinjenu Kraljevinu odnosi se gotovo tri četvrtine (73 %) svih zabilježenih specijaliziranih tretmana povezanih s kokainom u Europi. Kokain kao primarnu drogu navelo je više od 67 000 osoba koje su uključene u specijalizirani tretman ovisnosti o drogi u 2016. i oko 30 000 osoba kojima je to prvi tretman.

Nakon razdoblja opadanja, ukupan broj konzumenata kokaina koji su po prvi put započeli tretman povećao se za jednu petinu između 2014. i 2016. Dok se većina tog porasta odnosi na Italiju i Ujedinjenu Kraljevinu, gotovo sve zemlje zabilježile su porast tijekom istog razdoblja.

Većina osoba koje su uključene u specijalizirani tretman zbog problema povezanih s uporabom kokaina bili su primarni konzumenti praha kokaina (51 000 ili 10 % svih osoba uključenih u tretman 2016.). Većina primarnih

konzumenata kokaina traži tretman zbog uporabe samo te droge (31 % svih konzumenata koji su prošli tretman zbog uporabe praha kokaina) ili u kombinaciji s kanabisom (26 %), alkoholom (31 %) ili drugim tvarima (12 %). Ova je skupina većinom društveno dobro integrirana, sa stabilnim životnim uvjetima i redovitim zaposlenjem. Jedna druga skupina koju su činili marginaliziraniji konzumenti, bila je uključena u tretman zbog primarne uporabe *crack* kokaina (8300 liječenih ili 2 % svih liječenih u 2016.), a mnogi od njih možda su kao sekundarnu drogu uzimali i heroin. Nedavna povećanja broja liječenih konzumenata *crack* kokaina zabilježena su u Italiji i Ujedinjenoj Kraljevini.

Uporabu kokaina u kombinaciji s heroinom ili drugim opioidima navelo je 53 000 osoba koje su uključene u specijalizirani tretman ovisnosti u Europi 2016. Taj broj predstavlja 15 % svih započetih tretmana za koje su dostupni podatci za uporabu te primarne i sekundarne droge.



## KONZUMENTI KOKAINA KOJI SU ZAPOČELI TRETMAN

### Karakteristike

14%  86% 

23 Prosječna dob pri prvoj uporabi

34 Prosječna dob kod prvog tretmana

30 300

Konzumenti prvi put uključeni u tretman

47%



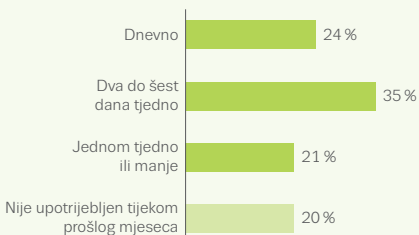
34 400

Konzumenti koji su već bili na tretmanu

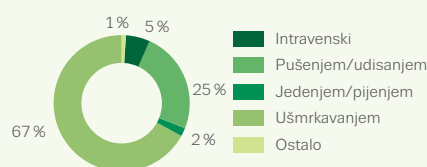
53%

### Učestalost uporabe tijekom prošlog mjeseca

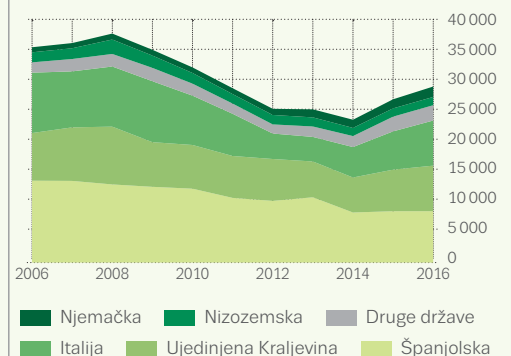
Srednja uporaba **4,1** dana tjedno



### Put primjene



### Trendovi konzumenata koji su prvi puta započeli tretman

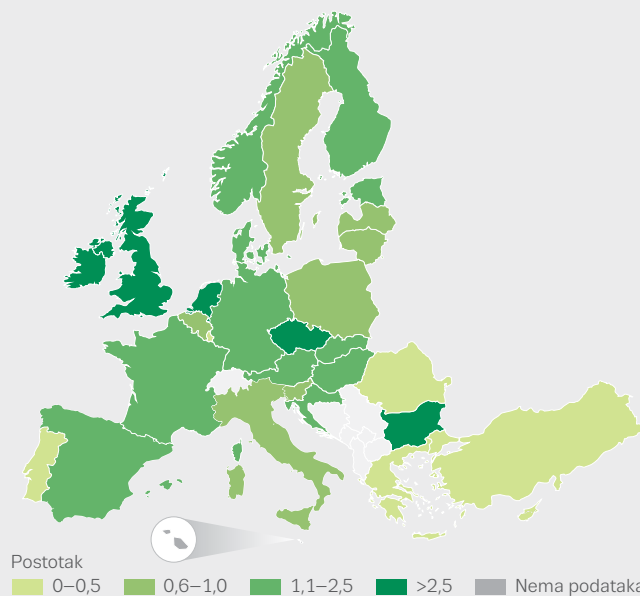
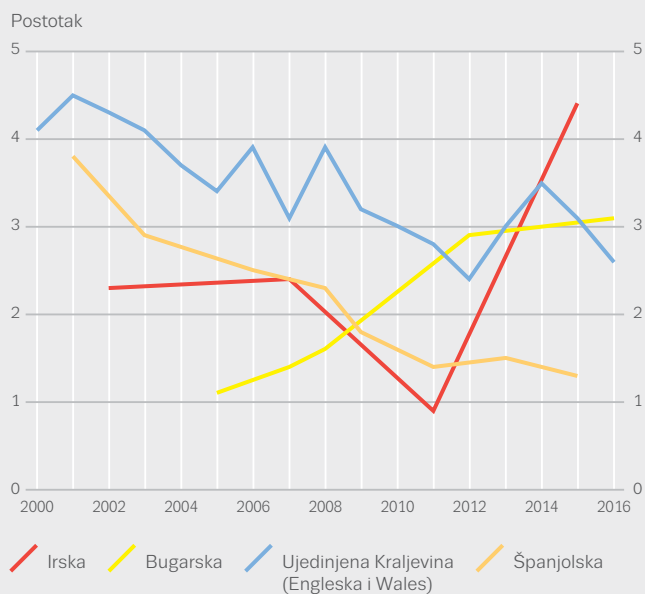


Napomena: Osim za trendove, podatci se odnose na sve konzumente koji su započeli tretman, a kokain im je primarna droga. Trendovi konzumenata koji su prvi put započeli tretman temelje se na podatcima za 25 država. U grafikon trendova uključene su samo zemlje s podatcima za najmanje 9 od 11 godina. Vrijednosti 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 iz prijašnjih godina.



## SLIKA 2.6

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



### MDMA: čini se da se uporaba stabilizira

MDMA (3,4-metilenedioksimetamfetamin) upotrebljava se u obliku tableta (koje se često nazivaju Ecstasy) te kao kristali i prah. Tablete se obično gutaju, dok se kristali i prah mogu uzimati na usta, ali se mogu i šmrkati.

Procjenjuje se da je 13,5 milijuna odraslih Europljana (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 4,1 % ove dobne skupine, probalo MDMA/Ecstasy u nekom trenutku života. U dobnoj skupini s najvećom stopom konzumacije droga, novije brojke ukazuju na to da je 2,2 milijuna mlađih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine) upotrijebilo MDMA u prethodnoj godini (1,8 % ove dobne skupine), pri čemu se procjene na nacionalnoj razini kreću od 0,2 % u Portugalu i Rumunjskoj do 7,4 % u Nizozemskoj.

Donedavno je u mnogim državama prevalencija MDMA-a bila u padu u usporedbi s najvišim razinama evidentiranim početkom i sredinom 2000-ih. Međutim, nedavnih godina izvori praćenja ukazuju na stabilizaciju ili povećanu uporabu MDMA-a u nekim zemljama. Od država koje su od 2015. godine provodile nova istraživanja i izvijestile o intervalima pouzdanosti, 5 ih je zabilježilo povećanje u procjenama u odnosu na prethodno slično istraživanje, u 12 su procjene ostale stabilne, a 1 je zabilježila manju stopu procjene.

U slučajevima u kojima postoje podatci za statističku analizu trendova uporabe MDMA-a među mlađim odraslim osobama u prethodnoj godini, noviji podatci upućuju na promjene (slika 2.6.). U Ujedinjenoj Kraljevini nakon trenda

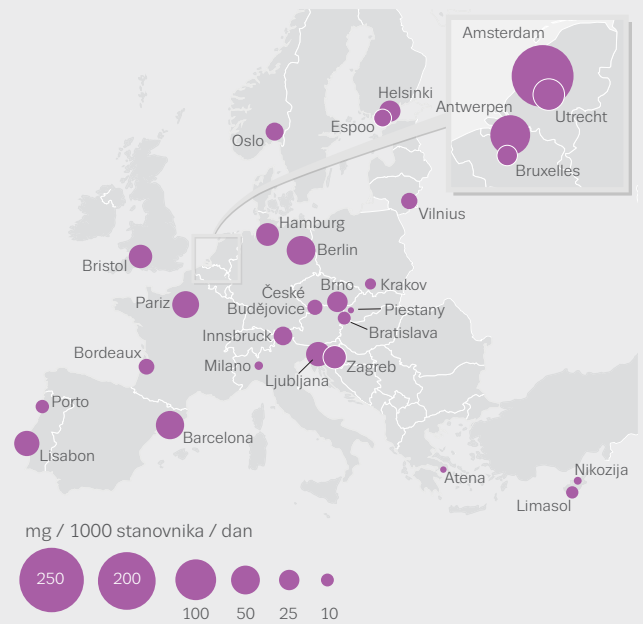
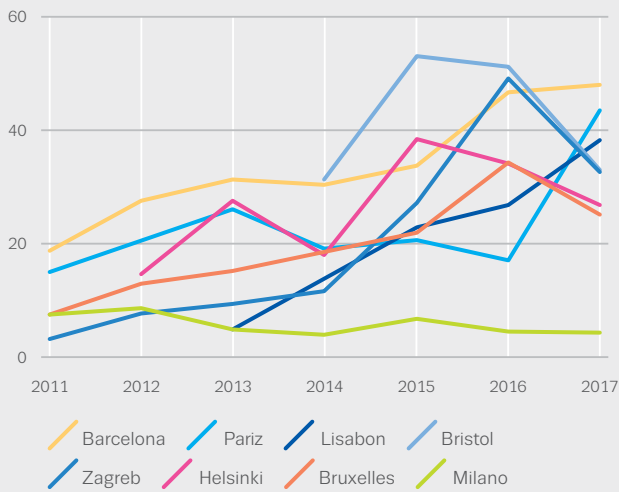




## SLIKA 2.7

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

mg / 1000 stanovnika / dan



Napomena: srednje dnevne količine MDMA-a u miligramima na 1000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom tjedan dana od 2011. do 2017. godine.

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

smanjenja, porast opažen između 2012. i 2014. vratio se u novijim podacima na prijašnje vrijednosti. U Španjolskoj dugoročni trend bilježi smanjenje, iako su novije vrijednosti stabilne. Najnoviji podatci pokazuju izrazito povećanje prevalencije u Irskoj od 2011. i trend porasta u Bugarskoj. Podatci istraživanja u 2016. u Nizozemskoj potvrđuju visoke razine zabilježene u dva prethodna godišnja izvješća.

Analizom većeg broja gradova provedenom 2017. godine najviše je maseno opterećenje MDMA-om otkriveno u otpadnim vodama gradova u Belgiji, Nizozemskoj i Njemačkoj (slika 2.7.). Od 33 grada za koje postoje podatci za 2016. i 2017., 11 je prijavilo povećanje, 7 stabilno stanje, a 15 smanjenje. Kada je riječ o dugoročnim trendovima, u većini gradova za koje postoje podatci za 2011. i 2017. (12 gradova) masena opterećenja otpadnih voda MDMA-om bila su viša 2017. nego 2011. Međutim,

nagli porast opažen tijekom razdoblja između 2011. i 2016. ukazuje na to da se u 2017. stabilizirao za većinu gradova.

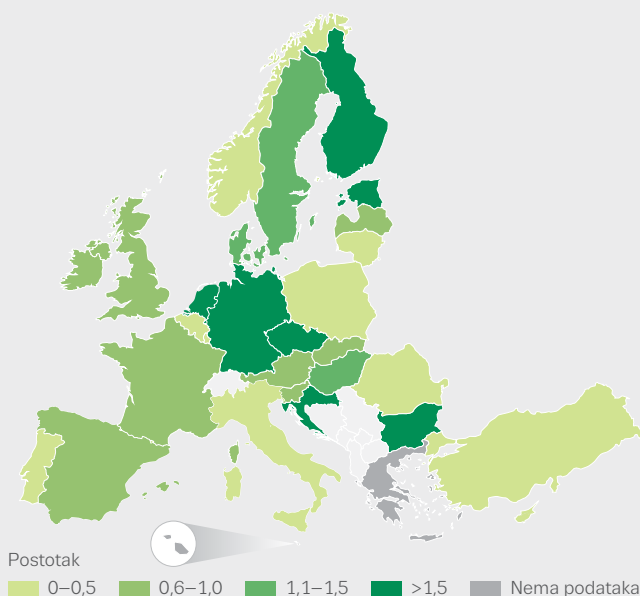
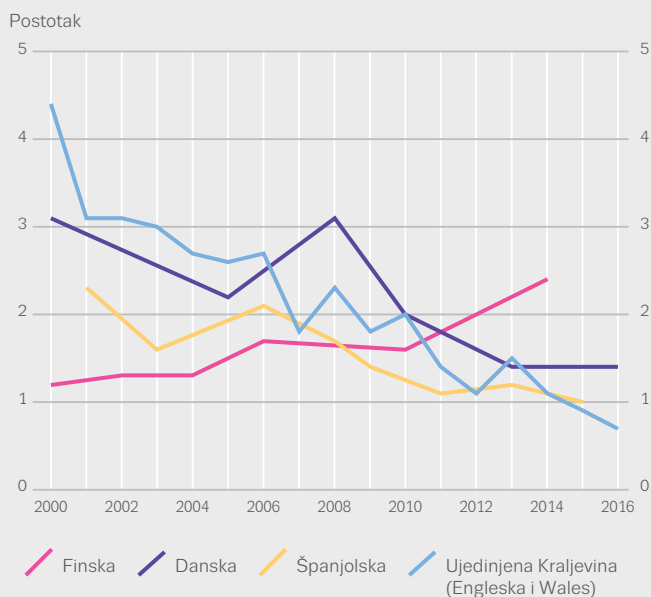
MDMA se često uzima zajedno s drugim tvarima, uključujući alkohol. Trenutačni pokazatelji ukazuju da MDMA u državama s višom prevalencijom i više ne predstavlja iznimku ili drogu koja se povezuje s određenom supkulturom, ograničenu samo na plesne klubove i zabave, nego ga upotrebljavaju brojne mlade osobe u uobičajenim objektima za noćnu zabavu poput kafića i kućnih okupljanja.

Uporaba MDMA-a rijetko se navodi kao razlog za početak specijaliziranog tretmana ovisnosti. U 2016. godini MDMA je navelo manje od 1 % (približno 1000 slučajeva) osoba koje su prvi put započele tretman u Europi, uglavnom u Španjolskoj, Francuskoj, Ujedinjenoj Kraljevini i Turskoj.

**Izvori praćenja ukazuju na stabilizaciju ili povećanu uporabu MDMA-a**

## SLIKA 2.8

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



### Amfetamini: varijacije uporabe, ali stabilni trendovi

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

Obje droge mogu se uzimati na usta ili kroz nos, osim toga, u nekim zemljama konzumacija injektiranjem predstavlja značajan dio problema s tom drogom. Metamfetamin se također može pušiti, ali taj način uporabe nije često zabilježen u Europi.

Procjenjuje se da je 11,9 milijuna odraslih Europljana (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 3,6 % ove dobne skupine, probalo amfetamine u nekom trenutku života. U dobnoj skupini s najvećom stopom konzumacije droga, novije brojke ukazuju na to da je 1,2 milijuna (1,0 %) mladih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine) upotrijebilo amfetamine u prethodnoj godini, pri čemu se najnovije procjene prevalencije na nacionalnoj razini kreću od 0,1 % u Portugalu do 3,6 % u Nizozemskoj. Dostupni podatci pokazuju da je većina europskih država od oko 2000. godine zabilježila relativno stabilnu situaciju u pogledu uporabe amfetamina. Od država koje su od 2015. godine provodile nova istraživanja i izvijestile o intervalima pouzdanosti, 2 su zabilježile povećanje u procjenama, 13

ih je prijavilo stabilan trend, a 2 su zabilježile smanjenje stope procjene u odnosu na prethodno slično istraživanje.

Izrada statističke analize trendova prevalencije amfetamina u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama moguća je samo za mali broj država. Dugoročni trendovi smanjenja opaženi su u Danskoj, Španjolskoj i Ujedinjenoj Kraljevini (slika 2.8.). Nasuprot tome, prevalencija uporabe amfetamina među mladim odraslim osobama u Finskoj porasla je između 2000. i 2014.

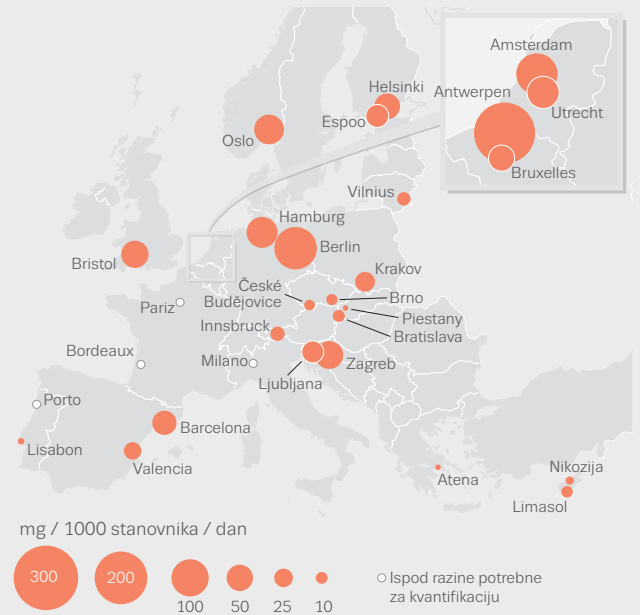
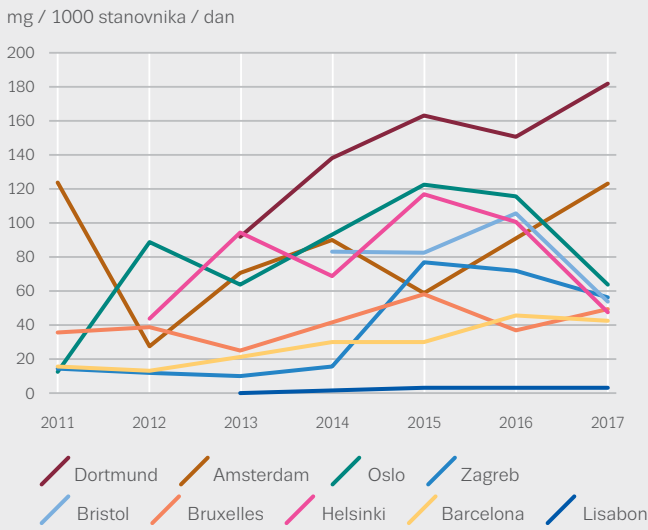
Analizom gradskih otpadnih voda provedenom 2017. godine otkriveno je da se maseno opterećenje amfetaminom značajno razlikuje diljem Europe te su najviše razine zabilježene u gradovima na sjeveru i istoku Europe (slika 2.). Amfetamin je u mnogo nižim razinama otkriven i u gradovima na jugu Europe.

Od 33 grada za koje postoje podatci za 2016. i 2017., 9 je prijavilo povećanje, 11 stabilno stanje, a 13 smanjenje. Ukupni podatci od 2011. do 2017. pokazuju vrlo različitu sliku, ali s relativno stabilnim trendovima za amfetamin u većini gradova.

Uporaba metamfetamina, koja je uglavnom bila niska i u prošlosti uglavnom koncentrirana u Češkoj i Slovačkoj, sada j prisutna i na Cipru, u istočnoj Njemačkoj, Španjolskoj i u sjevernoj Europi (slika 2.10.). Od 34 grada za koje postoje podatci o metamfetaminu u otpadnim vodama iz 2016. i 2017., 12 je prijavilo povećanje, 10 stabilno stanje, a 12 smanjenje.

