



Europski centar za praćenje
droga i ovisnosti o drogama

HR

ISSN 2314-9582

Europsko izvješće o drogama

Trendovi i razvoj

2014



Europski centar za praćenje
droga i ovisnosti o drogama

Europsko izvješće o drogama

Trendovi i razvoj

2014

| Pravna obavijest

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

Mnogo dodatnih informacija o Europskoj uniji dostupno je na Internetu, kojima se može pristupiti putem poslužitelja EUROPA (<http://europa.eu>)

Europe Direct je služba koja pomaže pronaći odgovore na pitanja o Europskoj uniji.

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

(*) Određeni mobilni operateri ne dopuštaju pristup brojevima 00 800 ili se ti pozivi naplaćuju.

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 i norveškom. Sve prijevode izradio je Prevoditeljski centar za tijela Europske unije.

Katalogizirani podatci nalaz se na kraju ove publikacije.

Luksemburg: Ured za službene publikacije Europske unije, 2014.

ISBN 978-92-9168-699-5

doi:10.2810/32890

© Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama, 2014.

Umnožavanje je dopušteno pod uvjetom da se navede izvor.

Printed in Spain

TISKANO NA PAPIRU IZBIJELJENOM BEZ ELEMENTARNOG KLORA (ECF)



Europski centar za praćenje
droga i ovisnosti o drogama

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

Tel. +351 211210200

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

| Sadržaj

5	Predgovor
9	Uvodne napomene i zahvale
11	SAŽETAK Bilježenje utjecaja droga na javno zdravstvo na promjenjivom europskom tržištu
17	POGLAVLJE 1 Ponuda droga
33	POGLAVLJE 2 Uporaba droga i problemi povezani s drogama
53	POGLAVLJE 3 Zdravstveni i društveni odgovori na problematiku zlouporabe droga
67	POGLAVLJE 4 Politika o drogama
73	PRILOG Nacionalne baze podataka

Predgovor

Europsko izvješće o drogama za 2014. (EDR) EMCDDA-e donosi novu analizu situacije u području droga, a popraćeno je pregledom zbivanja koja se odnose na intervencije i politike. Na temelju sveobuhvatnog pregleda europskih i nacionalnih podataka, Europsko izvješće o drogama pruža niz međusobno povezanih proizvoda, zajedno s izvješćem Trendovi i razvoj koje se nalazi u središtu ovog pregleda. Zauzimajući višedimenzijски pristup, detaljna analiza ključnih tema pružena je uz sveobuhvatan pregled glavnih pitanja i dugoročnih trendova. Ta je perspektiva od važnosti zbog toga što omogućuje razumijevanje različitih nacionalnih iskustava u širem kontekstu pruženom na temelju podataka na europskoj razini. Bez obzira na vaše interese u situaciji u području droga, sigurni smo da će vam novo Europsko izvješće o drogama omogućiti jednostavan pristup informacijama i analizi visoke kvalitete u obliku koji odgovara vašim specifičnim potrebama.

EUROPSKO IZVJEŠĆE O DROGAMA ZA 2014.

Niz međusobno povezanih elemenata koji omogućuju potpun pristup dostupnim podacima i analizi problema u području droga u Europi



Trendovi i razvoj omogućuju sveobuhvatnu analizu ključnih zbivanja (u tiskanom obliku i na internetu)



Podaci i statistike sadrže niz potpunih podataka, grafičkih prikaza i metodoloških informacija (na internetu)



Pregledi po zemljama nacionalni podaci i analiza nadohvat ruke (na internetu)



Pogledi o drogi interaktivni prozori s ključnim pitanjima (na internetu)

Postignut je napredak u razvoju uravnoteženih politika kao odgovora na probleme u području droga u Europi, a to je važna poruka ovogodišnje analize. U pojedinim ključnim područjima javnog zdravstva sveukupni trendovi trenutačno su pozitivni, a u relativno globalnom smislu Europski se model doima uspješnim. Fenomen uporabe droga dinamičan je i nastavlja se razvijati, ne ostavljajući nam pritom prostora za zadovoljstvo jer se neprestano pojavljuju nove prijetnje koje prate preostale i postojeće probleme. Droge s kojima se danas susrećemo u mnogočemu se razlikuju od onih koje smo poznavali u prošlosti. To je vidljivo u slučaju postojećih droga među kojima je istaknut primjer kanabisa, u kojem nove tehnike proizvodnje utječu na potentnost proizvoda od smole i biljnih proizvoda. To je također vidljivo u proizvodnji sintetičkih droga zbog mnoštva novih tvari koje se pojavljuju. Zasigurno je zabrinjavajuća činjenica da u posljednje vrijeme svjedočimo pojavi novih sintetičkih opioda i halucinogenih tvari koje su farmakološki djelatne u tolikoj mjeri da se čak i najmanje količine mogu upotrijebiti za proizvodnju više doza. Ne samo da počinjemo shvaćati posljedice ovih zbivanja na javno zdravstvo i nadzor u području droga u budućnosti, već se također čini kako ona imaju sposobnost preobraziti prirodu problema s kojima se suočavamo.

Na europskom tržištu droga dolazi do važnih promjena, ali one se događaju izrazito brzim tempom i u kontekstu sve više međusobno povezanog svijeta. EMCDDA prepoznaje globalnu i dinamičnu prirodu ove teme te izazova koje ona predstavlja. Nadalje uslijed tih zbivanja naš je postojeći sustav praćenja stavljen pod velik pritisak i iznimno je važno osigurati da naši alati za nadzor i dalje odgovaraju svrsi. Prije gotovo dva desetljeća u Europi je uspostavljen prvi sustav ranog upozoravanja za utvrđivanje novih mogućih prijetnji u ovom području. Do danas je sustav dokazao svoju vrijednost, no naše su sveukupne forenzične sposobnosti utvrđivanja i izvješćivanja o posljedicama postojećih i novih tvari na javno zdravstvo i dalje nedovoljne. Možemo samo istaknuti važnost osiguravanja dovoljnih dostupnih sredstava za održavanje i jačanje rada u ovom području te naglasiti dodatnu vrijednost koju taj rad pruža Europskoj zajednici u cijelosti.

Naposljetku možemo biti ponosni na sveobuhvatnu analizu koju donosi ovo Europsko izvješće o drogama i na činjenicu da se našim radom stvaraju znanstveni temelji za izvješćivanje o Europskim politikama i odgovorima. Doista smatramo, u ovom trenutku više nego ikada, da je to važno te ćemo i dalje nastojati pružiti pravodobnu, objektivnu i uravnoteženu analizu današnjega složenog problema u području droga koji se neprestano mijenja.

João Goulão

Predsjednik Upravnog odbora EMCDDA-e

Wolfgang Götz

Direktor, EMCDDA

Uvodne napomene i zahvale

Ovo se izvješće temelji na informacijama koje je EMCDDA primila u obliku nacionalnog izvješća od država članica Europske unije, države kandidatkinje Turske i Norveške.

Statistički podaci navedeni u izvješću u podaci za 2012. godinu ili za posljednju godinu na raspolaganju. Ukupni europski iznosi i trendovi temelje se na relevantnim podacima dobivenima iz tih zemalja za navedeno razdoblje. Analiza podataka prvenstveno se odnosi na razine, trendove i geografsku rasprostranjenost. Neophodna tehnička upozorenja i kvalifikacije podataka mogu se pronaći u engleskoj internetskoj verziji ovog izvješća na mrežnom području *Europsko izvješće o drogama: podaci i statistički podaci*, gdje se također nalaze informacije o metodologiji, zemlji i godini izvješćivanja. Osim toga, internetska verzija također sadrži i poveznice prema drugim izvorima.

EMCDDA zahvaljuje na pomoći u izradi ovog izvješća:

- | voditeljima Reitox nacionalnih kontaktnih točaka i njihovom osoblju;
- | servisima i stručnjacima u zemljama članicama 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 sprječavanje i kontrolu bolesti (ECDC), Europskoj agenciji za lijekove (EMA) i Europolu;
- | Pompidou grupi Vijeća Europe, Uredu Ujedinjenih naroda za droge i kriminal, WHO Regionalnom uredu za Europu, Interpolu, Svjetskoj carinskoj organizaciji, Europskom projektu školskih anketa o alkoholu i drogama (ESPAD), Središnjoj europskoj skupini za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (SCORE) i Švedskom vijeću za informacije o alkoholu i drugim drogama (CAN);
- | prevoditeljskom centru za tijela Europske unije, Missing Element Designers i Compositores Rali.

Reitox nacionalne kontaktne točke

Reitox je Europska informacijska mreža o drogama i ovisnosti o drogama. Mreža se sastoji od nacionalnih kontaktnih točaka u državama članicama Europske unije, državama kandidatkinjama Turskoj i Norveškoj i pri Europskoj komisiji. Pod nadležnošću svojih vlada, kontaktne točke nacionalna su tijela koja šalju informacije EMCDDA-u. Kontaktni podaci nacionalnih kontaktnih točaka mogu se naći na internetskim stranicama EMCDDA-e.

Sažetak

Ovo izvješće predstavlja sveobuhvatan pregled dugoročnih trendova i razvojnih kretanja u Europi dok je istodobno usmjereno na novonastale probleme povezane s drogom

Bilježenje utjecaja droga na javno zdravstvo na promjenjivom europskom tržištu

Glavni rezultati nove analize europske problematike droga EMCDDA-e ostaju dosljedni izvješću iz 2013.: cjelokupna je situacija uglavnom stabilna s pozitivnim znakovima u nekim područjima, ali se i dalje pojavljuju novi izazovi. Stara dihotomija između relativno malog broja visokoprognoznih korisnika droga, većinom intravenskih i većeg broja rekreativnih i eksperimentalnih korisnika nestaje, a zamjenjuje je postupnija i složenija situacija. U današnjoj europskoj problematici droga, heroin igra manju ulogu nego što je to bio slučaj u prošlosti, a stimulansi, sintetičke droge, kanabis i lijekovi dobivaju na važnosti.

U cjelini je ostvaren napredak u odnosu na niz važnijih ciljeva politike javnog zdravstva iz prošlosti. Međutim, pogled s europske razine može baciti sjenu na važne nacionalne razlike. Ovo dokazuju podaci o smrtnim slučajevima prouzročenim predoziranje i HIV infekcijama, tj. dvjema najtežim posljedicama uporabe droga. Dakle, ovdje je cjelokupni pozitivni trend u EU-u u oštrom kontrastu sa zabrinjavajućim pojavama u nekim zemljama. Prepoznavajući ovu složenost, ovo izvješće pruža sveobuhvatan pregled dugoročnih trendova i razvojnih kretanja u Europi dok je istodobno usmjereno na novonastale probleme povezane s drogom.

Heroin u opadanju, ali zamjenske tvari izazivaju zabrinutost

Iako primjećujemo da je proizvodnja heroina na globalnoj razini i dalje visoka, a broj se zapljena u Turskoj djelomično vratio na staro, heroinski su pokazatelj pretežno stabilni ili u silaznom trendu. Ovo uključuje podatke koji pokazuju stalni pad ulaska u postupak liječenja radi heroina, uz cjelokupni dugoročni silazni trend u pogledu broja smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranje i HIV infekcija – oba pokazatelja koja su povijesno povezana s intravenskom uporabom heroina. Međutim, neki nacionalni podaci dovode u pitanje ova pozitivna kretanja. Nedavne epidemije HIV-a među korisnicima droga u Grčkoj i Rumunjskoj, zajedno s tekućim problemima u nekim baltičkim državama, zaustavili su napredak u pogledu smanjenja broja infekcija povezanih s drogama u Europi. Čini se da je ovo djelomično povezano sa zamjenom heroina drugim tvarima, uključujući sintetičkim opioidima i

stimulansima. Osim toga, nedovoljan broj intervencija za smanjenje potražnje, posebno dostupnosti liječenja, te mjera za ublažavanje štete također može biti važan čimbenik koji tome doprinosi. Ono što zabrinjava jest to da je u nedavno provedenoj procjeni rizika EMCDDA-e i ECDC-a također utvrđen niz drugih europskih zemalja u kojima pokazatelji povezani s ponašanjem i odgovorima također upućuju na moguće povećanje rizika od buduće štete i zdravstvenih problema.

Brojne tvari otkrivene u smrtnim slučajevima prouzročenim zlouporabom droga

Predoziranje je i dalje glavni uzročnik smrtnosti koja se može izbjeći među mladim Europljanima iako je posljednjih godina ostvaren napredak u pogledu smanjenja ovog problema. Ovo se dijelom može objasniti povećanjem odgovora, ali i smanjenjem rizičnih ponašanja. Nasuprot ukupnim trendovima, u nekoliko zemalja, većinom na sjeveru Europe, broj smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranjem i dalje je relativno visok te se povećava.

Dok se broj smrtnih slučajeva povezanih s heroinom uglavnom smanjuje, broj smrtnih slučajeva povezanih sa sintetičkim opioidima u porastu je te u nekim zemljama premašuje one povezane s heroinom. Primjerice, iznimno visoki stupanj smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranjem prijavljenih u Estoniji povezan je s uporabom fentanila, koji pripada skupini visokopotentnih sintetičkih opioida. Tijekom 2013. EMCDDA je nastavila primati izvješća o pojavi kontroliranih i nekontroliranih fentanila na europskom tržištu droga. Među drogama koje

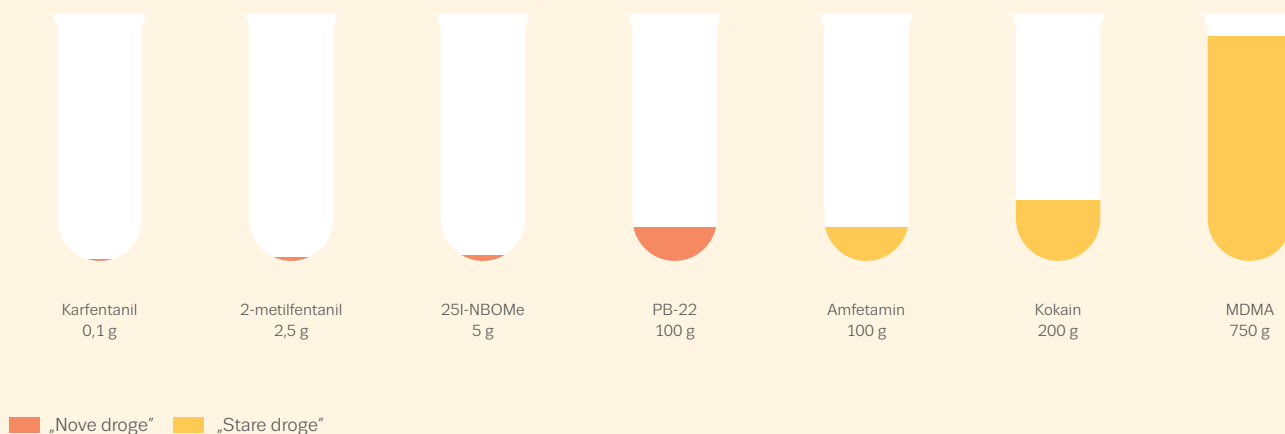
su prijavljene u EU-ov sustav ranog upozoravanja tijekom 2013. bio je i fentanil koji nikad prije nije zabilježen na tržištu droga EU-a. Ove tvari predstavljaju izazov u pogledu identifikacije s obzirom na to da u toksikološkim uzorcima mogu biti prisutne u vrlo malim količinama.

Nove psihoaktivne tvari: nema znakova smanjenja

Većina slučajeva predoziranja događa se u osoba koje su konzumirale više tvari zbog čega je utvrđivanje uzroka često problematično. S kontinuiranom pojavom novih psihoaktivnih tvari na tržište droga javlja se mogućnost da nove ili prikrivene tvari koje su pridonijele pojavi smrtnih slučajeva ostanu neotkrivene. Visoka potentnost nekih sintetičkih tvari dodatno komplicira njihovo otkrivanje s obzirom na to da će one u krvi biti prisutne u vrlo malim koncentracijama. Pojava visokopotentnih sintetičkih tvari također utječe na kazneni progon s obzirom na to da se čak i male količine ovih droga mogu pretvoriti u više doza (Slika).

Tijekom 2013. godine 81 nova psihoaktivna tvar prijavljena je u EU-ov sustav ranog upozoravanja što je povećalo broj tvari koje se prate na više od 350. Za tvari za koje se sumnja da uzrokuju znatnu štetu na europskoj razini pokreću se formalne procjene rizika. Tijekom 2013. provedene su procjene rizika na dvije tvari te na dodatne četiri do travnja 2014., a očekuje ih se još. Ovo znači da se u vrijeme rasprave o novom zakonodavstvu EU-a u ovom području, EU-ov sustav ranog upozoravanja nalazi pod iznimnim pritiskom zbog količine i raznovrsnosti tvari koje se pojavljuju na tržištu.

KOLIKO JE ČISTE DROGE POTREBNO ZA 10 000 DOZA?



Izvešća o štetnim događajima, osobito smrtnim slučajevima i akutnim intoksikacijama, ključna su za rad sustava ranog upozoravanja. Međutim, samo nekoliko zemalja ima snažne sustave praćenja za hitne slučajeve povezane s drogom. Standardizirano izvješćivanje o ovoj temi ne odvija se na razini EU-a, a nedostatak sustavnog praćenja u ovom području predstavlja slijepu točku u europskom nadzoru novonastalih zdravstvenih prijetnji. Primjer za ovo su poteškoće prilikom utvrđivanja posljedica izvešća iz nekih zemalja o ozbiljnim reakcijama na uporabu sintetičkih kanabinoida na europskoj razini.

Kanabis: kontroverzije, kontrasti i proturječnosti

Podaci o stavovima iz Europske unije sugeriraju da je kanabis droga oko koje je javno mišljenje i dalje podijeljeno. Ovo doprinosi živahnoj javnoj raspravi koje je nedavno potaknuta međunarodnim kretanjima u pogledu kontrole dostupnosti i uporabe kanabisa, posebno regulatornim promjenama u dijelovima Sjedinjenih Američkih Država i Latinske Amerike.

U Europi, za razliku od ostalih mjesta, ukupna uporaba kanabisa čini se stabilnom ili čak u opadanju, posebno kod mlađih dobničkih skupina. Međutim, slika nije ujednačena. Nekoliko zemalja s pretežno niskom pojavnosti zabilježilo je nedavna povećanja uporabe.

Kao suprotnost javnoj raspravi koju karakterizira razmatranje regulatornih mogućnosti, praktična kretanja uglavnom su usmjerena na mjere odgovora na društvene probleme i štete povezane s proizvodnjom i uporabom kanabisa. Zdravstvene posljedice različitih načina uporabe kanabisa postaju sve razumljivije. Povećala se dostupnost i ulazak u liječenje radi problema povezanih s kanabisom premda se broj korisnika koji ulaze u specijalizirani program liječenja ovisnosti o drogama stabilizirao. Kanabis je sada najčešća prijavljena droga za primanje pomoći među korisnicima koji započinju liječenje po prvi put u životu. Razumijevanje onoga što predstavlja učinkovit odgovor u ovom području također je u porastu jer zemlje ulažu u široki raspon usluga od intenzivnih seansi podrške koje uključuju članove obitelji do kratkih intervencija koje se pružaju na internetu.

Detaljni prikaz – procjena uporabe droga u Europskoj uniji

Kanabis
73,6 milijuna ili 21,7 % odraslih (15 – 64) koristilo je kanabis tijekom života
18,1 milijun ili 5,3 % odraslih (15 – 64) koristilo je kanabis u prošloj godini
14,6 milijuna ili 11,2 % maloljetnika i mladih punoljetnika (15 – 34) koristilo je kanabis u prošloj godini
0,4 % i 18,5 % – najniže i najviše nacionalne procjene prošlogodišnje uporabe kanabisa među maloljetnicima i mladim punoljetnicima
Kokain
14,1 milijuna ili 4,2 % odraslih (15 – 64) koristilo je kokain tijekom života
3,1 milijun ili 0,9 % odraslih (15 – 64) koristilo je kokain u prošloj godini
2,2 milijuna ili 1,7 % maloljetnika i mladih punoljetnika (15–34) koristilo je kokain u prošloj godini
0,2 % i 3,6 % – najniže i najviše nacionalne procjene prošlogodišnje uporabe kokaina među maloljetnicima i mladim punoljetnicima
Amfetamini
11,4 milijuna ili 3,4 % odraslih (15 – 64) koristilo je amfetamine tijekom života
1,5 milijuna ili 0,4 % odraslih (15 – 64) koristilo je amfetamin e u prošloj godini
1,2 milijuna ili 0,9 % maloljetnika i mladih punoljetnika (15 – 34) koristilo je amfetamine u prošloj godini
0,0 % i 2,5 % – najniže i najviše nacionalne procjene prošlogodišnje uporabe amfetamina među maloljetnicima i mladim punoljetnicima
Ecstasy
10,6 milijuna ili 3,1 % odraslih (15 – 64) koristilo je ecstasy tijekom života
1,6 milijuna ili 0,5 % odraslih (15 – 64) koristilo je ecstasy u prošloj godini
1,3 milijuna ili 1,0 % maloljetnika i mladih punoljetnika (15 – 34) koristilo je ecstasy u prošloj godini
0,1 % i 3,1 % – najniže i najviše nacionalne procjene prošlogodišnje uporabe ecstasy-a među maloljetnicima i mladim punoljetnicima
Opioidi
1,3 milijuna problematičnih korisnika opioida (15 – 64)
3,5 % svih smrtnih slučajeva Europljana 15 – 39 godina starosti uzrokovano je predoziranje; opioidi su pronađeni u oko tri četvrtine smrtonosnih predoziranja
Glavna droga u oko 45 % svih prijava za liječenje ovisnosti o drogama u Europskoj uniji
700 000 korisnika opioida dobilo je zamjensko liječenje tijekom 2012.

Napomena: Potpuni skup podataka i informacija o metodologiji potražite na pripadajućem mrežnom području *Europsko izvješće o drogama: podaci i statistički podaci*.

Od 2000. mnoge su zemlje smanjile težinu svojih kazni za kaznena djela povezana s osobnom uporabom i posjedovanjem. Općenito, europske rasprave o kontroli kanabisa više su usmjerene na opskrbu i krijumčarenje droge nego na njezinu uporabu. Nasuprot navedenom, ukupni broj kaznenih djela za uporabu ili posjedovanje povezanih s kanabisom u stalnom je porastu već gotovo desetljeće.

Proizvodnja i opskrba drogom: ključni posao za organizirani kriminal

Opseg tržišta kanabisa zajedno s povećanjem domaće proizvodnje doveo je do davanja sve veće važnosti ovoj drogi kao izvoru gotovine za organizirane kriminalne skupine. Također se sada više pažnje posvećuje prisutnim društvenim troškovima koji uključuju nasilje i druge vrste prijestupa te poteškoće koje nadziranje proizvodnje droge predstavlja za tijela kaznenog progona.

Kako na međunarodnoj razini tako i unutar Europske unije, organizirane kriminalne skupine iz jugoistočne Azije povezuju se, među ostalima, s proizvodnjom kanabisa. Ono što je zabrinjavajuće jest to da postoje naznake da se one sada šire svoju djelatnost na proizvodnju i prodaju metamfetamina u određenim dijelovima srednje Europe. Ovo je odraz općih kretanja navedenih u nedavnoj analizi tržišta droga Europol i EMCDDA – e: kriminalne skupine sve se više međusobno povezuju te zauzimaju oportunistički pristup usmjeren na više proizvoda. Ovo se primjećuje kod kriminalnih skupina povijesno povezanih s trgovinom heroinom za koje je sada prijavljeno da preprodaju kokain i metamfetamin u Europskoj uniji koristeći uspostavljene heroinske putove.

Ponovna pojava visokokvalitetnog ekstazija u prahu i tabletama odražava sve dinamičniju, globalnu i inovativnu prirodu modernog tržišta droga

Izvješće iz 2014. postavlja nova pitanja u vezi s povećanom dostupnošću metamfetamina u Europi. Osim domaće proizvodnje u srednjoj i sjevernoj Europi, ova droga također se proizvodi na Bliskom istoku te se ponekad uvozi u Europsku uniju radi ponovnog izvoza u zemlje jugoistočne Azije. Međutim, dio navedene proizvodnje sve više doprinosi njezinoj dostupnosti unutar Europe. Nova izvješća o pojavi pušenja metamfetamina u Grčkoj i Turskoj posebno su zabrinjavajuća uzevši u obzir potencijalne zdravstvene rizike povezane s ovim načinom uporabe droge.

Ponovna pojava visokokvalitetnog ekstazija u prahu i tabletama odražava sve dinamičniju, globalnu i inovativnu prirodu modernog tržišta droga u Europskoj uniji i drugdje. Čini se da je uzrok ovoga pojava nezakonitih proizvođača koji uvoze nekontrolirane ili „maskirane” kemikalije za proizvodnju droge. Nedavno je Europol u Belgiji zabilježio otkrivanje dva najveća laboratorija za proizvodnju droga ikad pronađena u Europskoj uniji koja su mogla brzo proizvesti ogromne količine MDMA-a (3,4-metilenedioximetamfetamin). Zapljene i izvješća o nepoželjnim zdravstvenim posljedicama također su potakla Europol i EMCDDA da objave zajedničko upozorenje o dostupnosti visokopotentnih proizvoda koji sadržavaju MDMA.

Tržište hlapljivim stimulansima

I dalje ostaje nejasno hoće li povećanje zabilježeno u vezi sa sadržajem MDMA-a u tabletama ecstasy-a dovesti do obnove interesa korisnika za ovu drogu. Ukupno europsko tržište nezakonitih stimulansa čini se relativno stabilno s time da je kokain i dalje odabrani stimulans u sjevernim i zapadnim zemljama dok amfetamin prevladava u sjevernim i istočnim zemljama. Pokazatelji za uporabu kokaina i amfetamina uglavnom su u silaznom trendu.

Značaj geografskih razlika na europskom tržištu stimulansa podržavaju nove studije o otpadnim vodama, koje mogu osigurati sve više i više podatka o ponašanjima u vezi s konzumacijom droge na razini grada te u posebnim okruženjima.

Dostupnost je ključan čimbenik za konzumaciju stimulansa. Nistašica droge može potaknuti korisnike da isprobaju drugu tvar, pri čemu će uzeti u obzir cijenu i percepciju kvalitete. Ovo se primjećuje u rekreativnom okruženju, ali i kod intravenskih korisnika. Pozadina navedenog jest povećanje broja proizvoda trenutno dostupnih na tržištu stimulansa, koji uz metamfetamine, amfetamine, ecstasy i kokain uključuju i sintetičke katinone.

Dugoročni troškovi liječenja ovisnosti o drogama

Europa se suočava s dvostrukim izazovom razvoja učinkovitih odgovora na novonastale probleme te daljnjeg rješavanja potreba korisnika droga na dugoročnom liječenju.

Ovo izvješće naglašava promjene i pojavu novih uzoraka u epidemiologiji i odgovorima. Svejedno, većina troškova povezanih s liječenjem ovisnosti o drogama i dalje proizlazi iz problema koji su ukorijenjeni u „epidemijama” heroina iz 1980-ih i 1990-ih. Premda se čini da je broj novih korisnika heroina u opadanju, heroinska ovisnost koju karakterizira kronična bolest s ciklusima recidiva i ulaska na liječenje i dalje je u glavnom fokusu u pogledu intervencija. Europska unija uložila je znatna sredstva u osiguranje mogućnosti liječenja za ovu skupinu s procijenjene tri četvrtine milijuna osoba koje se trenutačno nalaze na zamjenskom liječenju opioidima. Ovu intervenciju opravdavaju višestruke koristi za javno zdravstvo te njezin doprinos slabljenju nezakonitog tržišta. Europa se sada suočava s brigom za sve stariju skupinu postojećih i bivših korisnika heroina od kojih su mnogi socijalno ugroženi i isključeni. U ovom smislu, primjećuje se rastući politički interes za ono što predstavlja oporavak i socijalnu reintegraciju. Štoviše, kako ova populacija stari, ona postaje sve izloženija raznim zdravstvenim problemima.

1

**Godišnje se prijavi oko jedan
milijun zapljena nezakonitih
droga u Europi**

Ponuda droga

Europa je glavno odredište za kontrolirane tvari, a također igra manju ulogu kao tranzitna točka za droge na putu do drugih regija. Latinska Amerika, zapadna Azija i Sjeverna Afrika važan su izvor droga koje dolaze na područje Europe. Europa je također područje proizvodnje kanabisa i sintetičkih droga. Iako je gotovo sav proizveden kanabis namijenjen za lokalnu potrošnju, neke se sintetičke droge proizvode za izvoz u druge regije.

Sve veća dostupnost „novih psihoaktivnih tvari“ koje nisu kontrolirane međunarodnim ugovorima za suzbijanje zlouporabe droga predstavlja relativno novu pojavu na europskim tržištima droga. Takve se tvari, koje se obično proizvode izvan Europe, mogu nabaviti preko internetskih trgovaca, u specijaliziranim trgovinama, a također se ponekad prodaju na nezakonitom tržištu droge.

Praćenje ponude droga

Analiza se u ovom području temelji na nizu izvora podataka: zapljenama droga, otkrivenim laboratorijima za proizvodnju droga, zapljenama kemijskih prekursora, kaznenim djelima opskrbe drogom, maloprodajnim cijenama droga, kao i forenzičkim analizama zaplijenjenih droga. Potpuni skupovi podataka i opsežne metodološke napomene mogu se pronaći na mrežnom području *Europsko izvješće o drogama: podaci i statistički podaci*. Potrebno je napomenuti da trendovi mogu biti pod utjecajem niza čimbenika, koji uključuju provedbu zakonodavnih aktivnosti i djelotvornost mjera sprečavanja.

Podaci o novim psihoaktivnim tvarima temelje se na obavješćivanju EU-ova sustava ranog upozoravanja, koji se oslanja na podatke dobivene od EMCDDA-a i nacionalnih mreža Europol. Cjelovit opis ovog mehanizma potražite na internetskoj stranici EMCDDA-e pod *Akcije usmjerene prema novim drogama*.