SLIKA 2.9

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

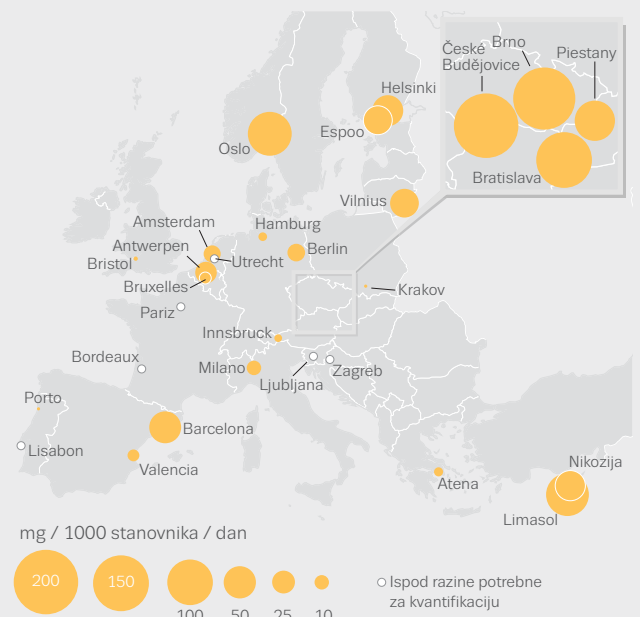
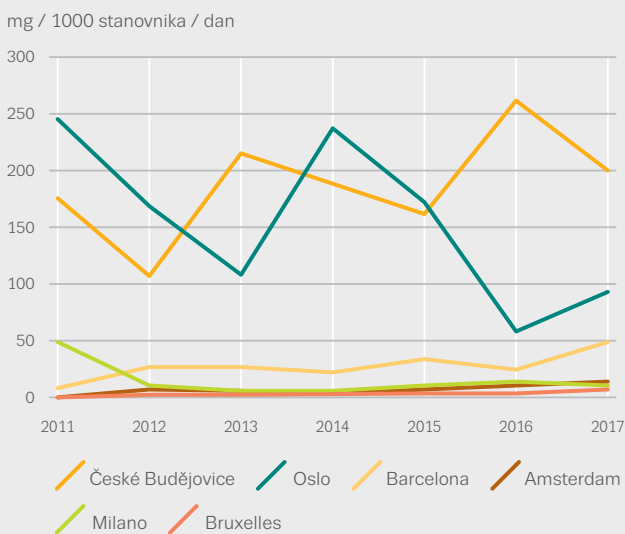


Napomena: srednje dnevne količine amfetamina u miligramima na 1000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom tjedan dana od 2011. do 2017. godine.

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

SLIKA 2.10

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



Napomena: srednje dnevne količine metamfetamina u miligramima na 1000 stanovnika. Uzorkovanje je provedeno u odabranim europskim gradovima tijekom tjedan dana od 2011. do 2017. godine.

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

## Visokorizična uporaba amfetamina: potreba za terapijom ostaje visoka

Problemi povezani s dugotrajnim i kroničnim injektiranjem amfetamina oduvijek su bili najočigledniji u zemljama sjeverne Europe. Nasuprot tome, problemi s metamfetaminom bili su najvidljiviji u Češkoj i Slovačkoj. Najnovije procjene visokorizične uporabe amfetamina dostupne su za Norvešku i iznose 0,33 % ili 11.200 odraslih osoba (u 2013.), a za Njemačku 0,19 % ili 102.000 odraslih osoba u 2015. Konzumenti amfetamina najvjerojatnije čine većinu od 2230 (0,18 %) procijenjenih konzumenata visokorizičnih stimulativnih droga zabilježenih 2016. u Latviji, a njihov je broj smanjen sa 6540 (0,46 %) konzumenata evidentiranih u 2010. godini. Za Češku i Cipar dostupne su nedavne procjene visokorizične uporabe metamfetamina. U Češkoj je visokorizična uporaba metamfetamina među odraslim osobama (u dobi od 15 do 64 godine) procijenjena na približno 0,50 % u 2016. (što odgovara broju od 34.300 konzumenata). To predstavlja porast od 20.900 konzumenata u 2007., iako su posljednjih godina brojke relativno stabilne. Procjena za Cipar iznosi 0,02 % ili 105 konzumenta u 2016. godini.

Približno 35 000 osoba koje su 2016. uključene u specijalizirani tretman ovisnosti u Europi navelo je amfetamine kao primarnu drogu, od čega je približno 15 000 njih to učinilo prvi put. Konzumenti amfetamina kao

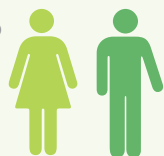
primarne droge čine više od 15 % osoba koje su prvi put uključene u tretman u Njemačkoj, Latviji, Poljskoj i Finskoj. Osobe koje su započele tretman, a navele su uporabu metamfetamina kao primarne droge, koncentrirane su u Češkoj i Slovačkoj, iz kojih potječe gotovo 90 % od 9200 konzumenata metamfetamina koji su uključeni u specijalizirani tretman u Europi.

## KONZUMENTI AMFETAMINA KOJI SU ZAPOČELI TRETMAN



### Karakteristike

27% 73%



20 Prosječna dob pri prvoj uporabi  
29 Prosječna dob kod prvog tretmana

15 500 Konzumenti prvi put uključeni u tretman

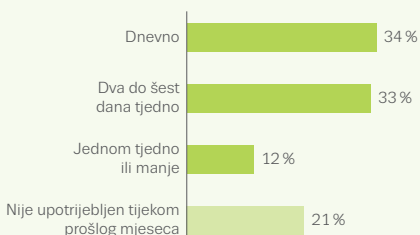


19 900 Konzumenti koji su već bili na tretmanu

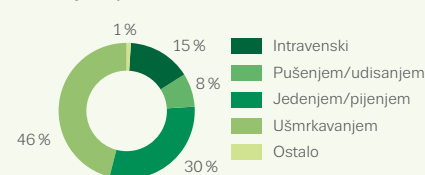
57%

### Učestalost uporabe tijekom prošlog mjeseca

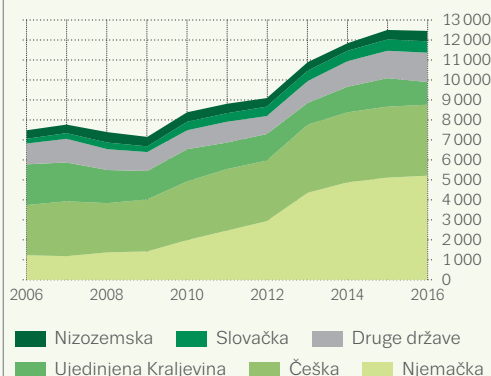
Srednja uporaba 4,4 dana tjedno



### Put primjene



### Trendovi konzumenata koji su prvi puta započeli tretman



Napomena: Osim za trendove, podatci se odnose na sve konzumente koji su započeli tretman, a amfetamini su im primarna droga. Trendovi konzumenata koji su prvi put započeli tretman temelje se na podatcima za 25 država. U grafikon trendova uključene su samo zemlje s podatcima za najmanje 9 od 11 godina. Vrijednosti koje nedostaju interpolirane su iz najbližih godina.

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

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

Tijekom zadnja dva desetljeća među podskupinama konzumenata droga u Europi zabilježena je rekreativna uporaba ketamina i GHB-a (uključujući njegov prekursor GBL, gama-butirolakton). Nacionalne procjene razine prevalencije uporabe GHB-a i ketamina među odraslim i školskom populacijom, ako postoje, i dalje su niske. U istraživanju iz 2016. Norveška je prijavila prevalenciju uporabe GHB-a među odraslim osobama (16 – 64 godine) u posljednjih 12 mjeseci od 0,1 %. Tijekom 2016. prevalencija u posljednjih 12 mjeseci za uporabu ketamina među mladim odraslim osobama (u dobi od 15 do 34 godine) procijenjena je na 0,1 % u Češkoj i Rumunjskoj te 0,8 % u Ujedinjenoj Kraljevini.

Ukupne razine prevalencije uporabe LSD-a i halucinogenih gljiva u Europi već su nekoliko godina uglavnom niske i stabilne. Među mladim odraslim osobama (u dobi od 15 do 34 godine), nacionalna istraživanja prevalencije u posljednjih 12 mjeseci donose procjene od manje od 1 % za obje tvari u 2016. godini ili najnovijoj godini istraživanja, uz iznimku Nizozemske (1,9 %), Finske (1,9 %) i Češke (3,1 %) za halucinogene gljive te Finske (1,3 %) i Češke (1,4 %) za LSD.

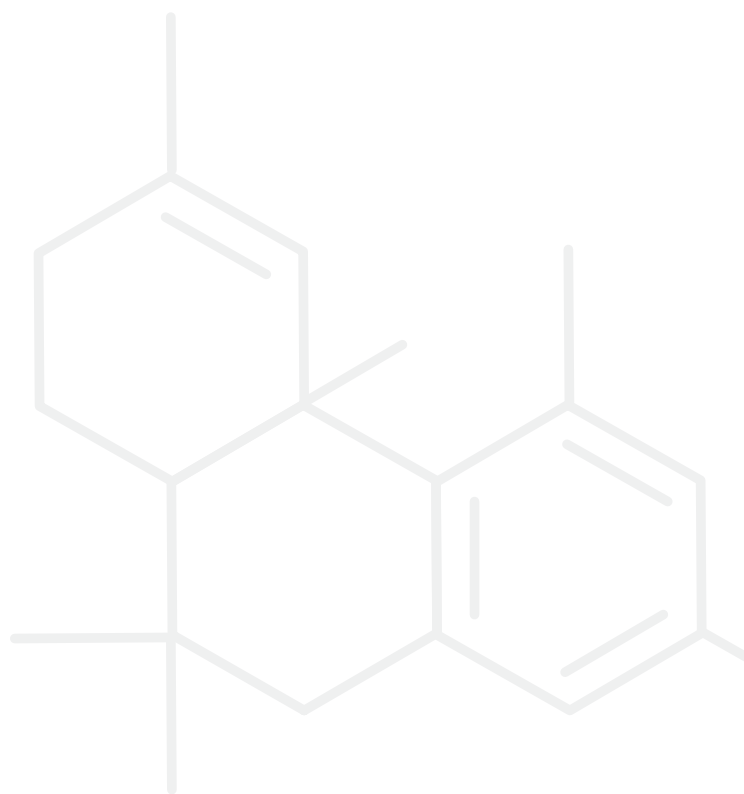
### Uporaba novih psihoaktivnih tvari: visokorizična uporaba među marginaliziranim populacijama

Brojne su zemlje uključile nove psihoaktivne tvari u istraživanja opće populacije, iako razlike u metodama i postavljenim pitanjima ograničavaju mogućnost usporedbe između zemalja. Od 2011. nacionalne procjene uporabe novih psihoaktivnih tvari (ne uključujući ketamin i GHB) objavilo je 13 europskih zemalja. Prevalencija uporabe tih tvari u posljednjih 12 mjeseci među mladim odraslim osobama (u dobi od 15 do 34 godine) kretala se od 0,2 % u Italiji i Norveškoj do 1,7 % u Rumunjskoj. Podatci istraživanja uporabe mefedrona dostupni su za Ujedinjenu Kraljevinu (Engleska i Wales). U posljednjem istraživanju (2016./2017.) uporaba te droge u posljednjih 12 mjeseci među osobama u dobi od 16 do 34 godine procijenjena je na 0,3 %; što predstavlja pad u odnosu 1,1 %, koliko je iznosila 2014./2015. U posljednjim istraživanjima uporaba sintetičkih kanabinoida u posljednjih 12 mjeseci među osobama u dobi od 15 do 34 godine kretala se od 0,2 % u Španjolskoj do 1,5 % u Latviji.

Dok su razine konzumacije novih psihoaktivnih tvari sveukupno niske u Europi, u ispitivanju EMCDDA-a 2016. godine više od dvije trećine zemalja zabilježilo je njihovu uporabu među visokorizičnim konzumentima droge. Konzumacija sintetičkih katinona injektiranjem opioida i stimulansa bila je osobito povezana sa zdravstvenim i socijalnim problemima. Osim toga, pušenje sintetičkih kanabinoida u marginaliziranim populacijama, uključujući beskućnike i zatvorenike, prepoznato je kao novi problem u mnogim europskim zemljama.

Sveukupno gledajući, mali broj osoba u Europi trenutačno započinje tretman zbog problema povezanih s uporabom novih psihoaktivnih tvari, iako su te tvari značajne u nekim zemljama. Prema najnovijim podacima, uporaba sintetičkih kanabinoida zabilježena je kao glavni razlog uključivanja u specijalizirani tretman ovisnosti o drogama kod 17 % konzumenata u Turskoj i 7 % u Mađarskoj, a probleme povezane s primarnom uporabom sintetičkih katinona navelo je 0,3 % osoba koje su uključene u tretman u Ujedinjenoj Kraljevini.

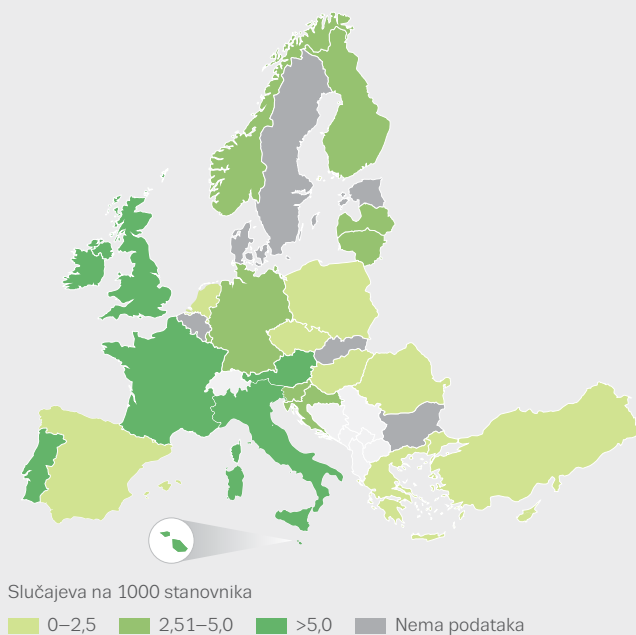
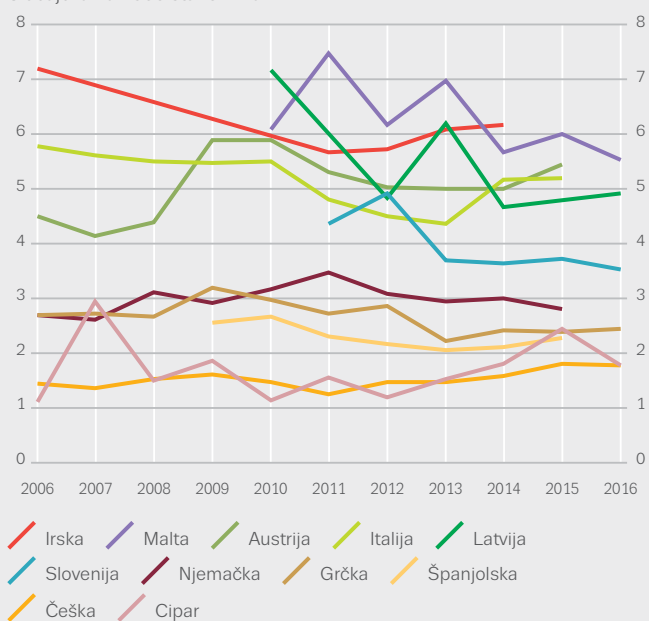
U Ujedinjenoj Kraljevini posebno je zabrinjavajuća uporaba sintetičkih kanabinoida među zatvorenicima. U istraživanju provedenom 2016. u zatvorima Ujedinjene Kraljevine 33 % od 625 zatvorenika navelo je uporabu droge Spice u proteklih mjesec dana, u usporedbi s 14 % zatvorenika koji su naveli uporabu kanabisa u proteklih mjesec dana.



## SLIKA 2.11

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

Slučajeva na 1000 stanovnika



### Visokorizična uporaba opioida: heroin i dalje na prvom mjestu

Heroin je u Europi najčešći nezakoniti opioid, a može se unositi pušenjem, ušmrkavanjem ili injektiranjem. Niz drugih sintetičkih opijata, kao što su metadon, buprenorfin i fentanil, također se zloupotrebljava.

Prvi je zahvatio mnoge zapadne zemlje od sredine 1970-ih, a drugi je u drugoj polovici 1990-ih zahvatio ostale zemlje, posebice one u središnjoj i istočnoj Europi. Posljednjih godina utvrđeno je postojanje sve starije kohorte visokorizičnih konzumenata opijata koji su vjerojatno bili u kontaktu sa službama za supstitucijsku terapiju.

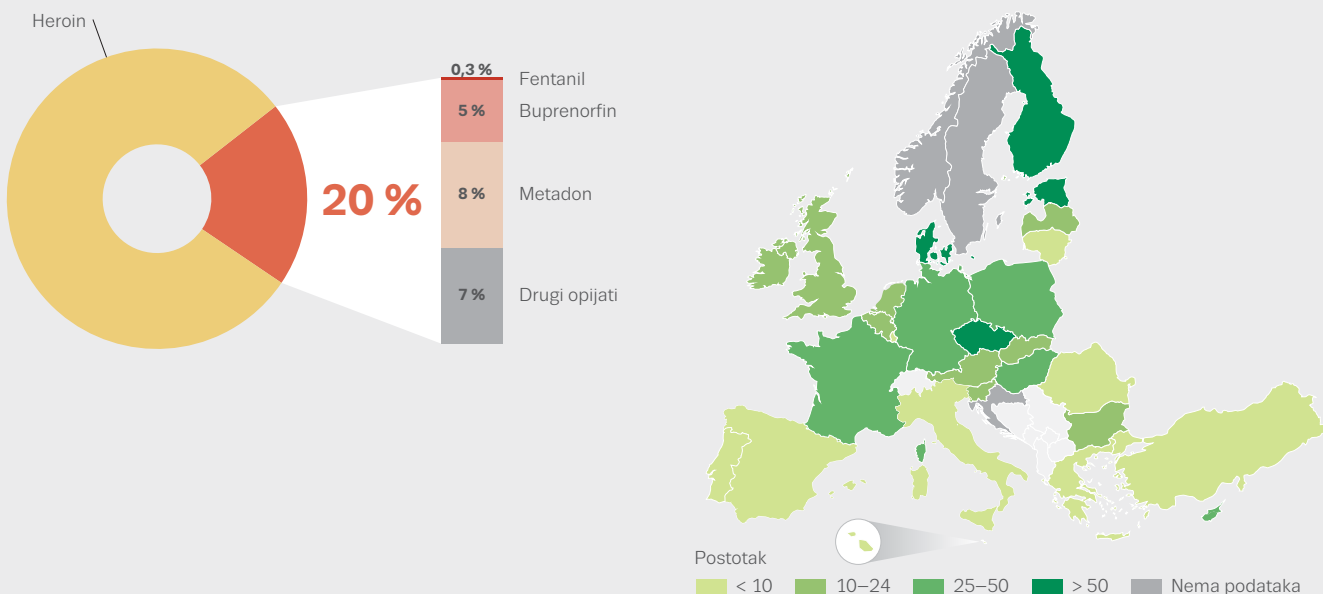
Prevalencija visokorizične uporabe opioida među odraslim osobama (od 15 do 64 godine) procjenjuje se na 0,4 % ukupnog stanovništva EU-a, što je jednako broju od 1,3 milijuna visokorizičnih konzumenata opioida u 2016. godini. Procjena prevalencije i visokorizične uporabe opioida na nacionalnoj razini nalazi se u rasponu od manje od 1 do više od 8 slučajeva na 1000 stanovnika u dobi od 15 do 64 godine. Pet zemalja Europske unije s najvećim brojem stanovnika, odnosno 62 % njezine populacije, uključuje tri četvrtine (76 %) procijenjenog broja visokorizičnih konzumenata opioida (Njemačka, Španjolska, Francuska, Italija, Ujedinjena Kraljevina). Od 11 zemalja s redovitom procjenom visokorizične uporabe opioida između 2006. i 2016., Španjolska i Italija pokazuju statistički značajno smanjenje dok Češka pokazuje statistički značajan porast (slika 2.11.).

U 2016. uporabu opioida navelo je kao glavni razlog uključivanja u specijalizirani tretman ovisnosti od droga 177 000 konzumenata ili 37 % osoba koje su uključene u tretman u Europi. Među njima, 35 000 osoba uključeno je u tretman prvi put. Konzumenti heroina kao primarne droge činili su 82 % konzumenata opioida kao primarne droge koji su prvi put uključeni u tretman.

Prema dostupnim podatcima za trend, broj osoba uključenih u tretman zbog ovisnosti o heroinu smanjio se za više od polovicu u odnosu na najvišu vrijednost u 2007., sve do niske vrijednosti u 2013., prije nego što se stabilizirao posljednjih godina.