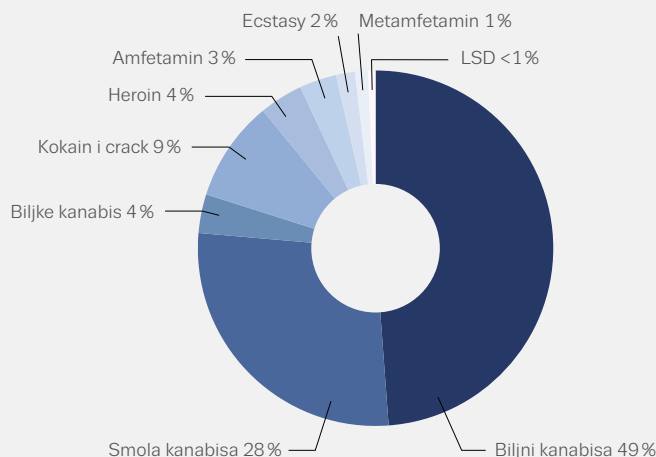
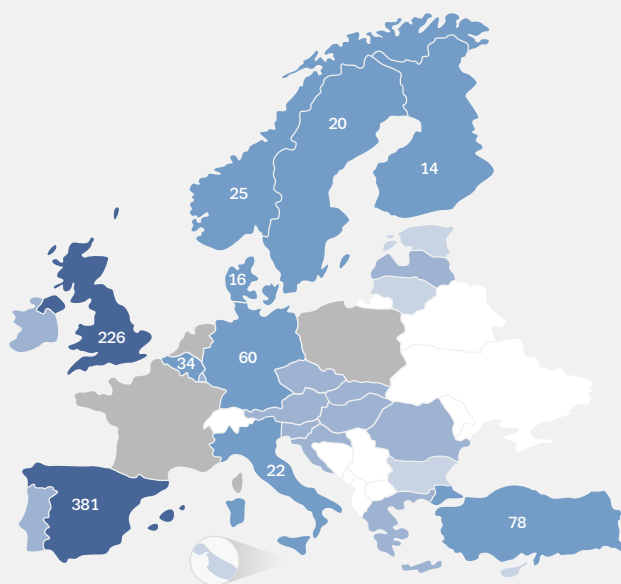
80 % zapljena u Europi otpada na kanabis

Godišnje se prijavi oko jedan milijun zapljena nezakonitih droga u Europi. Većina njih odnosi se na manje količine droge zaplijenjene korisnicima iako navedeni ukupan broj također uključuje višekilogramske pošiljke zaplijenjene trgovcima i proizvođačima droga.

Dvije trećine svih zapljena u 2012. prijave su samo dvije zemlje, Španjolska i Ujedinjena Kraljevina. Manji, ali ne

SLIKA 1.1

Broj prijavljenih zapljena po zemlji (lijevo) i omjer zapljena za glavne droge (desno) u 2012.



Zapljene (000) <1 1–10 11–100 >100 Nema podataka
Napomena: Broj zapljena (u tisućama) za deset zemalja s najvišim vrijednostima.

beznačajni, broj zapljena prijavljen je u Njemačkoj, Belgiji, Italiji i u četiri nordijske zemlje (Slika 1.1). Potrebno je napomenuti da nisu dostupni noviji podaci za tri zemlje koje su prijavile znatan broj zapljena u prošlosti. Osim toga, Turska je važna zemlja za zapljene droge koja bilježi zapljene droga zaustavljenih na putu za potrošnju u drugim zemljama, kako u Europi, tako i na Bliskom istoku.

Preko 80 % zapljena u Europi čini kanabis (Slika 1.1), što odražava visoku pojavnost uporabe ove droge. Kokain zauzima drugo mjesto u ukupnom poretku s gotovo dvostrukim brojem prijavljenih zapljena u odnosu na amfetamine ili heroin. Broj zapljena ecstasy-a je manji, ali se bilježi porast u posljednjih nekoliko godina.

**Preko 80 % zapljena u Europi
odnosi se na kanabis,
odražavajući njegovu relativno
visoku učestalost uporabe**

Kanabis: po većana dostupnost biljnih proizvoda

Na europskom tržištu droga obično se mogu naći dva različita proizvoda kanabisa: biljni kanabis („marihuana“) i smola kanabisa („hašiš“). Godišnja potrošnja ovih proizvoda okvirno se procjenjuje na oko 2 000 tona.

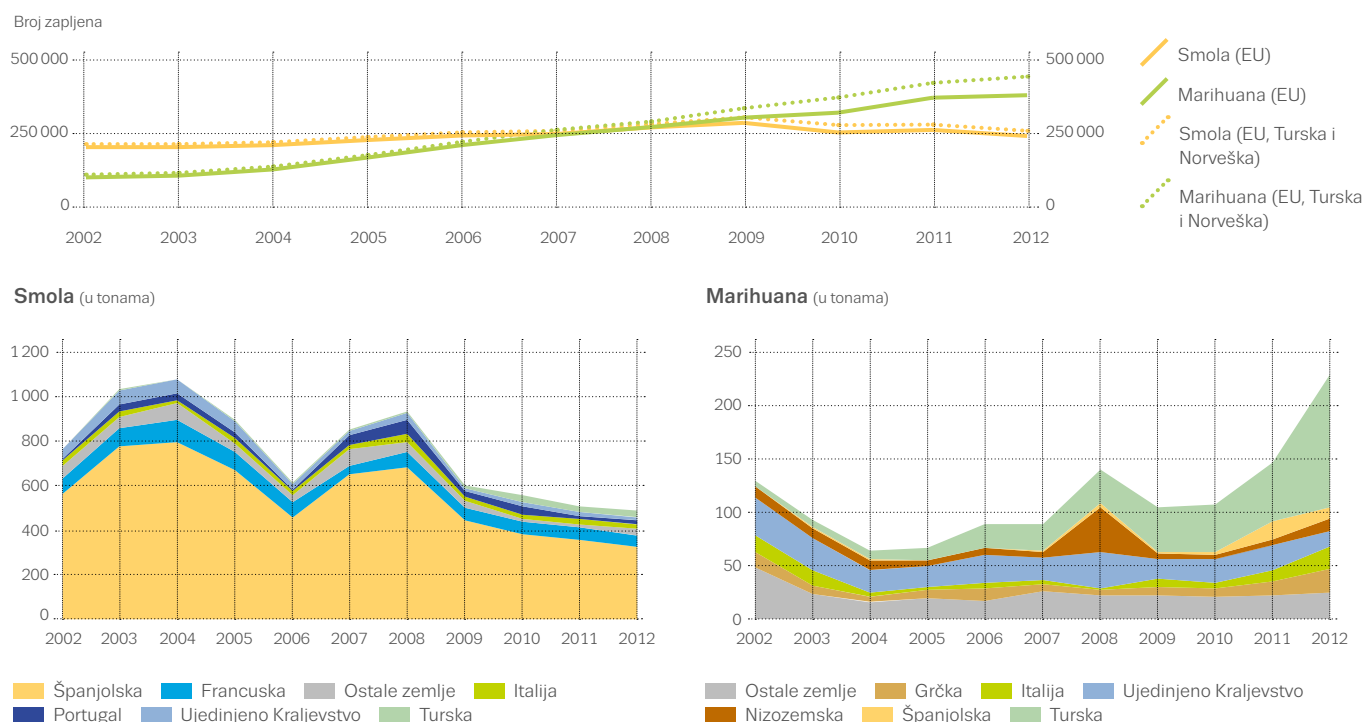
Marihuana koja se nalazi u Europi ili se uzgaja u zemlji ili nabavlja iz drugih zemalja. Većina smole kanabisa uvozi se morskim ili zračnim putem iz Maroka.

Tijekom posljednjih deset godina broj zapljena marihuane premašio je broj zapljena smole i sada čini više od polovice svih zapljena kanabisa (Slika 1.2). To djelomično odražava sve veću dostupnost domaće proizvodnje biljnog kanabisa u mnogim zemljama. Međutim, količina smole kanabisa zaplijenjene u Europskoj uniji, iako u padu posljednjih nekoliko godina, još uvijek je mnogo veća od prijavljenih količina zaplijenjenog biljnog kanabisa (457 tona u odnosu na 105 tona u 2012.). Ovo se vjerojatno može objasniti činjenicom da se smola kanabisa može lakše količinski kretati preko velikih geografskih udaljenosti i preko granica te je stoga osjetljivija na zabranu.

U odnosu na zaplijenjene količine, manji je broj zemalja neproporcionalno važan, djelomično zbog njihovog položaja na većim krijumčarskim putovima (Slike 1.2 i 1.3). Španjolska je, na primjer, u blizini Maroka i s velikim domaćim tržištem, izvijestila o oko dvije trećine ukupne

SLIKA 1.2

Broj zaplijena kanabisa i zaplijenjena količina u tonama: smola i marihuana (2002. – 2012.)

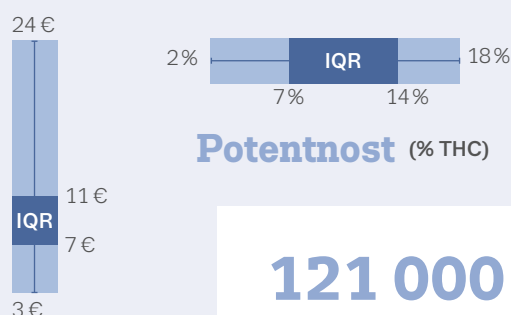


KANABIS

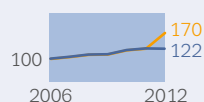
Smola

457 tona zaplijenjeno **240 000** zapljene

486 tona zaplijenjeno (EU + 2) **258 000** zapljene (EU + 2)



Cijena (EUR/g)

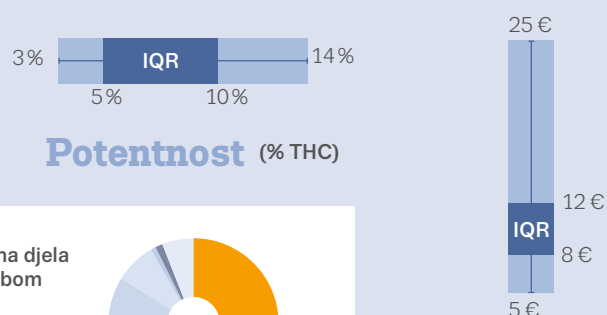


Indeksi cijena i potentnosti

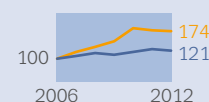
Marihuana

105 tona zaplijenjeno **395 000** zapljene

230 tona zaplijenjeno (EU + 2) **457 000** zapljene (EU + 2)



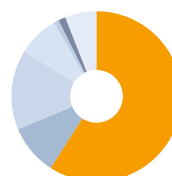
Cijena (EUR/g)



Indeksi cijena i potentnosti

121 000 prijavljena kaznena djela povezana s opskrbom kanabisom

59% prijavljenih kaznenih djela povezanih s opskrbom

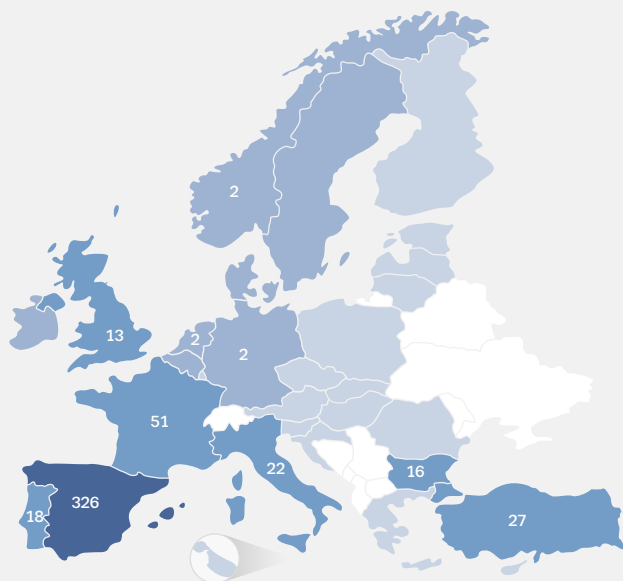


EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i potentnost proizvoda od kanabisa: nacionalne srednje vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon (IQR). Obuhvaćene zemlje razlikuju se po pokazateljima.

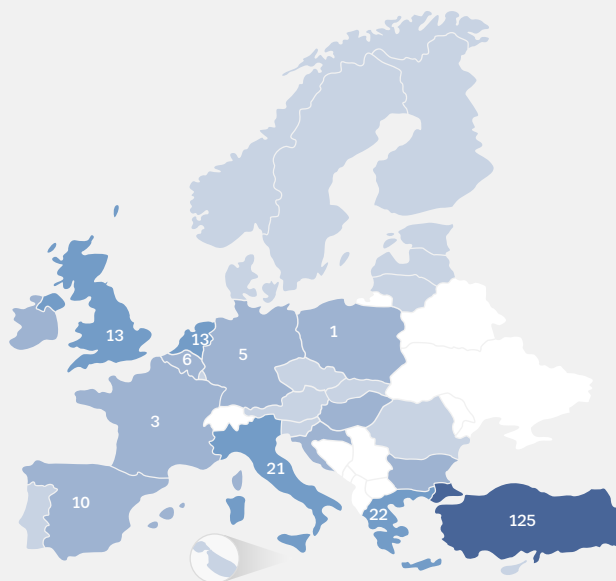
SLIKA 1.3

Zaplijenjena količina smole kanabisa i biljnog kanabisa u 2012.

Smola



Marihuana



Tone <1 1–10 11–100 >100

Napomena: Zaplijenjeni iznosi (u tonama) za deset zemalja s najvišim vrijednostima.

količine smole zaplijenjene u Europi u 2012. Što se tiče biljnog kanabisa, Grčka i Italija izvijestile su o nedavnom velikom povećanju zaplijenjenih količina. Od 2007. godine Turska je zemlja koja vrši zapljene najvećih količina biljnog kanabisa od bilo koje druge države članice EU-a te je količina prijavljena u 2012. dvostruko veća od količine prijavljene 2011.

Zapljene marihuane mogu se smatrati pokazateljem domaće proizvodnje iako je kvaliteta podataka dostupnih na ovom području problematična za potrebe uspoređivanja. U 2012. godini prijavljeno je 33 000 zapljena biljaka kanabisa u Europi. Između 2011. i 2012. prijavljeni broj zaplijenjenih biljaka kanabisa povećao se s 5 na 7 milijuna, većinom zbog učetverostručenog broja zapljena prijavljenih u Italiji. Tijekom istog razdoblja zaplijenjene količine povećale su se s 33 na 45 tona.

Indeksirani trendovi na europskoj razini pokazuju povećanje maloprodajne cijene i potencije (razine tetrahidrokanabinola, THC-a) u biljnom kanabisu i smoli kanabisa u razdoblju između 2006. i 2012. Potencija oba oblika kanabisa povećala se od 2006. premda je za smolu veći dio povećanja zabilježen između 2011. i 2012.

Pojava sintetičkih kanabinoida, kemikalija koje oponašaju učinak kanabisa, dodala je novu dimenziju tržištu kanabisa. Čini se da se većina sintetičkih kanabinoida u prahu proizvodi u Kini te se zatim prevozi u rasutom stanju, koristeći utvrđene zakonite prometne i distribucijske mreže. Jednom kad se nađu u Europskoj uniji kemikalije se miješaju ili prskaju po biljkama i pakiraju kao „legal high” tzv. legalice proizvodi za prodaju na internetu ili posredstvom drugih trgovaca. U prvih šest mjeseci 2013. osamnaest zemalja prijavilo je više od 1 800 zapljena sintetičkih kanabinoida. Najveće zapljene prijavile su Španjolska (20 kg) i Finska (7 kg).

Heroin: ukupni pad u zapljenama, ali povećanje u Turskoj

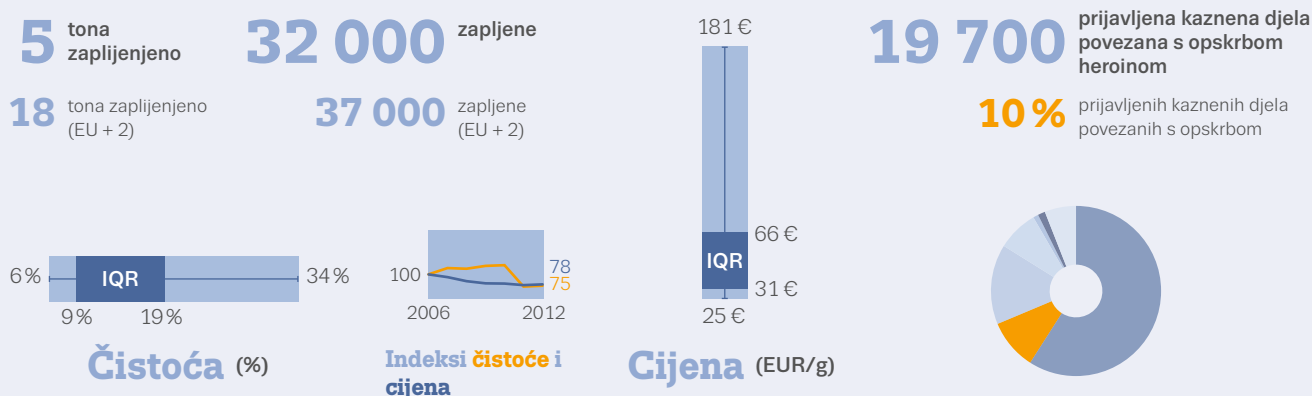
U Europi su povijesno dostupna dva oblika uvoznog heroina: češći smeđi heroin (njegov kemijski osnovni oblik) koji je uglavnom podrijetlom iz Afganistana. Daleko je rjeđi bijeli heroin (oblik soli), koji je povijesno podrijetlom iz jugoistočne Azije, a sada se može proizvesti bilo gdje drugdje. Opiodske droge također se proizvode u ograničenim količinama i u Europi, a to su prvenstveno domaći proizvodi od maka registrirani u određenim dijelovima istočne Europe.

Afganistan i dalje ostaje najveći svjetski nezakoniti proizvođač opijuma, a pretpostavlja se da je većina heroina koji se nađe u Europi proizveden tamo ili, u manjoj mjeri, u susjednom Iranu ili Pakistanu. Droga može ući u Europu kroz nekoliko putova krijumčarenja. Jedan od tih putova ide kroz Tursku i balkanske zemlje (Bugarsku, Rumunjsku i Albaniju), a potom prema srednjoj, južnoj i zapadnoj Europi. Drugi put krijumčarenja vodi kroz Rusiju preko bivših sovjetskih republika u središnjoj Aziji. Pošiljke heroina ulaze u Europu iz Irana i Pakistana zračnim ili morskim putem, bilo izravno ili tranzitno kroz zapadne i istočne afričke zemlje.

Broj prijava zapljena heroina u razdoblju između 2002. i 2010. bio je relativno stabilan, s godišnjim razinama od oko 50 000. Međutim, od 2010. broj zapljena heroina znatno se smanjio, pri čemu je u 2012. prema procjenama zabilježeno 32 000 zapljena. Količina heroina zaplijenjena u 2012. (5 tona) najniža je u posljednjem desetljeću, a jednaka je polovici količine zaplijenjene u 2002. (10 tona). Smanjenje zapljena u Europskoj uniji pratilo je povećanje zapljena u Turskoj u kojoj se od 2006. stalno plijeni više droge nego u svim ostalim zemljama EU-a zajedno (Slike 1.4 i 1.5).

Broj zapljena heroina znatno se smanjio od 2010. godine, pri čemu je u 2012. prema procjenama zabilježeno 32 000 zapljena

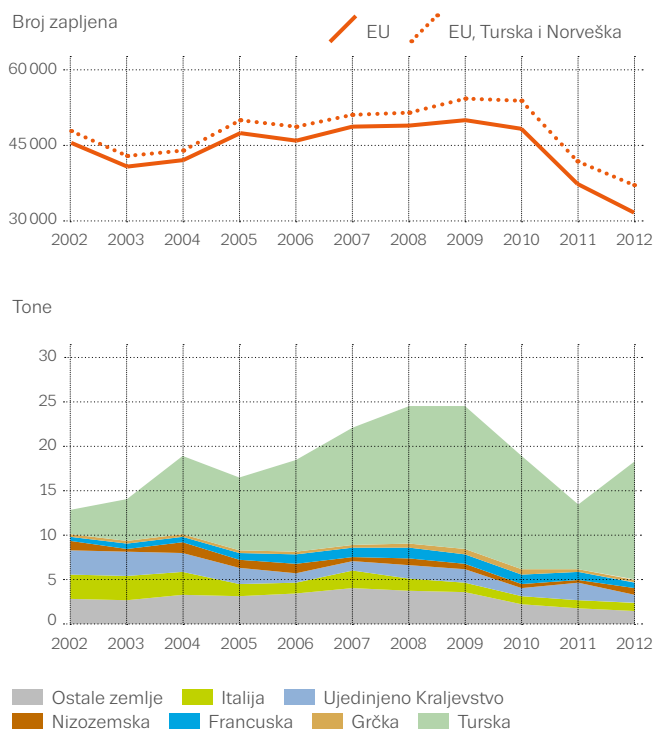
HEROIN



EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća „smeđeg heroina”: nacionalne srednje vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon (IQR). Obuhvaćene zemlje razlikuju se po pokazateljima.

SLIKA 1.4

Broj zapljena heroina i zaplijenjena količina (2002. – 2012.)

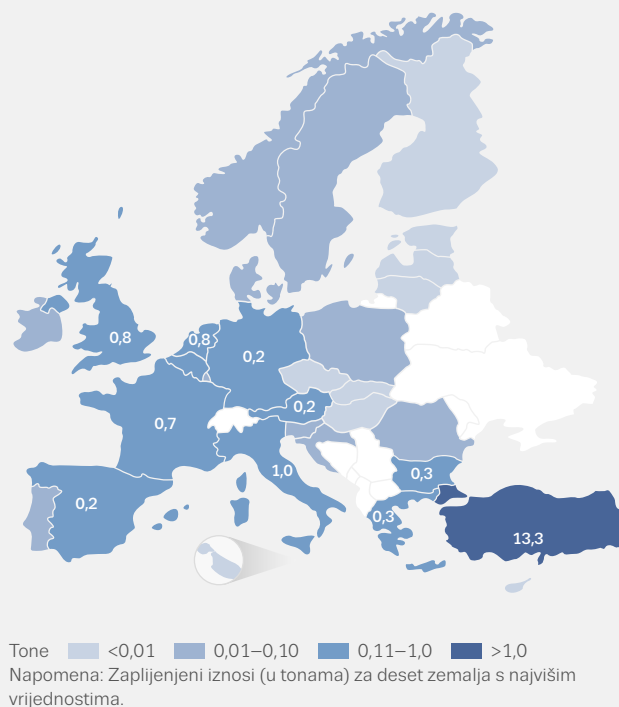


Pad zapljena heroina od 2010./2011. održava se u trendovima u pogledu podataka o čistoći te kaznenim djelima opskrbe drogom (vidi Poglavlje 4). Određeni broj zemalja doživio je znatnu nestašicu na tržištu heroina u ovom razdoblju, od čega su se, čini se, oporavila tek neka tržišta. Međutim, u Turskoj količine zaplijenjenog heroina smanjile su se 2011. prije povratka na više razine tijekom 2012.

Sintetički opiodi koji se mogu koristiti kao alternativa heroinu prijavljeni su u EU-ov sustav ranog upozoravanja. Oni uključuju visokopotentne fentanile koji se mogu preusmjeriti s farmaceutskih zaliha uključujući neprikladno odložene analgetske flastere ili se mogu proizvoditi posebno za nezakonito tržište. Između 2012. i 2013. prijavljeno je 28 zapljena novog sintetičkog opioda, AH-7921, koji je farmakološki sličan morfiju (vidi stranicu 28).

SLIKA 1.5

Količina zaplijenjenog heroina u 2012.

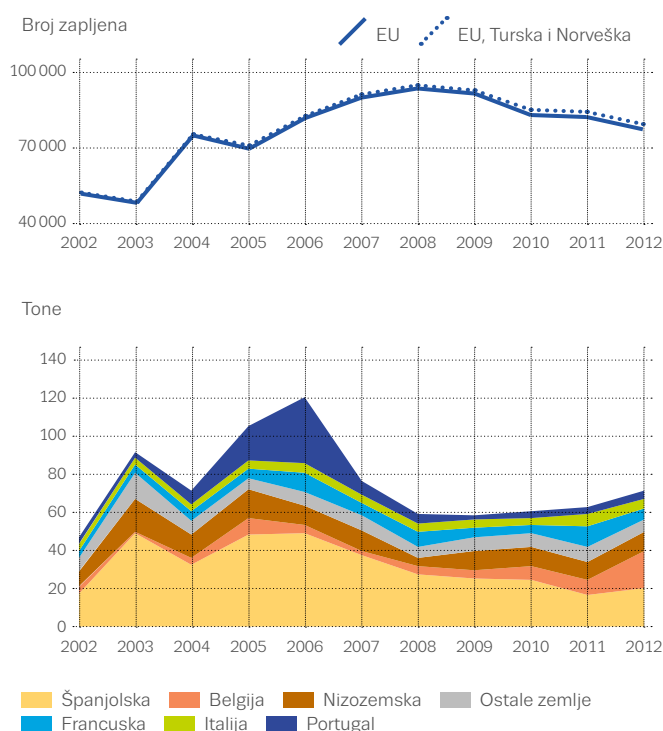


Kokain: broj zapljena u stalnom padu

U Europi su dostupna dva oblika kokaina pri čemu je najčešći kokain u prahu (hidroklorid sol, HCl), dok je rjeđe dostupan crack kokain, oblik droge koji se puši. Kokain se dobiva iz lišća grma koke. Droga se gotovo isključivo proizvodi u Boliviji, Kolumbiji i Peru, a prevozi se u Europu zračnim i morskim putovima. Glavni put krijumčarenja u Europu, kao i naponi koje ulažu tijela kaznenog progona protiv ovog krijumčarenja, odvija se uglavnom kroz zapadne i južne zemlje, pri čemu Španjolska, Belgija, Nizozemska, Francuska i Italija zajedno predstavljaju 85 % od 71 tone zaplijenjene 2012. (Slika 1.6). Nedavni znakovi daljnjeg račvanja putova krijumčarenja kokaina u Europi uključuju i velike pojedinačne zapljene u lukama Bugarske, Grčke, Rumunjske i u baltičkim zemljama.

SLIKA 1.6

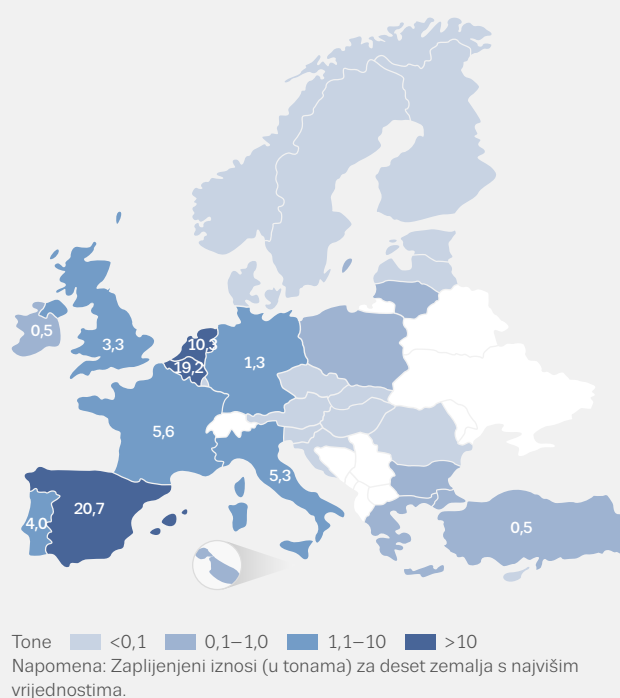
Broj zapljena kokaina i zaplijenjena količina (2002. – 2012.)



U 2012. oko 77 000 zapljena kokaina prijavljeno je u Europskoj uniji, što iznosi 71 tonu presretene droge. Broj zapljena kokaina prijavljen 2012. ostaje na visokoj razini u usporedbi s 2002. Međutim, on se smanjio u odnosu na procijenjeni vrhunac od oko 95 000 zapljena u 2008. Količina zaplijenjenog kokaina 2012. povećala se za oko 10 tona tijekom prethodnih godina, ali je još uvijek daleko

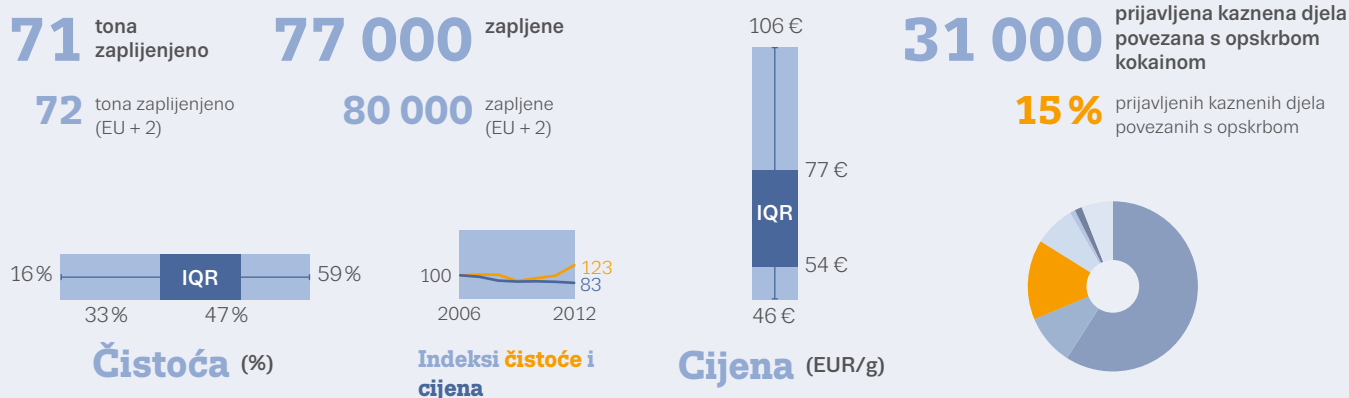
SLIKA 1.7

Količina zaplijenjenog kokaina u 2012.



ispod vrhunca od 120 tona zaplijenjenih 2006. (Slika 1.6). Smanjenje količine zaplijenjenog kokaina najuočljivije je na iberijskom poluotoku, posebno u Portugalu između 2006. i 2007, te postepenije u Španjolskoj između 2006. i 2011. Rekordne zapljene kokaina prijavljene su u Belgiji 2012. (19 tona) (Slika 1.7).

KOKAIN



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

Amfetamini: naznake povećane proizvodnje metamfetamina

Amfetamin i metamfetamin usko su povezani sintetički stimulansi, generički poznati kao amfetamini. Od dva navedena, amfetamin je uvijek bio uobičajeniji u Europi iako sada postoje naznake povećanja dostupnosti metamfetamina.

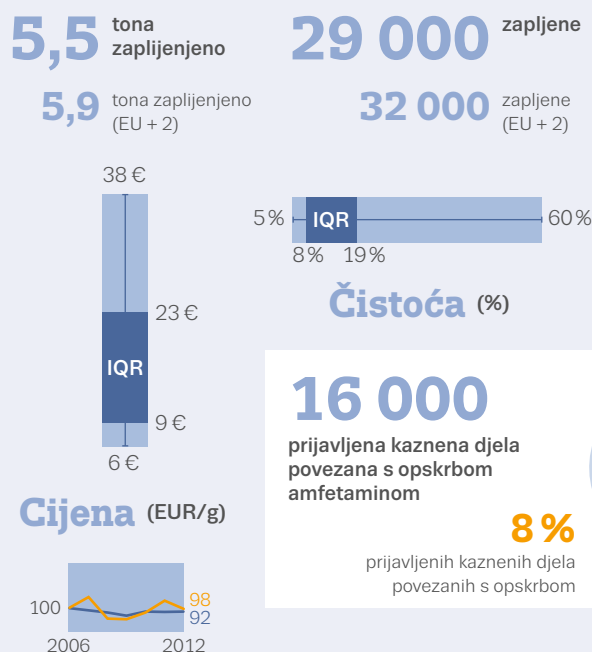
Obje se droge proizvode u Europi za domaću uporabu iako se neki amfetamini proizvode i za izvoz, uglavnom za Bliski istok. Poznato je da značajna proizvodnja postoji u Belgiji i Nizozemskoj, kao i Poljskoj i baltičkim zemljama. Mogu se utvrditi dva područja proizvodnje metamfetamina. Prvo su područje baltičke zemlje u kojima je proizvodnja smještena oko Litve za izvoz u Norvešku, Švedsku i Ujedinjenu Kraljevinu. U ovom se području BKM (benzil metil keton) koristi kao glavni prekursor. U drugom području, čije je središte Češka i susjedne zemlje Slovačka i Njemačka, proizvodnja se uglavnom temelji na efedrinu i pseudoefedrinu te se odvija u malim takozvanim kuhinjskim laboratorijima. U tom su slučaju proizvodi uglavnom namijenjeni za distribuciju unutar zemlje.

Posljednje dvije godine bilo je znakova povećanog sudjelovanja vijetnamskih organiziranih kriminalnih skupina na češkim tržištima metamfetamina, kao i povećanja proizvodnje. U 2011. prijavljeno je 350 otkrivenih laboratorija za proizvodnju metamfetamina u Europi, pri čemu su većina ipak mali laboratoriji koje je prijavila Češka (338).

U 2012. države članice EU-a prijavile su 29 000 zapljena amfetamina u iznosu od 5,5 tona. Više od pola ukupne količine zaplijenjenih amfetamina odnosi se na Njemačku, Nizozemsku i Ujedinjenu Kraljevinu (Slika 1.8). Nakon razdoblja viših vrijednosti, kako u broju tako i količini, zapljene amfetamina vratile su se u 2012. godini na približno istu razinu iz 2003. godine (Slika 1.9). Zapljene metamfetamina, premda još uvijek male po broju i količini povećale su se u istom razdoblju (Slika 1.10). U 2012. u Europskoj uniji prijavljeno je 7 000 zapljena u iznosu od 0,34 tone metamfetamina. Dodatnih 4 000 zapljena u iznosu od 0,64 tone prijavile su Turska i Norveška, koje su zajedno prijavile otprilike dvostruko veću količinu od one zaplijenjene u Europskoj uniji.

AMFETAMINI

Amfetamin



Metamfetamin

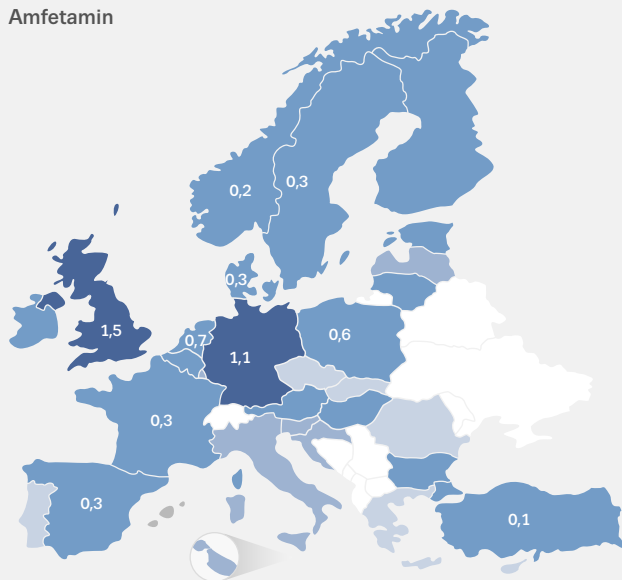


EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća amfetamina: nacionalne srednje vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon (IQR). Indeksi nisu na raspolaganju za metamfetamine. Obuhvaćene zemlje razlikuju se po pokazateljima.

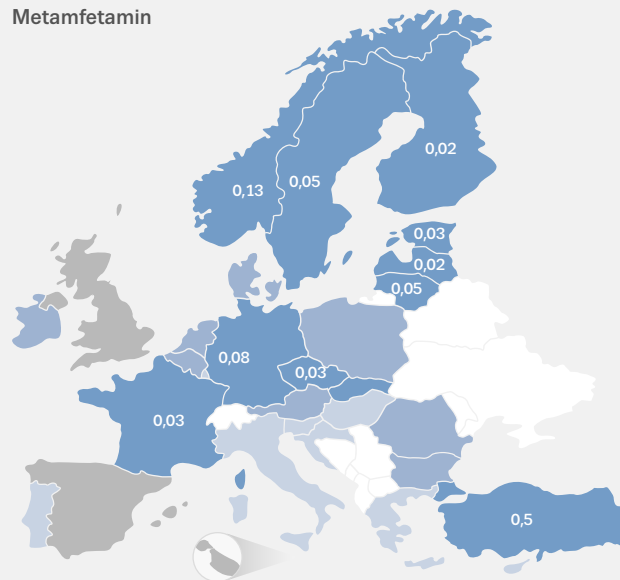
SLIKA 1.8

Količina zaplijenjenog amfetamina i metamfetamina u 2012.

Amfetamin



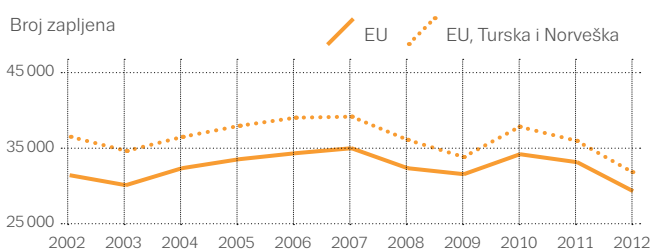
Metamfetamin



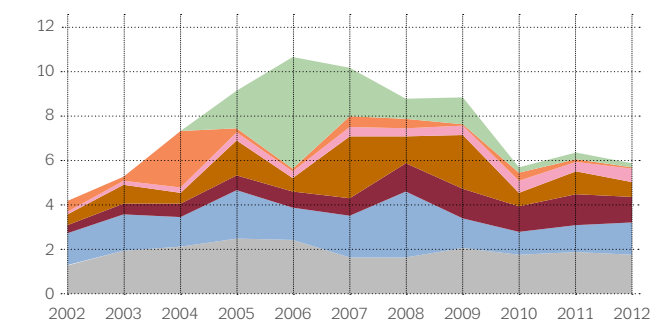
Tone <0,001 0,001–0,010 0,011–1,0 >1,0 Nema podataka
Napomena: Zaplijenjeni iznosi (u tonama) za deset zemalja s najvišim vrijednostima.

SLIKA 1.9

Broj zapljena amfetamina i zaplijenjena količina (2002. – 2012.)



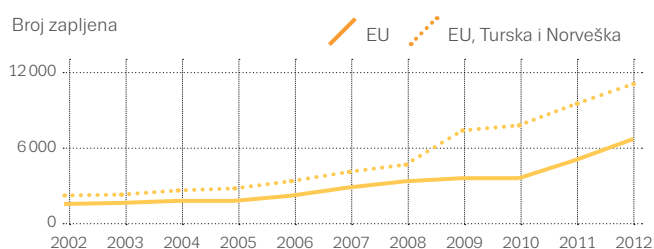
Tone



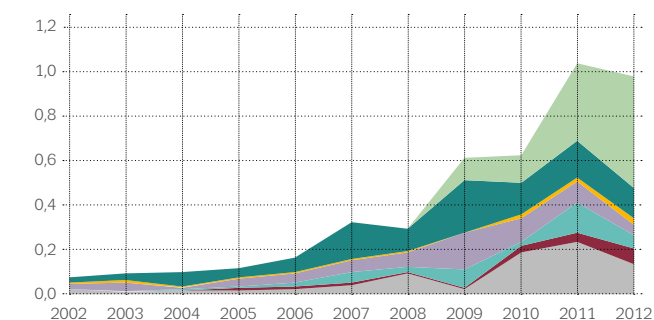
Ostale zemlje Ujedinjeno Kraljevstvo Njemačka
Nizozemska Poljska Belgija Turska

SLIKA 1.10

Broj zapljena metamfetamina i zaplijenjena količina (2002. – 2012.)



Tone



Ostale zemlje Njemačka Litva Švedska
Češka Norveška Turska

Ecstasy: dostupan prah visoke čistoće

Ekstazi se obično odnosi na sintetičku tvar MDMA (3,4-metilenedioximetamfetamin), koja je kemijskim sastavom povezana s amfetaminima, ali se u određenoj mjeri razlikuje u svojim učincima. Tablete koje se prodaju kao ecstasy, međutim, mogu sadržavati bilo koji od čitavog niza tvari sličnih MDMA-u i drugih kemijskih tvari. Postoje naznake da i MDMA u prahu i kristalni MDMA postaju sve dostupniji, a u određenim dijelovima Europe dostupan je prah visoke čistoće.

Čini se da je proizvodnja ecstasya u Europi koncentrirana u Belgiji i Nizozemskoj o čemu svjedoči broj laboratorija otkrivenih u tim zemljama u posljednjih deset godina. Broj laboratorija otkrivenih u Europi smanjio se s 50 u 2002. na tri u 2010. godini, što sugerira veći pad razine proizvodnje u cijeloj Europi. U novije vrijeme postoje naznake da se tržište ekstazija oporavlja s nekoliko velikih laboratorija za proizvodnju otkrivenih u Belgiji i Nizozemskoj u 2013.

U 2012. u Europskoj uniji zaplijenjeno je 4 milijuna tableta ecstasy-a, uglavnom u Nizozemskoj (2,4 milijuna), nakon čega slijedi Ujedinjena Kraljevina (0,5 milijuna) i Njemačka (0,3 milijuna). Turska je isto zaplijenila 3,0 milijuna tableta ecstasy-a iste godine (Slike 1.11 i 1.12). Količina tableta ecstasy-a zaplijenjenih u Europskoj uniji u 2012. predstavlja manje od jedne petine zaplijenjene količine u 2002. godini (23 milijuna). Ukupno su se zapljene ecstasy-a smanjile u razdoblju između 2002. i 2009. prije nego što su se blago povećale sljedećih godina (Slika 1.11). Ovaj trend također se odražava u dostupnim podacima o količini MDMA-a u analiziranim tabletama ekstazija, koji se smanjio do 2009., a potom povećao u posljednje tri godine izvješćivanja.

Postoje naznake da i MDMA u prahu i kristalni MDMA postaju sve dostupniji, a u određenim dijelovima Europe dostupan je prah visoke čistoće

ECSTASY

4 milijuna
zaplijenjenih
tableta

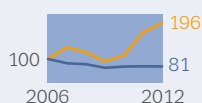
7 milijuna zaplijenjenih
tableta (EU + 2)

11 200 zapljene

16 000 zapljene
(EU + 2)



Čistoća (MDMA mg/
tableta)



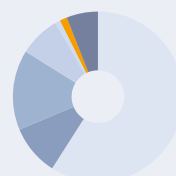
**Indeksi čistoće i
cijena**



Cijena (EUR/tableta)

3 000 prijavljena kaznena
djela povezana s
opskrbom ekstazijem

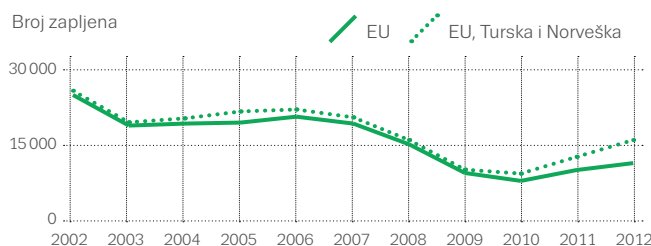
1% prijavljenih kaznenih djela
povezanih s opskrbom



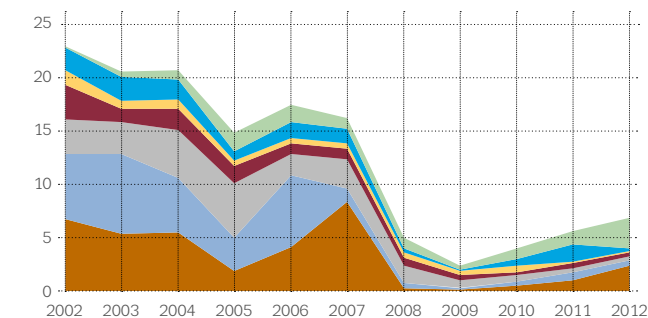
EU + 2 odnosi se na države članice EU-a, Tursku i Norvešku. Cijena i čistoća ecstasy-a: nacionalne srednje vrijednosti – minimum, maksimum i interkvartilni raspon (IQR). Obuhvaćene zemlje razlikuju se po pokazateljima.

SLIKA 1.11

Broj zapljena ecstasy-a i zaplijenjenih tableta (2002. – 2012.)



Tablete (milijuna)

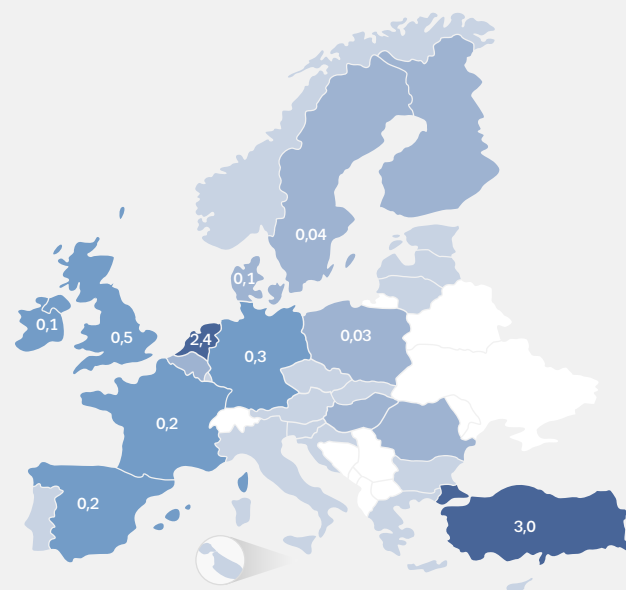


Nizozemska Ujedinjeno Kraljevstvo Ostale zemlje
 Njemačka Španjolska Francuska Turska

Trendovi zabilježeni u pogledu ponude ecstasy-a mogu se djelomično pripisati pojačanim kontrolama i ciljanim zapljenama PMK-a (piperonil metil keton), glavnog prekursora za proizvodnju MDMA-a. Proizvođači ecstasy-a odgovaraju na kontrolu prekursora upotrebom „pred-prekursora” ili „maskiranih prekursora” – osnovnih kemikalija koje se mogu legalno uvesti kao tvari koje se ne kontroliraju, a zatim se pretvaraju u prekursorske kemikalije potrebne za proizvodnju MDMA.

SLIKA 1.12

Količina zaplijenjenog ecstasy-a u 2012.



Tablete (milijuna) <0,010 0,011–0,10 0,11–1,0 >1,0
 Napomena: Zaplijenjeni iznosi (u milijunima tableta) za deset zemalja s najvišim vrijednostima.

Katinoni, nova kategorija stimulansa u Europi

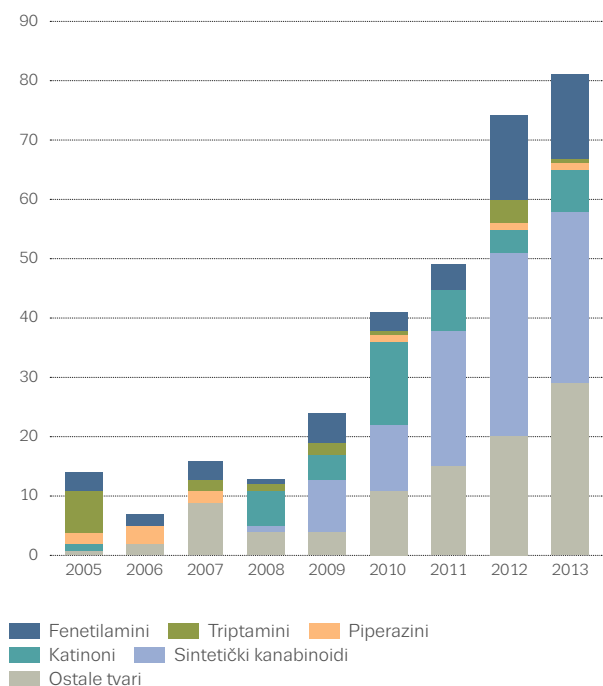
Posljednjih godina, identificirano je više od 50 supstituiranih derivata katinona. Najpoznatiji primjer za to jest mefedron koji se etablirao na tržištu stimulansa u nekim zemljama. Drugi katinon, MDPV (3,4-metilendioksipirovaleron), na europskom se tržištu uglavnom prodaje u obliku praha i tableta kao „legal high” tzv. kegalice, ali i izravno na nezakonitom tržištu. Više od 5 500 zapljena MDPV praha prijavilo je 29 zemalja između 2008. i 2013. u iznosu od 200 kilograma te droge.

Sve veća raznovrsnost u novo identificiranim drogama

Analiza tržišta droga otežana je pojavom novih droga (novih psihoaktivnih tvari) – sintetičkih ili prirodnih tvari koje se prema međunarodnom pravu ne kontroliraju i koje se proizvode s namjerom oponašanja učinaka kontroliranih droga. U nekim se slučajevima nove droge proizvode u Europi u tajnim laboratorijima i izravno prodaju na tržištu. Ostale kemikalije uvoze se od dobavljača, često iz Kine ili Indije, a zatim se privlačno pakiraju i prodaju u Europi kao „legal highs”. Pojam „legal high” tzv. legalice pogrešan je naziv s obzirom na to da se te kemikalije u nekim zemljama članicama mogu kontrolirati ili, u slučaju da se prodaju za potrošnju, nisu u skladu s propisima za sigurnost potrošača ili marketinškim propisima. Kako bi izbjegle

SLIKA 1.13

Broj i glavne skupine novih psihoaktivnih tvari prijavljenih sustavu godišnjeg upozoravanja EU-a u razdoblju 2005. – 2013.



kontrole, proizvodi se često krivo označavaju, primjerice kao „kemikalije za istraživanje” ili „biljna hrana” uz deklaracije u kojima se navodi da proizvod nije namijenjen za ljudsku prehranu.

Tijekom 2013. godine države članice obavijestile su putem EU-ova sustava ranog upozoravanja po prvi puta o pojavi 81 nove psihoaktivne tvari (Slika 1.13). Dvadeset i devet tih tvari bili su sintetički kanabinoidi, a ostalih 30 spojeva nije bilo u skladu s već poznatim kemijskim skupinama (uključujući biljke i lijekove). Također je prijavljeno 13 novih supstituiranih fenetilamina, sedam sintetičkih katinona, triptamin i piperazin.

Tijekom 2013. države članice prvi su put prijavile 81 novu psihoaktivnu tvar putem EU-ova sustava ranog upozoravanja

Procjena rizika povezanih s novim drogama

Procjena rizika na europskoj razini provedena je na 4-metilamfetaminu (2012.) i 5-(2-aminopropil)indolu (2013.) kao odgovor na nove dokaze o šteti koja uključuje više od 20 smrtnih slučajeva povezanih sa svakom od ovih tvari u tijeku kratkog vremenskog razdoblja. Obje ove tvari podvrgnute su kontrolnim mjerama diljem Europe. U travnju 2014. provedena je procjena rizika za četiri nove psihoaktivne tvari (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoksetamin).

25I-NBOMe je supstituirani fenetilamin te potentan agonist serotoninog 5-HT_{2A} receptora za koji se čini da ima halucinogeni učinak. Na tržištu EU-a dostupan je najmanje od svibnja 2012. Ozbiljna toksičnost povezana s njegovom uporabom prijavljena je u četiri države članice, uključujući jedan smrtni slučaj u kojem je otkrivena ova tvar.

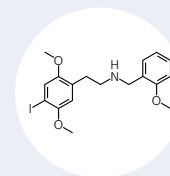
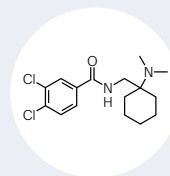
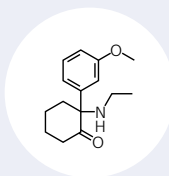
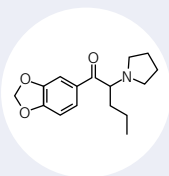
AH-7921 je sintetički opioid koji je u Europskoj uniji dostupan barem od srpnja 2012. U većini slučajeva zaplijenjen je u malim količinama kao prah. Ovaj opioid otkriven je u šest intoksikacija bez smrtonosnog ishoda i petnaest smrtnih slučajeva u Švedskoj, Ujedinjenoj Kraljevini i Norveškoj.

MDPV je derivat sintetičkoga katinona usko povezan s pirovaleronom. MDPV je prisutan na tržištu droga u EU-u barem od studenog 2008. te je otkriven u do 107 intoksikacija bez smrtonosnog ishoda i 99 smrtnih slučajeva, posebno u Finskoj i Ujedinjenoj Kraljevini. Postoje neke naznake da se prodavao kao „legalna” ili sintetička verzija kokaina te je također otkriven u tabletama sličnim „ekstaziju”.

Metoksetamin je arilcikloloheksilamin usko povezan s ketaminom te je dostupan na tržištu droga u EU-u barem od rujna 2010. Zaplijenjene su višekilogramske količine ove tvari u obliku praha. Prijavljeno je dvadeset smrtnih slučajeva i 110 intoksikacija bez smrtonosnog ishoda povezanih s ovom tvari.

Nove psihoaktivne tvari mogu se pojaviti na tržištu zamaskirane kao kontrolirane droge ili kao alternativa kontroliranoj drogi. Na primjer, 4-metilamfetamin izravno se prodavao na tržištu nezakonitih droga kao amfetamin, metoksetamin se stavlja na tržište kao legalna alternativa ketaminu, a 25I-NBOMe se prodaje kao „legalna” alternativa LSD-u.

ČETIRI TVARI ČIJI JE RIZIK PROCIJENJEN U 2014.



MDPV	Metoksetamin	AH-7921	25-INBOMe	Tvar
Katinoni	Arilcikloheksilamini	Opioidi	Fenetilamini	Skupina droga
2008	2010	2012	2012	Godina prvog obavješćivanja EU-ova sustava ranog upozoravanja
99	20	15	1	Broj smrtnih slučajeva povezanih s tvarima
107	110	6	15	Broj intoksikacija bez smrtonosnog ishoda
29	24	8	24	Broj zemalja u kojima je otkrivena (EU, Turska, Norveška)
22	9	1	6	Broj zemalja u kojima je predmet kontrolnih mjera u skladu sa zakonodavstvom za kontrolu droga (EU, Turska, Norveška)

Internet kao rastuće tržište

Internet igra sve veću ulogu u oblikovanju načina na koji se prodaju droge i predstavlja jedinstveni izazov za prekidanje opskrbe „novim“ i „starim“ drogama. Činjenica da proizvođači, dobavljači, trgovci, službe za hosting internetskih stranica i obradu plaćanja mogu biti raspoređene u različitim zemljama posebno otežava njihovu kontrolu. Rastuća uporaba anonimnih mreža, takozvanih „mračnih mreža“, za prodaju droga preprodavačima i korisnicima pridonosi ovom izazovu. Tehnologija za pristup ovim stranicama sve se više uključuje u potrošačka programska rješenja čime ova tržišta postaju pristupačna većem broju ljudi. Osim toga, čini se da je otvorena prodaja „legal highs“ tzv. legalica na internetu povećala njihovu dostupnost distributerima i korisnicima. U 2013. praćenjem EMCDDA-e utvrđena je 651 internetska stranica koja je prodavala „legal highs“ Europljanima.

Otkriveno više lijekova

Sve je veći broj novih droga koje su otkrivene na tržištu droga, a koje se mogu zakonito upotrebljavati kao lijekovi. Ponekad se one prodaju kao lijekovi, a u drugim slučajevima tajno kao nezakonite droge poput heroina ili se mogu prodavati kao „legal highs“, „kemikalije za istraživanje“ ili čak „dodaci prehrani“. Nedavni su primjeri, koje su korisnici opioda navodno ubrizgali intravenski, sljedeći: pregabalin, koji se koristi za liječenje neuropatske boli, epilepsije i opće tjeskobe; tropikamid, koji se koristi

tijekom pregleda očiju za širenje zjenica; te karfentanil, opioid koji se koristi za umirivanje velikih životinja.

Drugi lijekovi koji su nedavno prijavljeni sustavu ranog upozoravanja uključuju: fenazepam, vrstu benzodiazepina, koji se prodavao kao „legalni“ benzodiazepin, „kemikalija za istraživanje“ i kontrolirana droga diazepam; te fenibut, anksiolitik koji se koristi za liječenje alkoholizma u Rusiji i koji se na internetu prodaje kao „dodatak prehrani“. Postoji više izvora ovih lijekova: dozvoljeni lijekovi mogu se preusmjeriti s legalnog tržišta, a nedozvoljeni lijekovi mogu se uvesti s tržišta izvan Europske unije. Osim toga, sastavni dijelovi droga mogu se uvesti u rasutom stanju iz zemalja poput Kine, a zatim preraditi i pakirati u europskim zemljama te izravno prodavati na tržištu nezakonitih droga, na tržištu „legal highs“ tzv. legalica i stranicama za e-trgovinu.

Sve je veći broj novih droga koje su otkrivene na tržištu droga, a koje se mogu zakonito upotrebljavati kao lijekovi

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-e

2014.

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on drugs.

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013.

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on drugs.

2012.

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011.

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

2010.

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007.

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Zajedničke publikacije EMCDDA-e i Europol

2014.

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone).

2013.

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010.

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009.

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Sve publikacije dostupne su na internetskoj adresi:
www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Procjenjuje se da je gotovo
četrvtina odrasle populacije
u Europskoj uniji, ili više od
80 milijuna odraslih osoba,
u nekom trenutku u svojem
životu upotrijebila nezakonite
droge**

Uporaba droga i problemi povezani s drogama

Pojam „uporaba droga” obuhvaća mnogo različitih obrazaca potrošnje koji se kreću od jednokratne eksperimentalne uporabe do uobičajene i ovisničke uporabe. Različiti obrasci potrošnje povezani su s različitim razinama rizika i štete. Općenito, na rizike kojima će pojedinac biti izložen uporabom droga utjecat će čimbenici koji obuhvaćaju kontekst u kojem se droge upotrebljavaju, količinu koja se konzumira, način primjene, usporednu potrošnju drugih tvari, broj i duljinu epizoda konzumiranja droge, kao i individualnu ranjivost.

Praćenje uporabe droga i problema povezanih s drogama

Zajednički pristup praćenju uporabe droga u Europi temelji se na pet ključnih epidemioloških pokazatelja EMCDDA-a. Ove skupine podataka odnose se na sljedeće: istraživanja o uporabi, procjene problematične uporabe, smrtne slučajeve povezane s drogom, zarazne bolesti i početak liječenja ovisnosti o drogama. Ti podaci zajedno pružaju važan izvor za EMCDDA-ovu analizu trendova i razvoja. Tehničke informacije o pokazateljima nalaze se na internetu u *Vodiču kroz ključne informacije* i na mrežnom području *Europsko izvješće o drogama: podaci i statistički podaci*.

Više od 80 milijuna Europljana upotrijebilo je nezakonitu drogu

Procjenjuje se da je gotovo četvrtina odrasle populacije u Europskoj uniji, ili više od 80 milijuna odraslih osoba, u nekom trenutku u svojem životu upotrijebila nezakonite droge. U većini slučajeva upotrijebili su kanabis (73,6 milijuna), dok su procjene o uporabi kokaina (14,1 milijun), amfetamina (11,4 milijuna) i ekstazija (10,6 milijuna) tijekom života niže. Razine uporabe tijekom života znatno se razlikuju među zemljama, od otprilike jedne trećine odraslih osoba u Danskoj, Francuskoj i Ujedinjenoj Kraljevini do manje od jedne od deset odraslih osoba u Bugarskoj, Grčkoj, Cipru, Mađarskoj, Portugalu, Rumunjskoj i Turskoj.

Uporaba droga među učenicima

Praćenje uporabe tvari među učenicima pruža važan uvid u trenutačna rizična ponašanja mladih ljudi i ukazuje na moguće buduće trendove. ESPAD-ova studija u Europi donosi vrijedan izvor za praćenje trendova u uporabi tvari tijekom vremena među učenicima u dobi od 15 do 16 godina. Prema najnovijim podacima iz 2011. procjenjuje se da je jedan od četiri učenika u dobi od 15 do 16 godina u nekom trenutku upotrijebio nezakonitu drogu iako se razine pojavnosti znatno razlikuju među zemljama. Kanabis čini veliku većinu uporabe nezakonitih droga u ovoj skupini, s otprilike 24 % uporabe tijekom života, 20 % uporabe u prethodnoj godini i 12 % uporabe u razdoblju od mjeseca dana prije provođenja ankete. U usporedbi s učenicima, kod učenika je zabilježena 1,5 puta češća uporaba kanabisa u prethodnom mjesecu.

Mnogi od onih koji su naveli uporabu kanabisa upotrijebili su tu tvar samo jednom ili dvaput. Međutim manji broj učenika navodi intenzivnije obrasce uporabe, od kojih je otprilike 2 % upotrijebilo tu drogu više od deset puta u mjesecu prije provođenja ankete.

Pojavnost uporabe nezakonitih droga koje nisu kanabis mnogo je manja iako je u nekolicini zemalja češća uporaba ecstasy-a i amfetamina. Ukupno otprilike 7 % učenika navodi uporabu jedne ili više nezakonitih droga tijekom života. ESPAD također izvješćuje o uporabi alkohola i duhana. Obje tvari učenici su upotrebljavali češće nego

kanabis, a za one koji su upotrijebili kanabis također je vjerojatnije da su redoviti korisnici alkohola i duhana. U razdoblju od mjeseca dana prije provođenja ankete 19 % učenika navodi pušenje jedne ili više cigareta dnevno, od kojih je 4 % pušilo više od deset cigareta dnevno. Gotovo dvije trećine učenika navode konzumaciju alkohola najmanje jednom tijekom prethodnog mjeseca, od čega je 20 % učenika doživjelo intoksikaciju najmanje jednom u ovom razdoblju.

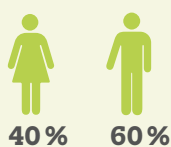
Kanabis: različiti nacionalni trendovi

Kanabis se uglavnom puši te se, u Europi, često miješa s duhanom. Obrasci uporabe kanabisa kreću se od povremene ili eksperimentalne do redovite i ovisničke, a problemi uporabe kanabisa povezani su s čestom uporabom i uporabom većih količina.