SLIKA 2.12

Osobe koje su započele tretman, a navode opioide kao primarnu drogu: po vrsti opioida (lijevo) i postotku koji navodi druge opioide osim heroina (desno)



### Sintetički opioidi: različite tvari diljem Europe

Iako heroin ostaje najčešće upotrebljavani nezakoniti opioid, brojni izvori ukazuju na to se sve više zloupotrebljavaju dozvoljeni sintetički opioidi (kao što je metadon, buprenorfin i fentanil). Opioidi koje su navele osobe uključene u tretman uključuju zloporabu

metadona, buprenorfina, fentanila, kodeina, morfija, tramadola i oksikodona. U nekim državama drugi opioidi koji nisu heroin, čine najčešći oblik uporabe opioida među osobama uključenima u specijalizirane tretmane. U 18 europskih država više od 10 % svih konzumenata opioida koji su 2016. ušli u program specijaliziranih usluga zatražilo je tretman zbog problema koji su se prvenstveno

## KONZUMENTI HEROINA KOJI SU ZAPOČELI TRETMAN

### Karakteristike

20% 80%



23 Prosječna dob pri prvoj uporabi

34 Prosječna dob kod prvog tretmana

28 200 Konzumenti prvi put uključeni u tretman



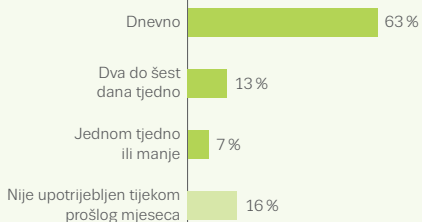
19%

117 200 Konzumenti koji su već bili na tretmanu

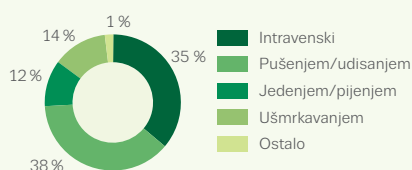
81%

### Učestalost uporabe tijekom prošlog mjeseca

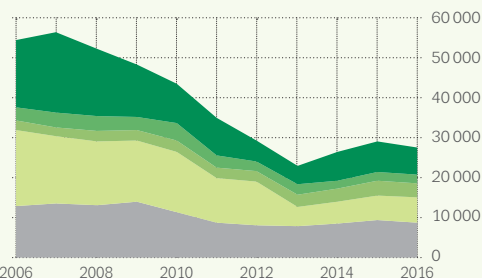
Srednja uporaba 6 dana tjedno



### Put primjene



### Trendovi konzumenata koji su prvi puta započeli tretman

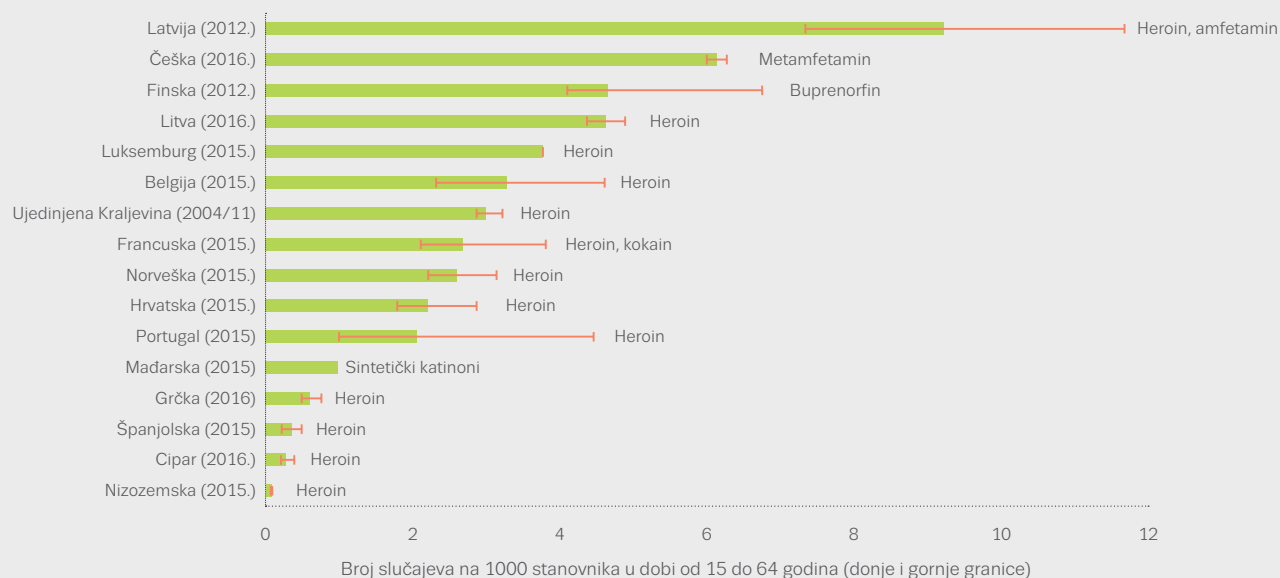


Napomena: Osim za trendove, podatci se odnose na sve osobe koje su započele tretman, a heroin im je primarna droga. Podatci za Njemačku odnose se na osobe koje su započele tretman, a opioidi su im primarna droga. Trendovi konzumenata koji su prvi put započeli tretman temelje se na podatcima za 25 država. U grafikonu trendova uključene su samo zemlje s podatcima za najmanje 9 od 11 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 iz prijašnjih godina.



## SLIKA 2.13

## Intravenska uporaba: najnovije procjene prevalencije i injektiranje glavne droge



odnosili na opioide koji nisu heroin (slika 2.12.). U Estoniji je većina osoba koje su uključene u tretman ovisnosti, navodeći opioid kao svoju primarnu drogu, uzimale fentanil, dok je buprenorfin bio najčešće naveden kao primarni opioid među osobama koje su uključene u tretman u Finskoj. Zlouporabu buprenorfina navelo je oko 30 % konzumenata opioida u Češkoj, a zlouporabu metadona 22 % u Danskoj. Na Cipru i u Poljskoj između 20 % i 30 % osoba uključilo se u tretman ovisnosti zbog problema povezanih s uporabom drugih opioida, kao što su oksikodon (Cipar) i „kompot“, odnosno heroin izrađen od osušenih stabljika maka (Poljska). Osim toga, osobe koje započinju tretman zbog problema povezanih s uporabom novih psihoaktivnih tvari koje imaju učinke slične opioidima mogu se prijavljivati pod zajedničkim naslovom opioida.

### Intravenska uporaba droge: nastavlja se smanjivati među osobama koje započinju terapiju

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

Samo je 16 zemalja procijenilo prevalenciju uporabe droga injektiranjem od 2011. g., u rasponu od 1 do 9 slučajeva na 1000 stanovnika u dobi od 15 do 64 godine. U većini tih zemalja, glavna ubrizgana droga može se jasno odrediti, iako u nekih dvije droge imaju slične visoke razine uporabe. Opioidi se navode kao glavna droga koja se injektira u većini (14) zemalja (slika 2.13.). Heroin se spominje u 13 od tih zemalja, dok se buprenorfin navodi u Finskoj. Stimulansi su zabilježeni kao glavna intravenska droga u 4 zemlje, gdje tvari koje se upotrebljavaju uključuju sintetičke katinone (Mađarska), kokain (Francuska), amfetamin (Latvija) i metamfetamin (Češka).

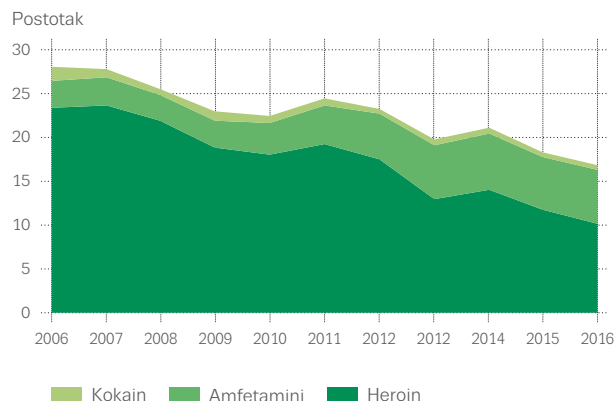


SLIKA 2.14

Među osobama koje su 2016. prvi put uključene u specijalizirani tretman ovisnosti i kojima je heroin bio primarna droga, 27 % prijavilo je injektiranje kao glavni način uzimanja droge, za razliku od 43 % koliko ih je bilo 2006.. U toj skupini razine intravenske uporabe variraju od države do države, od 8 % u Španjolskoj do 90 % ili više u Latviji, Litvi i Rumunjskoj. Injektiranje kao glavni način konzumacije navodi 1 % osoba koje su prvi put započele tretman ovisnosti zbog kokaina i 47 % takvih osoba kojima su primarne droge amfetamini. Međutim, u ukupnim podacima za amfetamine značajna je Češka na koju se odnosi 87 % novih konzumenata amfetamina koji intravenski uzimaju tu drogu u Europi. Kada se tri glavne droge u Europi koje se uzimaju intravenski razmotre zajedno, među osobama koje su prvi put započele terapiju, postotak intravenske uporabe kao glavni način uzimanja smanjio se s 28 % u 2006. na 17 % u 2016. Godini (slika 2.14.).

Iako nije raširena pojava, injektiranje sintetičkih katinona i dalje se evidentira u određenim populacijama, uključujući intravenske konzumente opioida i osobe na tretmanu ovisnosti u nekim zemljama te konzumente koji razmjenjuju igle u Mađarskoj. U nedavnom istraživanju EMCDDA-a, 10 zemalja izvijestilo je o injektiranju sintetičkog katinona – često u spoju s drugim stimulansima i GHB-om – u kontekstu zabava na kojima manje skupine muškaraca imaju seksualne odnose s drugima muškarcima.

**Injektiranje heroina, kokaina ili amfetamina kao primarne droge među konzumentima koji su prvi put započeli tretman: postotak osoba koje su navele injektiranje kao glavni put primjene**



Napomena: Trendovi za 21 zemlju na temelju podataka za najmanje 9 od 11 godina.



**Injektiranje sintetičkih katinona nastavlja se bilježiti u određenim populacijama**

## SAZNAJTE VIŠE

### Publikacije EMCDDA-a

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

#### 2012

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

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

### Zajedničke publikacije EMCDDA-a i ESPAD-a

#### 2016

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

Sve publikacije dostupne su na internetskim stranicama [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)



# 3

**Uporaba nezakonite  
droge prepoznat je čimbenik  
koji pridonosi teretu bolesti  
na globalnoj razini**

# Štete uzrokovane uporabom droga i odgovori na tu problematiku

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

Planiranje i provođenje učinkovitih reakcija na problem droge potkrijepljenih dokazima glavni je cilj europske politike o drogama i uključuje niz mjera. Pristupi prevenciji i ranoj intervenciji usmjereni su na suzbijanje uporabe

droga i s njima povezanih problema, a tretman koji uključuje i psihosocijalni i farmakološki pristup predstavlja primarni odgovor na ovisnost. Određene ključne intervencije, kao što je supstitucijska terapija ovisnosti o opioidima i programi podjele čistih igala i štrcaljki, razvijene su djelomično kao reakcija na uporabu opioida injektiranjem i s tim povezane probleme, posebice širenje zaraznih bolesti i smrtne slučajeve zbog predoziranja.

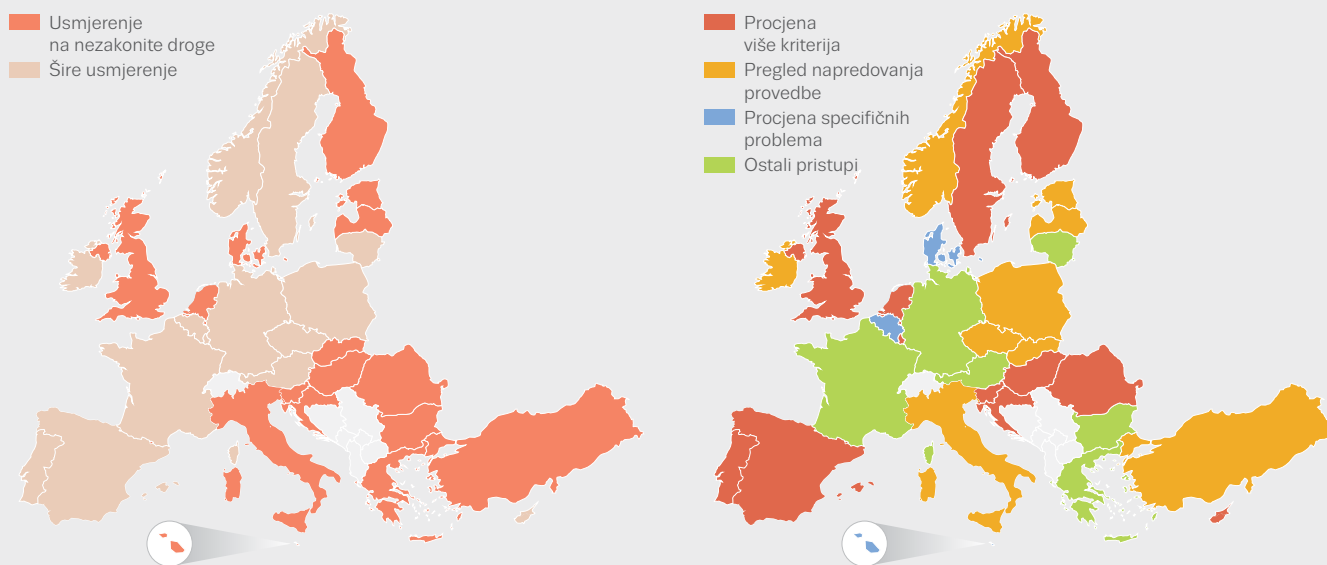
## Praćenje štete uzrokovane uporabom droga i odgovori na tu problematiku

Informacije o zdravstvenim i društvenim odgovorima na uporabu droga, uključujući strategije koje se odnose na droge i javne rashode povezane s drogom, EMCDDA-u pružaju nacionalne središnjice Reitox-a i stručne radne skupine. Ocjene stručnjaka pružaju dodatne informacije o dostupnosti intervencija kada službeni skupovi podataka nisu dostupni. Ovo poglavlje nastalo je i na temelju revizije znanstvenih dokaza o učinkovitosti intervencija u javnom zdravstvu. Dodatne informacije nalaze se na internetskim stranicama EMCDDA-a pod [Profili zdravstvenih i društvenih odgovora: europski VODIČ](#) i na povezanom elektronički objavljenom materijalu te na [Portal najboljih praksi](#).

Osnovne štete u zdravstvu koje EMCDDA sustavno prati obuhvaćaju zarazne bolesti povezane s drogom te smrtnost i morbiditet povezan s uporabom droga. To je dopunjeno ograničenim podacima o bolničkim akutnim slučajevima povezanim s drogom i podacima iz Sustava ranog upozoravanja EU-a, kojim se prate štetne posljedice povezane s novim psihoaktivnim tvarima. Dodatne informacije dostupne su na internetu, pod naslovima [Ključni epidemiološki pokazatelji](#), [Statistički bilten](#) i [Aktivnosti usmjerene prema novim drogama](#).

## SLIKA 3.1

Usmjerenost dokumenata nacionalne strategije za suzbijanje droge (lijevo) i metode pristupanja procjeni (desno) 2017.



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

### Strategije protiv droge: šire usmjerenje

U gotovo polovici od 30 zemalja koje prati EMCDDA, nacionalne strategije suzbijanja zlorabice droga danas uključuju ne 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, socijalne i sigurnosne dimenzije problema s drogom. Dok Danska svoju nacionalnu politiku za suzbijanje droga formulira nizom strateških dokumenata, zakona i konkretnog djelovanja, sve druge zemlje imaju nacionalni strateški dokument o suzbijanju droga. U 16 zemalja strategija suzbijanja droga usmjerena je prvenstveno na nezakonite droge. U preostalih 14 zemalja politika je šira te se više pozornosti pridaje drugim tvarima koje izazivaju ovisnost i s tim povezanim ponašanjima (slika 3.1.). Međutim, decentralizirane uprave Walesa i Sjeverne Irske unutar Ujedinjene Kraljevine imaju opsežne strateške dokumente. Kada se uzmu u obzir ta dva dokumenta, ukupan broj opsežnih strategija za suzbijanje nezakonitih droga povećava se na 16. Ti se opsežni dokumenti uglavnom odnose na nezakonite droge, a prisutne su razlike u pristupu drugim tvarima i ovisnostima. U svih 16 dokumenata navodi se alkohol, u 10 njih duhan, 9 obuhvaća lijekove, 3 uključuju doping u sportovima (npr. droge za poboljšanje uspješnosti), a u 8 dokumenata razmatraju se ovisnička ponašanja (npr. kockanje). Bez obzira na usmjerenje, sve nacionalne strategije za suzbijanje droge podržavaju uravnoteženi

pristup politici suzbijanja droge utvrđenoj strategijom EU-a za borbu protiv droge (2013. – 2020.) i akcijskim planovima (2017. – 2020.), u kojima se jednaka važnost pridaje smanjenju potražnje i smanjenju ponude droga.

Sve europske zemlje procjenjuju svoje nacionalne strategije za suzbijanje droga, iako se pritom služe nizom različitih pristupa. Evaluacije su uglavnom usmjerene na procjenu ostvarene razine provedbe strategije i promjene opće situacije u vezi s drogama tijekom vremena. Tijekom 2017. zabilježena je nedavna provedba 12 evaluacija na temelju više kriterija, 9 pregleda napretka provedbe i 3 evaluacije posebnih pitanja, a 6 zemalja primijenilo je drugačije pristupe, kao što je spoj procjene pokazatelja i istraživačkih projekata (slika 3.1.). Trend primjene široko usmjerenih strategija postupno se počinje odražavati u primjeni procjena šireg opsega. Tako su Francuska, Luksemburg, Švedska i Norveška objavile procjene široko usmjerenih strategija. Ovaj prošireni opseg strategija donosi mogućnost postizanja bolje integriranog pristupa javnog zdravstva, ali i izazove u pogledu usklađivanja provedbe, praćenja i procjene.

## Prevenција utemeljena na dokazima: oslonac provedbe

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

Posljednjih godina u Europi raste zanimanje za provedbu programa prevencije zasnovanih na dokazima, a podupire ih uspostava registara, inicijative za stručno osposobljavanje i standardi kvalitete. Od 30 zemalja obuhvaćenih EMCDDA-om tijekom 2018. godine više od trećine njih uspostavilo je ili izrađuje registre. Kako bi programi bili učinkoviti, registri imaju određene kriterije upisa i ocjene dokaza. Europski registar pod nazivom Xchange povezuje nacionalne registre i sadržava otprilike 20 programa za suzbijanje zlouporabe droga zasnovanih na priručnicima, koji se strogo procjenjuju, a njihovi rezultati ocjenjuju. Registar uključuje i iskustva liječnika o problemima s kojima se susreću pri provedbi, uključujući organizacijske i kulturne prepreke (teškoće s regrutiranjem, pravovremenost, prilagodbu) te načine njihova rješavanja.

Stručna osposobljenost temeljna je za uspješno uvođenje pristupa prevencije. Međutim, prevenicijska znanost nudi ograničene mogućnosti za formalno osposobljavanje. Jedna nova inicijativa pod nazivom Program univerzalne prevencije (Universal Prevention Curriculum), koja se temelji na standardima međunarodnih dokaza, nedavno je prilagođena europskoj populaciji, a uključuje sveučilišni predmet u trajanju od 9 tjedana i sažeti tečaj osposobljavanja od 3 do 5 dana (UPC-Adapt) za donositelje odluka i planova na regionalnoj i lokalnoj razini. Kratka je verzija uvedena 2018. u trećini država članica Europske unije.

## Suzbijanje negativnih učinaka na okoliš: programi od nekoliko dijelova povezani s noćnim životom

Sve veća primjena pristupa za suzbijanje negativnih učinaka noćnog života na okoliš zabilježena je u nekoliko zemalja, uglavnom na sjeveru Europe. Većina pristupa za zaštitu

okoliša prvenstveno je usmjerena na alkohol, ali zajednički (kontekstualni) čimbenici rizika za problematičnu uporabu alkohola i drugih droga mogu takve pristupe učiniti korisnima i za suzbijanje uporabe drugih tvari. Međutim, njihova je provedba i dalje ograničena. Pristup od interesa odnosi se na tzv. multikomponentne koalicije u pogledu noćnog života, koje kombiniraju osposobljenost osoblja koje posluhuje, kontrolu ulaza, nadzor i mobilizaciju zajednice. Neki dokazi upućuju na to da takav pristup može učinkovito smanjiti štetu povezanu s alkoholom i drogom. Primjer toga je projekt STAD u Švedskoj, koji se sada pokreće u 6 drugih zemalja EU-a. Ipak, raširenu dostupnost takvih multikomponentnih intervencija 2016. godine navode samo 2 zemlje (Finska, Ujedinjena Kraljevina).