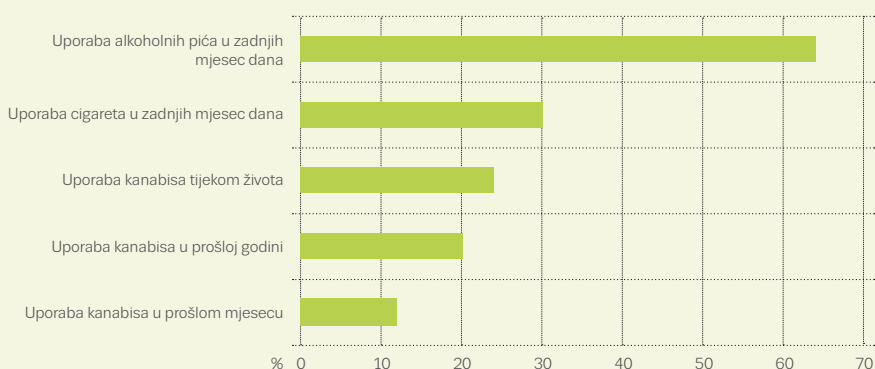
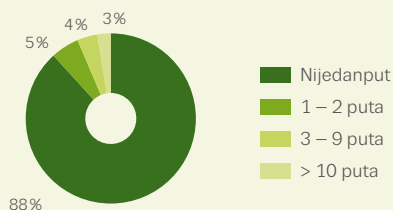
Kanabis je nezakonita droga koju najčešće upotrebljavaju osobe svih dobni skupina. Procjenjuje se da je 14,6 milijuna mladih Europljana (15 – 34) ili 11,2 % ove dobne skupine upotrijebilo kanabis u prošloj godini, od kojih je 8,5 milijuna u dobi od 15 – 24 godine (13,9 %). Kanabis obično češće upotrebljavaju muškarci, a ova je razlika obično naglašena zbog intenzivnijih ili redovitijih obrazaca uporabe. Trenutačni se trendovi u uporabi razlikuju, što pokazuje činjenica da je među zemljama koje su izvijestile o novim istraživanjima od 2011. njih osam zabilježilo pad, a pet porast u pojavnosti tijekom prošle

UPORABA TVARI MEĐU ŠKOLSKOM POPULACIJOM U EUROPI U DOBI OD 15 DO 16 GODINA (ESPAD, 2011.)

Korisnici kanabisa u prošlom mjesecu prema spolu

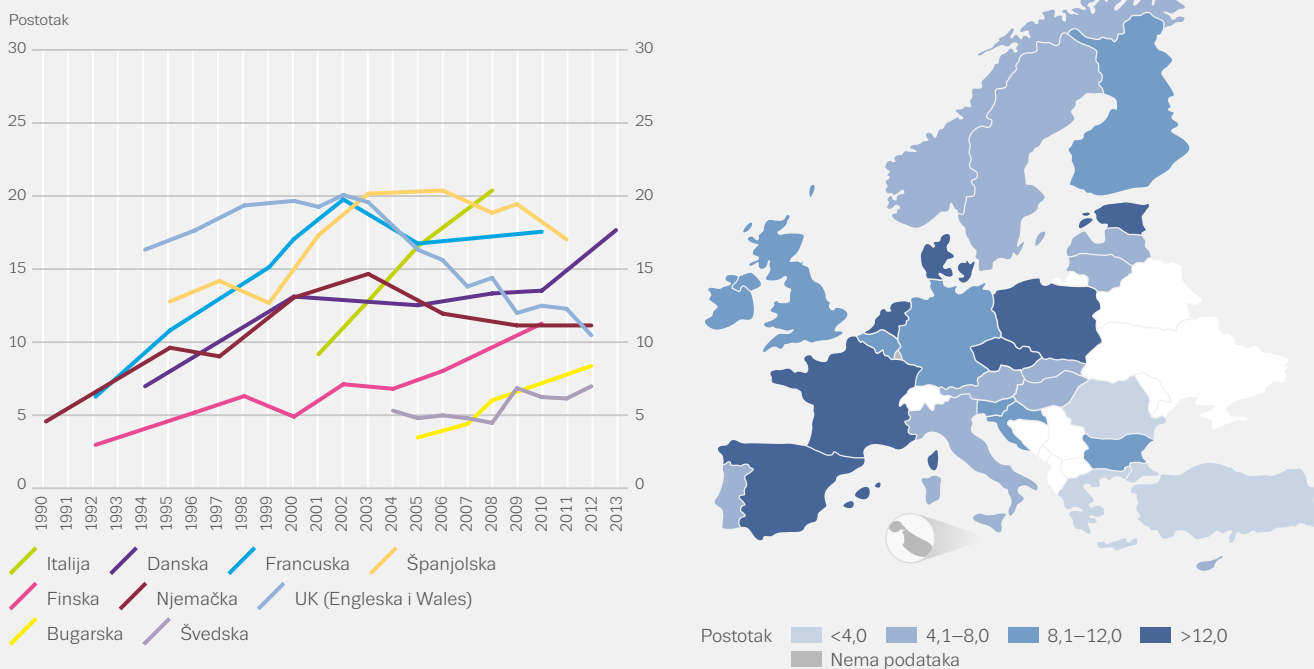


Učestalost uporabe kanabisa u prošlom mjesecu



SLIKA 2.1

Pojavnost uporabe kanabisa među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34) u prošloj godini: zemlje sa statistički značajnim trendovima (lijevo) i najnoviji podaci (desno)



godine. U malom broju nacionalnih istraživanja trenutačno se izvješćuje o uporabi sintetičkih kanabinoidnih receptorskih agonista, a u onima u kojima se to čini bilježe se uglavnom niske razine pojavnosti.

Sve veći broj zemalja posjeduje dovoljno podataka iz istraživanja koji omogućuju statističku analizu dugoročnih trendova u uporabi kanabisa među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34). U Danskoj, Finskoj i Švedskoj primjećuju se uzlazni trendovi u uporabi kanabisa među maloljetnicima i mladim punoljetnicima u prošloj godini iako se razine pojavnosti razlikuju (Slika 2.1). Nasuprot tome, stope pojavnosti u Norveškoj i dalje su relativno stabilne. Zanimljivo je da Njemačka, Francuska i Ujedinjena Kraljevina bilježe ili stabilan ili silazni trend u uporabi u prošlom desetljeću, dok su prije tog razdoblja bilježile porast. Španjolska je također zabilježila manju pojavnost u prošlom desetljeću. Ove četiri zemlje zajedno čine gotovo polovicu stanovništva EU-a. Bugarska i Italija, s kraćim vremenskim razdobljima, obje bilježe uzlazne trendove. Italija je nedavno zabilježila niže razine pojavnosti iako zbog metodoloških pitanja istraživanja nisu izravno usporediva.

Zabrinutost za korisnike kanabisa

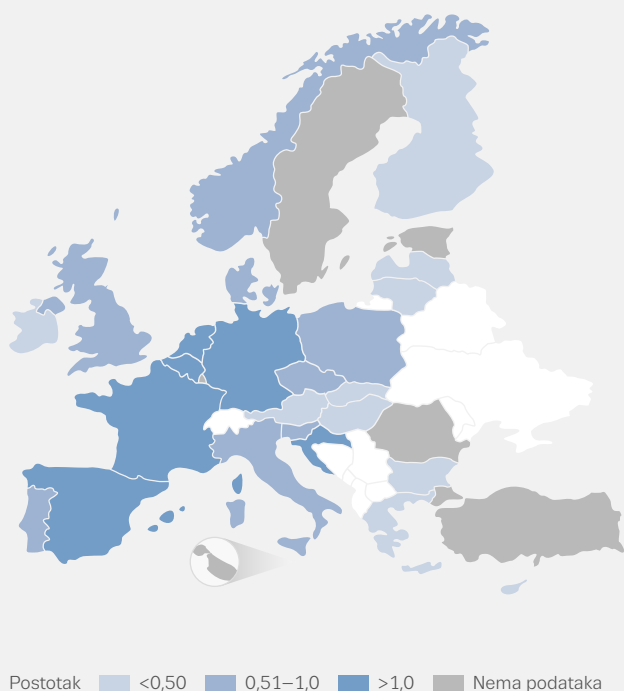
Manji broj korisnika kanabisa intenzivno konzumira ovu tvar. Uporaba kanabisa 20 ili više dana u prethodnom

mjesecu smatra se dnevnom ili skoro svakodnevnom uporabom. Na temelju ovih kriterija procjenjuje se da nešto manje od 1 % odraslih Europljana dnevno ili skoro svakodnevno upotrebljava kanabis. Više od dvije trećine dnevnih ili skoro svakodневnih korisnika kanabisa osobe su u dobi od 15 do 34 godine, a više od tri četvrtine ove dobne skupine jesu muškarci. Među zemljama koje pružaju podatke, procijenjeni postotak dnevnih ili skoro svakodnevnik korisnika među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34) razlikuje se od 0,1 % u Slovačkoj do 4,4 % u Španjolskoj (Slika 2.2).

U 2012. godini kanabis je predstavljao drogu koja je najčešći glavni razlog prvom pristupanju liječenju ovisnosti o drogama. Uz porast s 45 000 na 61 000 između 2006. i 2011., ukupni broj zabilježenih osoba koje prvi put započinju liječenje postao je stabilan u 2012. (59 000). Kanabis je u 2012. bio druga najčešće upotrebljavana droga među svim osobama koje ulaze u program liječenja (110 000). Međutim vidljive su znatne nacionalne razlike u rasponu od 2 % svih osoba koje ulaze u program liječenja i navode primarnu uporabu kanabisa u Bugarskoj do 66 % u Mađarskoj. Ova se heterogenost može objasniti nacionalnim razlikama u načinu upućivanja, zakonodavstvu, vrsti dostupnih usluga liječenja i razinama pojavnosti kanabisa.

SLIKA 2.2

Pojavnost dnevne i gotovo dnevne uporabe kanabisa među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34)

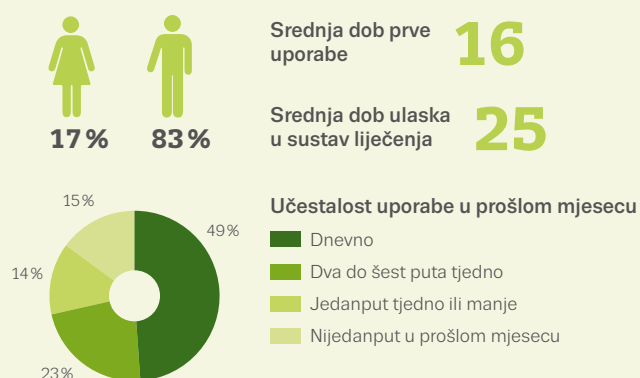


Akutni hitni slučajevi povezani s kanabisom i sintetičkim kanabinoidnim proizvodima

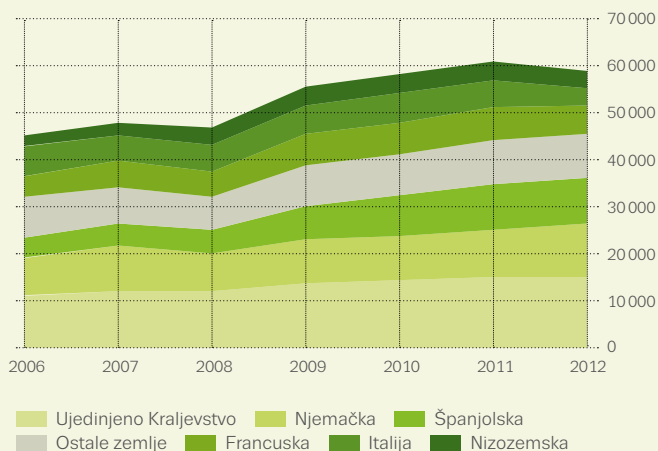
Iako rijetki, akutni hitni slučajevi mogu nastupiti nakon konzumacije kanabisa, osobito u velikim količinama. U zemljama s višim razinama pojavnosti hitni slučajevi povezani s kanabisom predstavljaju sve veći problem. Nedavni porasti broja hitnih slučajeva povezanih s kanabisom zabilježeni su u Češkoj Republici, Danskoj i Španjolskoj. Većina hitnih slučajeva povezanih s kanabisom javlja se među mladim muškarcima i često je povezana s intoksikacijom alkoholom. Simptomi uključuju tjeskobu, psihozu ili druge psihijatrijske simptome, a hospitalizacija u većini slučajeva nije potrebna. Dodatni zabrinjavajući događaj jest pojava sintetičkih kanabinoida. Ove tvari mogu biti iznimno potentne, ali kemijski nisu slične kanabisu pa mogu imati različite i potencijalno ozbiljnije posljedice za zdravlje. Iako je naše trenutačno shvaćanje utjecaja koje uporaba ovih tvari ima na zdravlje i dalje ograničeno, povećava se zabrinutost za zabilježene akutne negativne posljedice povezane s njihovom uporabom.

KORISNICI KANABISA KOJI ULAZE U SUSTAV LIJEČENJA

Karakteristike



Trendovi među osobama koje prvi put započinju liječenje



Napomena: Karakteristike se odnose na sve korisnike koji započinju liječenje, a kojima je kanabis primarna droga. Trendovi se odnose na korisnike koji prvi put započinju liječenje, a kojima je kanabis primarna droga. Obuhvaćene zemlje razlikuju se po pokazateljima.

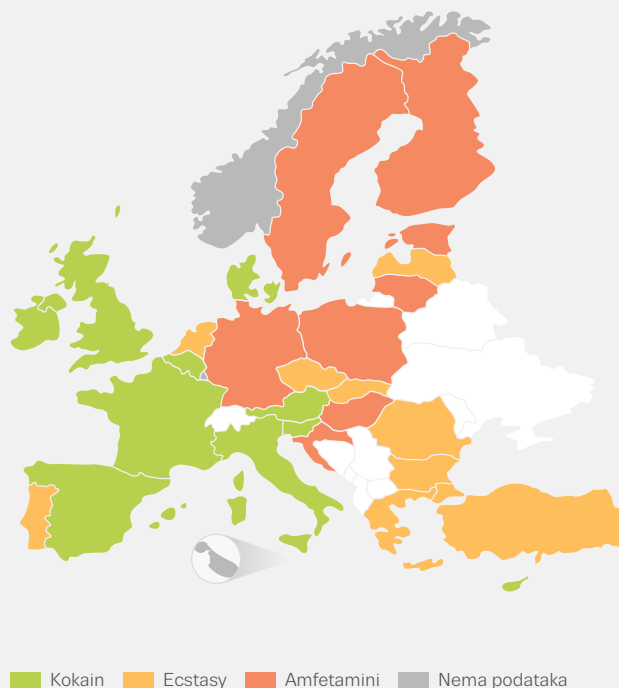
Geografske razlike u obrascima uporabe stimulansa

Kokain, amfetamini i ecstasy najčešće su korišteni nezakoniti stimulansi u Europi, dok se neke manje poznate tvari, uključujući piperazine (npr. benzilpiperazin (BZP)) i sintetičke katinone (npr. mefedron i metilendiokspirovaleron (MDVP)) također mogu upotrebljavati na nezakonit način zbog svojih stimulativnih učinaka. Visoke razine uporabe stimulansa povezuju se s određenim mjestima za ples, glazbu i noćni provod, gdje se te droge često upotrebljavaju u kombinaciji s alkoholom.

Podaci istraživanja pokazuju geografske razlike u obrascima uporabe stimulansa u Europi. Kokain je češći na jugu i zapadu Europe, amfetamini u središnjim i sjevernim zemljama, a ekstazi, iako na nižim razinama pojavnosti, u zemljama na jugu i istoku (Slika 2.3). Podaci dobiveni analizom otpadnih voda koja je provedena u europskoj studiji koja je obuhvaćala više gradova također pokazuju razliku u regionalnim obrascima uporabe. Relativno velike koncentracije amfetamina pronađene su u uzorcima otpadnih voda iz mnogih gradova sjeverne i sjeverozapadne Europe, dok su najviše razine metamfetamina pronađene u gradovima Češke i Slovačke (Slika 2.4).

SLIKA 2.3

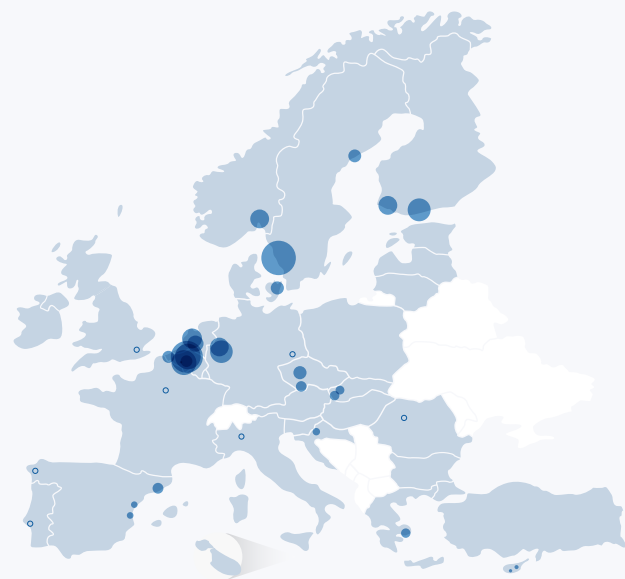
Prevladavajuća stimulativna droga prema pojavnosti među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34) u prošloj godini



SLIKA 2.4

Amfetamini u otpadnim vodama odabranih europskih gradova

Amfetamin



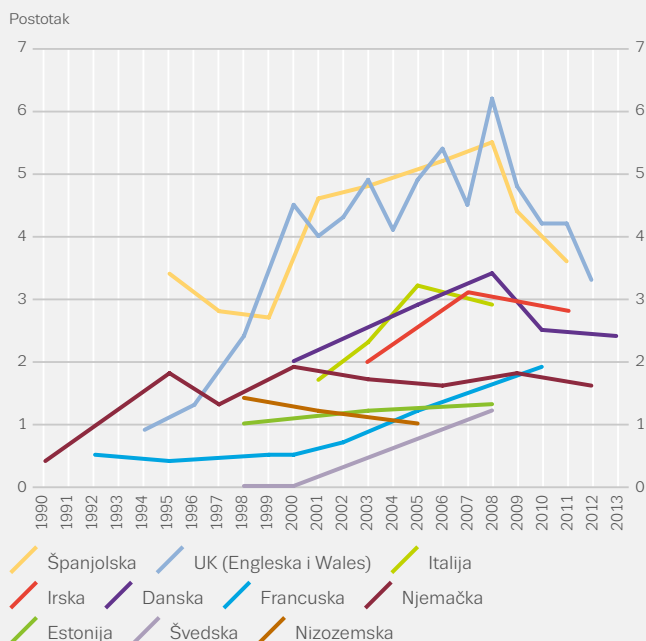
Metamfetamin



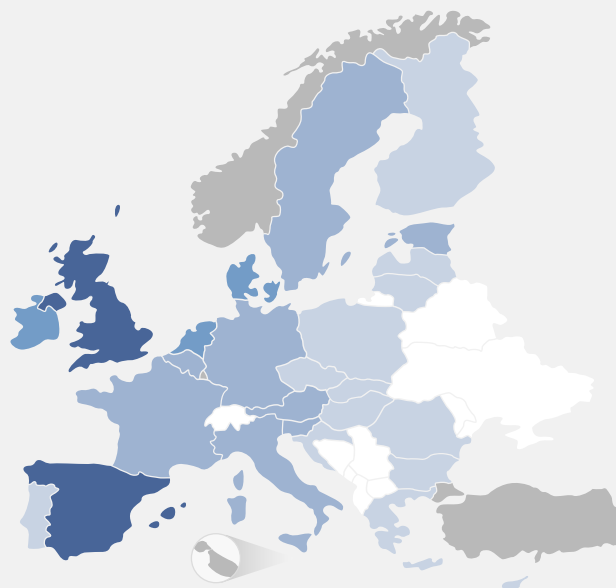
Napomena: Srednji dnevni iznosi amfetamina u miligramima na 1 000 stanovnika na osnovi uzorkovanja u jednodnevnom razdoblju u 2013. Izvor: Središnja europska skupina za analizu nezakonitih droga u kanalizaciji (Sewage Analysis Core Group Europe – SCORE).

SLIKA 2.5

Pojavnost uporabe kokaina među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34) u prošloj godini: izdvojeni trendovi (lijevo) i najnoviji podaci (desno)



Napomena: Trendovi u deset zemalja s najvećom pojavnosti i s tri ili više istraživanja.



Kokain: pojava se nastavlja smanjivati

Kokain u prahu prvenstveno se udiše ili šmrče, ali se također ponekad ubrizgava, dok se crack kokain obično puši. Među redovitim korisnicima moguće je uočiti veliku razliku između društveno integriranih korisnika koji drogu upotrebljavaju u rekreacijskom smislu i marginaliziranih korisnika droga koji upotrebljavaju kokain, često zajedno s opioidima, u okviru kroničnih problema koje imaju s drogom. Redovita uporaba kokaina povezana je s kardiovaskularnim, neurološkim i psihičkim problemima te s povećanim rizikom od nesreće i ovisnosti. Injekcije kokaina i uporaba crack kokaina povezane su s najvećim zdravstvenim rizicima, uključujući prijenos zaraznih bolesti.

Kokain je najčešće upotrebljavana nezakonita stimulativna droga u Europi iako se većina njegovih korisnika nalazi u ograničenom broju zemalja. Procjenjuje se da je oko 2,2 milijuna maloljetnika i mladih punoljetnika u dobi od 15 do 34 godine (1,7 % ove dobne skupine) upotrijebilo kokain u prošloj godini.

S obzirom na dugoročne trendove u uporabi kokaina u Danskoj, Španjolskoj i Ujedinjenoj Kraljevini, zemljama koje bilježe relativno visoke stope pojavnosti, primjećuje se pad s najvećih vrijednosti zabilježenih u 2008. (Slika 2.5). Većina ostalih zemalja bilježi stabilne ili silazne trendove.

Smanjenje uporabe kokaina također je vidljivo u najnovijim podacima gdje 11 od 12 zemalja u kojima su provedena istraživanja između 2011. i 2013. bilježi smanjenje pojavnosti.

**Kokain je najčešće
upotrebljavana
nezakonita stimulativna
droga u Europi**

Trajno smanjenje broja zahtjeva za liječenje ovisnosti o kokainu

Samo četiri zemlje imaju relativno nove procjene intenzivne ili problematične uporabe kokaina, no njih je teško usporediti jer se upotrijebljene definicije razlikuju. U 2012. godini među odraslim stanovništvom u Njemačkoj procijenjeni udio „ovisnosti o kokainu” iznosio je 0,20 %, u Italiji je procijenjeni udio osoba kojima je „potrebno liječenje ovisnosti o kokainu” iznosio 0,26 %, a u Španjolskoj je u 2011. udio „visokorizične uporabe kokaina” iznosio 0,4 %. Za razdoblje 2010. – 2011. u Ujedinjenoj Kraljevini procijenjeni udio uporabe crack kokaina među odraslim stanovništvom u Engleskoj iznosio je 0,49 % iako je većina tih osoba također bila korisnik opioida.

Kokain se navodi kao primarna droga kod 14 % svih zabilježenih korisnika koji su ušli u specijalizirani program liječenja ovisnosti o drogama u 2012. (55 000), a 18 % kod onih koji prvi put započinju liječenje (26 000). Postoje razlike među zemljama, s otprilike 90 % svih korisnika kokaina zabilježenih u samo pet zemalja (Njemačkoj, Španjolskoj, Italiji, Nizozemskoj i Ujedinjenoj Kraljevini). Ovih pet zemalja zajedno čine nešto više od polovice stanovništva EU-a. Broj korisnika koji prvi put započinju liječenje primarne ovisnosti o kokainu smanjio se u

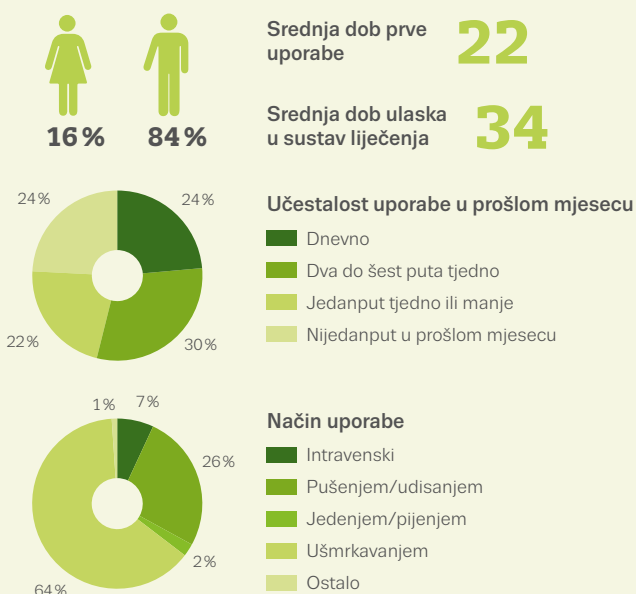
posljednjih nekoliko godina s najviše vrijednosti od 38 000 u 2008. na 26 000 u 2012. Ovo se smanjenje većinom može pripisati smanjenju brojčanih vrijednosti zabilježenih u Italiji. U 2012. samo je mali broj osoba (2 300) koje prvi put započinju liječenje u Europi navelo primarnu uporabu crack kokaina, od čega Ujedinjena Kraljevina čini otprilike dvije trećine, a Španjolska, i Nizozemska većinu ostalog dijela.

Kokain je također razlog akutnih prijema u bolnicu i smrtnih slučajeva. Ova droga također može predstavljati čimbenik u određenim smrtnim slučajevima povezanim s kardiovaskularnim problemima. Budući da su podaci u ovom području ograničeni, u 2012. su godini u 19 zemalja zabilježeni smrtni slučajevi povezani s kokainom s više od 500 utvrđenih slučajeva.

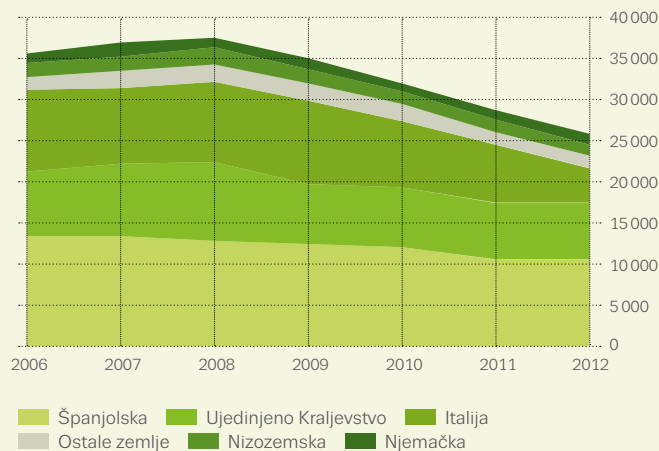
U 2012. godini u 19 zemalja zabilježeni su smrtni slučajevi povezani s kokainom s više od 500 utvrđenih slučajeva

KORISNICI KOKAINA KOJI ULAZE U SUSTAV LIJEČENJA

Karakteristike



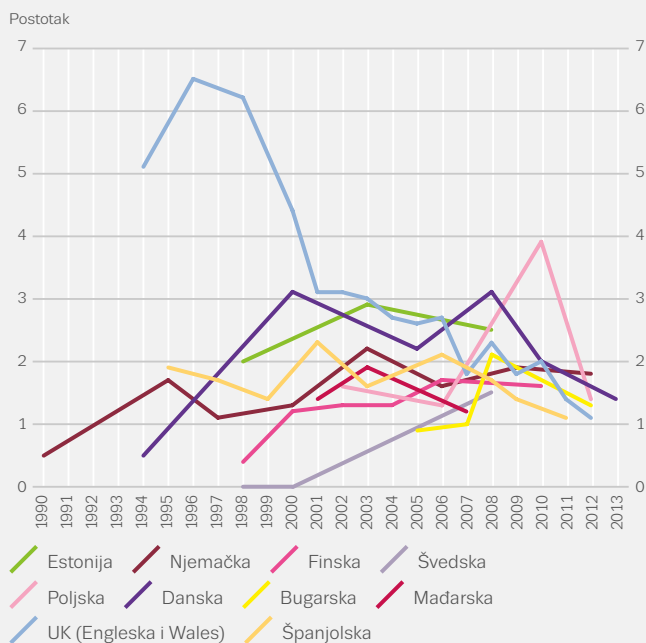
Trendovi među osobama koje prvi put započinju liječenje



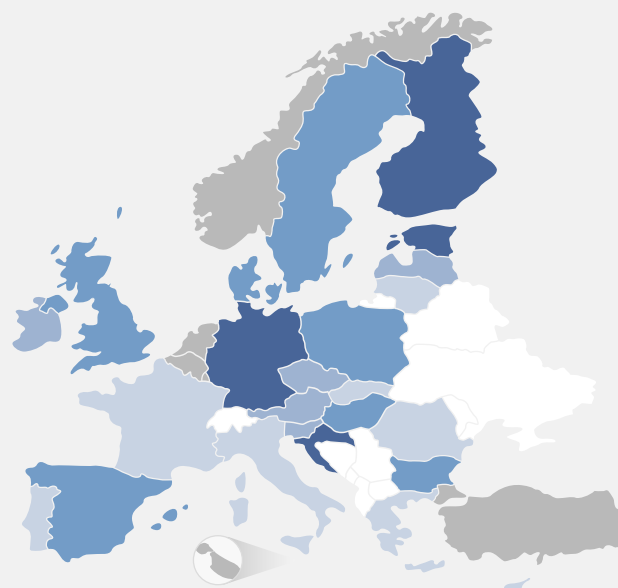
Napomena: Karakteristike se odnose na sve korisnike koji započinju liječenje, a kojima je kokain/crack primarna droga. Trendovi se odnose na korisnike koji prvi put započinju liječenje, a kojima je kokain/crack primarna droga. Obuhvaćene zemlje razlikuju se po pokazateljima.

SLIKA 2.6

Pojavnost uporabe amfetamina među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34) u prošloj godini: izdvojeni trendovi (lijevo) i najnoviji podaci (desno)



Napomena: Trendovi u deset zemalja s najvećom pojavnosti i s tri ili više istraživanja.



Amfetamini: uporaba se smanjuje, ali zdravstveni rizici i dalje postoje

Amfetamin i metamfetamin, dva usko povezana stimulansa, upotrebljavaju se u Europi iako je amfetamin mnogo dostupniji. Uporaba metamfetamina povijesno je ograničena na Češku i u novije vrijeme Slovačku iako se situacija mijenja.

Obje droge mogu se uzimati oralno i ušmrkavati, ali u nekim je zemljama intravenska uporaba relativno česta među problematičnim korisnicima droga. Metamfetamin se također može pušiti, ali ovaj način uporabe tek je nedavno zabilježen u Europi.

Štetni učinci na zdravlje povezani s uporabom amfetamina obuhvaćaju kardiovaskularne, plućne, neurološke i mentalne zdravstvene probleme, dok kao i u slučaju ostalih droga, intravenska uporaba predstavlja čimbenik rizika za zarazne bolesti. Kao i u slučaju drugih stimulansa, teško je utvrditi smrti povezane s amfetaminima. Međutim godišnje se zabilježi mali broj ovih smrtnih slučajeva, obično u zemljama s visokim razinama pojavnosti.

Procjenjuje se da je 1,2 milijuna (0,9 %) maloljetnika i mladih punoljetnika (15 – 34) upotrebljavao amfetamine u prošloj godini. Između 2007. i 2012. procijenjena godišnja pojavnost među maloljetnicima i mladim punoljetnicima bila je relativno niska i stabilna u većini europskih zemalja, s razinama pojavnosti od 2,5 % ili manje u svim zemljama izvješćivanja. Od 12 zemalja u kojima su provedena istraživanja od 2011. godine njih 11 zabilježilo je smanjenje razina pojavnosti amfetamina (Slika 2.6).

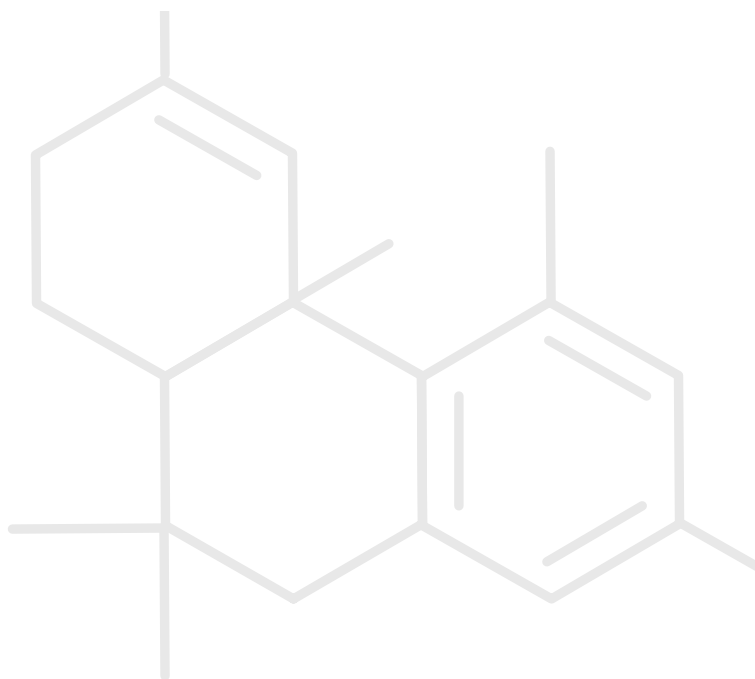


Uporaba amfetamina, višedimenzionalan fenomen

Češka i Slovačka zabilježile su dugoročne uvriježene obrasce uporabe metamfetamina, s najnovijim procjenama problematične uporabe među odraslim osobama (15 – 64) od otprilike 0,42 % u Češkoj Republici (2012.) i 0,21 % u Slovačkoj (2007.). Nedavno su naznake problematične uporabe metamfetamina također zabilježene među visokorizičnim korisnicima droga u nekim regijama Njemačke te u Grčkoj, Cipru, Latviji i Turskoj. Ove naznake uključuju znakove zabrinutosti južноеuropskih zemalja koji se odnose na pušenje kristalnog metamfetamina među podskupinama stanovništva koje obuhvaćaju intravenske korisnike opioda. Osim toga, utvrđeni su novi trendovi intravenske uporabe među malim skupinama muškaraca koji imaju spolne odnose s muškarcima u nekim većim europskim gradovima.

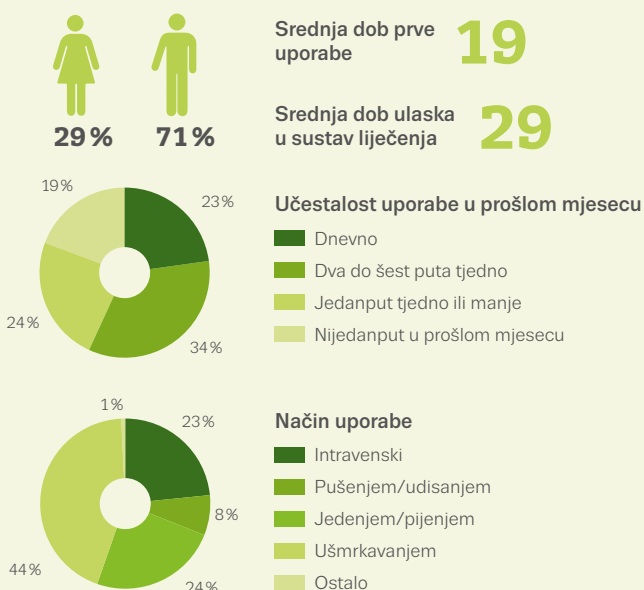
Otprilike 6 % korisnika koji su ušli u specijalizirani program liječenja ovisnosti o drogama u Europi u 2012. navodi amfetamine kao primarnu drogu (približno 25 000 korisnika, od kojih je 10 000 prvi put započelo liječenje). Korisnici amfetamina kao primarne droge čine znatan udio zabilježenih osoba koje prvi put započinju liječenje samo u Njemačkoj, Latviji i Poljskoj, dok velik udio korisnika koji prvi put započinju liječenje u Češkoj Republici i Slovačkoj navodi metamfetamin kao primarnu drogu. Nedavna

povećanja broja osoba koje prvi put započinju liječenje ovisnosti od amfetamina mogu se pripisati prvenstveno Njemačkoj i povećanju broja korisnika metamfetamina koji prvi put započinju liječenje u Češkoj Republici i Slovačkoj.

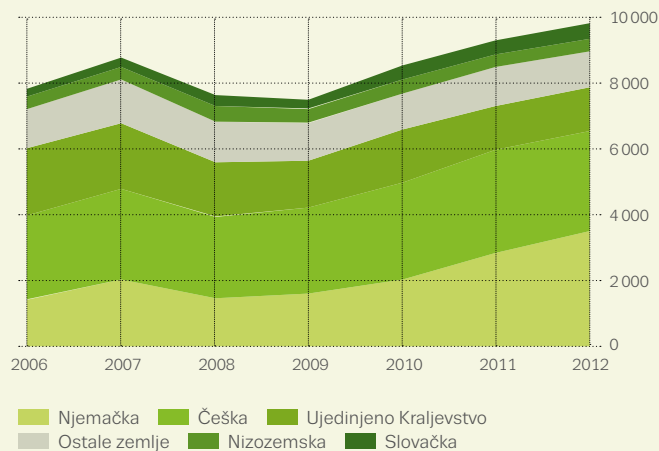


KORISNICI AMFETAMINA KOJI ULAZE U SUSTAV LIJEČENJA

Karakteristike



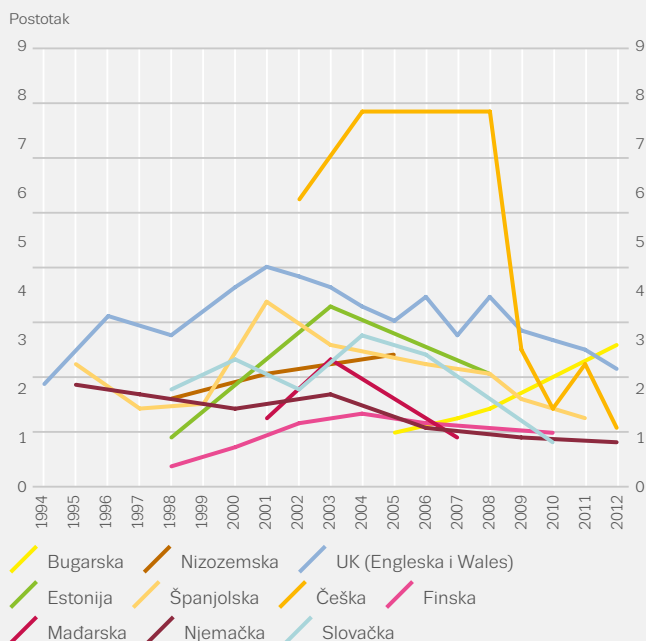
Trendovi među osobama koje prvi put započinju liječenje



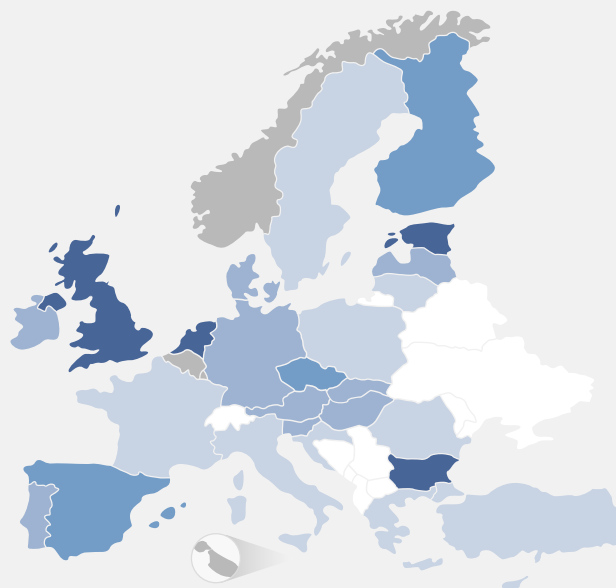
Napomena: Karakteristike se odnose na sve korisnike koji započinju liječenje, a kojima su amfetamini primarna droga. Trendovi se odnose na korisnike koji prvi put započinju liječenje, a kojima su amfetamini primarna droga. Obuhvaćene zemlje razlikuju se po pokazateljima.

SLIKA 2.7

Pojavnost uporabe ekstazija među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34) u prošloj godini: izdvojeni trendovi (lijevo) i najnoviji podaci (desno)



Napomena: Trendovi u deset zemalja s najvećom pojavnosti i s tri ili više istraživanja.



Postotak

Uporaba ecstasy-a: niski i stabilni trendovi među općim stanovništvom

Ecstasy se uglavnom odnosi na sintetičku tvar MDMA. Ova se droga uglavnom upotrebljava u obliku tableta, ali je dostupna i u obliku praha. Obično se guta ili ušmrkava. Uporaba ecstasy-a povijesno je povezana s elektronskom plesno-glazbenom scenom, uglavnom među maloljetnicima i mladim punoljetnicima, posebno mladim muškarcima. Problemi povezani s uporabom ove droge uključuju akutnu hipertermiju i probleme s mentalnim zdravljem. Zabilježeni su smrtni slučajevi povezani s ekstazijem, no oni su rijetki.

Procjenjuje se da je 1,3 milijuna maloljetnika i mladih punoljetnika (15 – 34) upotrijebilo ecstasy u prošloj godini (1,0 % ove dobne skupine), s nacionalnim procjenama u rasponu od manje od 0,1 % do 3,1 %. U Europi je konzumacija ove vrste droge dosegla vrhunac u razdoblju od početka do sredine 2000-ih godina, nakon čega je zabilježen pad (Slika 2.7). Između 2007. i 2012. godine

većina je zemalja bilježila stabilne ili silazne trendove u pogledu uporabe ecstasy-a. Osim Bugarske, koja od 2005. bilježi uzlazni trend u pojavnosti, ovaj je pad i dalje vidljiv u 12 zemalja koje provode istraživanja od 2011. U 2012. malo je korisnika ušlo u program liječenja problema povezanih s ecstasy-em. Manje od 1 % (otprilike 550 korisnika) osoba koje prvi put započinju liječenje u Europi navelo je ecstasy kao primarnu drogu.

Između 2007. i 2012. godine većina je zemalja bilježila stabilne ili silazne trendove u pogledu uporabe ekstazija

Sintetički katinoni: zabrinjavajuća intravenska uporaba

Sintetički katinoni, kao što su mefedron i MDVP, prokrčili su put na tržištu nezakonitih stimulansa u nekim zemljama. Ograničene dostupne informacije pokazuju da su razine i dalje niske. Ponovljena istraživanja koja obuhvaćaju katinone dostupna su samo za Ujedinjenu Kraljevinu (Englesku i Wales). U najnovijem istraživanju (2012./2013.) procijenjena uporaba mefedrona među odraslim osobama u dobi od 16 do 59 godina u prošloj godini iznosila je 0,5 %, što predstavlja pad s 1,1 % u 2011./2012. i s 1,4 % u 2010./2011. Rezultati nereprezentativnog istraživanja provedenog među osobama koje redovito posjećuju objekte za noćni provod u Ujedinjenoj Kraljevini također pokazuju smanjenje uporabe mefedrona u prošloj godini (s 19,5 % u 2011. na 13,8 % u 2012.).

Intravenska uporaba katinona, uključujući mefedrona, MDVP-a i pentedrona, i dalje je zabrinjavajuća i zabilježena je među različitim skupinama uključujući intravenskim korisnicima opioda, osobama koje su u programu liječenja ovisnosti o drogama, zatvorenici i malim skupinama muškaraca koji imaju spolne odnose s muškarcima. Povećanje broja zahtjeva za liječenje povezano s problemima uporabe sintetičkog katinona zabilježeno je u Mađarskoj, Rumunjskoj i Ujedinjenoj Kraljevini. U Rumunjskoj je veći udio osoba koje prvi put započinju liječenje naveo nove psihoaktivne tvari kao primarnu drogu (37 %), a malo manji udio heroin (21 %). Procjenjuje se da je u Ujedinjenoj Kraljevini u razdoblju 2011./2012. 1 900 korisnika mefedrona ušlo u program liječenja, od čega više od polovice čine osobe mlađe od 18 godina.

Niska razina uporabe halucinogena, GHB-a i ketamina

Na tržištu nezakonitih droga u Europi dostupne su brojne psihoaktivne tvari s halucinogenim, anestetičkim i umirujućim svojstvima: one se mogu upotrebljavati samostalno, zajedno s uobičajenim drogama ili umjesto njih. Ukupna razina pojavnosti uporabe halucinogenih gljiva i LSD-a (dietilamida lizerginske kiseline) u Europi u posljednjih nekoliko godina uglavnom je niska i stabilna. Nacionalna istraživanja bilježe procjenu pojavnosti uporabe halucinogenih gljiva među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34) u prošloj godini u rasponu od 0 % do 0,8 %, a LSD-a od 0 % do 0,7 %.

Od sredine 1990-ih godina bilježi se rekreativna uporaba ketamina i gama-hidroksibutirata (GHB) među podskupinama korisnika droga u Europi. Povećava se i broj zdravstvenih problema povezanih s ovim tvarima, na

primjer oštećenja mokraćnog mjehura kao posljedica dugotrajne uporabe ketamina. Gubitak svijesti, sindrom odvikavanja i ovisnost rizici su povezani s uporabom GHB-a, a Belgija i Nizozemska bilježe nekoliko zahtjeva za liječenje.

Tamo gdje postoje, nacionalne procjene razine pojavnosti uporabe GHB-a i ketamina među odraslom i školskom populacijom i dalje su niske. Danska u prošloj godini bilježi pojavnost uporabe ketamina od 0,3 % među maloljetnicima i mladim punoljetnicima (15 – 34), dok Ujedinjena Kraljevina bilježi stopu uporabe ketamina od 0,8 % među osobama u dobi od 16 do 24 godine, što je smanjenje u odnosu na najvišu vrijednost od 2,1 % u 2010. godini. Ciljana istraživanja u objektima za noćni provod bilježe više razine pojavnosti uporabe. Među britanskim ispitanicima koji su sudjelovali u dobrovoljnom internetskom istraživanju iz 2013. godine i koji su utvrđeni kao osobe koje redovito posjećuju objekte za noćni provod 31 % osoba navelo je uporabu ketamina u prošloj godini, a 2 % uporabu GHB-a.

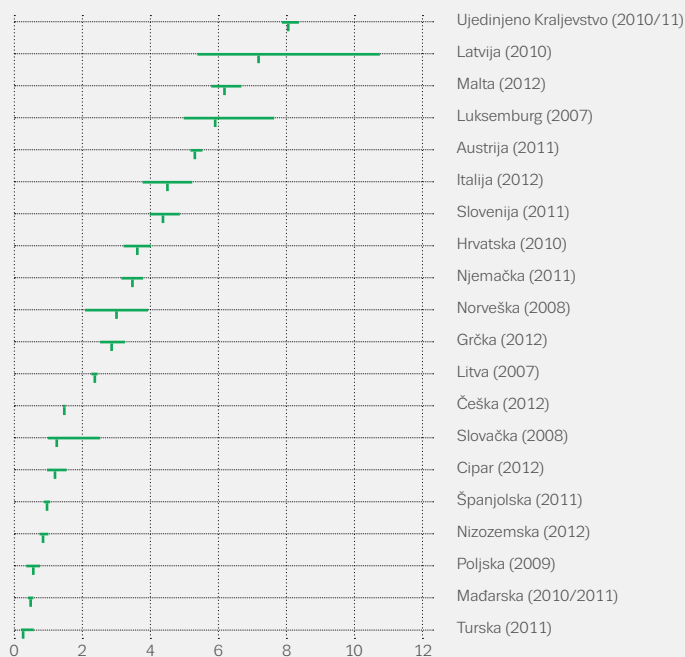
Na tržištu nezakonitih droga u Europi dostupne su brojne psihoaktivne tvari s halucinogenim, anestetičkim i umirujućim svojstvima



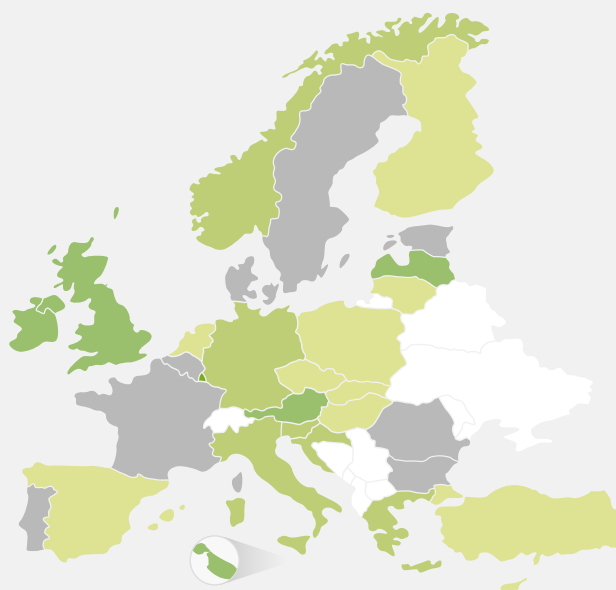
SLIKA 2.8

Nacionalne procjene pojavnosti problema uporabe opioida u prošloj godini

Slučajeva na 1 000 stanovnika u dobi od 15 – 64



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



Stopa na 1 000 stanovnika <2,50 2,51–5,0 >5,0
 Nema podataka

Napomena: Podaci za Finsku odnose se na 2005. godinu, a za Irsku na 2006.

Opiodi: 1,3 milijuna problematičnih korisnika

Nezakonita uporaba opioida i dalje je glavni razlog nerazmjerno velikog udjela pobola i smrtnosti koji su rezultat uporabe droga u Europi. Heroin je glavni opioid koji se upotrebljava u Europi, a može se unositi pušenjem, ušmrkavanjem ili intravenski. Niz drugih sintetičkih opioida, kao što su buprenorfin, metadon i fentanil, također je dostupan na nezakonitom tržištu. Uporaba opioida najzastupljenija je među marginaliziranim skupinama u urbanim sredinama.

U Europi se dogodilo nekoliko naleta ovisnosti o heroinu. Prvi je obuhvaćao mnoge zemlje zapadne Europe od sredine 1970-ih nadalje, a drugi središnju i istočnu Europu od sredine do kasnih 1990-ih. Iako su se trendovi mijenjali tijekom prošlog desetljeća, čini se da se ukupni broj novih korisnika heroina smanjuje.

Prosječna godišnja pojavnost problematične uporabe opioida među odraslim osobama (15 – 64) procjenjuje se na 0,4 %, što je jednako broju od 1,3 milijuna problematičnih korisnika opioida u Europi u 2012. Na nacionalnoj razini procjena pojavnosti problematične uporabe opioida varira između manje od jednog i otprilike osam slučajeva na 1 000 stanovnika u dobi od 15 – 64 godine (Slika 2.8).

Heroin: trajno smanjenje broja zahtjeva za liječenje

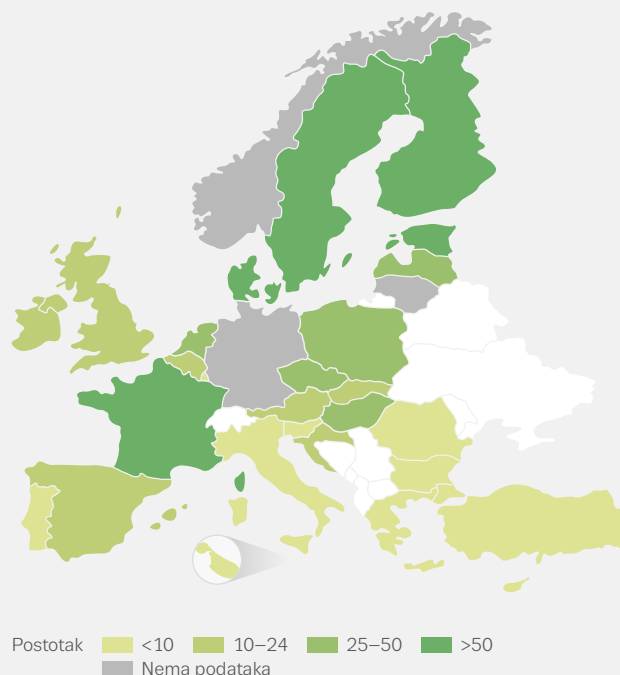
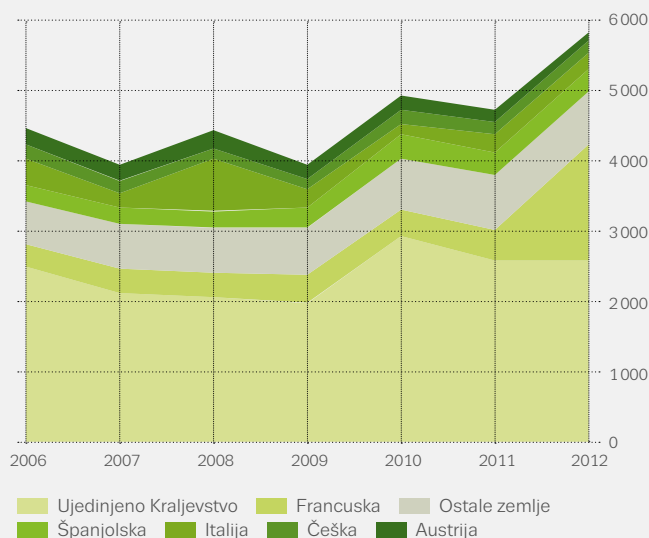
Osobe koje upotrebljavaju opioide, uglavnom heroin, kao primarnu drogu, čine 46 % svih ovisnika o drogama koji su u 2012. ušli u specijalizirani program liječenja u Europi (180 000 korisnika) i otprilike 26 % osoba koje prvi put započinju liječenje. Ukupni se broj novih korisnika heroina u Europi smanjuje i to gotovo upola s najviše vrijednosti od 59 000 u 2007. na 31 000 u 2012. Općenito se čini da se broj novih korisnika smanjio te da to utječe na broj zahtjeva za liječenje.

Opiodi koji nisu heroin: povećana zabrinutost

U 2012. godini u većini europskih zemalja (17) više od 10 % korisnika opioida koji su prvi put započeli specijalizirani program liječenja zlorabljivali su opioide koji nisu heroin (Slika 2.9). To je obuhvaćalo metadon, buprenorfin i fentanil. U nekim zemljama ove droge sada čine najčešći oblik uporabe opioida. U Estoniji je većina osoba koje su ušle u sustav liječenja ovisnosti o opioidima upotrebljavala nezakoniti fentanil, dok je većina korisnika opioida u Finskoj zabilježena kao primarni zlorabitelj buprenorfina.

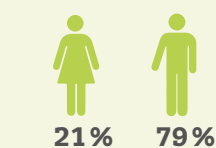
SLIKA 2.9

Prva liječenja od opioda (osim heroina): trendovi u brojkama (lijevo) i postocima za sva prva liječenja od opioda kao primarne droge (desno)

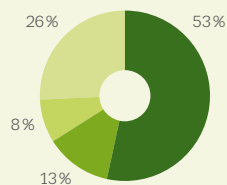


KORISNICI HEROINA KOJI ULAZE U SUSTAV LIJEČENJA

Karakteristike

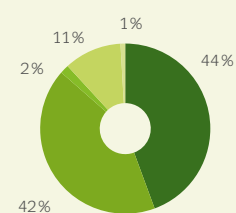


Srednja dob prve uporabe **22**
Srednja dob ulaska u sustav liječenja **36**



Učestalost uporabe u prošlom mjesecu:

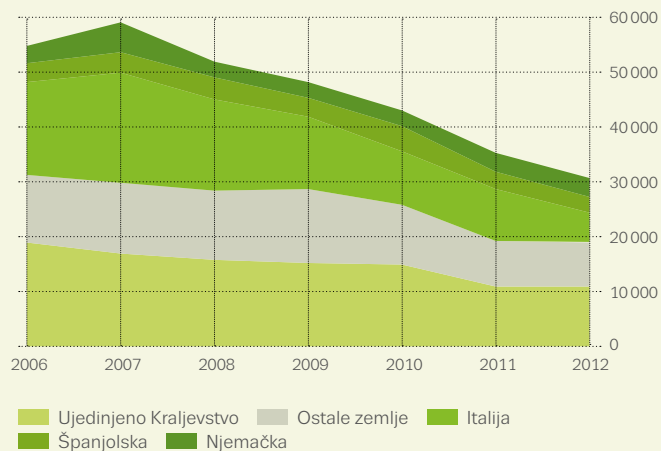
- Dnevno
- Dva do šest puta tjedno
- Jedanput tjedno ili manje
- Nijedanput u prošlom mjesecu



Način uporabe:

- Intravenski
- Pušenjem/udisanjem
- Jedenjem/pijenjem
- Ušmrkavanjem
- Ostalo

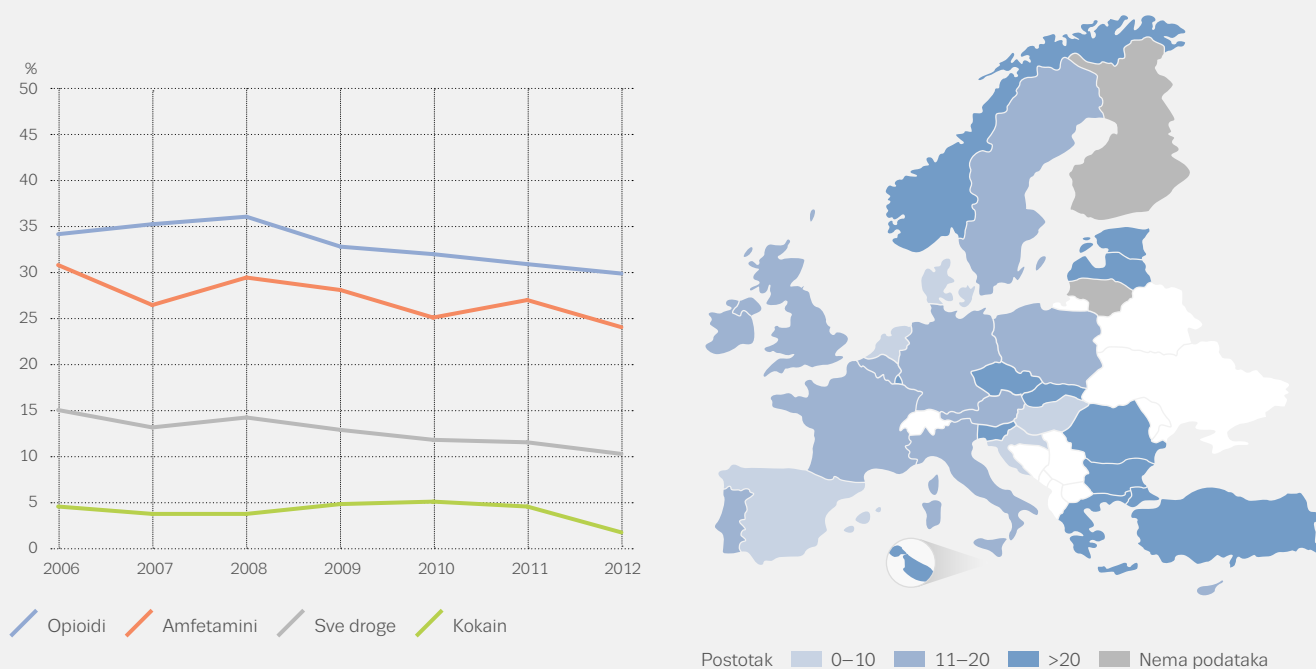
Trendovi među osobama koje prvi put započinju liječenje



Napomena: Karakteristike se odnose na sve korisnike koji započinju liječenje, a kojima je heroin primarna droga. Trendovi se odnose na korisnike koji prvi put započinju liječenje, a kojima je heroin primarna droga. Obuhvaćene zemlje razlikuju se po pokazateljima.