## M-zdravstvo: proširivanje pristupa intervencijama

Veliki raspon intervencija povezanih s drogom sve je češće dostupan putem interneta, uključujući mobilne aplikacije povezane sa zdravljem (m-zdravstvo) za pametne telefone. Intervencije koje su dostupne na internetu i intervencije m-zdravstva mogu proširiti doseg i zemljopisnu pokrivenost programa prevencije i tretmana i na osobe koje nisu u mogućnosti pristupiti stručnim službama za suzbijanje zlouporabe na drugi način. Intervencije kojima se može pristupiti putem pametnih telefona mogu uključivati alate e-učenja za stručnjake za drogu, prevenciju zlouporabe droge i smanjenja štete, digitalno povezivanje platformi društvenih medija te praćenja bolesnika, nadzor i tretman ovisnosti.

Nedavno istraživanje EMCDDA-a utvrdilo je postojanje više od 60 m-zdravstvo aplikacija koje se odnose na drogu, mogu se preuzeti putem internetskih trgovina za aplikacije (app stores), a gotovo polovica njih potječe iz Europe. Većina aplikacija pruža informacije o drogama, popraćene nekim oblikom intervencije. Europske intervencije u okviru m-zdravstva bile su prvenstveno namijenjene smanjenju štete među sudionicima noćnih zabava i mladima. Tehnike koje se koriste u aplikacijama bile su, među ostalim, uhodane metode intervencija u tretmanu ovisnosti putem interneta, kao što su dnevnic konzumacije, personalizirane povratne informacije o osobno postavljenim ciljevima za smanjenje uporabe droga i interakcija sa stručnim osobama preko npr. kriptiranih poruka. Neke aplikacije uključuju i učinkovite tehnike prevencije, kao što su metode društvenih normi te ispravljanje pogrešnih percepcija u pogledu vršnjačke uporabe droga. Nedostatak standarda kvalitete za aplikacije m-zdravstvo u području droga, kao i zabrinutosti povezane sa zaštitom podataka te mali broj dokaza u bazi predstavljaju teškoće za budući razvoj u tom području. Aplikacije m-zdravstvo ipak će vjerojatno postati važni intervencijski alati konzumentima droge i stručnim osobama diljem Europe.

**Stručna osposobljenost temeljna je za uspješno uvođenje pristupa prevencije**

## SLIKA 3.2

Broj osoba liječenih u Europi 2016., prema okruženju

### Tretman ovisnosti: usluge na razini zajednice

Tretman ovisnosti primarni je oblik intervencije koja se poduzima u osoba koje imaju problema s uporabom droga, uključujući ovisnost, a ključan cilj politike jest osiguravanje pristupa odgovarajućim službama za tretman ovisnosti.

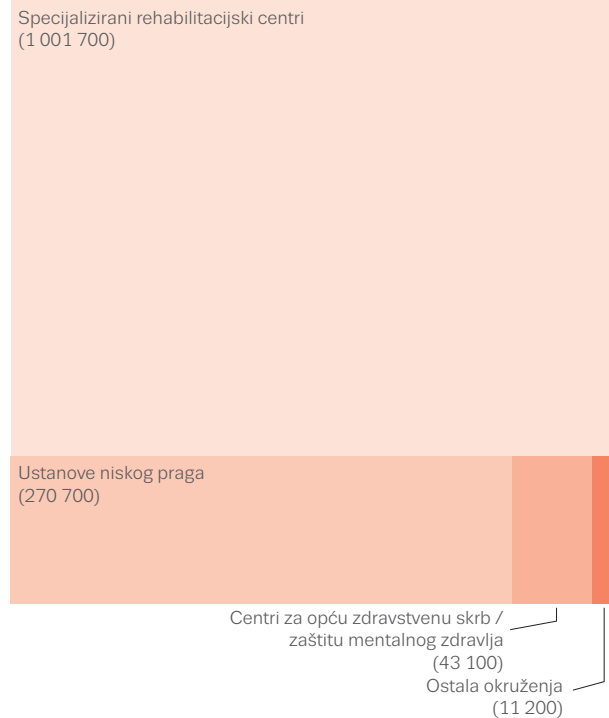
U Europi se većina tretmana ovisnosti o drogi provodi u izvanbolničkom okruženju, pri čemu su specijalizirani centri za izvanbolničke tretmane ovisnosti najveći pružatelji usluga s obzirom na broj konzumenata droga koji su prošli tretman (slika 3.2.). Agencije koje pred konzumenata postavljaju najmanje zahtjeva drugi su najveći pružatelji usluga, a iza njih slijedi primarna zdravstvena skrb i opće ustanove za zaštitu mentalnog zdravlja. Ova 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 državama, primjerice u 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 centrima za bolničko liječenje 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 državama.

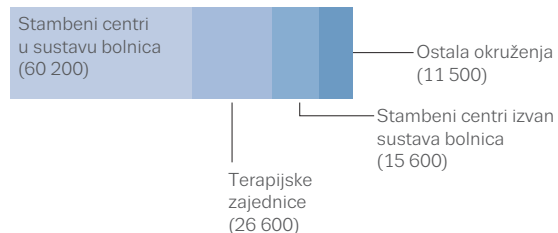
### Tretman ovisnosti o drogi: uključivanje u tretman i postupci

Procjenjuje se da je u Europskoj uniji u 2016. godini zbog nezakonite uporabe droga liječeno 1,3 milijuna osoba (1,5 milijuna uključujući Norvešku i Tursku). Samostalno prijavljivanje na tretman i dalje je najčešći način uključivanja u specijalizirani tretman ovisnosti. Ovakav oblik upućivanja na tretman, koji također uključuje upućivanje potaknuto članovima obitelji ili prijateljima, predstavljalo je gotovo polovicu (48 %) svih slučajeva započetog specijaliziranog tretmana ovisnosti 2016. u Europi. Oko četvrtine (26 %) osoba na tretman su uputile zdravstvene, obrazovne službe i službe za socijalnu skrb, uključujući druge centre za tretman ovisnosti, dok je 16 % bilo upućeno putem kaznenopravnog sustava. U nekim su zemljama uspostavljeni sustavi koji počinitelje kaznenih djela povezanih s drogom preusmjeravaju iz kaznenopravnog sustava u programe za tretman ovisnosti. Oni mogu biti upućeni na tretman prema sudskom nalogu ili uvjetnoj osudi uz obvezu uključivanja u tretman ovisnosti; u nekim je državama takvo preusmjeravanje moguće i u ranijim fazama kaznenopravnog postupka.

### Izvanbolničko



### Bolničko



### Zatvori



**U Europi se većina tretmana ovisnosti o drogi provodi u izvanbolničkom okruženju**



## SLIKA 3.3

Prakse upućivanja na tretman ovisnosti uvelike se razlikuju, ne samo među zemljama nego i prema primarnoj drogi. Kaznenopravni sustav ima posebno važnu ulogu u upućivanju na tretman konzumenata kanabisa. Sveukupno 26 % konzumenata kanabisa u Europi upućeno je na tretman putem kaznenopravnog sustava. Ti se udjeli značajno razlikuju ovisno o zemlji. Među zemljama u kojima je 2016. tretman prošlo više od 100 novih konzumenata kanabisa, udio koji je na tretman ovisnosti upućen na temelju sudske odluke, uvjetne kazne ili prijave policije kretao se od 2 % u Nizozemskoj do više od 80 % u Mađarskoj i Rumunjskoj.

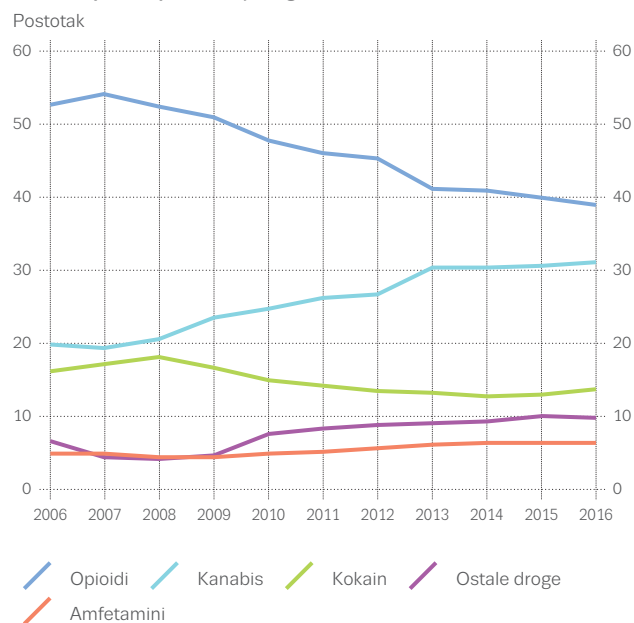
Postupak tretmana ovisnosti obično uključuje sudjelovanje različitih službi, višestruke prijave na tretman i različito trajanje tretmana. Konzumenti opioida u Europi čine najveću skupinu uključenu u specijaliziranu terapiju ovisnosti i iskorištava najveći udio dostupnih mogućnosti tretmana, uglavnom u obliku zamjenske terapije. Rezultati analize podataka o specijaliziranom tretmanu ovisnosti iz devet europskih zemalja u 2016. pružaju uvid u tijek tretmana ovisnosti. Od 370.000 konzumenata koji su te godine bili uključeni u tretman u tim zemljama, za nešto manje od 20 % to je bilo prvi tretman; oko 27 % ponovno je uključeno u tretman nakon terapije neke prethodne godine; a više od polovice njih kontinuirano je bilo uključeno u tretman dulje od 1 godine. Većina konzumenata na kontinuiranom tretmanu bili su muškarci u kasnim tridesetima, na terapiji su bili dulje od 3 godine, a imali su probleme povezane s uporabom opijata, posebice heroina.

### Supstitucijska terapija ovisnosti o opioidima: nacionalne mogućnosti se razlikuju

Supstitucijska terapija, često kombiniran s psihosocijalnim intervencijama, najčešći je oblik tretmana ovisnosti o opioidima. Dostupni dokazi potvrđuju ovaj pristup, s tim da su pozitivni rezultati utvrđeni na temelju zadržavanja na tretmanu, uporabe nezakonitih opioida, zabilježenog rizičnog ponašanja, štetnih posljedica i smrti povezanih s drogom. Konzumenti kanabisa i kokaina druga su i treća najveća skupina koja ulazi u sustav tretmana ovisnosti (slika 3.3.). Za te su korisnike glavni modalitet tretmana psihosocijalne intervencije.

Procjenjuje se da je 2016. supstitucijsku terapiju u Europskoj uniji primalo približno 628.000 konzumenata opioida (636.000 uključujući Norvešku). Trend pokazuje ukupni porast broja osoba uključenih u tretman do rekordnih razina 2010., nakon čega je uslijedio pad od 10 % u 2016. Između 2010. i 2016. opažena su smanjenja u 12 zemalja, a najveća su zabilježena (smanjenja za više od 25 %) u Španjolskoj, Nizozemskoj i Portugalu. Ovakav

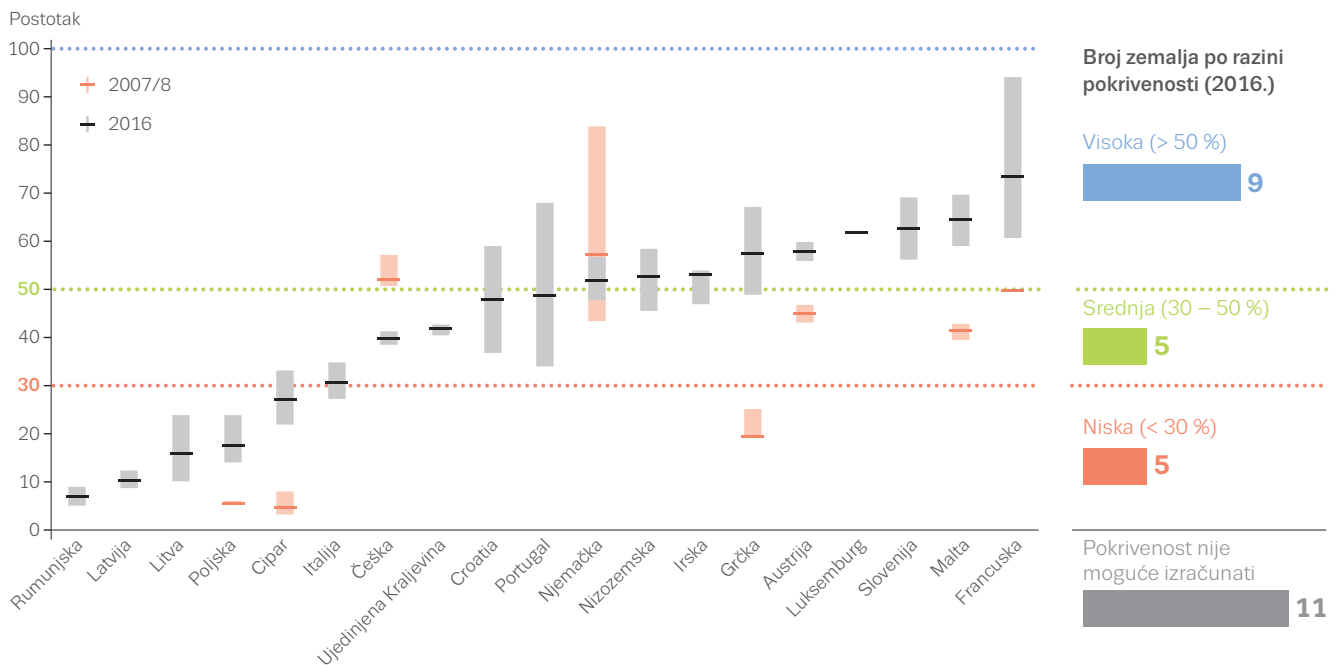
### Trendovi u postotcima osoba koje započinju specijalizirani tretman ovisnosti, prema primarnoj drogi



pad može se objasniti čimbenicima povezanim sa potražnjom ili ponudom, uključujući smanjenje starije populacije, kronične konzumente opioida ili promjene ciljeva tretmana u nekim zemljama. Ostale zemlje nastavile su proširivati mogućnosti tretmana kako bi se poboljšala pokrivenost, a 16 zemalja zabilježilo je porast broja konzumenata koji su između 2010. i 2016. primali supstitucijsku terapiju, uključujući Latviju (173 %), Rumunjsku (167 %) i Grčku (57 %).

## SLIKA 3.4

**Pokrivenost supstitucijske terapije ovisnosti o opioidima (procijenjeni postotak visokorizičnih konzumenata opioida na koje su usmjerene intervencije) u 2016. ili najnovijoj godini te u 2007./2008.**



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

Usporedba s trenutačnim procjenama broja visokorizičnih konzumenata opioida u Europi upućuje na to da otprilike polovica njih prima supstitucijsku terapiju, no postoje razlike među zemljama (slika 3.4.). U zemljama za koje postoje podatci za razdoblje od 2007. ili 2008. koji mogu poslužiti za usporedbu, uglavnom je zabilježen porast uključivanja u tretman. Ipak, razine usluga ostaju niske u nekim zemljama.

Metadon je najčešće propisivani zamjenski lijek za opioide, a u Europi ga uzimaju gotovo dvije trećine osoba (63 %) na supstitucijskoj terapiji. Dodatnih 35 % osoba liječi se lijekovima na bazi buprenorfina, koji je glavni zamjenski lijek u 8 zemalja (slika 3.5.). Ostale tvari, kao što je sporo otpuštajući morfij ili diacetilmorfin (heroin), propisuju se tek povremeno, a procjenjuje se da ih u Europi uzima oko 2 % osoba na supstitucijskoj terapiji. U Europi, većina osoba na supstitucijskoj terapiji starija je od 35 godina i prima terapiju dulje od 2 godine. U svim europskim zemljama konzumentima opioida dostupne su i druge mogućnosti liječenja ili tretmana. U 13 zemalja za koje postoje podatci, između 3 % i 28 % svih konzumenata opioida koji se liječe primaju terapiju koja ne obuhvaća zamjenske lijekove za opioide.

### Ishodi tretmana: uloga standarda kvalitete

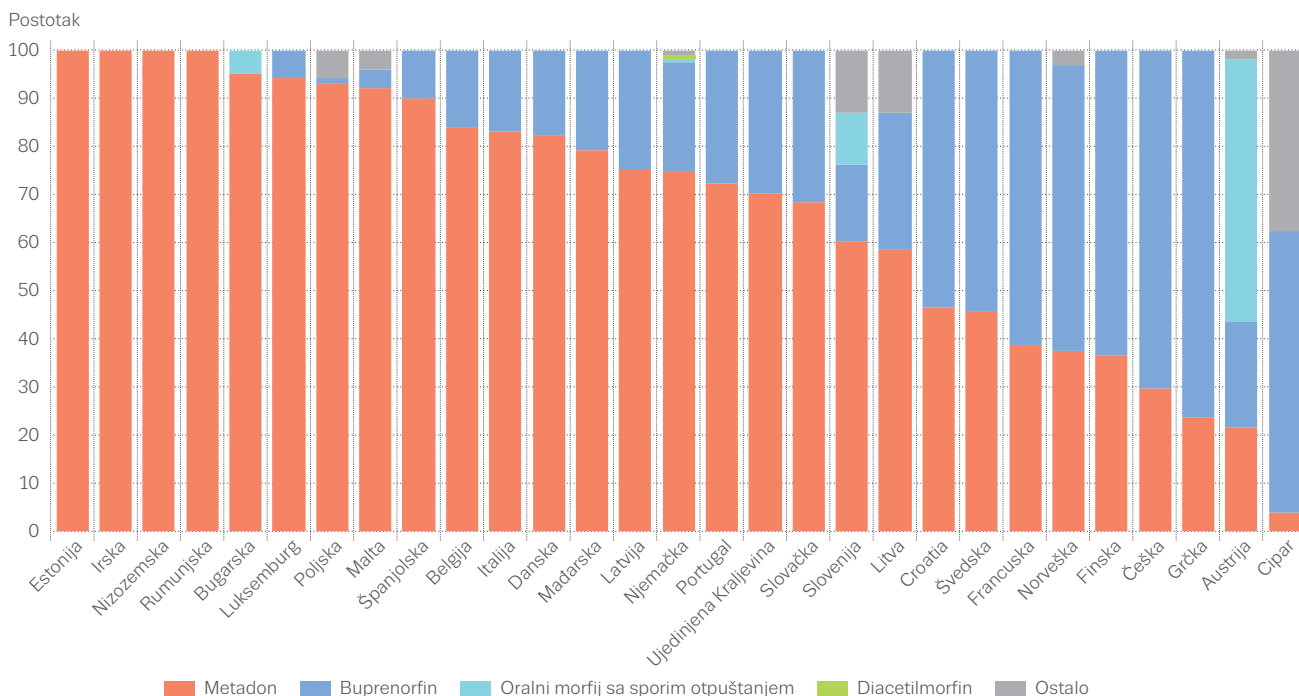
Praćenje ishoda tretmana važno je kako bi se poboljšao njegov tijek, a usluge prilagodile uočenim potrebama.

Međutim, uspostavu praćenja ishoda ometa nedostatak usklađenosti u pogledu ciljeva tretmana i s njima povezanih odgovarajućih mjera. Nedavna analiza EMCDA-a ukazala je na veliku varijabilnost u mjerenim ishodima, određivši osam različitih domena ishoda: „uporaba droge”, „kršenje zakona”, „zdravlje”, „ishodi povezani s tretmanom”, „društveno funkcioniranje”, „štete”, „smrtnost” i „ekonomske procjene”.

Primjena standarda kvalitete još je jedan način da se zajamči odgovarajuća provedba intervencija i preporuka za praksu navedenu u smjernicama. Iako je provedba na temelju standarda uglavnom na lokalnoj razini, postoje i međunarodni standardi koji služe za postizanje konsenzusa o općim principima za provedbu intervencija. Primjerice, europski minimalni standardi kvalitete o smanjenju potražnje za drogom koje je prihvatilo Vijeće EU-a, određuju opće principe koji se na nacionalnim razinama ostvaruju na različite načine.

SLIKA 3.5

Udio liječenih koji su primali različite vrste propisanih supstitucijskih opioda u europskim zemljama



Napomena: Ujedinjena Kraljevina pokriva Englesku, Wales i Sjevernu Irsku.