SLIKA 2.10

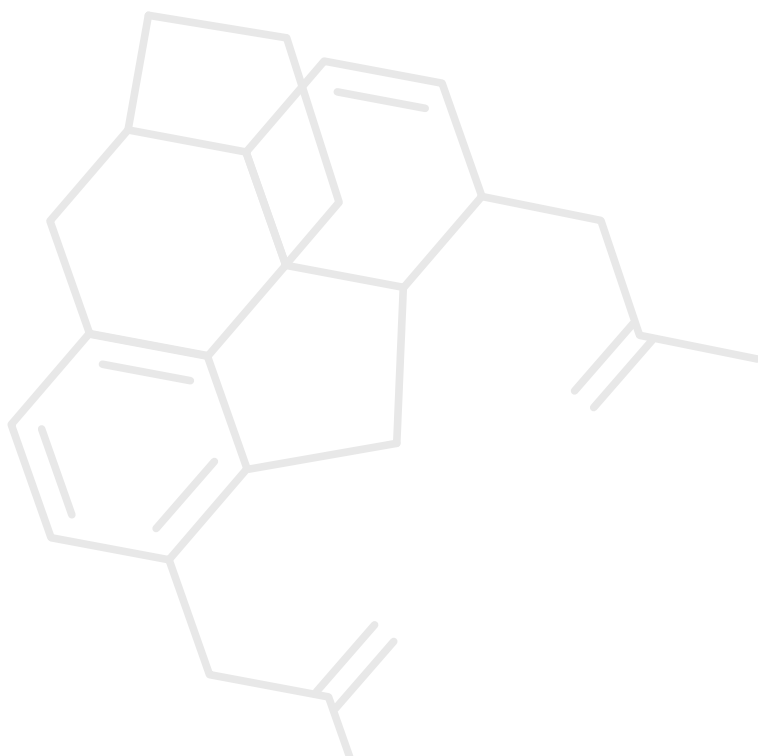
Pojavnost intravenske uporabe u prošlom mjesecu među korisnicima koji započinju liječenje: trendovi među novim korisnicima koji započinju liječenje (lijevo) i nacionalne stope za sve korisnike koji započinju liječenje (desno)



Intravenska uporaba droga: dugoročni pad

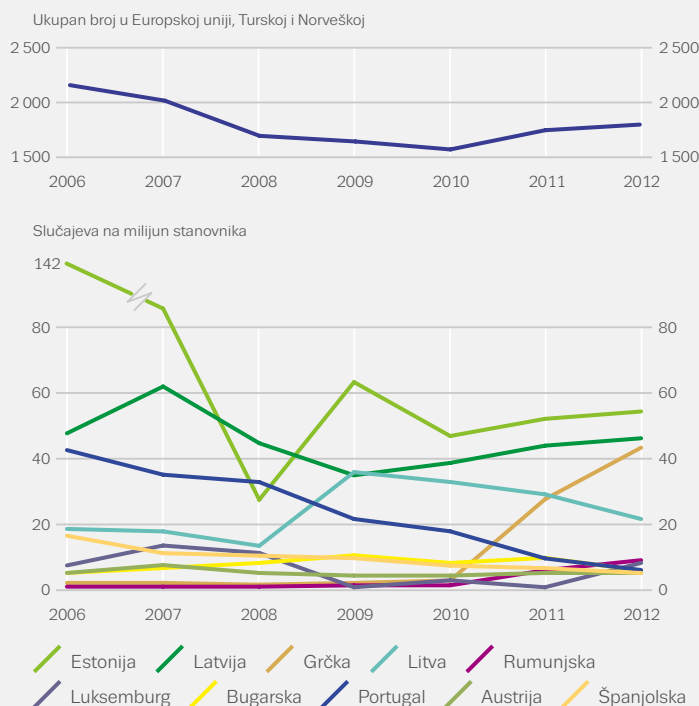
Intravenski korisnici ubrajaju se među one kojima prijeti najveći rizik od zdravstvenih problema zbog uporabe droga, kao što su infekcije koje se prenose krvlju ili predoziranje. Ubrizgavanje se obično povezuje s uporabom opioda iako je u nekoliko zemalja glavni problem ubrizgavanje amfetamina. Nedavne procjene pojavnosti intravenske uporabe droga u 12 zemalja pokazuju raspon od manje od jednog do otprilike šest slučajeva na 1 000 stanovnika u dobi od 15 do 64 godine. Među korisnicima koji ulaze u specijalizirani program liječenja 38 % korisnika opioda i 23 % korisnika amfetamina navodi intravensku uporabu te droge. Razine intravenske uporabe među korisnicima opioda razlikuju se među zemljama, od manje od 6 % u Nizozemskoj do 100 % u Litvi.

Analiza vremenskih trendova među korisnicima koji prvi put započinju liječenje u Europi pokazuje da se broj ubrizgavanja kao glavnog načina uporabe smanjio od 2006. (Slika 2.10). Udio novih korisnika koji navode intravensku uporabu amfetamina, kokaina ili opioda u prošlom mjesecu također se smanjio tijekom navedenog razdoblja.

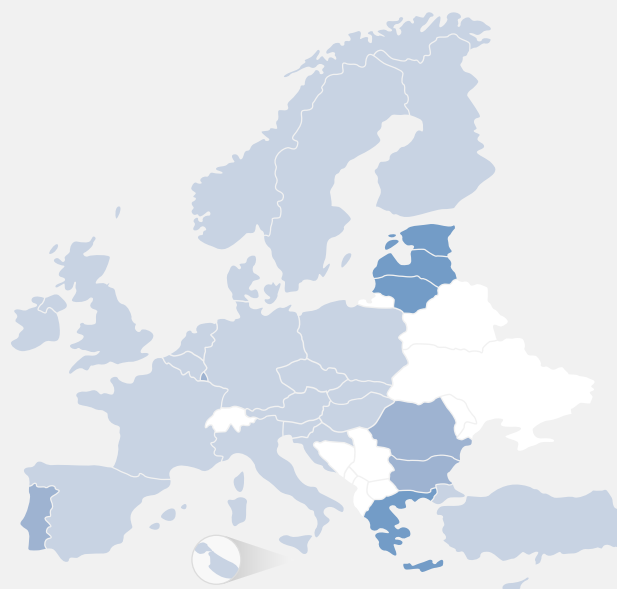


SLIKA 2.11

Novi slučajevi dijagnosticiranog HIV-a povezani s intravenskom uporabom droga: trendovi (lijevo) i najnoviji podaci (desno)



Napomena: Novi slučajevi infekcije HIV-om među intravenskim korisnicima u 10 zemalja koje bilježe najviše stope u 2012. (izvor: ECDC).



Slučajeva na milijun stanovnika <5,0 5,1–10,0 >10,0

HIV: utjecaj epidemija na trend EU-a

Ubrizgavanje droga i dalje ima glavnu ulogu u prijenosu zaraznih bolesti koje se prenose krvlju kao što su hepatitis C te, u nekim zemljama, HIV/AIDS. Najnoviji brojčani podaci pokazuju da bi se dugoročno smanjenje broja novih slučajeva dijagnosticiranog HIV-a u Europi moglo prekinuti kao rezultat epidemija među intravenskim korisnicima u Grčkoj i Rumunjskoj (Slika 2.11). U 2012. godini prosječna stopa novih zabilježenih slučajeva dijagnosticiranog HIV-a povezanog s intravenskom uporabom iznosila je 3,09 na milijun stanovnika. Iako navedeni brojčani podaci podliježu reviziji, u 2012. zabilježeno je 1 788 novih slučajeva, nešto više nego u 2011. (1 732), čime se nastavlja uzlazni trend koji se bilježi od 2010.

Dok su u 2010. godini Grčka i Rumunjska činile samo nešto više od 2 % ukupnog broja novih zabilježenih dijagnoza, do 2012. taj se udio povećao na 37 %. U ostalim zemljama poput Španjolske i Portugala, koje su u prošlosti doživjele razdoblja visokih stopa zaraze, trendovi u stopama novih zabilježenih dijagnoza nastavljaju se smanjivati. Međutim situacija je manje pozitivna u Estoniji, gdje je stopa novih dijagnoza i dalje visoka, te u Latviji, gdje godišnje stope rastu od 2009.

Smrtnost povezana s HIV-om najbolje je dokumentirani neizravni uzrok smrti među korisnicima droga. Najnovija procjena pokazuje da je otprilike 1 700 osoba umrlo od HIV-a/AIDS-a, što se može pripisati intravenskoj uporabi droga u Europi u 2010., uz zabilježen silazni trend. Bolesti jetre također su mogući uzrok znatnog i rastućeg broja smrtnih slučajeva među intravenskim korisnicima, uglavnom zbog infekcije HCV-om, što često pogoršava i pretjerana uporaba alkohola.

Smrtnost povezana s HIV-om najbolje je dokumentirani neizravan uzrok smrti među korisnicima droga

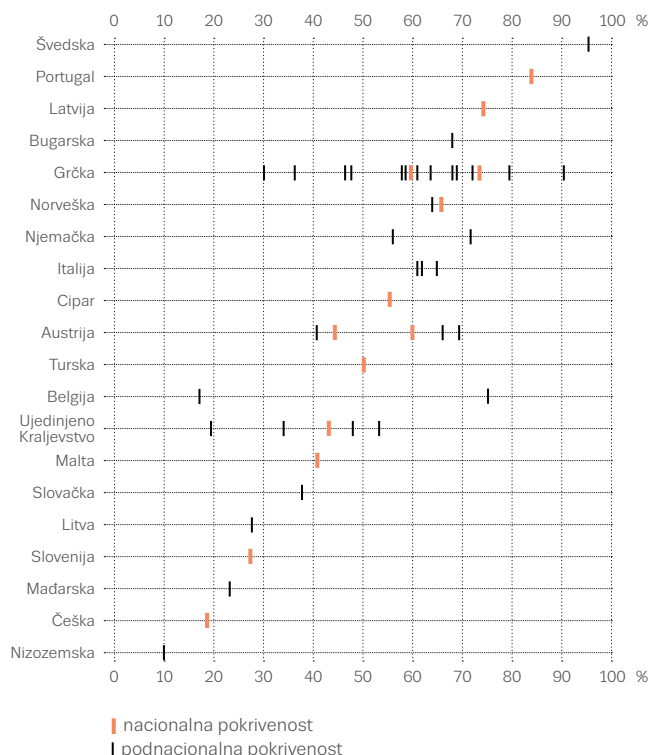
Hepatitis i druge infekcije: glavni zdravstveni problemi

Virusni hepatitis, osobito infekcija uzrokovana virusom hepatitisa C (HCV) vrlo je rasprostranjen među intravenskim korisnicima diljem Europe. Razina antitijela protiv HCV-a u nacionalnim uzorcima intravenskih korisnika u razdoblju 2011. – 2012. varirala je od 19 % do 84 %, dok sedam od 11 zemalja prema nacionalnim podacima bilježi stopu pojavnosti višu od 50 % (Slika 2.12). Među zemljama s nacionalnim podacima o trendovima za razdoblje 2007. – 2012. smanjenje pojavnosti HCV-a među intravenskim korisnicima zabilježeno je u Norveškoj, dok je u sedam ostalih zemalja zabilježen porast.

Prosječno u 18 zemalja za koje su dostupni podaci za razdoblje 2011 – 2012. intravenska uporaba droga čini 64 % svih dijagnoza HCV-a i 50 % zabilježenih akutnih dijagnoza (za koje je rizična skupina poznata). Što se tiče hepatitisa B, intravenski korisnici čine 9 % svih zabilježenih dijagnoza i 21 % akutnih dijagnoza. Uporaba droga može biti čimbenik rizika i za druge zarazne bolesti uključujući hepatitis A i D, spolno prenosive bolesti, tuberkulozu, tetanus i botulizam. Epidemije infekcije antraksom, najvjerojatnije prouzročene kontaminiranim heroinom,

SLIKA 2.12

Pojavnost antitijela protiv HCV-a među intravenskim korisnicima (2011./2012.)



Slučajevi smrti od predoziranja najčešći su kod korisnika koji su u srednjim tridesetim godinama ili stariji, a prosječna je dob smrti u takvim slučajevima u porastu

također se povremeno bilježe u Europi. Na primjer, u razdoblju između lipnja 2012. i ožujka 2013. zabilježeno je 15 slučajeva antraksa povezanih s drogom, od kojih je sedam rezultiralo smrtnim slučajevima.

Smrtni slučajevi prouzročeni predoziranjem: ukupno smanjenje, ali porast u nekim zemljama

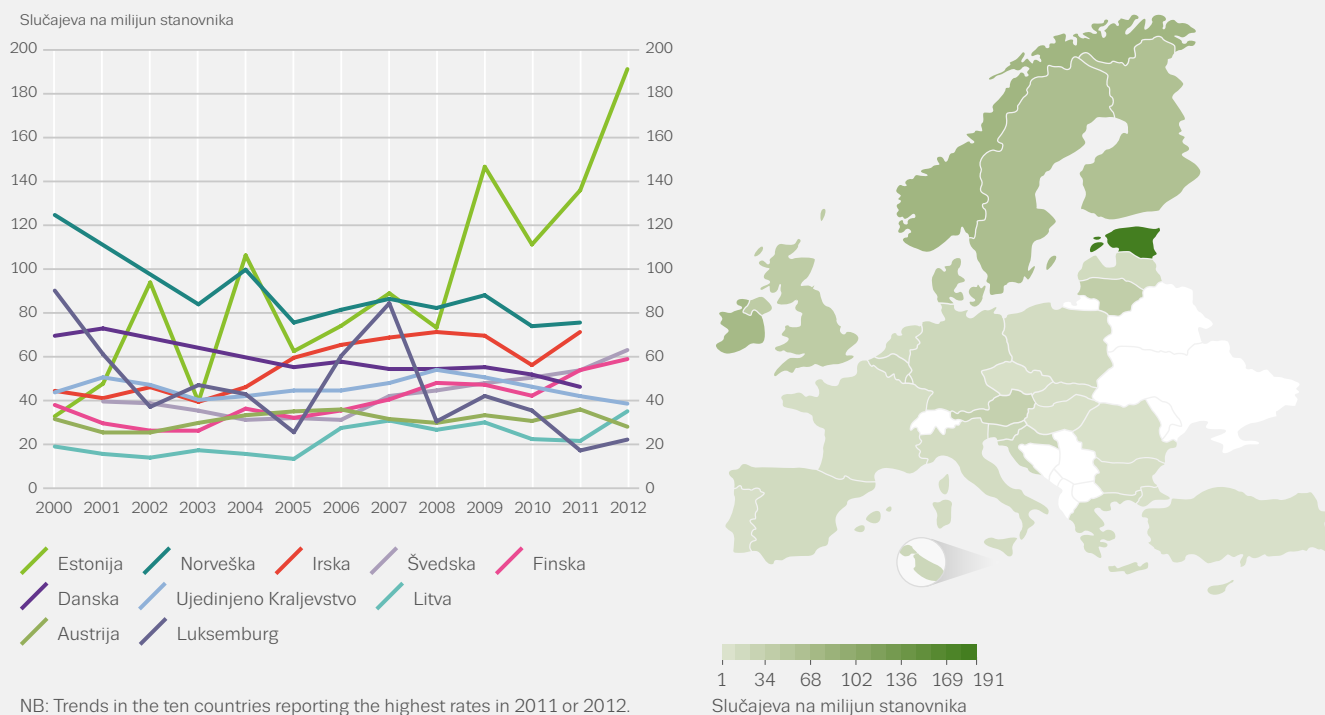
Uporaba droga jedan je od glavnih uzroka smrtnosti među mladima u Europi, kako izravno predoziranjem (smrtni slučajevi prouzročeni drogom) tako i neizravno bolestima povezanim s drogom te nesrećama, nasiljem i samoubojstvom. Većina studija o skupinama problematičnih korisnika droga pokazuje stopu smrtnosti u rasponu od 1 – 2 % godišnje, a procjenjuje se da u Europi svake godine umre između 10 000 i 20 000 korisnika opioda. Ukupno, vjerojatnost smrti korisnika opioda najmanje je deset puta veća u odnosu na njihove vršnjake istog spola. Što se tiče korisnika opioda, u nekim zemljama rizik od umiranja može biti do 30 puta veći od rizika njihovih vršnjakinja.

Predoziiranje je i dalje glavni uzrok smrti među problematičnim korisnicima droga. Heroin ili njegovi metaboliti prisutni su u većini zabilježenih smrtonosnih predoziranja, često u kombinaciji s drugim tvarima poput alkohola ili benzodiazepina. Osim heroina, u toksikološkim se izvješćima često mogu pronaći i drugi opiodi. Oni uključuju metadon, buprenorfin, fentanile i tramadol, dok su u nekim zemljama ti opiodi navedeni kao uzrok znatnog udjela smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranjem. U dvjema zemljama broj predoziranja povezanih s metadonom premašuje broj predoziranja povezanih s heroinom. U većini slučajeva u kojima je pronađen metadon, žrtva u trenutku smrti nije u programu zamjenskog liječenja, već je uzimala metadon koji se zloupotrebljava u kontekstu uporabe više različitih droga.

Dok smrtni slučajevi povezani s drogom među vrlo mladim osobama stvaraju znatnu zabrinutost, samo 10 % smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranjem zabilježenih u Europi prisutno je među osobama mladima od 25 godina. Slučajevi smrti od predoziranja najčešći su kod korisnika

SLIKA 2.13

Stope smrtnosti uzrokovane drogom među punoljetnicima (15 – 64): izdvojeni trendovi (lijevo) i najnoviji podaci (desno)



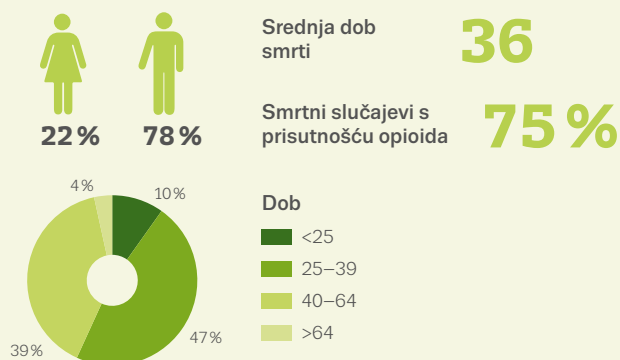
koji su u srednjim tridesetim godinama ili stariji, a prosječna je dob smrti u takvim slučajevima u porastu, što ukazuje na sve stariju skupinu problematičnih korisnika opioda. Većina smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranjem (78 %) bilježi se među muškarcima.

Prosječna stopa smrtnosti zbog predoziranja u Europi za 2012. godinu procjenjuje se na 17 smrtnih slučajeva na

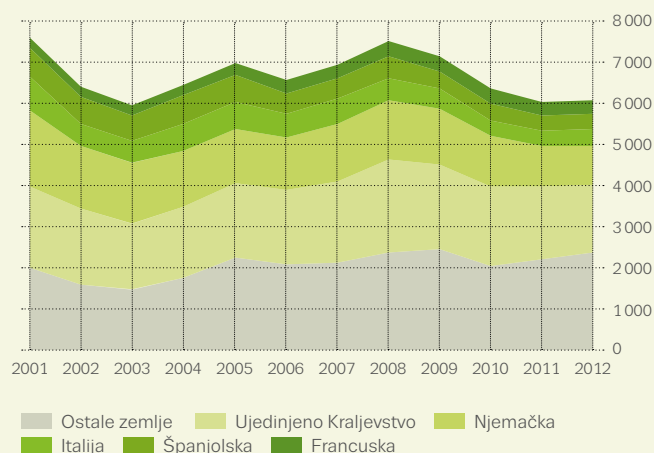
milijun stanovnika u dobi od 15 – 64 godine. Nacionalne stope smrtnosti znatno se razlikuju i na njih utječu čimbenici kao što su obrasci uporabe droga, osobito intravenska uporaba, karakteristike skupina korisnika droga i prakse izvješćivanja. Stope od više od 40 smrtnih slučajeva na milijun stanovnika zabilježene su u šest zemalja, pri čemu su najviše stope zabilježene u Norveškoj (76 na milijun stanovnika) i Estoniji (191 na milijun

SMRTNI SLUČAJEVI UZROKOVANI DROGOM

Karakteristike



Trendovi u smrtnim slučajevima uzrokovanim predoziranjem



stanovnika) (Slika 2.13). Broj smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranjem u Estoniji naglo se povećao i prikazuje utjecaj koji različiti obrasci uporabe droga mogu imati na nacionalne brojčane podatke – u Estoniji se smrtni slučajevi prouzročeni predoziranjem uglavnom povezuju s uporabom fentanila, što su visokopotentni sintetički opiodi.

U većini zemalja zabilježen je uzlazni trend u smrtnim slučajevima prouzročenim predoziranjem od 2003. do 2008./2009. kada su se ukupne razine prvo stabilizirale, a zatim počele opadati. Ukupno je u 2012. zabilježeno otprilike 6 100 smrtnih slučajeva prouzročenih predoziranjem. Taj je broj sličan broju zabilježenom u 2011. i padu sa 7 100 slučajeva u 2009. Unatoč tome situacija se razlikuje među pojedinim zemljama te neke i dalje bilježe porast.

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-a**2014.**

Injection of cathinones, Perspectives on drugs.

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

2013.

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

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

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.

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

2011.

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

2010.

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009.

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008.

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i ESPAD-a**2012.**

Sažetak Izvješća ESPAD-a za 2011.

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i ECDC-a**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 internetskoj adresi:
www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Ovo poglavlje donosi pregled
intervencija s ciljem sprečavanja,
tretiranja i smanjenja šteta
povezanih s uporabom droge**

Zdravstveni i društveni odgovori na problematiku zlouporabe droga

Ovo poglavlje donosi pregled intervencija s ciljem sprečavanja, liječenja i smanjenja šteta povezanih s uporabom droge. U poglavlju se razmatra jesu li zemlje usvojile zajedničke pristupe, u kojoj mjeri one posjeduju dokaze te odgovara li dostupnost usluga procijenjenim potrebama.

Praćenje zdravstvenih i društvenih odgovora

Ovo se poglavlje oslanja na godišnje nacionalne procjene koje pružaju EMCDDA-ove kontaktne točke. Te su procjene dopunjene podacima o zahtjevima za liječenje, zamjenskom liječenju ovisnosti o opioidima te nabavi igala i šprica. Stručne ocjene pružaju dodatne informacije o dostupnosti usluga kada bolje formalizirane skupine podataka nisu dostupne. Poglavlje je također potkrijepljeno pregledima dostupnih znanstvenih dokaza o učinkovitosti intervencija javnog zdravstva.

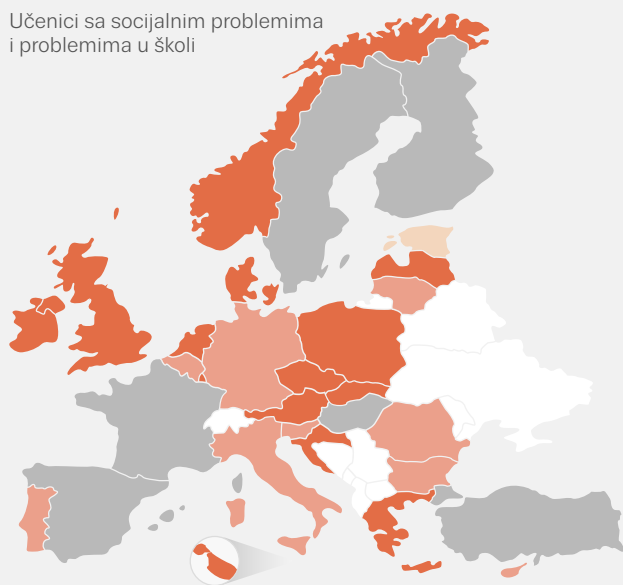
Dodatne informacije nalaze se na EMCDDA-ovoj internetskoj stranici pod *Profili zdravstvenih i socijalnih odgovora*, na mrežnom području *Europsko izvješće o drogama: podaci i statistički podaci* i na *Portal najboljih praksi*.

Prevenција zlouporabe droga za ranjive skupine mladih osoba

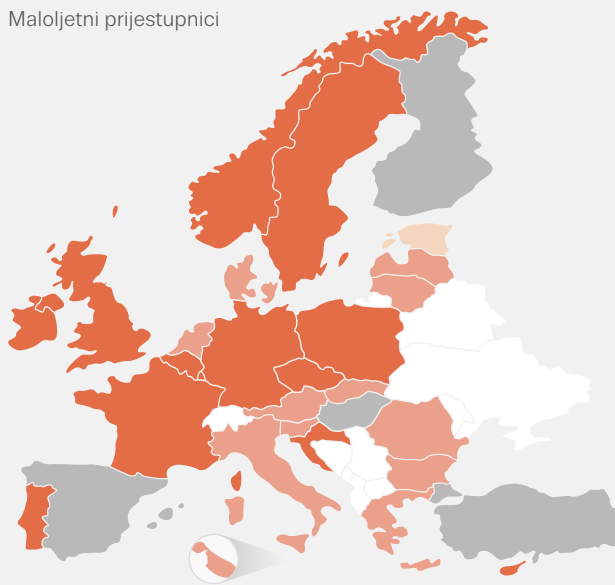
Za borbu protiv zlouporabe droga i problema povezanih s drogom upotrebljava se niz preventivnih strategija. Ekološki i univerzalni pristupi usmjereni su na cjelokupno stanovništvo, selektivna prevencija usmjerena je na ranjive skupine kojima prijeti veći rizik od razvoja problema povezanih s uporabom droge, dok se indicirana prevencija fokusira na rizične pojedince. Ovogodišnje izvješće usmjereno je na selektivnu prevenciju, pristup za koji postoji sve više dokaza o učinkovitosti za programe usmjerene na uspostavu normi, restrukturiranje okoliša, motivaciju, vještine i donošenje odluka. Međutim mnogi se programi i dalje temelje na pružanju informacija, podizanju

SLIKA 3.1

Dostupnost posebnih intervencija u području prevencije zlouporabe droga za odabrane ranjive skupine (stručne ocjene, 2012.)

Učenici sa socijalnim problemima
i problemima u školi

Maloljetni prijestupnici



■ U potpunosti/prošireno ■ Ograničeno/rijetko ■ Nedostupno ■ Nema podataka

svijesti i savjetovanju, pristupima u kojima su dokazi o učinkovitosti oskudni.

Dvije važne ciljane skupine za selektivnu prevenciju jesu učenici s problemima u školi i društvenim problemima te maloljetni prijestupnici (Slika 3.1). Procjene stručnjaka ukazuju na porast u cjelokupnom pružanju prevencije za obje skupine između 2007. i 2010. iako u 2013. nisu zabilježene nikakve daljnje promjene.

Za intervencije usmjerene na učenike dokazi ukazuju na to da strategije koje poboljšavaju školsko okruženje mogu dovesti do smanjenja uporabe tvari. Pristupi u ovom području obuhvaćaju osposobljavanje nastavnika i mjere za poboljšanje sudjelovanja učenika te promicanje pozitivnog školskog sustava vrijednosti. Cilj ostalih pristupa prevencije usmjerenih na učenike jest jačanje samokontrole i izgradnja društvenih sposobnosti, dok je cilj pristupa usmjerenih na obitelj poboljšanje roditeljskih vještina.

Što se tiče maloljetnih prijestupnika, većina zemalja bilježi uvođenje alternativnih mjera za kaznene sankcije. Program koji treba spomenuti u ovom području i koji je proveden u 15 država članica EU-a jest *FreD*, niz intervencija koje se temelje na priručniku. Procjene ovog programa pokazuju pad stopa recidivizma.

Smanjenje štete u objektima za noćni provod: potreba za integriranim pristupom

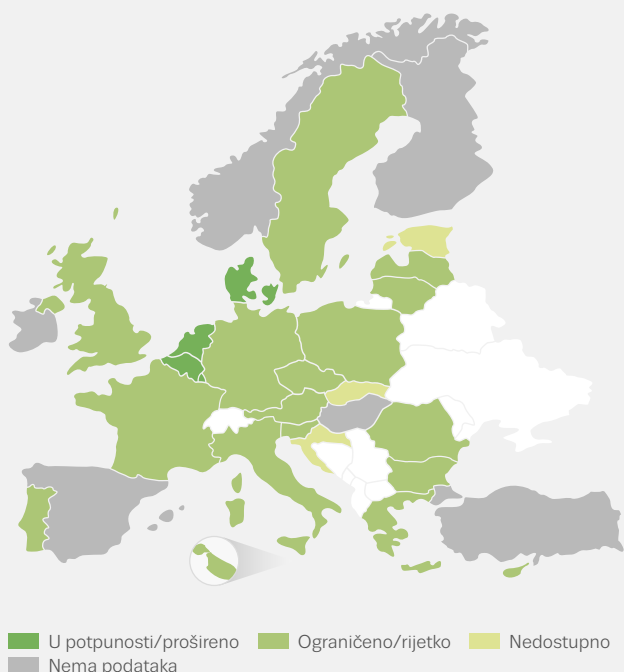
Veza između objekata za noćni provod i nekih obrazaca visokorizične uporabe droga i alkohola dobro je poznata. Unatoč tome samo ograničeni broj europskih zemalja bilježi provedbu preventivnih strategija u ovom području (Slika 3.2), a stručne ocjene ukazuju na ukupno smanjenje broja aktivnosti između 2010. i 2013.

Na razini Europe, norme koje su izradili *Club Health* i *Safer Nightlife* pružaju smjernice za provedbu programa prevencije u objektima za rekreaciju. U pogledu smanjenja štete, dobiveni su pozitivni rezultati od integriranih pristupa ekološke prevencije koji uključuju komponente poput odgovornog posluživanja, osposobljavanja osoblja zaposlenog u barovima i zaštitara te suradnje s tijelima za provedbu zakona.

Posebnu zabrinutost predstavlja rizik s kojim su suočene mlade osobe koje voze kući u povratku iz objekata za noćni provod nakon konzumacije alkohola i droga. Nedavni pregled pokazao je da ciljane medijske kampanje, zajedno s ponudom besplatnog noćnog prijevoza, mogu smanjiti broj prometnih nesreća prouzročenih vožnjom pod utjecajem alkohola. Međutim intervencije usmjerene na vožnju pod utjecajem droga nisu uobičajene.

SLIKA 3.2

Dostupnost intervencija u području prevencije zlouporabe droga u objektima za noćnu zabavu (stručne ocjene, 2012.)



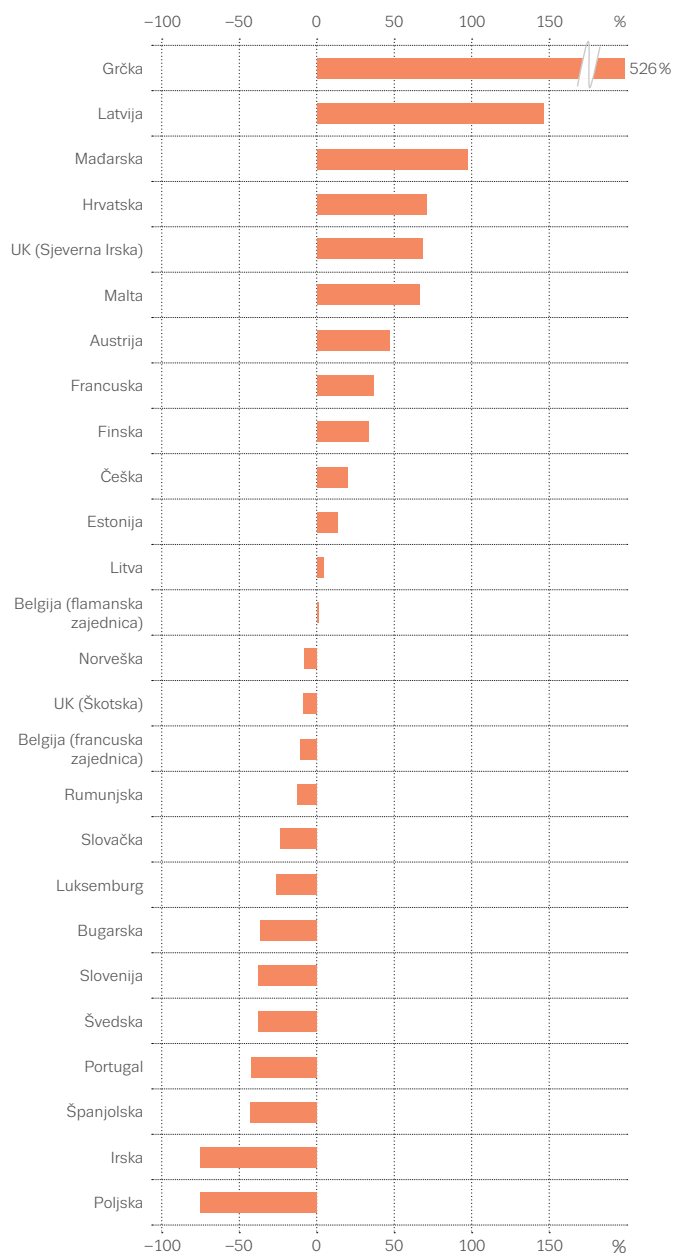
Sprečavanje širenja zaraznih bolesti

Korisnici droga, osobito intravenski korisnici, izloženi su riziku od dobivanja zaraznih bolesti u slučaju dijeljenja materijala za uporabu droga i nezaštićenog seksa. Sprečavanje prijenosa HIV-a, virusnog hepatitisa i drugih infekcija stoga predstavlja važan cilj europskih politika o drogama. Što se tiče intravenskih korisnika opioida, sada je već dokazano da zamjensko liječenje smanjuje zabilježeno rizično ponašanje, dok neke studije pokazuju da se učinak zaštite povećava u kombinaciji s programima koji se odnose na igle i šprice.