OSOBE NA SUPSTITUCIJSKOJ TERAPIJI OPIOIDA

Populacija

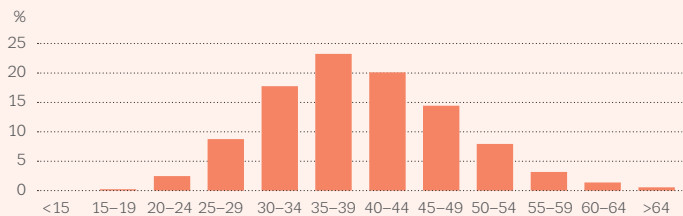
628 000 EU

636 000 EU + Norveška

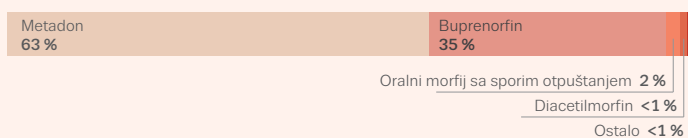
26% 74%



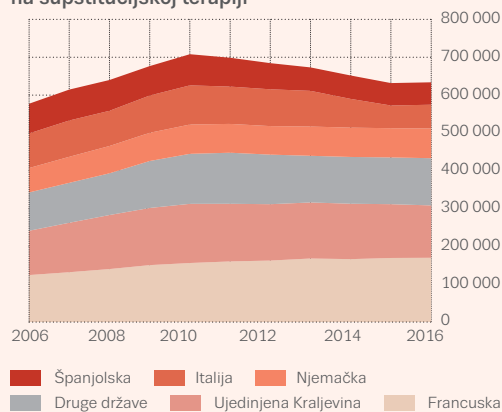
Dobna raspodjela



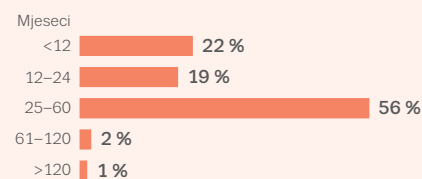
Vrsta lijeka



Trendovi u broju konzumenata na supstitucijskoj terapiji



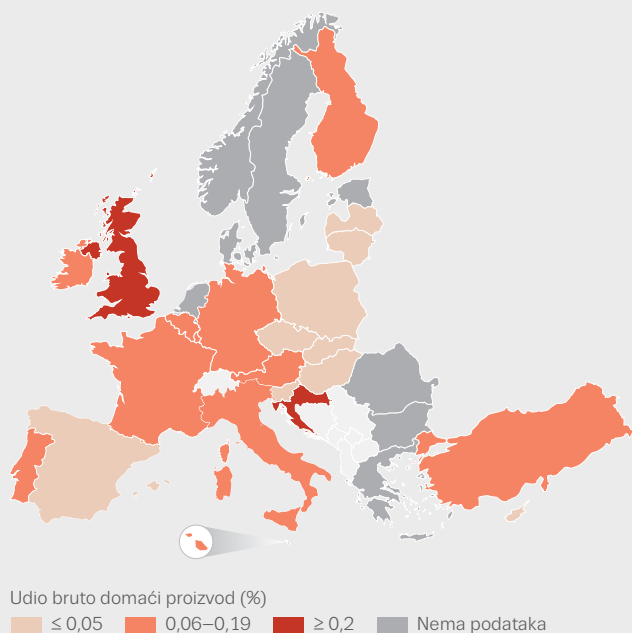
Trajanje tretmana



Napomena: U grafikon trendova uključene su samo zemlje s podacima za najmanje 8 od 11 godina. Vrijednosti koje nedostaju interpolirane su iz najbližih godina.

## SLIKA 3.6

Najnovije procjene javnih rashoda povezanih s drogom (% GDP)



### Učinak problema s drogom: rashodi i troškovi

Razumijevanje troškova koji proizlaze iz djelovanja za suzbijanje droge značajno je i za razvoj i za procjenu politike. Međutim, dostupne informacije o javnim rashodima povezanim s drogom u Europi i dalje su oskudne i raznorodne, kako na lokalnoj, tako i na nacionalnoj razini. U proteklom desetljeću 22 zemlje izradile su potpune procjene javnih rashoda povezanih s drogom (slika 3.6.). Procjene se kreću od 0,01 % do 0,5 % bruto domaćeg proizvoda (BDP), s tim da je otprilike polovica procjena između 0,05 % i 0,2 % BDP-a.

Prema procjenama dostavljenim EMCDDA-u tijekom prošlog desetljeća, udio troškova usmjerenih na inicijative smanjenja potražnje u ukupnom proračunu namijenjenom borbi protiv droga značajno se razlikuje među zemljama, te je iznosio između 21 % i 75 % javnih rashoda povezanih s drogom. Velik udio procijenjenih rashoda povezanih s intervencijama za smanjenje potražnje čine troškovi tretmana ovisnosti i drugi zdravstveni troškovi. Iako nacionalne razlike proizlaze dijelom iz različitih izbora politike i mjera, zajedno s razlikama u problemima s drogom i organizacijom javnih službi, na rezultate uvelike utječu i različite metodologije procjene.

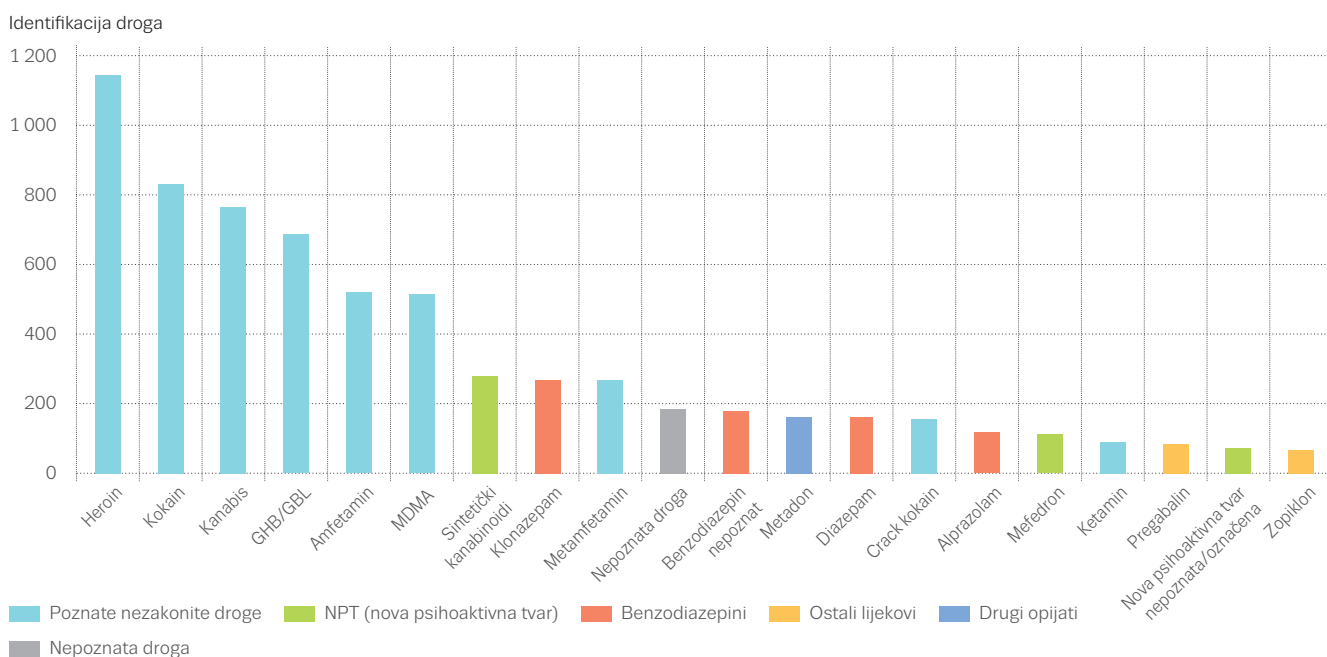
### Akutne štete povezane s drogom: heroin i kokain prevladavaju

Podatci o hitnim bolničkim prijama mogu pružiti uvid u akutne štete povezane s drogom te proširiti naše razumijevanje utjecaja koje zlouporaba droge ima na javno zdravstvo u Europi. Tek mali broj zemalja prati akutne hitne slučajeve povezane s drogom na nacionalnoj razini. Neke od njih, Litva i Ujedinjena Kraljevina, bilježe porast broja hitnih slučajeva povezanih s heroinom. Nasuprot tome, u Češkoj i Danskoj zabilježen je padajući trend u pogledu hitnih slučajeva povezanih s heroinom. U Španjolskoj je kokain bio razlogom gotovo polovice zabilježenih hitnih slučajeva povezanih s drogom u 2015., a nakon pada taj se udio stabilizirao. Istodobno je, udio hitnih slučajeva povezanih s kanabisom nastavio rasti. Slovenija je također zabilježila trend porasta u 2016. u brojevima hitnih slučajeva povezanih s kokainom, amfetaminima i GHB-om. Regije nadležne za praćenje u Nizozemskoj zabilježile su u 2016. godini 272 hitna slučaja povezana s 4-fluoroamfetaminom (4-FA), novim stimulansom središnjeg živčanog sustava. Većina tih slučajeva odnosi se na stanice prve pomoći u okolnostima noćnog života, dok je gotovo jedna trećina poziva upućena zbog droge kolima hitne pomoći bila povezana s uporabom GHB-a.

Slučajeve akutne toksičnosti prouzročene drogom u 19 bolnica (nadležnih za praćenje) u 13 europskih zemalja prati Europska mreža za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN Plus). U 2016. tim su projektom zabilježena 4874 slučaja, s prosječnom dobi od 32 godine, a većina su bili muškarci (77 %). U gotovo tri četvrtine tih slučajeva, osobe su u bolnicu dopremljene kolima hitne pomoći. Većina njih (78 %) bila je otpuštena iz bolnice unutar 12 sati. Vrlo mali broj tih slučajeva (6 %) bio je primljen na jedinicu intenzivne njege ili na odjel za psihijatriju (4 %). Zabilježena su ukupno 22 smrtna slučaja, od toga se 13 odnosilo na opioide.

## SLIKA 3.7

Dvadeset droga koje su najčešće zabilježene u hitnim slučajevima nadležnih bolnica u 2016. godini



Napomena: Rezultati 4874 hitna slučaja na 19 nadležnih lokacija u 13 europskih država.  
Izvor: Europska mreža za hitne slučajeve povezane s drogom (Euro-DEN plus).

Po slučaju je u prosjeku bila uključena oko 1,5 droga (ukupno 7423). Najčešće droge bile su heroin, kokain, kanabis, GHB/GBL, amfetamin i MDMA (slika 3.7.). Petina (21 %) slučajeva odnosila se na zlouporabu lijekova dobivenih na recept ili bezreceptnih lijekova (najčešće opioida i benzodiazepina); 7 % odnosilo se na nove psihoaktivne tvari (u usporedbi s 9 % u 2015. i 6 % u 2014. godini). Broj slučajeva povezanih sa sintetičkim katinonima značajno se smanjio, od 400 u 2014. do 160 u 2016., dok se istodobno broj slučajeva povezanih sa sintetičkim kanabinoidima povećao s 28 na 282. Porast broja slučajeva povezanih sa sintetičkim kanabinoidima uglavnom se odnosi na London i centre u Poljskoj.

Razlike u drogama uključenim u hitne slučajeve opažene između pojedinih mjesta mogu odražavati varijacije u području obuhvaćenom bolnicom i lokalnim obrascima uporabe. Primjerice, hitni slučajevi koji su uključivali heroin bili su najčešći u Dublinu (Irska) i Oslu (Norveška), dok su slučajevi povezani s GHB-om/GBL-om, kokainom i MDMA-om prevladavali u Londonu (Ujedinjena Kraljevina).

## Nove droge: visoka potentnost i ozbiljne štetne posljedice

Nove psihoaktivne tvari, uključujući nove sintetičke opioide, sintetičke kanabinoide i sintetičke katinone, uzrokuju niz ozbiljnih štetnih posljedica u Europi i predstavljaju izazov za politiku suzbijanja droga. Sintetički opiodi i sintetički kanabinoidi dvije su skupine tvari koje su posebno zabrinjavajuće.

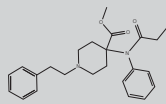
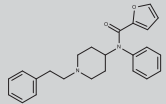
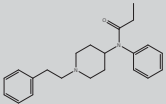
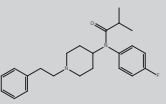
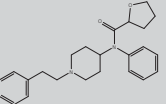
Iako imaju malu ulogu na tržištu droga u Europi, novi opiodi predstavljaju ozbiljnu prijetnju za pojedinca i opću populaciju. Posebnu pozornost zaslužuju derivati fentanila koji čine većinu novih opioida pod nadzorom EMCDDA-a. Te tvari mogu biti osobito jake, s tim da vrlo male količine mogu prouzročiti trovanje koje ugrozi život zbog brze i teške respiratorne depresije. To ih čini posebno opasnim, a osobito za konzumente koji ih kupe bez imalo sumnje, vjerujući da kupuju heroin, druge nezakonite droge ili

lijekove protiv bolova. U takvim je okolnostima možda potrebno provjeriti dostupnost naloksona koji je protuotrov za opioide. Osim akutnih rizika od predoziranja, derivati fentanila također su izuzetno podložni zlouporabi i imaju velik potencijal za stvaranje ovisnosti, što bi moglo pogoršati zdravlje opće populacije i socijalne probleme koji se obično povezuju s uporabom visokorizičnih opioida.

## Zajednička istraživanja i procjena rizika

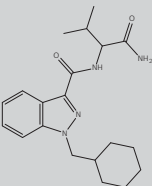
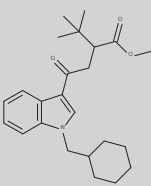
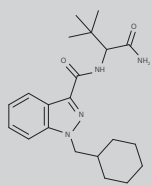
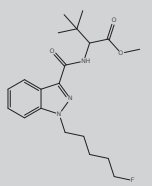
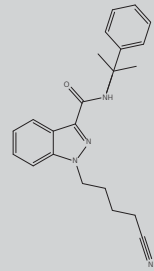
Nastavljajući se na dva zajednička istraživanja akriloilfentanila i furanilfentanila koja su 2016. proveli EMCDDA i Europol, istraživanje je 2017. prošireno na još pet derivata fentanila nakon što su u Sustav ranog upozoravanja EU-a bili prijavljeni smrtni slučajevi. Te su tvari (4-fluoroizobutirilfentanil, tetrahidrofuranilfentanil, karfentanil, metoksiacetilfentanil, ciklopropilfentanil) bile uključene u više od 160 smrtnih slučajeva, od kojih su mnogi bili izravno povezani s tim tvarima. Procjenu rizika za pet od tih sedam tvari također je službeno provodio EMCDDA tijekom 2017. (tablica 1), a preostale dvije tvari procjenjivat će se 2018. Dosad su kontrolne mjere na razini EU-a određene za akriloilfentanil i furanilfentanil zbog rizika koji one predstavljaju za javno zdravstvo u Europi.

Tablica 1. Ključni nalazi procjene rizika za pet derivata fentanila

Zajednički naziv	Karfentanil	Furanilfentanil	Akriloilfentanil	4F-iBF (4-fluoroizobutirilfentanil)	THF-F (tetrahidro-furanilfentanil)
Kemijska struktura					
Službena obavijest primljena u Sustav ranog upozoravanja EU-a	12. veljače 2013.	3. studenoga 2015.	7. srpnja 2016.	26. kolovoza 2016.	23. prosinca 2016.
Broj smrtnih slučajeva	61	23	47	20	14
Broj država u kojima su zabilježeni smrtni slučajevi	8	6	3	2	1
Broj zapljena u sklopu izvršavanja zakonodavstva	801	143	162	24	53
Broj država gdje se zapljena dogodila (EU, Turska i Norveška)	7	14	5	4	1

Tijekom 2017. istraživanjem su obuhvaćena i četiri sintetička kanabinoida, što je popraćeno procjenom rizika (tablica 2). Tvari (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) bile su uključene u više od 80 smrtnih slučajeva. To je uslijedilo nakon što je tvar MDMB-CHMICA postala prvi sintetički kanabinoid za koji je EMCDDA proveo procjenu rizika. Razlozi zbog kojih te tvari mogu prouzročiti tešku toksičnost jesu njihova velika potentnost i loši načini proizvodnje. Dokazi upućuju na to da proizvođači nasumce određuju količine tvari koje treba dodati kada proizvode „mješavine za pušenje”. Osim toga, nedovoljno razvijene metode proizvodnje koje se primjenjuju mogu uzrokovati neujednačenu raspodjelu tvari u proizvodu. To može dovesti do toga da neki proizvodi sadrže tvari u toksičnim količinama, a posljedica je povećani rizik od trovanja.

Tablica 2. Ključni nalazi procjene rizika za pet sintetičkih kanabinoida

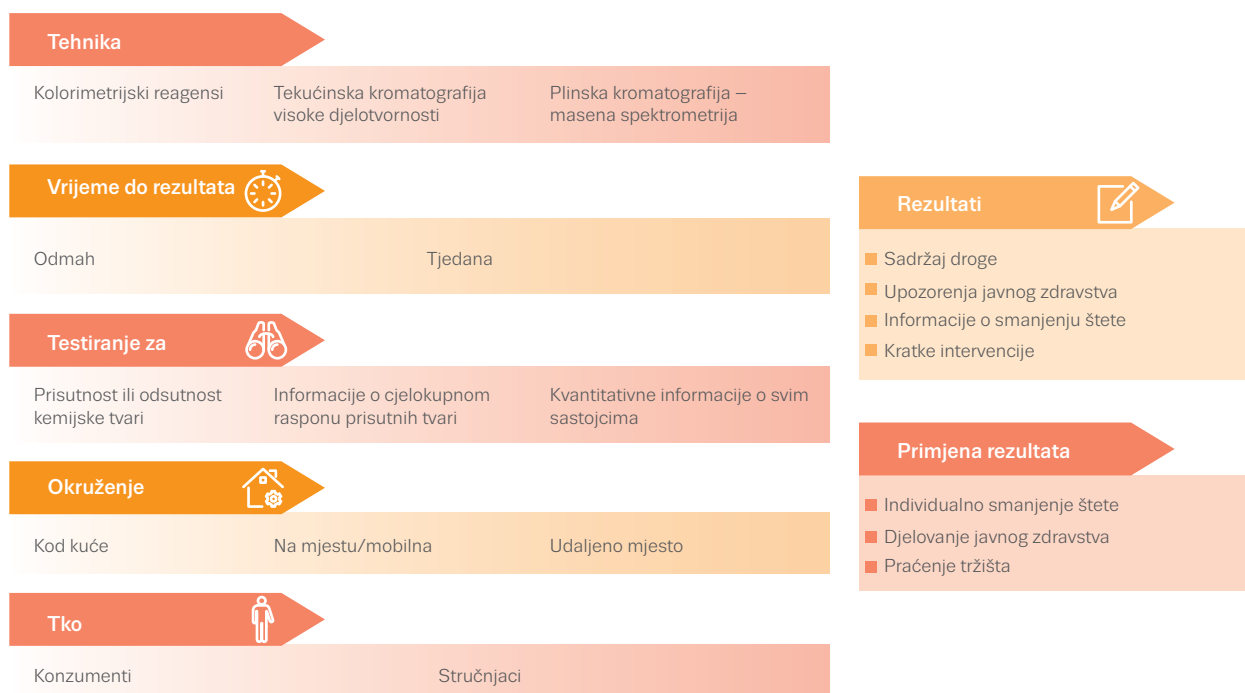
Zajednički naziv	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Kemijska struktura					
Službena obavijest primljena u Sustav ranog upozoravanja EU-a	10. travnja 2014.	12. rujna 2014.	24. rujna 2014.	8. siječnja 2015.	4. ožujka 2016.
Broj smrtnih slučajeva	31	29	13	28	11
Broj država u kojima su zabilježeni smrtni slučajevi	6	6	3	2	2
Broj zapljena u sklopu izvršavanja zakonodavstva	6422	>3600	3794	1986	2461
Broj država gdje se zapljena dogodila (EU, Turska i Norveška)	26	25	19	27	12

**Novi opiodi predstavljaju ozbiljnu prijetnju za pojedinca i opću populaciju**



## SLIKA 3.8

### Primjeri tehnika za provjeru droga i primjena



### Službe za provjeru droga: dostupnost u Europi

Službe za provjeru droga omogućavaju konzumentima da davanjem na analizu droge koju konzumiraju saznaju informacije o sadržaju uzorka. Ciljevi službi za provjeru droga sežu od smanjenja štete, pružanja savjeta i informacija konzumentima droge, do praćenja postojećih i novih trendova povezanih s drogom. U nekim su zemljama službe za provjeru droge sastavni dio nacionalnog sustava ranog upozoravanja, a osobito su od pomoći u prepoznavanju i praćenju novih psihoaktivnih tvari.

Usluge provjere prisutnosti droge dostupne su u 10 zemalja Europske unije. Službe se razlikuju na više načina, uključujući njihovu lokaciju, metode, vrijeme dobivanja rezultata, način na koji se rezultati priopćavaju te u koju svrhu (slika 3.8.). Usluge testiranja mogu se provoditi u fiksnim laboratorijima ili u mobilnim laboratorijima, primjerice, na glazbenim festivalima i u klubovima. Metode testiranja mogu uključivati od kompleta za samotestiranje koji pokazuje prisutnost ili odsutnost određene droge ili primjese, do sofisticirane opreme kojom se mogu identificirati i kvantificirati brojne tvari. Vrijeme potrebno za dobivanje rezultata također može varirati od nekoliko sekundi do nekoliko dana.

Priopćavanje rezultata od posebne je važnosti za službe za provjeru droga, jer su nalazi često popraćeni savjetovanjem ili kratkim intervencijama. Metode priopćavanja uključuju

upozorenja općoj populaciji i konzumentima, ploče s obavijestima na plesnim događanjima, elektroničke publikacije s rezultatima ili izravno davanje informacija pojedincima.

### Kronične štetne posljedice uporabe droga: smanjuje se broj zaraza HIV-om, ali dijagnosticiranje i dalje kasne

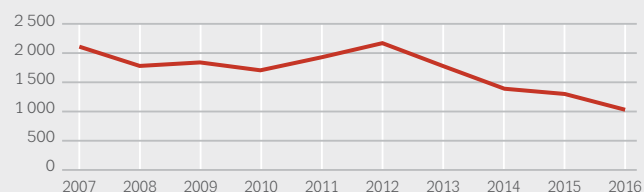
Konzumenti droge, osobito injektirajući konzumenti, izloženi su riziku od zaraznih bolesti zbog razmjene pribora za uporabu droga i nezaštićenih seksualnih odnosa. Rizično ponašanje u sklopu injektiranja droga i dalje ima glavnu ulogu u prijenosu infekcija koje se prenose krvlju, kao što su virus hepatitisa C (HCV) i, u nekim zemljama, virus humane imunodeficijencije (HIV). Tijekom 2016. u Europskoj je uniji prijavljeno 1027 novih dijagnoza zaraze HIV-om u intravenskih konzumenata (slika 3.9.), što čini 5 % svih dijagnoza HIV-a za koje je poznat put prijenosa. Taj je udio u posljednjem desetljeću ostao na niskoj i stabilnoj razini. Broj novih zaraza HIV-om među intravenskim konzumentima u padu je u većini europskih zemalja, s ukupnim smanjenjem od 51 % u razdoblju od 2007. do 2016. Međutim, intravenska uporaba i dalje je važan način prijenosa u nekim zemljama: u 2016. godini, prema podacima Europskog centra za sprečavanje i kontrolu bolesti (ECDC), više od četvrtine novodijagnosticiranih slučajeva HIV-a odnosilo se na intravensku uporabu droge u Litvi (47 %), Luksemburgu



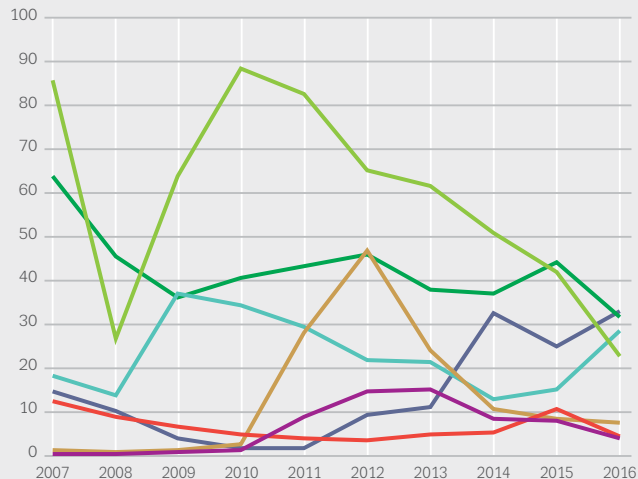
## SLIKA 3.9

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

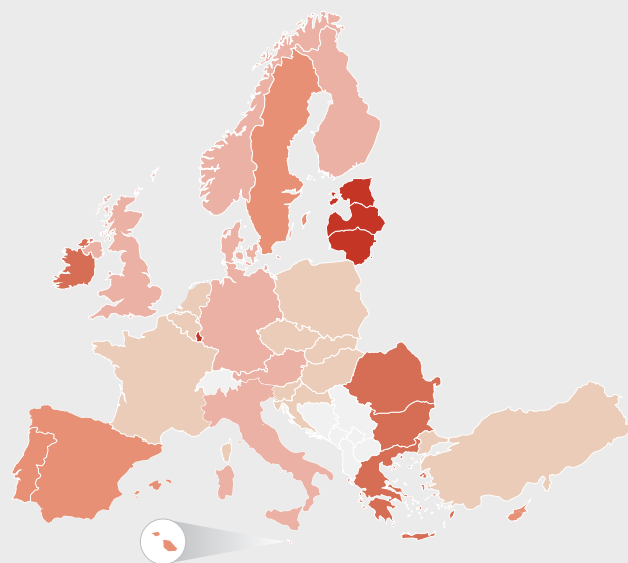
Slučajevi u Europskoj uniji



Broj slučajeva na milijun stanovnika



Luksemburg    Latvija    Litva    Estonija  
 Grčka    Irska    Rumunjska



Broj slučajeva na milijun stanovnika

<1    1,0–2    2,1–3    3,1–8    >8

Izvor: ECDC. Podatci za 2016. godinu

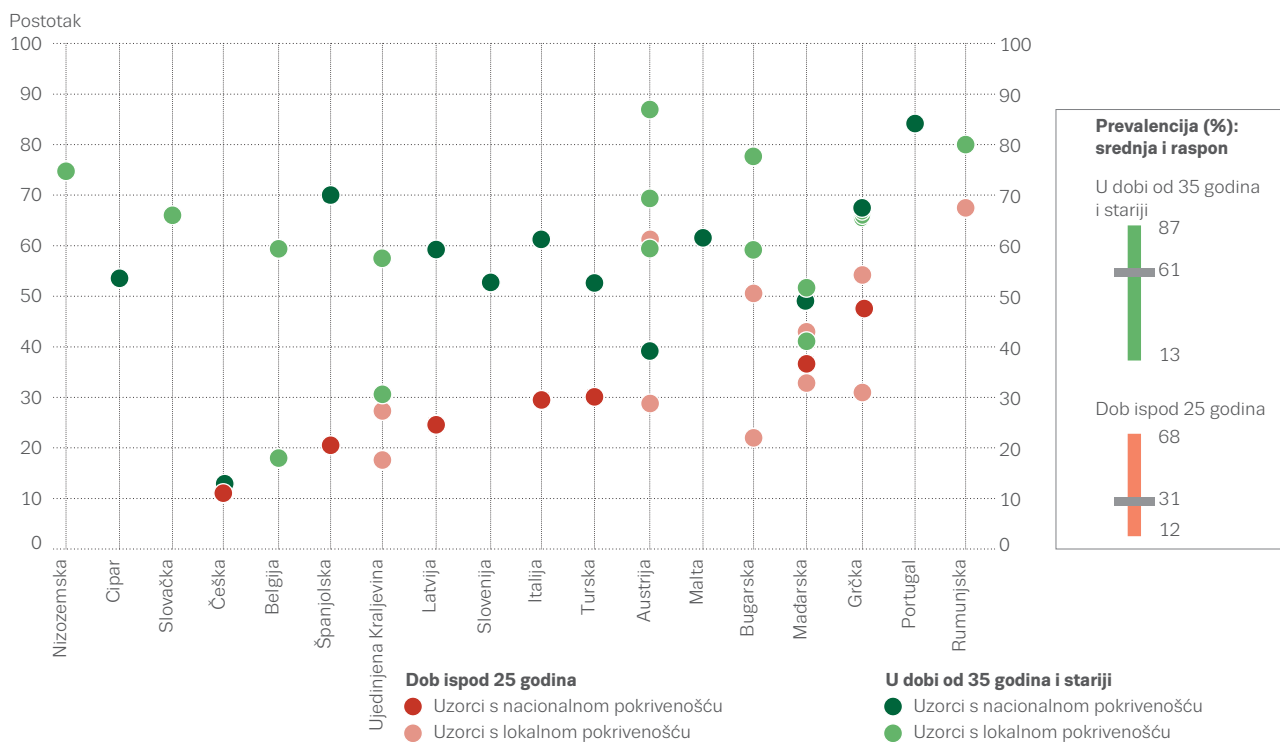
(29 %) i Latviji (27 %). U Rumunjskoj i Grčkoj, iako se 2016. broj novih zaraza HIV-om pripisan intravenskoj uporabi droge nastavio smanjivati, i dalje je iznad razine zabilježene prije izbijanja zaraze u 2012.

Između 2015. i 2016. većina zemalja zabilježila je smanjenje broja slučajeva zaraze HIV-om uzrokovane intravenskom uporabom droga, uključujući Irsku i Ujedinjenu Kraljevinu u kojima je 2015. zabilježen porast. U Irskoj i Ujedinjenoj Kraljevini to je djelomično povezano s lokaliziranim pojavama zaraze. Epidemija zaraze zabilježena u Luksemburgu 2014. nastavila se tijekom 2016., a čimbenik u tome bila je veća učestalost injektiranje stimulansa te visoka razina marginalizacije konzumenata. Litva je zabilježila nagli porast zaraze HIV-om među osobama koje injektiraju drogu, i broj se 2016. gotovo udvostručio od 44 na 83 slučaja. Osim toga, injektiranje stimulativnih droga na zabavama grupnog seksa pod utjecajem droga (slamming) među manjim skupinama muškaraca koji imaju seksualne odnose s drugim muškarcima povezano je s povećanim rizikom od prijenosa zaraze.

U 2016. godini 13 % novih slučajeva AIDS-a s poznatim putem prijenosa, zabilježenih u Europskoj uniji, pripisano je intravenskoj uporabi droga. Ta 422 slučaja povezana s injektiranjem čine manje od četvrtine broja slučajeva prijavljenih desetljeće ranije.

## SLIKA 3.10

Prevalencija zaraze hepatitisom C među intravenskim konzumentima droge prema dobi, od 2015. do 2016.



Napomena: Uzorci manji od 10 nisu prikazani. Redoslijed zemalja prati manje od 25 podataka.

Tamo gdje su bile dostupne informacije, polovica novih slučajeva HIV-a koji se pripisuju intravenskoj uporabi droge u Europskoj uniji u 2016., bili su dijagnosticirani kasno – odnosno, kada je virus već počeo oštećivati imunostni sustav. U Grčkoj i Rumunjskoj, oko 2 od svaka 3 nova slučaja HIV-a povezana s intravenskom uporabom droge bila su dijagnosticirana kasno. Kasna dijagnoza HIV-a znači i odgodu u uvođenju antiretrovirusne terapije te veći morbiditet i smrtnost. Politika „testiranja i ” za HIV, prema kojoj se antiretrovirusna terapija počinje davati odmah nakon dijagnoze zaraze HIV-om, dovodi do smanjenja stope prijenosa zaraze i posebno je važna za skupine visokorizičnog ponašanja, kao što su injektirajući konzumenti droge. Rana dijagnoza i početak antiretrovirusne terapije omogućavaju zaraženim osobama uobičajen očekivani životni vijek.

### Prevalencija HCV-a: razlike među državama

Virusni hepatitis, osobito infekcija prouzročena virusom hepatitisa C (HCV), vrlo je rasprostranjen među intravenskim konzumentima droge diljem Europe. Na svakih 100 osoba zaraženih HCV-om, od 75 do 80 razvit će kroničnu infekciju. To ima značajne dugoročne posljedice jer kronična infekcija HCV-om, koju često pogoršava prekomjerna konzumacija alkohola, dovodi do porasta

stope smrtnih slučajeva i teških bolesti jetre, uključujući cirozu i rak, među starijom populacijom visokorizičnih konzumenata droge.

U razdoblju od 2015. do 2016. godine, prevalencija protutijela na HCV koja ukazuje na postojeću ili prošlu infekciju, varirala je među nacionalnim uzorcima intravenskih konzumenata droge od 15 % do 82 %, pri čemu su nacionalni podatci za 6 od 13 država izražavali stopu veću od 50 %. Među zemljama za koje postoje podatci o nacionalnim trendovima za razdoblje od 2010. do 2016. godine, pad stope prevalencije HCV-a u intravenskih konzumenata zabilježen je u 4 zemlje, a 2 su zabilježile porast.

U usporedbi s mladim intravenskim konzumentima droge, HCV je rašireniji među starijima, što naglašava akumulaciju rizika tijekom godina te veliko opterećenje tom zarazom među skupinama starije dobi (slika 3.10.).

Zaraza virusom hepatitisa B (HBV) među konzumentima droge rjeđa je od zaraze HCV-om. Na postojeću infekciju tim virusom, koja može biti akutna ili kronična, ukazuje prisutnost HBV površinskog antigena. Procjenjuje se da je u 7 zemalja za koje postoje nacionalni podatci, HBV-om trenutačno zaraženo između 1,5 % i 11 % intravenskih konzumenata droga.

Injektiranje droga rizični je čimbenik za druge zarazne bolesti. Skupine zaraženih hepatitisom A povezanim s uporabom droga zabilježene su 2016. godine u Češkoj i Njemačkoj. Skupine zaraženih i povremeni slučajevi botulizma infekcijom rana među intravenskim konzumentima droge zabilježeni su i u Njemačkoj, Norveškoj i Ujedinjenoj Kraljevini.

### Suzbijanje zaraznih bolesti: učinkovite mjere

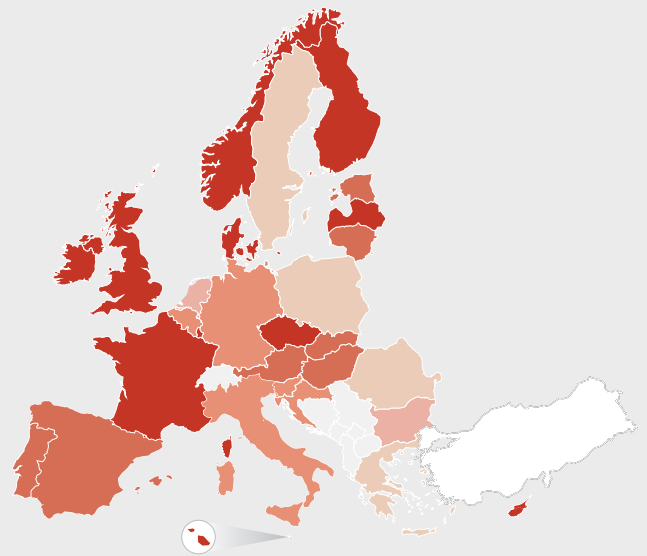
Mjere koje se preporučuju kako bi se smanjile stope zaraznih bolesti među intravenskim konzumentima droge, uključuju supstitucijsku terapiju za opioide, podjelu sterilnog pribora za injektiranje, cijepljenje, testiranje na zarazne bolesti, liječenje hepatitisa i HIV-a, kao i intervencije za promicanje zdravlja usmjerene na sigurnije ponašanje pri intravenskoj uporabi droga te izbjegavanje rizičnog seksualnog ponašanja.

Za osobe koje injektiraju opioide, supstitucijska terapija značajno smanjuje rizik od zaraze, a neke analize ukazuju na povećanje zaštitnih učinaka kada se široka obuhvaćenost tretmanom kombinira s velikom ponudom novih štrcaljki. Dokazi pokazuju da programi ponude novih igala i štrcaljki učinkovito smanjuju prijenos HIV-a među osobama koje injektiraju droge. Od 30 zemalja koje EMCDDA prati, sve osim Turske omogućavaju besplatno pribavljanje čistog pribora za injektiranje u specijaliziranim centrima. Međutim, među zemljama postoje znatne razlike u pogledu zemljopisne raširenosti mjesta na kojima se mogu dobiti besplatne nove štrcaljke (slika 3.11.). Zemlje se razlikuju i u pokrivenosti ciljane populacije tom intervencijom (slika 3.12.). Prema podacima o podjeli štrcaljki putem specijaliziranih programa koje je dostavilo 25 zemalja, tijekom posljednjih godina za koje su dostupni podatci (2015./2016.) te su zemlje zajedno podijelile više od 54 milijuna štrcaljki. Ta je procjena značajno umanjena jer nekoliko velikih zemalja, kao što su Njemačka, Italija i Ujedinjena Kraljevina, ne prijavljuju potpune nacionalne podatke o osiguranju štrcaljki konzumentima.

Europske zemlje izvještavaju i o podjeli drugog pribora osim štrcaljki i igala, a provode je specijalizirane agencije za suzbijanje droga. Primjerice, u više od polovice zemalja dijele se pisane informacije o sigurnijoj uporabi, kondomima, jastučićima za dezinfekciju i limunskoj kiselini. Davanje aluminijskih folija ili lula kako bi se omogućila i potaklo udisanje umjesto injektiranja droge zabilježeno je u 8 zemalja, dok se u Češkoj dijele želatinske kapsule kako bi se potakla peroralna konzumacija metamfetamina (pervitin).

SLIKA 3.11

Geografska dostupnost programa podjele igala i štrcaljki u Europskoj uniji, Norveškoj i Turskoj



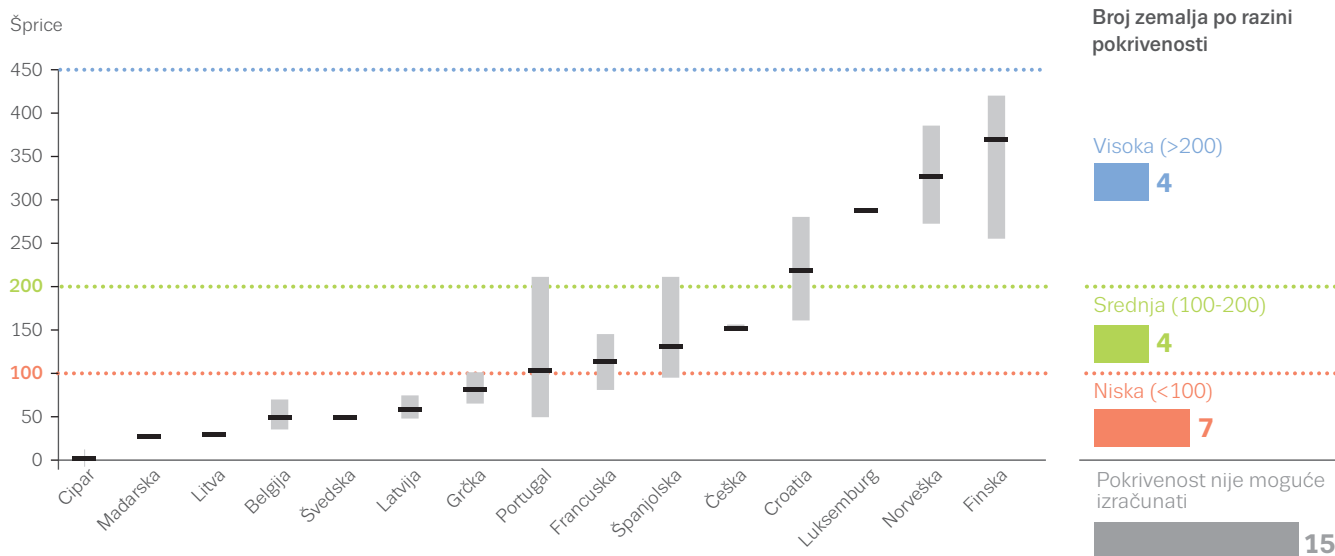
Postotak teritorijalnih jedinica s 1 ili više trgovina  
 0 <20 20–39 40–59 60–79 >80  
 Napomena: Na temelju teritorijalnih jedinica Eurostata NUTS-3. Vrijednosti za Španjolsku, Njemačku i Italiju temelje se na procjenama stručnjaka. Geografska dostupnost ne mora odražavati udio ciljane populacije obuhvaćene intervencijom.

### Eliminacija HCV-a: pristup testiranju i tretmanu

Minimalni standardi kvalitete EU-a za intervencije smanjenja potražnje promiču dobrovoljno testiranje na krvlju prenosive zarazne bolesti u agencijama zajednice, kao i savjetovanje u vezi s rizičnim ponašanjem i pomoć u držanju bolesti pod kontrolom. Međutim, stigmatizacija i marginalizacija konzumenata droga prepreke su široj primjeni testiranja i tretmana. Potrebne su inovativne metode kako bi se prevladali ti izazovi, a osobito širi opseg savjetovanja i testiranja koju provode osposobljeni pružatelji skrbi u zajednici. Nadalje, svako širenje opsega testiranja zaraznih bolesti treba biti popraćeno mjerama kako bi se osiguralo odgovarajuće liječenje infekcija.

## SLIKA 3.12

Pokrivenost specijaliziranih programa podjele štrcaljki: broj štrcaljki koje se osiguravaju po procijenjenom broju intravenskih konzumenata



Europske stručne smjernice preporučuju da se bez odgađanja razmotri liječenje HCV-a u osoba kod kojih postoji veliki rizik od prijenosa virusa, a to uključuje aktivne konzumente intravenskih droga i zatvorenike.

Novi učinkoviti, bolje podnošljivi i posve peroralni režimi liječenja bez interferona koji uključuju antivirusne lijekove izravnog djelovanja, mogu rezultirati izlječenjem u 95 % slučajeva. Neograničen pristup liječenju i dalje je rijedak zbog visokih troškova tih lijekova. Od listopada 2017., svaka druga europska zemlja odredila je svoj pristup prema suzbijanju hepatitisa i njegovu liječenje u dokumentu svoje nacionalne politike. Međutim, kliničke smjernice u 9 zemalja uključuju kriterije kojima se pristup liječenju HCV-a ograničava osobama koje konzumiraju drogu (npr. tražeći suzdržavanje od uporabe droge između 3 i 12 mjeseci).