Broj šprica podijeljenih u sklopu specijaliziranih programa povećao se u Europi (26 zemalja) i tako zabilježio porast sa 42,9 milijuna šprica u 2007. na 46,0 milijuna u 2012. Na razini zemlje vidljiva je različita situacija, s otprilike polovicom zemalja koje bilježe porast u nabavi igala i šprica i polovicom koje bilježe smanjenje (Slika 3.3). Porasti se mogu objasniti širenjem nabave igala i šprica i ponekad se ostvaruju u odnosu na malu osnovnu vrijednost. Smanjenja se mogu objasniti smanjenjem dostupnosti usluga ili manjim brojem korisnika. Među 12 zemalja s nedavnim procjenama broja intravenskih korisnika prosječni broj podijeljenih šprica po intravenskom korisniku putem specijaliziranih programa u 2012. kretao se od nule na Cipru do više od 300 u Španjolskoj i Norveškoj (Slika 3.4).

SLIKA 3.3

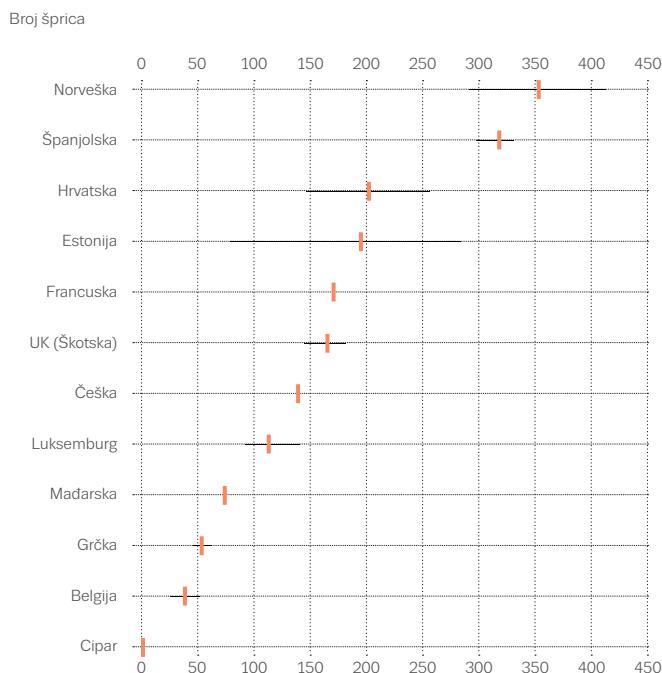
Promjene u broju šprica podijeljenih kroz specijalizirane programe između 2007. i 2012.



Korisnici droga, osobito intravenski korisnici, izloženi su riziku od dobivanja zaraznih bolesti u slučaju dijeljenja materijala za uporabu droga i nezaštićenog seksa

SLIKA 3.4

Broj šprica osiguranih kroz specijalizirane programe po intravenskom korisniku (procjena)



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

Epidemije novih infekcija HIV-om među intravenskim korisnicima nedavno su zabilježene u Grčkoj i Rumunjskoj, kako je navedeno u Poglavlju 2. To je potaknulo provođenje procjene rizika kako bi se utvrdilo jesu li ostale zemlje izložene novim epidemijama HIV-a. Pregled nekoliko najvažnijih pokazatelja mogućeg rizika nalazi se na Slici 3.5. Na temelju ove jednostavne analize za otprilike jednu trećinu zemalja može se smatrati da postoje neki čimbenici rizika, što ukazuje na potrebu za stalnim nadzorom i razmatranjem povećane pokrivenosti mjerama prevencije HIV-a.

Preventivne mjere usmjerene na prijenos hepatitisa C slične su onima usmjerenim na prijenos HIV-a. Na razini politike povećani broj zemalja donio je ili trenutačno priprema posebne strategije koje se odnose na hepatitis C. Inicijative usmjerene na testiranje i savjetovanje intravenskih korisnika o hepatitisu C i dalje su ograničene. Unatoč sve većem broju dokaza o učinkovitosti antivirusnog liječenja hepatitisa C za zaražene intravenske korisnike, razine pružanja tog liječenja i dalje su niske.

SLIKA 3.5

Sažeti pokazatelji za mogući povećani rizik od infekcije HIV-om među intravenskim korisnicima

	Belgija	Bugarska	Češka	Danska	Njemačka	Estonija	Irska	Grčka	Španjolska	Francuska	Hrvatska	Italija	Cipar	Latvija	Litva	Luksemburg	Mađarska	Malta	Nizozemska	Austrija	Poljska	Portugal	Rumunjska	Slovenija	Slovačka	Švedska	Finska	UK	Turska	Norveška
Pojavnost i trendovi u pogledu HIV-a																														
Pojavnost i trendovi kod intravenskih korisnika (rizik od prijenosa)																														
Pokrivenost u pogledu dostupnosti zamjenskog liječenja – manje od 30 %																														
Pokrivenost u pogledu dostupnosti igala i šprica – manje od 100 šprica po intravenskom korisniku																														

■ Nije prepoznat nijedan od sljedećih čimbenika rizika: porast zabilježenih slučajeva HIV-a ili porast pojavnosti HIV-a ili HCV-a, povećanje rizika od prijenosa, slaba pokrivenost u pogledu dostupnosti intervencija.

■ Čimbenici rizika koji bi mogli biti prisutni: porast pojavnosti HIV-a ili HCV-a ili povećanje rizika od njihova prijenosa na podnacionalnoj razini, dosljedan no beznačajan porast na nacionalnoj razini.

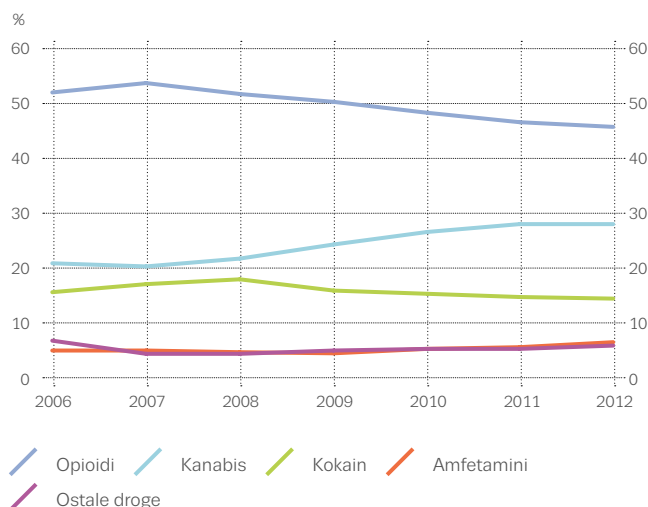
■ Prisutni čimbenici rizika: značajan porast zabilježenih slučajeva dijagnosticiranog HIV-a ili pojavnosti HIV-a ili HCV-a, povećanje rizika od prijenosa, slaba pokrivenost u pogledu dostupnosti intervencija.

■ Informacije nisu dostupne ECDC-u ili EMCDDA-u.

Prilagođeno iz *Eurosurveillance* 2013;18(48):pii=20648.

SLIKA 3.6

Postotak osoba koje pristupaju uslugama specijaliziranog liječenja ovisnosti o drogama prema primarnoj drogi



Prevenција predoziranja i smrtnih slučajeva povezanih s drogom

Smanjenje smrtonosnog predoziranja i drugih smrtnih slučajeva povezanih s uporabom droga i dalje je glavni izazov za politiku javnog zdravlja u Europi. Ciljane reakcije u ovom području usmjerene su na prevenciju pojave predoziranja ili na povećanje vjerojatnosti preživljavanja predoziranja. Liječenje ovisnosti o drogama, osobito zamjensko liječenje ovisnosti o opioidima, sprečava predoziranja i smanjuje rizik od smrti korisnika droga. Osposobljavanje o reagiranju na predoziranje dijeljenjem opioidnog antagonista naloksona može spasiti živote u slučaju predoziranja. Jedna vrsta intervencije čiji je cilj smanjiti pojavu predoziranja i povećati šansu za preživljavanje predoziranja jest uporaba ustanova za nadzor uporabe droga. Takve ustanove, kojih je ukupno 73, trenutačno postoje u šest država članica EU-a i Norveškoj. U protekle tri godine u Nizozemskoj je zatvoren određeni broj ustanova zbog smanjene potražnje, dok su četiri nove ustanove otvorene u Danskoj i jedna u Grčkoj.

Više od milijun Europljana u sustavu liječenja ovisnosti o drogama

Procjenjuje se da je najmanje 1,3 milijuna ljudi bilo u sustavu liječenja od uporabe nezakonitih droga u Europi tijekom 2012. Korisnici opioida predstavljaju najveću skupinu u sustavu liječenja, dok podaci o pristupima liječenju (Slika 3.6) ukazuju na to da korisnici kanabisa i kokaina čine drugu i treću najveću skupinu iako postoje vidljive razlike među zemljama.

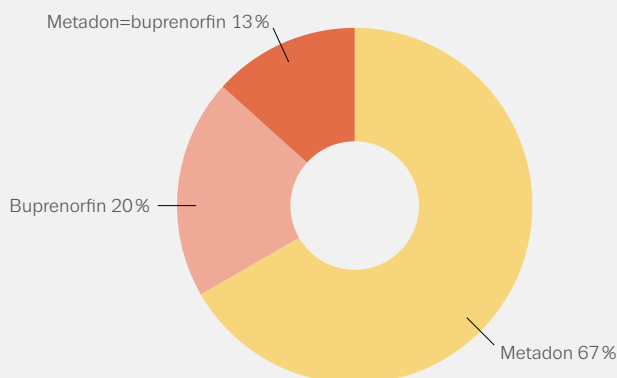
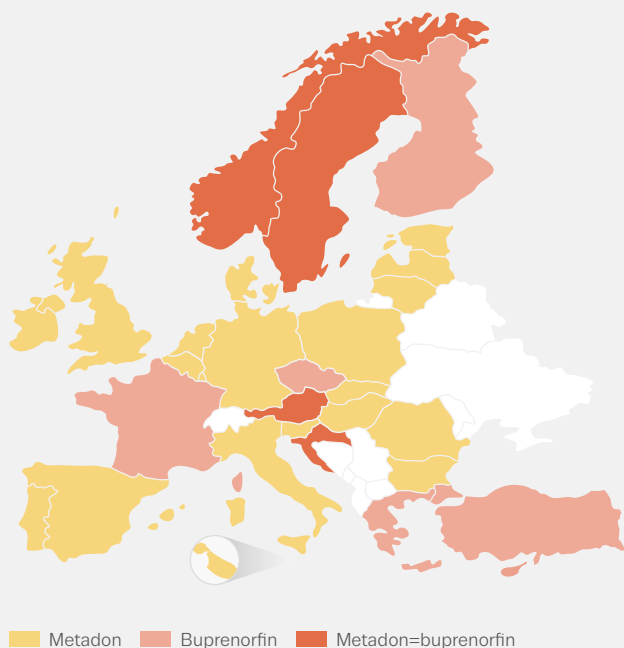
Većina liječenja provodi se u izvanbolničkom okruženju kao što su specijalizirani centri, centri za opću zdravstvenu skrb, uključujući ordinacije liječnika opće prakse i ustanove niskog praga. Znatna udio liječenja ovisnosti o drogama također se provodi u stambenim objektima poput specijaliziranih centara za liječenje u stambenim zajednicama, terapijskih zajednica i stambenih zajednica u sustavu bolnica (npr. psihijatrijske bolnice). Novi i inovativni pristup liječenju jest pružanje usluga putem interneta što osobama koje traže pomoć u vezi s problemom povezanim s drogama omogućuje pristup programima liječenja iz vlastitog doma.

Zamjensko liječenje, koje se obično kombinira sa psihosocijalnim intervencijama, najčešći je oblik liječenja ovisnosti o opioidima u Europi. Dostupni dokazi podupiru ovaj kombinirani pristup usmjeren na zadržavanje pacijenata na liječenju, kao i na smanjenje nezakonite uporabe opioida, opasnosti povezanih s drogama i smrtnosti. Psihosocijalne intervencije predstavljaju glavni način liječenja ovisnika o stimulansima, a studije pokazuju da kognitivno-bihevioralna terapija i sustav promjene ponašanja primjenom nagrade i kazne (eng. contingency management) ostvaruju pozitivne rezultate. Sve veći broj zemalja sada nudi specijalizirana liječenja ovisnosti o kanabisu, a dostupni dokazi podupiru uporabu kombinacije kognitivno-bihevioralne terapije, motivacijskog intervjuiranja i pristupa sustava promjene ponašanja primjenom nagrade i kazne. Neki dokazi podupiru uporabu višedimenzionalne obiteljske terapije za mlade korisnike kanabisa.

Smanjenje smrtonosnog predoziranja i drugih smrtnih slučajeva povezanih s uporabom droga i dalje je glavni izazov za politiku javnog zdravlja u Europi

SLIKA 3.7

Prevladavajući lijek u zamjenskom liječenju ovisnosti od opioda na nacionalnoj razini (lijevo) i omjer korisnika zamjenskog liječenja u Europi (desno)



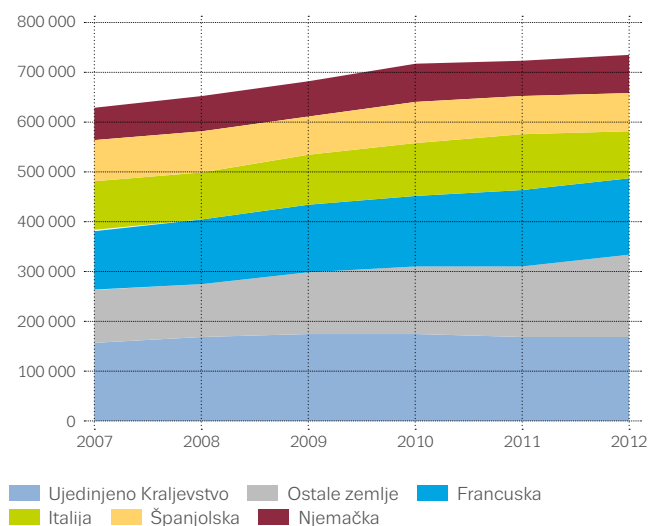
Zamjensko liječenje: glavni način izvanbolničkog liječenja

Metadon je zamjenski lijek koji se najčešće propisuje i uzima ga do dvije trećine korisnika zamjenskog liječenja, dok se buprenorfin propisuje većini preostalih korisnika (otprilike 20 %) i glavni je zamjenski lijek u šest zemalja (Slika 3.7). Otprilike 6 % svih zamjenskih liječenja u Europi oslanja se na recepte za druge tvari, kao što su sporo otpuštajući morfin ili diacetilmorfin (heroin).

Procjenjuje se da je 734 000 korisnika opioda primilo zamjensku terapiju u Europi tijekom 2012. Ovaj je broj relativno stabilan u usporedbi s 2011. (726 000), ali je veći od procijenjene vrijednosti za 2007. koja iznosi 630 000 (Slika 3.8). U 2012. godini u pet je zemalja zabilježen porast broja korisnika od više od 25 % u usporedbi s prošlogodišnjom procijenjenom vrijednosti. Najveći postotni porast zabilježen je u Turskoj (250 %) te Grčkoj (45 %) i Latviji (28 %). Međutim postotni porasti u ovim trima zemljama dogodili su se u kontekstu relativno niskih osnovnih vrijednosti. Za razliku od toga u Rumunjskoj je u istom razdoblju zabilježeno najveće smanjenje procijenjenog broja korisnika (-30 %).

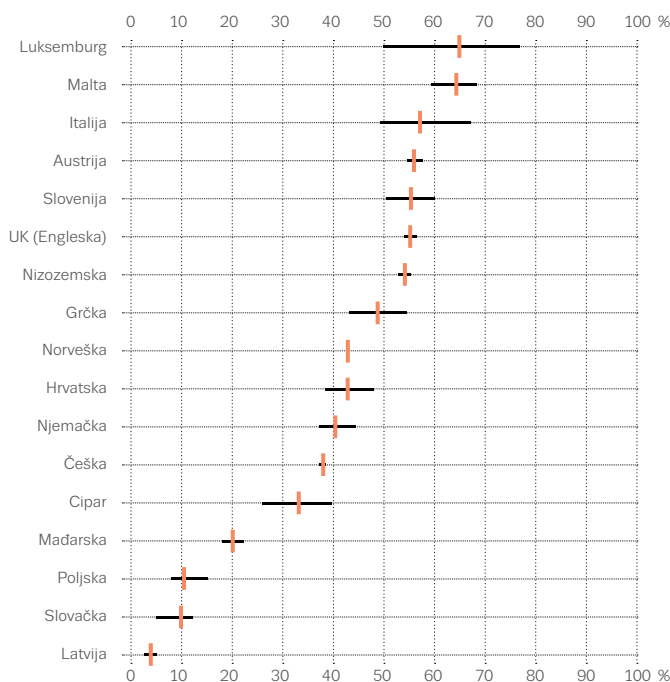
SLIKA 3.8

Trendovi u broju korisnika zamjenskog liječenja ovisnosti o opiodima



SLIKA 3.9

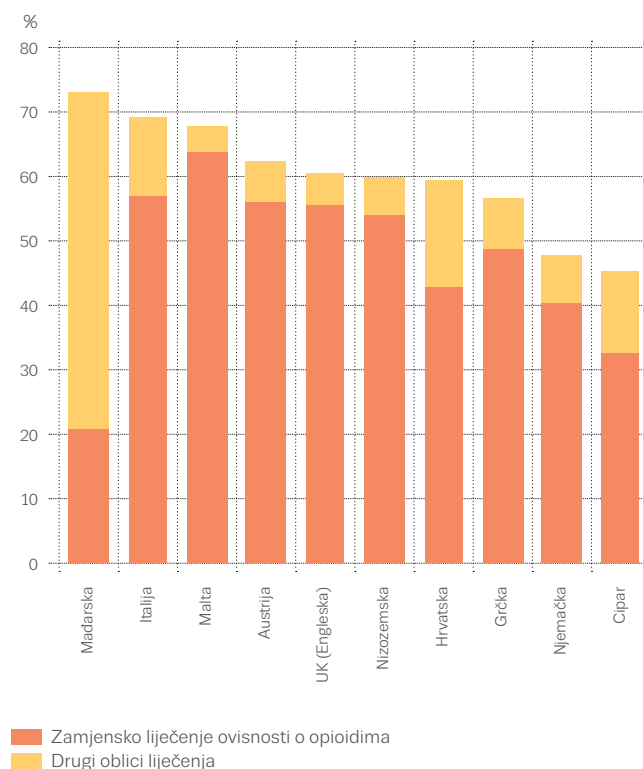
Postotak problematičnih korisnika opioda na zamjenskom liječenju (procjena)



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

SLIKA 3.10

Postotak problematičnih korisnika opioda na liječenju od ovisnosti o drogama (procjena)



Pokrivenost liječenja: više od polovice korisnika opioda nalazi se u sustavu zamjenskog liječenja

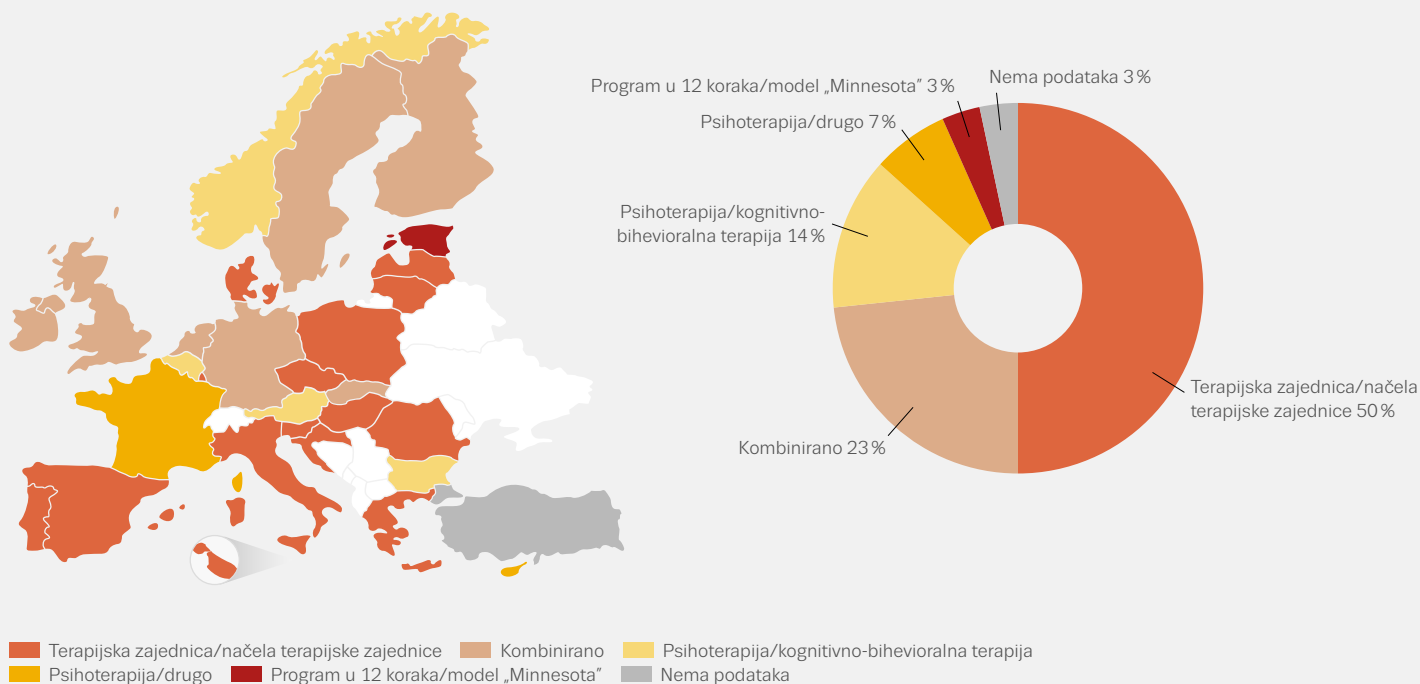
Pokrivenost zamjenskog liječenja ovisnosti o opiodima – udio osoba kojima je potrebna intervencija – procjenjuje se na više od 50 % europskih problematičnih korisnika opioda. Ovoj se procjeni treba oprezno pristupiti zbog metodoloških razloga, ali u mnogim zemljama većina korisnika opioda jest, ili je bila, u doticaju s uslugama liječenja. Međutim na nacionalnoj razini i dalje postoje velike razlike u stopama pokrivenosti, pri čemu su najmanje procijenjene stope (otprilike 10 % ili manje) zabilježene u Latviji, Slovačkoj i Poljskoj (Slika 3.9).

Liječenje bez zamjenskih lijekova pruža se korisnicima opioda u svim europskim zemljama. U deset zemalja koje podnose dovoljan broj podataka pokrivenost pristupa liječenju koji ne obuhvaćaju zamjenske lijekove općenito se kreće u rasponu od 3 % do 17 % svih problematičnih korisnika opioda, dok je u Mađarskoj veća od 50 % (Slika 3.10).



SLIKA 3.11

Prevladavajući terapijski pristup u programima liječenja u stambenim zajednicama, ukupni broj, na nacionalnoj razini (lijevo) i europskoj razini (desno) u 2011.



Liječenje u stambenim zajednicama: prevladavaju pristupi terapijske zajednice

U većini europskih zemalja programi liječenja u stambenim zajednicama važan su dio mogućnosti liječenja i rehabilitacije za korisnike droga. Nedavna EMCDDA-ova studija utvrdila je 2 500 centara za liječenje u stambenim zajednicama u Europi, od čega se više od dvije trećine objekata nalazi u sljedećih šest zemalja: Njemačkoj, Španjolskoj, Irskoj, Italiji, Švedskoj i Ujedinjenoj Kraljevini. Stambeni objekti u okviru zajednice čine najveću skupinu (2 330), od čega 17 zemalja navodi da su svi stambeni objekti ove vrste. Osim toga diljem Europe utvrđeno je i 170 programa liječenja u stambenim zajednicama u sustavu bolnica.

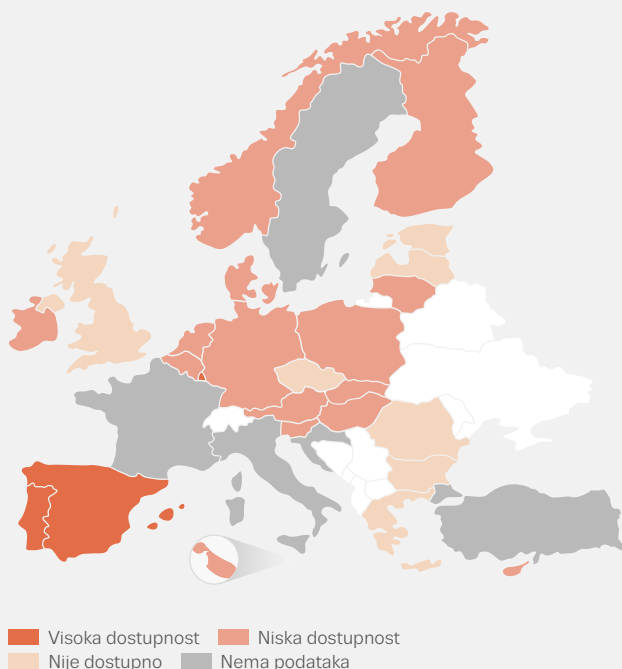
Većina programa stambenih zajednica usmjerena je na zdravlje, osobno i društveno funkcioniranje te poboljšanu kvalitetu života. Programe stambenih zajednica karakteriziraju četiri glavna terapijska pristupa: program u 12 koraka/model „Minnesota“, pristup terapijske zajednice, psihoterapija uporabom kognitivno-bihevioralne terapije i psihoterapija uporabom drugih modela skrbi. Od navedenih, „model terapijske zajednice“ prevladava u 15 zemalja (Slika 3.11).

Dokazi o učinkovitosti terapijskih zajednica bez droge neuvjerljivi su, djelomično zbog metodologijskih poteškoća u provođenju istraživanja o ishodu liječenja u ovom području. Većina istraživanja o ovoj temi u Europi ograničena je na studije promatranja pa su zaključci stoga neizbježno orijentacijski. Međutim ove studije općenito bilježe pozitivne ishode liječenja, povezane s duljim zadržavanjem na liječenju i njegovim završavanjem. Gotovo sve studije promatranja bilježe da korisnici terapijskih zajednica pokazuju smanjenu uporabu droga i uhićenja, kao i poboljšanja mjera usmjerenih na kvalitetu života.

Iako su, povijesno gledano, programi liječenja u stambenim zajednicama bili isključivo bez droge, trenutačni podaci ukazuju na to da se povećava davanje zamjenskih lijekova kao sastavni dio programa liječenja u stambenim zajednicama za korisnike opioda. Određena razina integracije zamjenskih opioda u liječenju ovisnosti u stambenim zajednicama zabilježena je u 18 od 25 zemlje izvješćivanja (Slika 3.12).

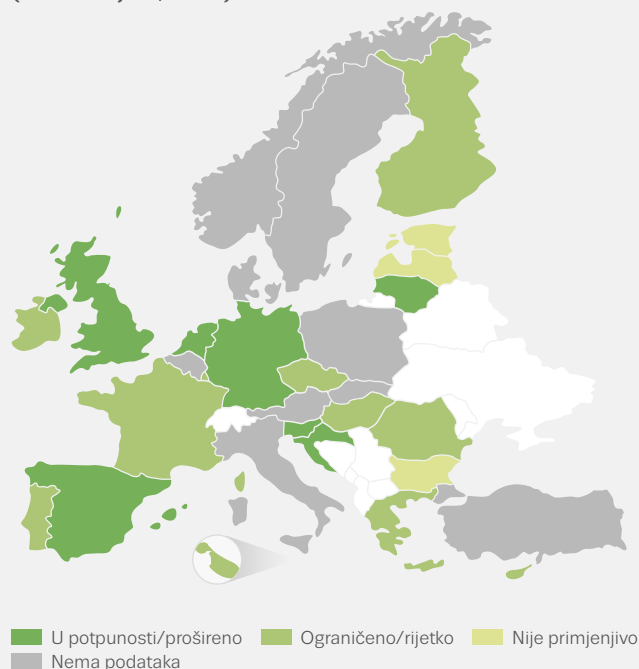
SLIKA 3.12

Dostupnost zamjene za opioid u programima liječenja u stambenim zajednicama u 2011.



SLIKA 3.13

Dostupnost intervencija u pogledu posredničkog tržišta rada za osobe u sustavu liječenja ovisnosti o drogama (stručne ocjene, 2011.)



Socijalna reintegracija: usmjerenost na zapošljavanje

Usluge socijalne reintegracije potpora su u liječenju i sprečavaju recidiv rješavanjem ključnih problema povezanih sa socijalnom isključenosti korisnika droga. U 2012. otprilike polovica korisnika koji su pristupili specijaliziranom programu liječenja ovisnosti o drogama u Europi bila je nezaposlena (47 %), a gotovo jedan od deset korisnika nije imao stalni smještaj (9 %). Kod ove skupine čest je slučaj bila niska razina obrazovanja. Iako se socijalna reintegracija korisnika droga spominje kao ključni cilj nacionalnih strategija o drogama, pružanje ovih intervencija znatno se razlikuje među zemljama.