### Intervencije u zatvorima: različite nacionalne mogućnosti

U odnosu na opću populaciju, zatvorenici navode više stope uporabe droga tijekom života i štetnije obrasce uporabe, uključujući injektiranje, što zatvore čini okruženjima u kojima je važno provoditi intervencije povezane s drogom. Mnogi zatvorenici imaju složene potrebe za zdravstvenom skrbi, pa procjena uporabe droga

i s njom povezanih problema predstavlja važan dio zdravstvenog pregleda po dolasku u zatvor u mnogim zemljama. Analiza podataka o prevalenciji HIV-a i HCV-a među intravenskim konzumentima droge iz 17 europskih zemalja za razdoblje od 2006. do 2017., pokazala je da je prevalencija tih infekcija u većini zemalja bila značajno viša među osobama koje su boravile u zatvoru: u 10 od 17 zemalja u slučaju HIV-a i 14 od 17 zemalja u slučaju HCV-a.

Testiranje na zarazne bolesti (HIV, HBV, HCV i tuberkulozu) provodi se u zatvorima u većini zemalja, iako to može biti ograničeno na testiranje pri ulasku ili samo za osobe sa simptomima. Liječenje hepatitisa C omogućuje samo 11 zemalja. Programi cijepljenja protiv hepatitisa B postoje u 16 zemalja. Davanje čistog pribora za injektiranje manje je često, s tim da programi dijeljenja štrcaljki postoje u 5 zemalja, ali samo 3 od njih bilježe stvarnu provedbu ove intervencije.

Dva važna načela provedbe zdravstvenih intervencija u zatvorima jesu istovjetnost skrbi s onom koja se pruža u zajednici i kontinuitet skrbi nakon izlaska iz zatvora. U 28 zemalja moguća je opioidna supstitucijska terapija u zatvorima, ali pokrivenost je mala u većini zemalja. Intervencije ponuđene zatvorenicima uključuju detoksikaciju, individualno i grupno savjetovanje, tretman

u terapijskim zajednicama i u posebnim bolničkim odjelima. Gotovo sve zemlje izvještavaju o pružanju jedne ili više tih opcija liječenja ili tretmana. Većina europskih država uspostavila je međuagencijsko partnerstvo između zatvorskih zdravstvenih službi i službi u zajednici kako bi se olakšala provedba zdravstvene edukacije i terapijskih intervencija u zatvoru te osigurao kontinuitet skrbi prilikom ulaska u zatvor te nakon izlaska na slobodu. U svim se državama provode pripreme prije izlaska iz zatvora, uključujući socijalnu reintegraciju. Programi za suzbijanje rizika od predoziranja, koji je nakon napuštanja zatvora posebno visok među intravenskim konzumentima opioidima, postoje u 5 zemalja, a uključuju obuku, informiranje i davanje naloksona nakon izlaska iz zatvora.

### Smrt zbog predoziranja: porast među konzumentima visokog rizika

Uporaba droga prepoznata je kao uzrok smrtnosti među europskim odraslim stanovništvom koja se može izbjeći. Kohortna istraživanja na visokorizičnim konzumentima droge često ukazuju na ukupne stope smrtnosti u rasponu od 1 do 2 % godišnje. Ukupno, vjerojatnost smrtnosti među konzumentima opioida u Europi veća je za 5 do 10 puta nego kod njihovih vršnjaka istoga spola. Povećana smrtnost među konzumentima opioida odnosi se prije svega na predoziranje, ali se značajnima smatraju i drugi

uzroci smrti koji su neizravno povezani s uporabom droga poput infekcija, nesreća, nasilja i samoubojstva. Uobičajeno je pogoršanje zdravlja obilježeno razvojem više bolesti koje su međusobno povezane. Česte su kronične bolesti pluća i jetre te problemi kardiovaskularnog sustava i na njih otpada sve veći udio smrtnih slučajeva među starijim i kroničnim konzumentima droge.

U Europi je predoziranje drogom i dalje glavni uzrok smrti među visokorizičnim konzumentima droge, a više od tri četvrtine osoba koji umiru zbog predoziranja čine muškarci (79 %). Podatci o predoziranju, posebice ukupni kumulativni podatci za Europu, moraju se tumačiti s oprezom. Razlozi za to jesu sustavno neprijavlivanje u nekim zemljama i postupci registracije koji dovode do odgoda u izvještavanju. Godišnje procjene stoga predstavljaju privremenu minimalnu vrijednost.

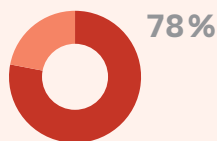
## SMRTNI SLUČAJEVI UZROKOVANI UPORABOM DROGA

### Karakteristike

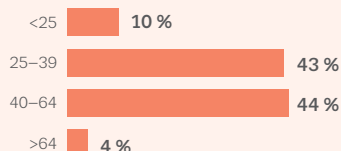


Prosječna dob u vrijeme smrti **39** godina

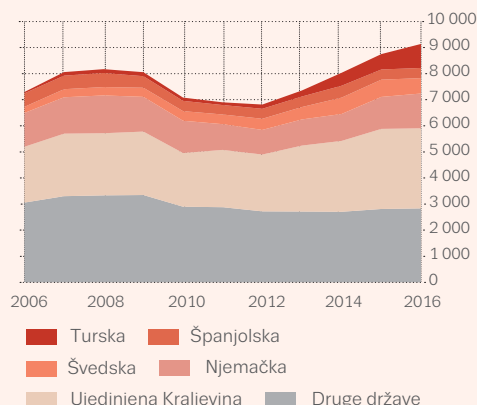
### Smrtni slučajevi uz prisutnost opijata



### Dob pri smrti



### Trendovi u pogledu smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranjem



### Broj smrtnih slučajeva

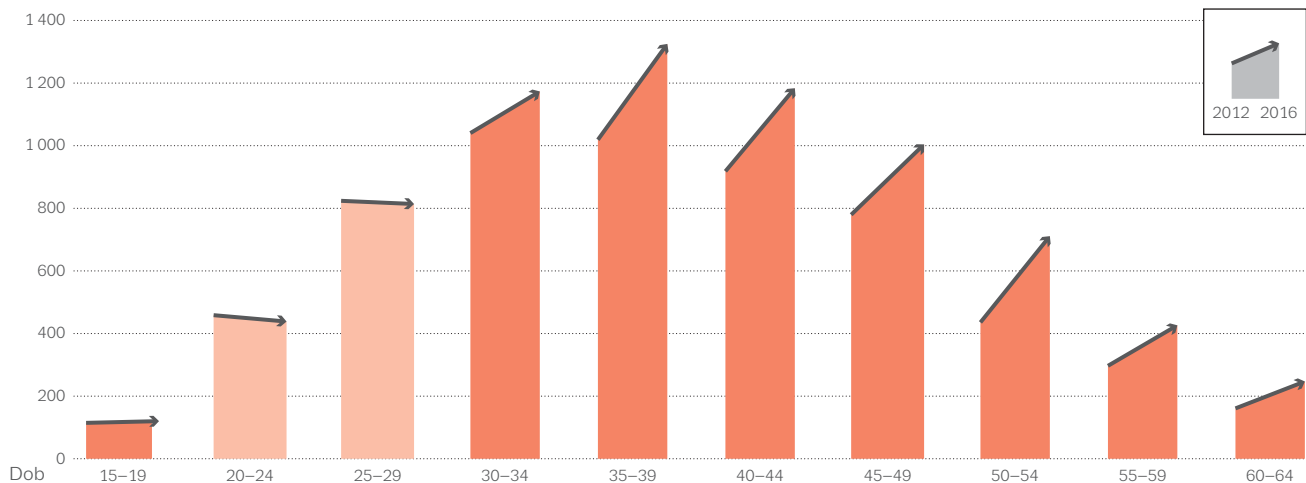
7 929 EU 9 138 EU + 2

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

### SLIKA 3.13

**Broj smrtnih slučajeva uzrokovanih drogama koji su zabilježeni u Europskoj uniji 2012. i 2016. ili posljednjoj dostupnoj godini, prema dobnoj skupini**

Broj smrtnih slučajeva



Procjenjuje se da je u Europskoj uniji u 2016. bilo 7929 smrtnih slučajeva zbog predoziranja koji su uključivali jednu ili više nezakonitih droga. Ta brojka raste na procijenjenih 9138 smrtnih slučajeva ako se pribroje Norveška i Turska, što predstavlja porast od 4 % u odnosu na revidiranu brojku od 8749 za 2015., a situacija je u EU-u sveukupno gledajući stabilna u usporedbi s 2015. godinom. Kao i prethodnih godina, Ujedinjena Kraljevina (34 %) i Njemačka (15 %) zajedno čine približno polovicu ukupnog broja za Europu. To je djelomično povezano s veličinom ugroženih populacija u tim zemljama, ali i neprijavlivanjem u drugim zemljama. Promatraju li se zemlje s relativno robusnim sustavima bilježenja i podacima dostupnim za 2016., opaža se porast broja smrtnih slučajeva zbog predoziranja u Estoniji i Njemačkoj. U slučaju Nizozemske još nije jasno predstavlja li veliki porast zabilježenih smrtnih slučajeva zbog predoziranja (za 91 % u usporedbi s 2014.) stvarni porast broja smrtnih slučajeva prouzročenih drogom ili je to iz drugih razloga, kao što su promjene u načinu prijavljivanja. U Ujedinjenoj Kraljevini porast je zabilježen u 2015., s 13 % više smrtnih slučajeva nego 2014. i 21 % više nego 2013. Privremeni podatci ukazuju na to da se taj rast nastavio i u 2016. Trend porasta vidljiv u Švedskoj tijekom nekoliko godina, promijenio je smjer 2016. Turska je nastavila bilježiti velike poraste, s brojem gotovo dvostruko većim u 2016. nego

2014., ali čini se da je do toga došlo uglavnom zbog boljeg načina prikupljanja podataka i izvještavanja.

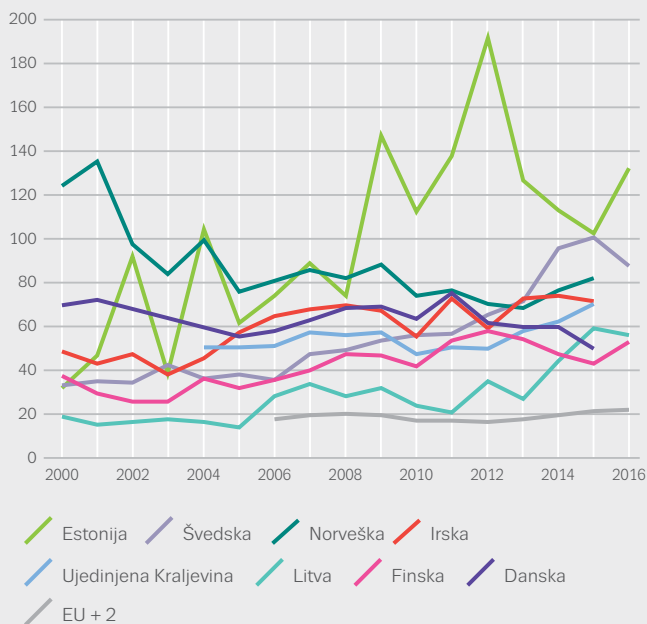
Trend porasta u broju smrtnih slučajeva zbog predoziranja zabilježen među skupinama starije dobi, odražava starenje europske populacije konzumenata opioida, koja je izložena najvećem riziku od smrti zbog predoziranja drogom. Između 2012. i 2016., broj smrtnih slučajeva zbog predoziranja povećao se u Europskoj uniji u svim dobnim kategorijama iznad 30 godina (slika 2.13). Broj smrtnih slučajeva u dobnim skupinama 50+ povećao se ukupno za 55 % u usporedbi s porastom od 25 % smrtnih slučajeva u dobnim skupinama između 30 i 49 godina. Među mladim dobnim skupinama u Europskoj uniji, broj smrtnih slučajeva zbog predoziranja uglavnom je stabilan. Analiza slučajeva predoziranja sa smrtnim ishodom zabilježenih u Turskoj 2016. pokazuje da je profil konzumenata mlađe dobi nego onaj u Europskoj uniji, pri čemu je prosječna dob 31 godina (u usporedbi s 39 godina), a u trećini slučajeva radilo se o osobama mladim od 25 godina.

**Predožiranje drogom i dalje je glavni uzrok smrti među visokorizičnim konzumentima droge**

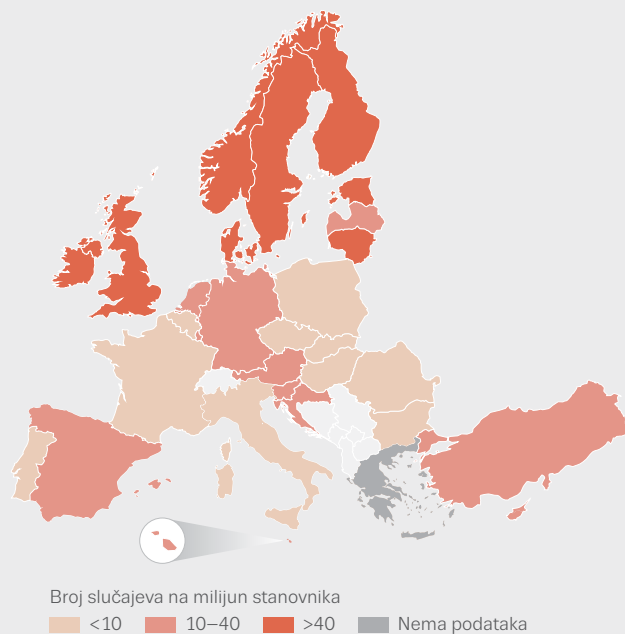
SLIKA 3.14

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

Broj slučajeva na milijun stanovnika



Napomena: Trendovi u 8 zemalja koje su prijavile najviše vrijednosti u 2016. ili 2015. i opći europski trend. EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku.



### Smrtnost prouzročena drogom: najviše stope zabilježene u sjevernoj Europi

Stopa smrtnosti zbog predoziranja u Europi za 2016. godinu procjenjuje se na 21,8 smrtnih slučajeva na milijun stanovnika u dobi od 15 do 64 godine. Stopa smrtnosti za muškarce (34,7 slučajeva na milijun muškaraca) gotovo je četverostruko veća od stope za žene (8,9 slučajeva na milijun žena). Stope smrtnosti zbog predoziranja najviše su u dobi od 35 do 39 godina za muškarce, s 57,4 smrtna slučaja na milijun osoba te u dobi od 40 do 44 godina za žene, s 12,4 smrtna slučaja na milijun osoba. Prosječna dob u vrijeme smrti iznosi 39 godina i za žene i za muškarce. Nacionalne stope smrtnosti i trendovi značajno se razlikuju (slika 3.14.), a pod utjecajem su čimbenika kao što su prevalencija i obrasci uporabe droga te nacionalne prakse izvještavanja, evidentiranja informacija i kodiranja smrtnih slučajeva zbog predoziranja, uključujući promjenjiv broj nezabilježenih slučajeva u nacionalnim bazama podataka o smrtnosti. Prema najnovijim dostupnim podacima, stope od više od 40 smrtnih slučajeva na milijun stanovnika zabilježene su u 8 država sjeverne Europe, pri čemu su najviše stope zabilježene u Estoniji (132 na milijun stanovnika), Švedskoj (88 na milijun stanovnika), Norveškoj (81 na milijun stanovnika), Irskoj (70 na milijun stanovnika) i Ujedinjenoj Kraljevini (70 na milijun stanovnika) (slika 3.14.).



## Predoziranja sa smrtnim ishodom: prevladava smrt zbog opioida

Heroin ili njegovi metaboliti, često u kombinaciji s drugim tvarima, uključeni su u većinu smrtonosnih predoziranja zabilježenih u Europi. Najnoviji podatci pokazuju porast broja smrtnih slučajeva povezanih s heroinom, ponajviše u Ujedinjenoj Kraljevini gdje je većina smrtnih slučajeva zbog predoziranja (87 %) uključivala neki oblik opioida. U Engleskoj i Walesu heroin ili morfij naveden je u 1177 smrtnih slučajeva prijavljenih u 2015., što predstavlja porast od 18 % u odnosu na prethodnu godinu, a porast od 44 % u odnosu na 2013. Broj smrtnih slučajeva povezanih s heroinom ili morfijem također se povećao u Škotskoj (Ujedinjena Kraljevina), s tim da je 473 takvih smrtnih slučajeva zabilježeno 2016., što predstavlja porast od 37 % u odnosu na prethodnu godinu. U Francuskoj je heroin bio povezan s 30 % smrtnih slučajeva zbog predoziranja u 2015. u usporedbi s 15 % u 2012. U toksikološkim izvješćima redovito se navode i ostali opiodi. Te tvari, prvenstveno metadon, ali i buprenorfin (Finska), fentanili i njegovi derivati (posebice u Estoniji) te tramadol, povezuju se sa znatnim udjelom smrtnih slučajeva zbog predoziranja u nekim zemljama.

Stimulansi poput kokaina, amfetamina, MDMA-a i katinona u Europi se spominju u manjem broju predoziranja koja su uzrokovala smrt iako njihov značaj varira od države do države. U Ujedinjenoj Kraljevini (Engleska i Wales), broj smrtnih slučajeva povezanih s kokainom narastao je od 169 u 2013. na 340 u 2015., iako se mnogi od njih smatraju predoziranjima heroinom među osobama koje su upotrebljavale i *crack*

kokain. U 2016. smrtni slučajevi uzrokovani stimulansima u Turskoj uključivali su 100 slučajeva povezanih s kokainom, 98 slučajeva povezanih s amfetaminima i 252 slučaja povezana s MDMA-om. Turska je također zabilježila veliki porast broja smrtnih slučajeva povezanih sa sintetičkim kanabinoidima: od 137 u 2015. do 373 u 2016. godini. U Ujedinjenoj Kraljevini broj smrtnih slučajeva povezanih s novim psihoaktivnim tvarima ostao je relativno nizak, ali se povećao od 2010. godine, posebice u Škotskoj.

## Predoziranja i smrtni slučajevi povezani s uporabom droga: preventivne intervencije

Smanjenje morbiditeta i smrtnosti zbog predoziranja glavni je izazov za javno zdravstvo u Europi. Širi odgovor javnog zdravstva u tom području usmjeren je na smanjivanje ugroženosti konzumenata droge, posebice uklanjanjem prepreka i boljim pristupom službama te omogućavanjem konzumentima droge da se manje izlažu rizicima (slika 3.15.). Procjenom rizika od predoziranja među konzumentima droge i jačanjem njihove osviještenosti prema predoziranju u kombinaciji s osiguranjem učinkovitog tretmana ovisnosti o drogama pomaže se spriječiti predoziranje. Posebnu pažnju zahtijevaju razdoblja povećanog rizika, kao što su izlasci iz zatvora i otpusti ili prekid tretmana. Intervencije kao što ustanove za konzumaciju droge pod nadzorom te programi davanja naloksona za primjenu kod kuće, odgovori su visokih ciljeva kojima se nastoji povećati vjerojatnost preživljenja u slučaju predoziranja.

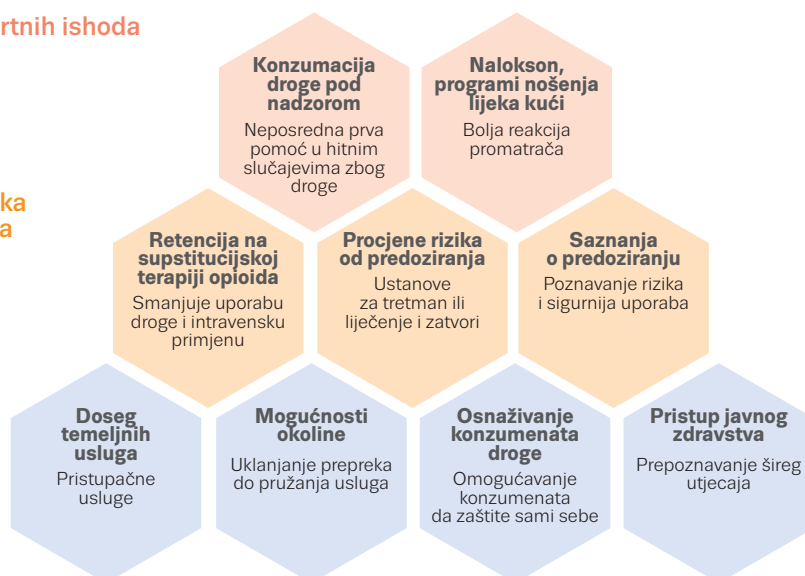
SLIKA 3.15

Ključni pristupi za smanjenje broj smrtnih slučajeva povezanih s opioidima

### Smanjenje smrtnih ishoda predoziranja

### Smanjenje rizika od predoziranja

### Smanjenje osjetljivosti





Ustanove s nadzorom uporabe droga prostori su u kojima konzumenti mogu konzumirati drogu u higijenskim i sigurnijim uvjetima. Cilj je ove intervencije spriječiti predoziranje i osigurati dostupnost stručne pomoći ako se predoziranje ipak dogodi. Ove ustanove obično pružaju pristup širokom rasponu medicinskih i socijalnih usluga, kao i upućivanje na tretman ovisnosti o drogi te mogu privući teško dostupne populacije konzumenata. Pojedine ustanove nadziru veliki broj konzumacija koje bi se inače događale na ulicama ili u drugim rizičnim okolnostima. Sve je više dokaza o njihovoj djelotvornosti, što uključuje smanjenje rizičnog ponašanja, smrtnosti zbog predoziranja i prijenosa zaraza, a također i bolji pristup konzumenata tretmanima te zdravstvenim i socijalnim službama. Istodobno, time se može pomoći smanjiti uporaba droge na javnim mjestima i poboljšati boravak na mjestima u blizini urbanih tržišta droge. Takve ustanove trenutačno djeluju u 56 gradova u 6 zemalja EU-a i Norveškoj; ukupno ih je 78. U Njemačkoj gdje takve ustanove postoje od ranih 1990-ih, zakonski propisi nedavno su revidirani tako da je moguće nadzirati načine uporabe droge manjeg rizika, kao što su šmrkanje, pušenje i udisanje. Osim toga, dvije od 16 saveznih država počele su dopuštati njihovu uporabu osobama koji su na supstitucijskoj terapiji.

### | Nalokson: programi uzimanja kod kuće

Nalokson je lijek koji je antagonist opioida i može obrnuti smjer djelovanja opioida pri predoziranju. Primjenjuje ga osoblje bolničkih odjela hitne medicine, kola hitne pomoći te osoblje drugih službi koje redovito dolazi u kontakt s konzumentima droge. Zadnjih godina programi uzimanje naloksona prošireni su na uporabu kod kuće, čime je lijek postao dostupan konzumentima opioida, njihovim partnerima, suradnicima i obiteljima zajedno s edukacijom o prepoznavanju i reagiranju na predoziranje. U 2017. u 10 europskih zemalja postojalo je 16 programa za uzimanje naloksona kod kuće. [Sustavnim pregledom](#) djelotvornosti naloksona koji se može odnijeti kući pronađeni su dokazi da njegova takva primjena u spoju s intervencijama u obliku edukacije i obuke smanjuje stopu smrtnosti povezanu s predoziranjem. Osobita prednost uočena je za

pojedine skupine s povišenim rizikom od predoziranja, kao što su zatvorenici nedavno pušteni na slobodu.

U programe uzimanja naloksona kod kuće uključeni su zatvorenici u Estoniji, Francuskoj i Ujedinjenoj Kraljevini, a podjela naloksona u zatvoru trebala bi 2018. započeti u Norveškoj.

Većina pribora za primjenu naloksona koji se dobije od ljekarničkih i zdravstvenih službi, uključuje ili generički nalokson za injektiranje (0,4 ili 1 mg/1 ml) u ampulama ili napunjene štrcaljke s lijekom. U Francuskoj je koncentriraniji pripravak za nazalnu primjenu (0,9 mg/0,1 ml), koji je u okviru kliničkih ispitivanja u uporabi od 2016., dobio odobrenje za stavljanje u promet u srpnju 2017., što omogućava njegovu širu uporabu. U studenome 2017. Europska komisija odobrila je stavljanje na tržište spreja za nos u Europskoj uniji, Norveškoj, Islandu i Lihtenštajnu. Udio naloksona u 0,1 ml otopine tog spreja za nos iznosi 1,8 mg.



**Smanjenje morbiditeta  
i smrtnosti zbog predoziranja  
glavni je izazov  
javnog zdravstva**

## SAZNAJTE VIŠE

### Publikacije EMCDDA-a

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

#### 2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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.

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

#### 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.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

#### 2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

#### 2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

### Zajedničke publikacije EMCDDA-a i ECDC-a

#### 2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

#### 2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

#### 2012

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

Sve publikacije dostupne su na internetskim stranicama [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)



# Prilog

**Nacionalni podatci za procjenu prevalencije uporabe droga, uključujući ovisnost o opioidima, supstitucijsku terapiju, ukupan broj osoba na terapiji, uključivanje u terapiju, intravensku uporabu droga, smrtne slučajeve prouzročene drogom, zarazne bolesti povezane s drogama, podjelu štrcaljki i zapljene. Podatci su uzeti i čine sastavni dio **Statističkog biltena za 2018. EMCDDA-a**, u kojem se nalaze i ostale bilješke i metapodatci. Naznačene su i godine na koje se podatci odnose.**

TABLICA A1

## OPIOIDI

Država	Procjena visokorizične uporabe opioida		Konzumenti kojima je to prvi tretman te godine						Osobe na supstitucijskoj terapiji
			Konzumenti opioida izraženi kao % osoba koje su započele tretman			Intravenski konzumenti opioida u % (glavni put primjene)			
			Svi konzumenti koji su započeli tretman	Konzumenti prvi put uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu	Svi konzumenti koji su započeli tretman	Konzumenti prvi put uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu	
Godina procjene	Slučajeva na 1000	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	broj	
Belgija	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bugarska	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Češka	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Danska	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Njemačka	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estonija	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irska	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grčka	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Španjolska	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Francuska	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Hrvatska	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italija	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Cipar	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Latvija	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Litva	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luksemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Mađarska	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Nizozemska	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austrija	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Poljska	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugal	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Rumunjska	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovenija	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovačka	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finska	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Švedska (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Ujedinjena Kraljevina	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Turska	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Norveška (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
<b>Europska unija</b>	–	–	<b>36,1 (167 443)</b>	<b>17,9 (31 520)</b>	<b>49,1 (130 977)</b>	<b>33,8 (46 440)</b>	<b>26,2 (6 709)</b>	<b>35,3 (37 608)</b>	<b>628 289</b>
<b>EU, Turska i Norveška</b>	–	–	<b>36,8 (176 549)</b>	<b>19,2 (35 490)</b>	<b>49,5 (136 113)</b>	<b>33,3 (48 434)</b>	<b>24,9 (7 270)</b>	<b>35,2 (39 041)</b>	<b>635 843</b>

Podatci o osobama prvi put na terapiji odnose se na 2016. ili posljednju dostupnu godinu: Češka, 2014.; Danska, Španjolska, Nizozemska i Turska, 2015. Podatci o osobama na supstitucijskoj terapiji odnose se na 2016. ili posljednju dostupnu godinu: Danska, Španjolska, Mađarska, Poljska i Finska, 2015.; Nizozemska, 2014.; Turska, 2011. Broj za Švedsku ne obuhvaća sve konzumente.

(¹) Podatci za osobe koje su započele tretman ovisnosti odnose se samo na bolničku skrb i specijaliziranu izvanbolničku skrb.

(²) Postotak osoba koje se liječe zbog problema povezanih s opioidima minimalna je vrijednost i ne obuhvaća konzumente opioida koji su registrirani kao konzumenti kombinirane uporabe droga.

## TABLICA A2

## KOKAIN

Država	Procjena prevalencije				Konzumenti kojima je to prvi tretman te godine					
	Opća populacija			Školska populacija	Konzumenti kokaina u % osoba koje su započele tretman			Intravenski konzumenti kokaina u % (glavni način uporabe)		
	Godina istraživanja	Tijekom života, odrasli (15 – 64)	U posljednjih 12 mjeseci, mlade odrasle osobe (15 – 34)	Tijekom života, učenici (15 – 16)	Svi konzumenti koji su započeli tretman	Konzumenti prvi put uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu	Svi konzumenti uključeni u tretman ovisnosti	Konzumenti prvi put uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu
	%	%	%	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)
Belgija	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bugarska	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Češka	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danska (1)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Njemačka (2)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estonija	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irska	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grčka (2)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Španjolska	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Francuska	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Hrvatska	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italija	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Cipar	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Latvija	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litva	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luksemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Mađarska (2)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Nizozemska	2016	5,9	3,7	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	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Poljska	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Rumunjska	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovačka	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finska	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Švedska (1,3)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Ujedinjena Kraljevina (1,4)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turska	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norveška (1)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
<b>Europska unija</b>	–	<b>5,1</b>	<b>1,9</b>	–	<b>14,5 (67 113)</b>	<b>17,1 (30 195)</b>	<b>12,8 (34 253)</b>	<b>5,3 (3 597)</b>	<b>1,9 (567)</b>	<b>7,9 (2 947)</b>
<b>EU, Turska i Norveška</b>	–	–	–	–	<b>14 (67 377)</b>	<b>16,4 (30 319)</b>	<b>12,5 (34 393)</b>	<b>5,2 (3 597)</b>	<b>1,9 (567)</b>	<b>7,9 (2 947)</b>

Procjene prevalencije za školsku populaciju uzete su iz ESPAD-ova istraživanja iz 2015., osim za Belgiju (2016.; samo Flandrija), Španjolsku (2016.), Njemačku (2011.), Italiju (2016.), Luksemburg (2010.; dob 15 godina), Švedsku (2016.) i Ujedinjenu Kraljevinu (2014.; samo Engleska, dob 15 godina). Zbog nesigurnosti postupaka prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

Podatci o osobama koje su započele tretman odnose se na 2016. g. ili posljednju dostupnu godinu: Češka, 2014.; Danska, Španjolska, Nizozemska i Turska, 2015.

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

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

(3) Podatci za osobe koje su započele tretman ovisnosti odnose se samo na bolničku skrb i specijaliziranu izvanbolničku skrb.

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

## TABLICA A3

## AMFETAMINI

Država	Procjena prevalencije				Konzumenti kojima je to prvi tretman te godine					
	Opća populacija			Školska populacija	Konzumenti amfetamina u % osoba koje su započele tretman			Intravenski konzumenti amfetamina u % (glavni način uporabe)		
	Godina istraživanja	Tijekom života, odrasli (15 – 64)	U posljednjih 12 mjeseci, mlade odrasle osobe (15 – 34)	Tijekom života, učenici (15 – 16)	Svi konzumenti koji su započeli tretman	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu	Svi konzumenti koji su započeli tretman	Konzumenti prvi puta uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu
	%	%	%	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)
Belgija	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bugarska	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Češka	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danska (1)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Njemačka (2)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
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	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Grčka	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Španjolska	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Francuska	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Hrvatska	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italija	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Cipar	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Latvija	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Litva	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luksemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Mađarska (2)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Nizozemska	2016	5,3	3,6	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)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Poljska	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumunjska	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slovačka	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finska	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Švedska (1,3)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Ujedinjena Kraljevina (1,4)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Turska	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norveška (1)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Europska unija	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
EU, Turska i Norveška	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Procjene prevalencije za školsku populaciju uzete su iz ESPAD-ova istraživanja iz 2015., osim za Belgiju (2016.; samo Flandrija), Španjolsku (2016.), Njemačku (2011.), Italiju (2016.), Luksemburg (2010.; dob 15 godina), Švedsku (2016.) i Ujedinjenu Kraljevinu (2014.; samo Engleska, dob 15 godina). Zbog nesigurnosti postupaka prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

Podatci o osobama koje su započele tretman odnose se na 2016. g. ili posljednju dostupnu godinu: Češka, 2014.; Danska, Španjolska, Nizozemska i Turska, 2015.

Podatci za Njemačku, Švedsku i Norvešku odnose se na uporabu „stimulansa koji nisu kokain“.

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

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

(3) Podatci za osobe koje su započele tretman ovisnosti odnose se samo na bolničku skrb i specijaliziranu izvanbolničku skrb.

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

TABLICA A4

## MDMA

Država	Procjena prevalencije				Konzumenti kojima je to prvi tretman te godine		
	Opća populacija			Školska populacija	Konzumenti MDMA u % osoba koje su započele tretman		
	Godina istraživanja	Tijekom života, odrasli (15 – 64)	U posljednjih 12 mjeseci, mlade odrasle osobe (15 – 34)	Tijekom života, učenici (15 – 16)	Svi konzumenti koji su započeli tretman	Konzumenti prvi put uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu
	%	%	%	% (broj)	% (broj)	% (broj)	
Belgija	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bugarska	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Češka	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danska (¹)	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Njemačka (²)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonija	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irska	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grčka (²)	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Španjolska	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Francuska	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Hrvatska	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italija	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Cipar	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Latvija	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Litva	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luksemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Mađarska (²)	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Nizozemska	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austrija	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Poljska	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Rumunjska	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovenija	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovačka	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finska	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Švedska (¹)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Ujedinjena Kraljevina (¹,³)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turska	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norveška (¹)	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Europska unija	–	<b>4,1</b>	<b>1,8</b>	–	<b>0,3 (1 442)</b>	<b>0,5 (951)</b>	<b>0,2 (424)</b>
EU, Turska i Norveška	–	–	–	–	<b>0,3 (1 548)</b>	<b>0,6 (1 028)</b>	<b>0,2 (453)</b>

Procjene prevalencije za školsku populaciju uzete su iz ESPAD-ova istraživanja iz 2015., osim za Belgiju (2016.; samo Flandrija), Španjolsku (2016.), Njemačku (2011.), Italiju (2016.), Luksemburg (2010.; dob 15 godina), Švedsku (2016.) i Ujedinjenu Kraljevinu (2014.; samo Engleska, dob 15 godina). Zbog nesigurnosti postupaka prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

Podatci o osobama koje su započele tretman odnose se na 2016. g. ili posljednju dostupnu godinu: Češka, 2014.; Danska, Španjolska, Nizozemska i Turska, 2015.

(¹) Raspon dobi za procjenu prevalencije u općoj populaciji: 16 – 64, 16 – 34.

(²) Raspon dobi za procjenu prevalencije u općoj populaciji: 18 – 64, 18 – 34.

(³) Procjene prevalencije za opću populaciju odnose se samo na Englesku i Wales.



## TABLICA A5

## KANABIS

Država	Procjena prevalencije				Konzumenti kojima je to prvi tretman te godine		
	Opća populacija			Školska populacija	Konzumenti kanabisa u % osoba prvi puta uključenih u tretman		
	Godina istraživanja	Tijekom života, odrasli (15 – 64)	U posljednjih 12 mjeseci, mlade odrasle osobe (15 – 34)	Tijekom života, učenici (15 – 16)	Svi konzumenti koji su započeli tretman	Konzumenti prvi put uključeni u tretman	Konzumenti koji su već bili na tretmanu
	%	%	%	% (broj)	% (broj)	% (broj)	
Belgija	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bugarska	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Češka	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danska (1)	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Njemačka (2)	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estonija	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irska	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grčka (2)	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Španjolska	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Francuska	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Hrvatska	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italija	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Cipar	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Latvija	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Litva	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luksemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Mađarska (2)	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Nizozemska	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austrija	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Poljska	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Rumunjska	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovenija	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovačka	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finska	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Švedska (1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Ujedinjena Kraljevina (1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turska	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norveška (1)	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
<b>Europska unija</b>	–	<b>26,3</b>	<b>14,1</b>	–	<b>32,1 (148 793)</b>	<b>46,3 (81 720)</b>	<b>20,9 (55 625)</b>
<b>EU, Turska i Norveška</b>	–	–	–	–	<b>31,5 (151 106)</b>	<b>45,1 (83 157)</b>	<b>20,5 (56 501)</b>

Procjene prevalencije za školsku populaciju uzete su iz ESPAD-ova istraživanja iz 2015., osim za Belgiju (2016.; samo Flandrija), Španjolsku (2016.), Njemačku (2011.), Italiju (2016.), Luksemburg (2010.; dob 15 godina), Švedsku (2016.) i Ujedinjenu Kraljevinu (2014.; samo Engleska, dob 15 godina). Zbog nesigurnosti postupaka prikupljanja podataka, podatci za Latviju možda nisu usporedivi.

Podatci o osobama koje su započele tretman odnose se na 2016. g. ili posljednju dostupnu godinu: Češka, 2014.; Danska, Španjolska, Nizozemska i Turska, 2015.

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

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

(3) Podatci za osobe koje su započele tretman ovisnosti odnose se samo na bolničku skrb i specijaliziranu izvanbolničku skrb.

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

## TABLICA A6

## OSTALI POKAZATELJI

Država	Smrtni slučajevi uzrokovani uporabom droga (u dobi 15 – 64)	Dijagnoze HIV-a povezane s intravenskom uporabom droge (ECDC)	Procjena intravenske uporabe droga		Šprice podijeljene u okviru posebnih programa
	Slučajeva na milijun stanovnika (broj)	Slučajeva na milijun stanovnika (broj)	Godina procjene	Broj slučajeva na 1000 stanovnika	broj
Belgija	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bugarska	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Češka	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Danska	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Njemačka	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estonija	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irska (¹)	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grčka	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Španjolska (²)	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Francuska (¹)	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Hrvatska	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italija	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Cipar	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Latvija	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litva	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luksemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Mađarska	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Nizozemska	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Austrija	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Poljska	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugal	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Rumunjska (³)	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovenija	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovačka	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finska	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Švedska	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Ujedinjena Kraljevina (⁴)	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turska	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norveška	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
<b>Europska unija</b>	<b>22,4 (7 443)</b>	<b>2,0 (1 027)</b>	–	–	–
<b>EU, Turska i Norveška</b>	<b>21,8 (8 500)</b>	<b>1,8 (1 043)</b>	–	–	–

Potrebna je oprez pri usporedbi statistika smrtnih slučajeva uzrokovanih drogama zbog problema s kodiranjem, pokrivenošću i neprijavlivanjem u nekim zemljama.

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

(²) Štrcaljke podijeljene u okviru posebnih programa odnose se na 2015.

(³) Smrtni slučajevi uzrokovani uporabom droga: subnacionalni podatci

(⁴) Podatci o štrcaljkama za Ujedinjenu Kraljevinu: Engleska, nema podataka; Škotska, 4 742 060 i Wales, 3 100 009 (oboje vrijedi za 2016.); Sjeverna Irska, 309 570 (2015.).

## TABLICA A7

## ZAPLJENE

Država	Heroin		Kokain		Amfetamini		MDMA	
	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	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bugarska	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Češka	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Danska	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Njemačka	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estonija	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irska	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Grčka	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Španjolska	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Francuska	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Hrvatska	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italija	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Cipar	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Latvija	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Litva	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luksemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Mađarska	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Nizozemska	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austrija	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Poljska	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugal	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Rumunjska	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovenija	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovačka	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finska	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Švedska	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Ujedinjena Kraljevina	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turska	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norveška	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
<b>Europska unija</b>	<b>4 275</b>	<b>37 548</b>	<b>70 883</b>	<b>97 520</b>	<b>6 221</b>	<b>43 405</b>	<b>5 305 409 (295)</b>	<b>24 383</b>
<b>EU, Turska i Norveška</b>	<b>9 874</b>	<b>46 725</b>	<b>71 832</b>	<b>100 229</b>	<b>10 317</b>	<b>53 504</b>	<b>9 127 499 (306)</b>	<b>30 672</b>

Amfetamini uključuju amfetamin i metamfetamin.

Svi podatci odnose se na 2016. ili posljednju dostupnu godinu.

## TABLICA A7

## ZAPLJENE (nastavak)

Država	Smola kanabisa		Biljni kanabis		Biljka kanabisa	
	Zaplijenjena količina	Broj zapljena	Zaplijenjena količina	Broj zapljena	Zaplijenjena količina	Broj zapljena
	kg	broj	kg	broj	biljaka (kg)	broj
Belgija	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bugarska	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Češka	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Danska	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Njemačka	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estonija	548	22	46	575	- (79)	28
Irska	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grčka	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Španjolska	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Francuska	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Hrvatska	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italija	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Cipar	2	20	171	753	311 (-)	37
Latvija	3	96	44	872	- (50)	22
Litva	551	54	68	654	- (-)	0
Luksemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Mađarska	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Nizozemska	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Austrija	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Poljska	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugal	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Rumunjska	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovenija	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovačka	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finska	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Švedska	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Ujedinjena Kraljevina	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turska	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norveška	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Europska unija	<b>424 186</b>	<b>316 546</b>	<b>123 947</b>	<b>420 092</b>	<b>3 268 037 (29 723)</b>	<b>22 049</b>
EU, Turska i Norveška	<b>463 258</b>	<b>332 117</b>	<b>235 365</b>	<b>454 471</b>	<b>3 268 037 (29 771)</b>	<b>25 583</b>

Svi podatci odnose se na 2016. ili posljednju dostupnu godinu.





## 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](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](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](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](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” predstavlja pregled najviše razine koji se odnosi na situaciju s drogama u Europi, a obuhvaća ponudu droge, njihovu uporabu, probleme javnog zdravstva te politiku i odgovore u vezi s drogama. Zajedno s internetskim [Statističkim biltenom](#) i 30 [Izvješća o drogama po zemljama](#) čini paket [Europskog izvješća o drogama 2018](#).

## O agenciji EMCDDA

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

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