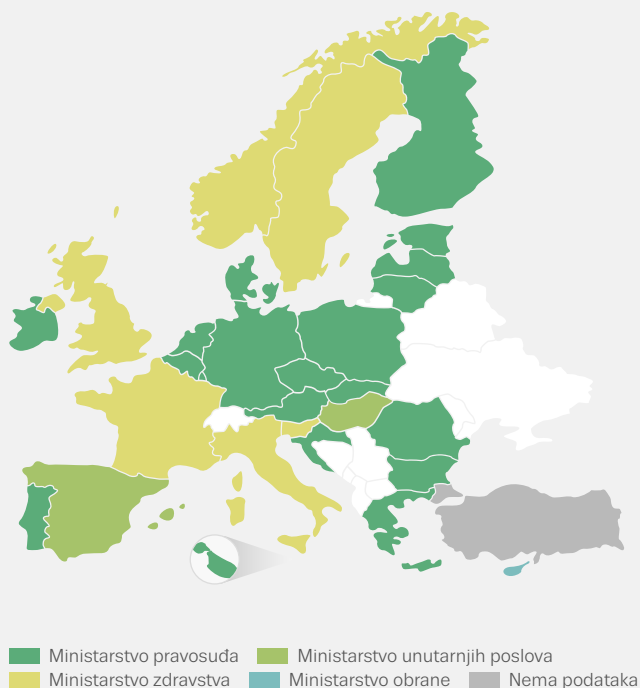
Povećanje zapošljavanja osoba u programu liječenja ovisnosti o drogama može pomoći u njihovoj reintegraciji u društvo. Za pojedince zapošljavanje ovisi o znanju, vještinama i stavovima koje posjeduju, načinu na koji ih upotrebljavaju i kontekstu u kojem traže posao. Jedan način na koji se to može postići jest putem sustava potpore usmjerenog na pojedince u nepovoljnom položaju čiji je cilj premostiti jaz između dugotrajne nezaposlenosti i tržišta rada. Ovaj se sustav često naziva posredničkim tržištem rada. Osobama u programu liječenja moguće je ponuditi ugovore na određeno vrijeme zajedno s osposobljavanjem, radnim iskustvom, osobnim razvojem i aktivnostima traženja posla. Projekti socijalnih poduzeća vrsta su inicijative koja se obično razmatra u okviru ovog naslova.

Ova poduzeća proizvode društveno korisne proizvode ili usluge i zapošljavaju skupine koje su zapostavljene na tržištu rada. Iako su ove intervencije dostupne u većini država članica (vidi Sliku 3.13), pristup osobama u programu liječenja ovisnosti o drogama ograničen je i mogu ga otežati visoke stope nezaposlenosti među općim stanovništvom.

Usluge socijalne reintegracije potpora su u liječenju i sprečavaju recidiv rješavanjem problema vezanih uz socijalnu isključenost korisnika droga

SLIKA 3.14

Ministarska odgovornost za pružanje zdravstvenih usluga u zatvoru



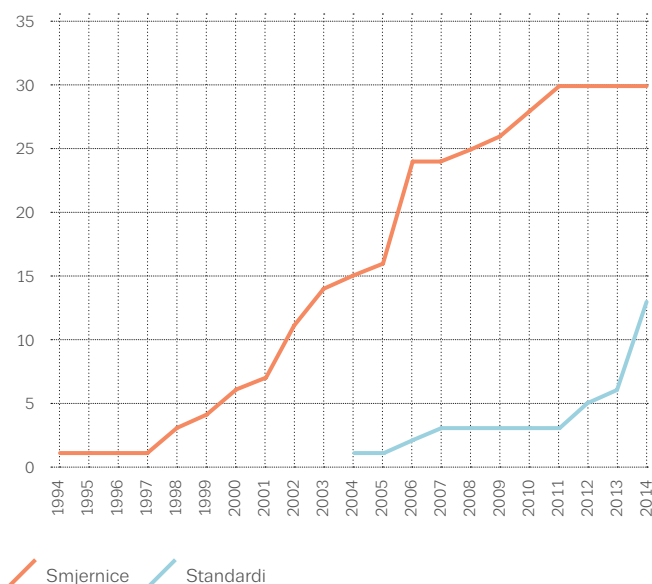
Zdravlje zatvorenika i dalje je većinom u nadležnosti Ministarstva pravosuđa i Ministarstva unutarnjih poslova

Među zatvorenicima bilježe se više ukupne stope uporabe droga nego među općim stanovništvom te štetniji obrasci uporabe, što pokazuju nedavne studije koje navode da je između 5 % i 31 % zatvorenika u nekom trenutku intravenski upotrijebilo drogu. Prilikom prijema u zatvor, većina korisnika smanji ili prestane uzimati drogu. Međutim nezakonite droge pronađu put do mnogih zatvora, a neki zatvorenici nastave ili počnu upotrebljavati droge tijekom služenja zatvorske kazne.

Većina zemalja uspostavila je međuagencijska partnerstva između zatvorskih zdravstvenih službi i službi u zajednici. Takva partnerstva pružaju zdravstveno obrazovanje i medicinske intervencije u zatvoru i osiguravaju kontinuitet skrbi nakon ulaska u zatvor i otpuštanja iz zatvora. Općenito, zatvorske zdravstvene službe i dalje su u nadležnosti ministarstva pravosuđa ili ministarstva unutarnjih poslova. Međutim u nekim zemljama ministarstvo zdravlja nadležno je za pružanje zdravstvenih usluga u zatvoru (Slika 3.14) što olakšava bolju povezanost s općim pružanjem zdravstvenih usluga u zajednici.

SLIKA 3.15

Kumulativni broj zemalja koje su izdale smjernice i standarde kvalitete za zdravstvene i socijalne intervencije u području droga prema godini izdanja



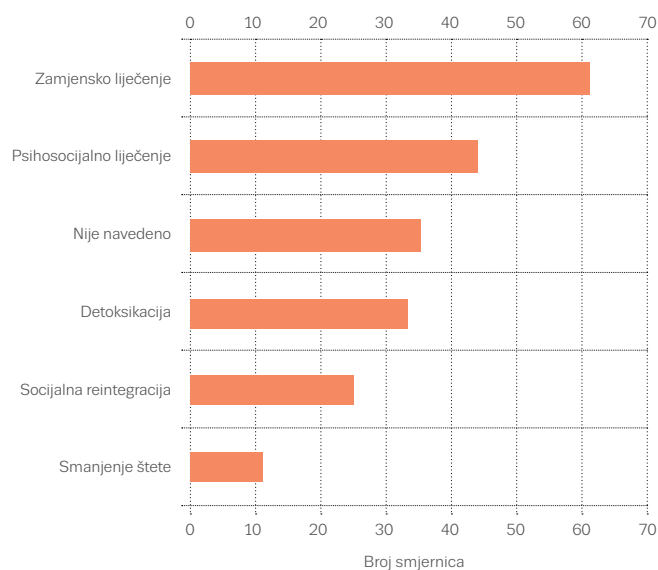
Zamjensko liječenje ovisnosti o opioidima trenutačno se pruža u zatvorima u 26 od 30 zemalja pod nadzorom EMCDDA-a, iako njegovo uvođenje općenito kasni u odnosu na pružanje te vrste liječenja u zajednici. Također mogu postojati ograničenja. Na primjer, u četirima zemljama zamjensko liječenje u zatvoru ograničeno je na osobe kojima je ono bilo propisano prije ulaska u zatvor.

Odgovori potkrijepljeni dokazima: uporaba smjernica i standarda

Smjernice i standardi kvalitete, koji služe pretvaranju dokaza u zadovoljavajuće i održive rezultate, sve su veća potpora u kontekstu europskih zdravstvenih i društvenih odgovora na probleme u području droga. Općenito, postupak je moguće pratiti s obzirom na to da smjernice nekoliko godina prethode uvođenju standarda kvalitete (Slika 3.15).

SLIKA 3.16

Nacionalne smjernice u vezi s drogama za zdravstvene i socijalne intervencije u području droga zabilježene u Europi do 2013.



Smjernice i standardi kvalitete sve su veća potpora u kontekstu europskih zdravstvenih i društvenih odgovora na probleme u području droga

Smjernice su tvrdnje koje obuhvaćaju preporuke namijenjene optimizaciji skrbi za korisnike. Obično se temelje na sustavnom pregledu dokaza i procjeni koristi i šteta koje donose mogućnosti alternativne skrbi. Svrha smjernica jest pružiti pomoć korisnicima, njegovateljima i pružateljima usluga u donošenju odluka o odabiru odgovarajućih intervencija. U posljednjih 20 godina objavljeno je više od 150 skupova smjernica koje se odnose na droge, a smjernice su od 2011. dostupne u svim državama članicama. Smjernice obuhvaćaju cijeli raspon zdravstvenih i socijalnih intervencija u području droga iako se veći broj odnosi na zdravstvene intervencije kao što je zamjensko liječenje i detoksifikacija nego na smanjenje šteta i socijalnu reintegraciju (Slika 3.16).

Standardi kvalitete jesu načela i skupovi pravila temeljeni na dokazima koji pomažu u provedbi intervencija preporučenih u smjernicama. Mogu se odnositi na pitanja sadržaja, postupke ili strukturne aspekte osiguranja kvalitete, kao što su radno okruženje i sastav osoblja. U području prevencije zlouporabe droga dostupan je skup standarda kvalitete na razini Europe koji podupire razvoj programa. Ovi standardi ističu čimbenike poput osiguravanja važnosti aktivnosti ciljanim skupinama, pridržavanja prihvaćenih etičkih načela te integracije i promicanja baze znanstvenih dokaza.

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-a

2014.

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on drugs.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on drugs.

2013.

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on drugs.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on drugs.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on drugs.

2012.

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuals.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

2011.

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

2010.

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

2009.

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Thematic papers.

2008.

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part III Prevention and treatment, Monographs.

Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues.

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i ECDC-a

2011.

Smjernice ECDC-a i EMCDDA-a Prevencija i nadzor zaraznih bolesti među intravenskim korisnicima droga.

Sve publikacije dostupne su na internetskoj adresi:
www.emcdda.europa.eu/publications

4

**Međunarodni okvir za nadzor
proizvodnje, trgovine i
posjedovanja više od 240
psihoaktivnih tvari utvrđen je u
trima Konvencijama Ujedinjenih
naroda**

Politika o drogama

Zakonodavstvo EU-a o drogama, uz višegodišnje strategije i akcijske planove, pruža okvir za koordinirano djelovanje na europskoj razini. Na nacionalnoj razini odgovornost je vlada i parlamenata da donesu pravne, strateške, organizacijske i proračunske okvire potrebne za rješavanje problema povezanih s drogama.

Praćenje politika o drogama

Ključne dimenzije politike o drogama koje se mogu pratiti na europskoj razini uključuju: zakone od drogama, kaznena djela povezana s drogama, nacionalne strategije i akcijske planove o drogama, koordinaciju politika i mehanizme procjene te proračune i javne rashode povezane s drogama. Podaci se prikupljaju putem dviju mreža EMCDDA-a: putem nacionalnih kontaktnih točaka te putem dopisnika za područje prava i politika. Podaci i metodološke napomene o kaznenim djelima vezanim uz droge mogu se pronaći na mrežnom području *Europsko izvješće o drogama: podaci i statistički podaci*, a na internetu su dostupne i sveobuhvatne informacije o *europskoj politici i zakonodavstvu o drogama*.

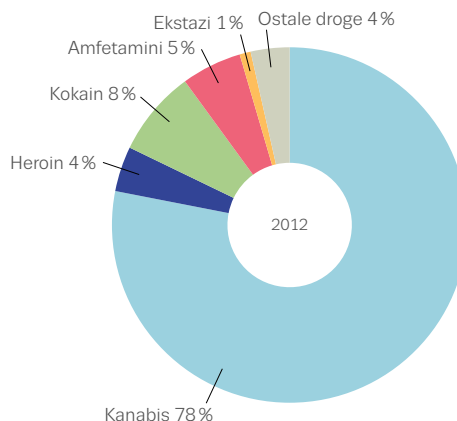
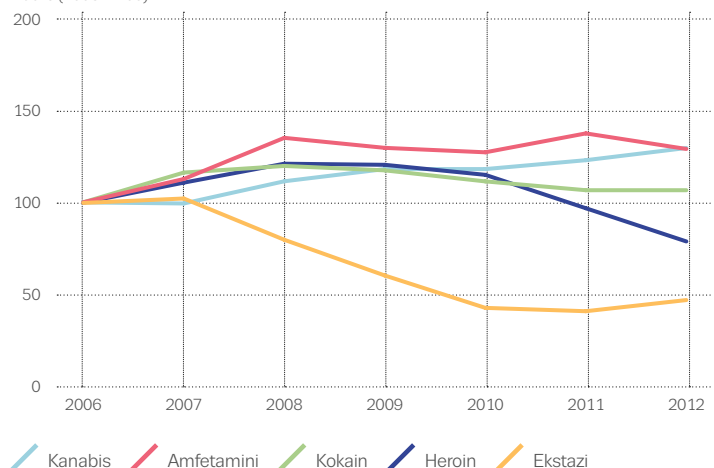
Zakoni o drogama: zajednički okvir

Međunarodni okvir za nadzor proizvodnje, trgovine i posjedovanja više od 240 psihoaktivnih tvari utvrđen je u trima Konvencijama Ujedinjenih naroda. Te Konvencije obvezuju svaku zemlju da neovlaštenu opskrbu tretira kao kazneno djelo. Isto se primjenjuje na posjedovanje droge za osobnu uporabu, ali u skladu s „ustavnim načelima i osnovnim konceptima pravnog sustava” određene zemlje. Ova se klauzula ne tumači jednako, što se ogleda u različitim pravnim pristupima u europskim zemljama i drugdje.

SLIKA 4.1

Prijavljena kaznena djela povezana s uporabom droga ili posjedovanjem za uporabu u Europi i trendovi i raščlamba prema drogama

Indeks (2006 = 100)



Posjedovanje za uporabu: ukidanje zatvorskih kazni

Posjedovanje droge za osobnu uporabu, a ponekad i uporaba droga, kazneno je djelo u većini europskih zemalja, a može biti kažnjivo kaznom pritvora. Međutim, u mnogim europskim zemljama zatvorska kazna nije uobičajena, a od 2000. godine diljem Europe javio se opći trend smanjenja mogućnosti zatvorske kazne za kaznena djela povezana s osobnom uporabom. Neke su zemlje u potpunosti otklonile mogućnost zatvorske kazne u tom pogledu, a neke su otišle i korak dalje kažnjavanjem kaznenih djela povezanih s osobnom uporabom samo nekaznenim sankcijama, uglavnom novčanom globom.

U većini europskih zemalja većina izvješća o kaznenim djelima vezanim uz droge odnosi se na uporabu droga ili

posjedovanje za uporabu. Procijenjeno je da je u Europi, u cjelini, zabilježeno više od jedan milijun takvih kaznenih djela 2012. godine, što je povećanje od 17 % u odnosu na 2006. godinu. Više od tri četvrtine zabilježenih kaznenih djela povezanih s drogama uključuje kanabis (Slika 4.1).

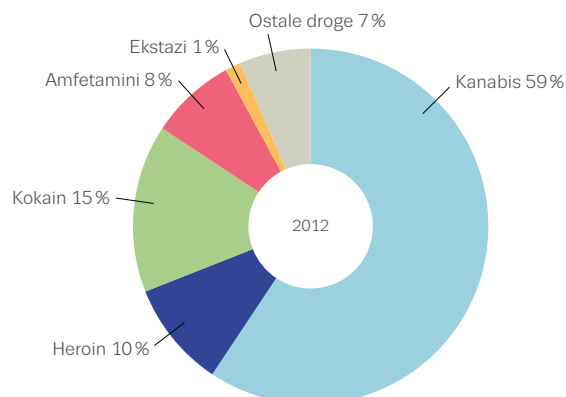
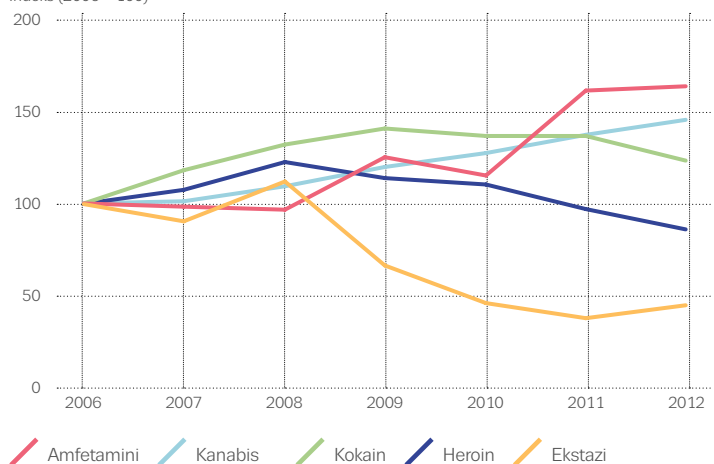
Ponuda droga: velike razlike u kaznama

Opskrba nezakonitim drogama tretira se kao kazneno djelo u cijeloj Europi, međutim moguće se kazne značajno razlikuju od zemlje do zemlje. U nekim se zemljama za kaznena djela opskrbe drogom može izreći širok raspon kazni (do doživotnog zatvora). Ostale zemlje razlikuju veća i manja kaznena djela opskrbe drogom na osnovi čimbenika

SLIKA 4.2

Prijavljena kaznena djela povezana s opskrbom drogom u Europi i trendovi i raščlamba prema drogama

Indeks (2006 = 100)



kao što je količina ili vrsta pronađene droge, s odgovarajućim najvećim i najmanjim kaznama.

Broj prijava za kaznena djela opskrbe drogom ukupno se povećao za 28 % od 2006. godine, pri čemu je zabilježeno više od 230 000 slučajeva takvih kaznenih djela u 2012. godini. Kao i u slučaju kaznenih djela povezanih s posjedovanjem droga, većina slučajeva odnosi se na kanabis. Međutim, kokain, heroin i amfetamini imaju veći udio u kaznenim djelima opskrbe drogom nego u kaznenim djelima povezanim s posjedovanjem droga. Silazni trendovi u pogledu kaznenih djela opskrbe kokainom i heroinom nastavili su se (Slika 4.2).

Nove psihoaktivne tvari: sustavi kontrole u razvoju

Brzina kojom su tvari koje su bile kontrolirane u skorije vrijeme zamijenjene novim tvarima i raznolikost dostupnih proizvoda predstavljaju ozbiljan izazov za europske zakonodavce.

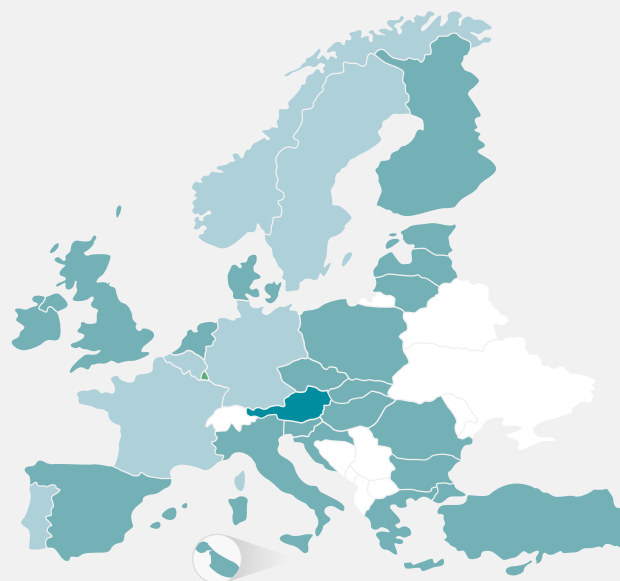
Na nacionalnoj razini ti su izazovi potaknuli razne inovativne pravne odgovore u europskim zemljama. Općenito govoreći, prepoznatljive su tri vrste takvih odgovora. Prvo, zemlje mogu koristiti postojeće zakone koji obuhvaćaju područja koja nisu povezana s kontroliranim drogama kao što je zakonodavstvo o sigurnosti potrošača ili zakonodavstvo o nadzoru lijekova. U Poljskoj je, primjerice, zatvoreno više od 1 000 prodajnih mjesta tijekom jednog vikenda 2010. godine na osnovi ovlasti u području zaštite zdravlja. Drugo, zemlje mogu proširiti ili prilagoditi postojeće zakone ili postupke u pogledu droga. U Ujedinjenoj Kraljevini, primjerice, 2011. godine uvedeni su „nalazi o privremeno klasificiranim drogama” radi nadzora opskrbe prilikom ispitivanja rizika za zdravlje. Treće, zemlje mogu donijeti nove zakone. Portugal i Slovačka, primjerice, 2013. godine uveli su posebne zakone s ciljem zaustavljanja neovlaštene prodaje određenih novih tvari.

Ovo područje prava koje iziskuje stalne izmjene nastavlja se razvijati. Poljska i Rumunjska nedavno su ojačale postojeće zakone uvođenjem posebno uobličenog novog zakonodavstva tako da se sada usporedo koriste stari i novi zakoni. Cipar je 2012. godine preoblikovao svoje opće definicije kako bi obuhvatio tvari koje nisu bile obuhvaćene dosadašnjim definicijama, dok je Nizozemska iste godine odbila opće definicije na osnovi tumačenja da nisu dovoljno valjane.

Među tim različitim odgovorima postoji širok raspon različitih kriterija za pokretanje zakonodavnog odgovora i kazni za neusklađenost. Unatoč tome, kod zemalja

SLIKA 4.3

Nacionalne strategije i akcijski planovi o drogama: dostupnost i područje primjene



- Strategija koja uključuje zakonite i nezakonite droge
- Strategija o nezakonitim drogama
- Ne postoji nacionalna strategija o drogama

Napomena: Ujedinjeno Kraljevstvo ima strategiju o nezakonitim drogama, a Wales i Sjeverna Irska imaju kombinirane strategije koje uključuju i alkohol.

prevladava trend usredotočivanja na kažnjavanje opskrbe tim tvarima, a ne njihova posjedovanja.

Nacionalne strategije o drogama

Za nacionalne vlade u Europi već je uobičajena praksa da donose strategije i akcijske planove o drogama. Ti vremenski ograničeni dokumenti sadrže niz općih načela, ciljeva i prioriteta te navode mjere i strane nadležne za njihovu provedbu. Trenutačno sve zemlje imaju dokument koji predstavlja nacionalnu strategiju ili akcijski plan o drogama, osim Austrije koja ima planove na razini pokrajina. Sedam zemalja donijelo je nacionalne strategije i akcijske planove koji obuhvaćaju i zakonite i nezakonite

Za nacionalne vlade u Europi već je uobičajena praksa da donose strategije i akcijske planove o drogama

droge (Slika 4.3). Mnoge zemlje u današnje vrijeme sustavno procjenjuju svoje nacionalne strategije i akcijske planove o drogama. Cilj tih procjena jest napraviti opću procjenu razine postignute provedbe te promjena u pogledu opće situacije u području droga.

Razne interesne organizacije u području politike o drogama

Posljednjih se godina zapaža sve veća uključenost organizacija civilnog društva, uključujući interesnih grupa (grupa za javno zastupanje) u području politike o drogama, u razvoj strategija o drogama. Najnovijim EMCDDA-ovim istraživanjem ustanovljeno je da postoji više od 200 organizacija koje su uključene u javno zastupanje politika o drogama u Europi, pri čemu je njih 70 % aktivno na nacionalnoj razini, a ostale su jednako podijeljene na one koje djeluju na lokalnoj razini i one koje djeluju na europskoj razini. Gotovo dvije trećine tih organizacija usmjereno je na razvoj praksi u tom području, pri čemu njih 39 % zastupa pristup koji se temelji na smanjenju štete, a njih 26 % pristup koji se temelji na prevenciji i smanjenju uporabe droga. Ostale organizacije usmjerene su na promjenu zakonodavstva, pri čemu je njih 23 % sklonu smanjenju nadzora u području droga, a njih 12 % jačanju nadzora.

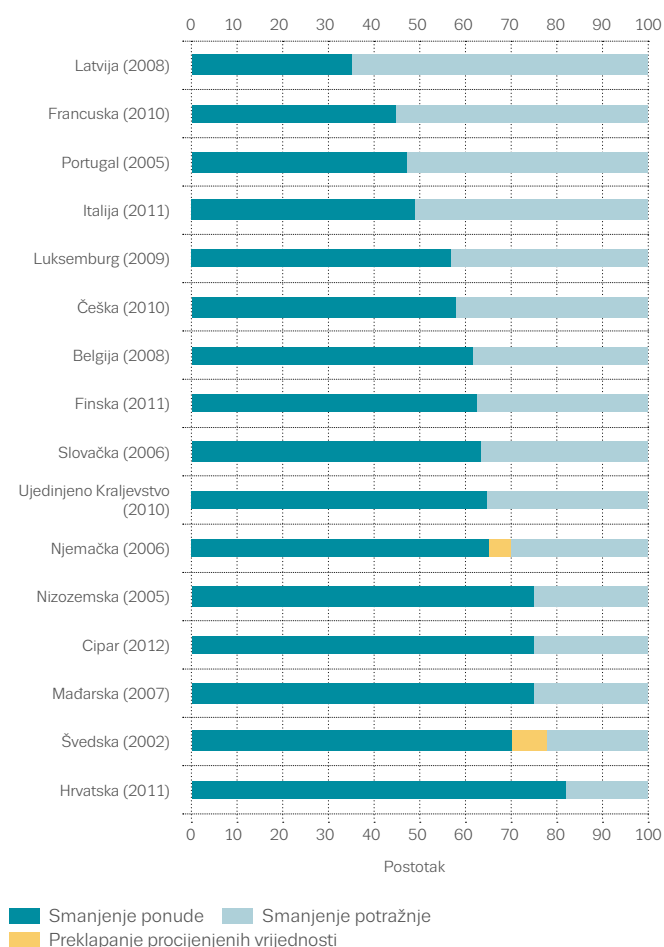
Većina interesnih organizacija uključena je u ciljane aktivnosti kojima se nastoji utjecati na stajališta i mišljenje javnosti i tvorca politika o pružanju usluga i nadzoru u području droga. One se koriste aktivnostima za podizanje svijesti kao što je sudjelovanje u javnim raspravama ili održavanje stranica na društvenim medijima radi postizanja utjecaja na politiku u području droga. Organizacije koje promiču smanjenje nadzora ili štete uglavnom djeluju u ime korisnika droga, dok organizacije koje podupiru smanjenje uporabe droga i jačanje nadzora uglavnom zastupaju interese šireg društva, a posebno mladih ljudi i obitelji.

Gospodarska procjena: fondovi za intervencije pogođeni štednjom

Mnoge europske zemlje i dalje se suočavaju s posljedicama nedavne gospodarske krize. Razmjeri fiskalne konsolidacije ili mjera štednje te njihov utjecaj razlikuju se među europskim zemljama. U 18 zemalja s podacima koji su dostatni kako bi se napravila usporedba zabilježene su mjere štednje u području zdravstva te javnog reda i sigurnosti, a to su područja s najvećim javnim rashodima povezanim s drogom. Ukupno, između 2009. i

SLIKA 4.4

Raščlamba javnih rashoda povezanih s drogama između smanjenja potražnje i smanjenja ponude



2011. veće je smanjenje javnih rashoda zabilježeno u zdravstvenom sektoru.

Europske su zemlje prijavile i smanjivanje sredstava za fondove koji su dostupni za programe i usluge povezane s drogama, pri čemu su osobito pogođena područja za intervencije u pogledu prevencije i istraživanja vezana uz droge. Nekoliko je zemalja također izvijestilo o tome da pokušaji financiranja liječenja od ovisnosti o drogama putem odvojenih fondova nisu uvijek bili uspješni.

Gospodarske analize mogu biti važan alat u procjeni politika iako ograničen broj dostupnih informacija o javnim rashodima povezanim s drogom u Europi pri tome predstavlja veliku prepreku te čini teškom usporedbu između zemalja. Za 16 zemalja koje su provele procjene od 2002. vrijednosti javnih rashoda povezanih s drogom kreću se od 0,01 % do 0,5 % njihova bruto domaćeg proizvoda (BDP). Prema dostupnim se informacijama čini da se najveći udio javnih rashoda povezanih s drogom dodjeljuje aktivnostima smanjenja opskrbe drogom (Slika 4.4).

Javni rashodi za smanjenje opskrbe uključuju, između ostalog, rashode za počinitelje kaznenih djela vezanih uz droge koji su u zatvoru. EMCDDA je odredio određen raspon procjena, pri čemu se najniže procijenjene vrijednosti odnose samo na zatvorenike koji su osuđeni za kazneno djelo vezano uz droge, a najviša vrijednost također uključuje zatvorenike koji tek čekaju da se provede sudski postupak za njihov slučaj, a koji bi mogli biti osuđeni za kazneno djelo vezano uz droge. Ako se primijene ovi kriteriji, procjena je da su europske zemlje 2010. godine potrošile 0,03 % BDP-a ili 3,7 milijardi EUR na počinitelje kaznenih djela vezanih uz droge koji su u zatvoru. Ako uključimo zatvorenike koji tek čekaju da se provede sudski postupak za njihov slučaj, procijenjena vrijednost iznosi 0,05 % BDP-a ili 5,9 milijardi EUR.

SAZNAJTE VIŠE

Publikacije EMCDDA-a

2014.

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

2013.

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on drugs.

2012.

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Thematic papers.

2011.

Drug policy profiles: Portugal.

2009.

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issues.

2008.

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Selected issues.

Zajedničke publikacije EMCDDA-a i Europske komisije

2010.

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

Sve publikacije dostupne su na internetskoj adresi:
www.emcdda.europa.eu/publications

Prilog

Ovdje prikazani nacionalni podaci
preuzeti su s mrežnog područja
*Europsko izvješće o drogama: podaci
i statistički podaci* na kojem su
dostupni i ostali podaci, godine,
bilješke i metapodaci

TABLICA 1

OPIJATI

Zemlja	Procjena problematične uporabe opijata	Indikator zahtjeva za liječenjem, primarna droga				Korisnici na supstitucijskoj terapiji
		Korisnici opijata u % osoba koje započinju liječenje		% intravenskih opijatskih korisnika (glavni način uporabe)		
		Svi korisnici	Korisnici koji ulaze u program prvi puta	Svi korisnici	Korisnici koji ulaze u program prvi puta	
Zemlja	Slučajeva na 1 000	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)	broj
Belgija	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bugarska	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Češka	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Danska	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Njemačka	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estonija	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irska	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Grčka	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Španjolska	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Francuska	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Hrvatska	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Italija	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Cipar	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Latvija	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Litva	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Luksemburg	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Mađarska	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Nizozemska	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Austrija	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Poljska	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugal	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Rumunjska	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Slovenija	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Slovačka	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finska	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Švedska	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Ujedinjeno Kraljevstvo	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Turska	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Norveška	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Europska unija	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
EU, Turska i Norveška	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

TABLICA 2

KOKAIN

	Procjena pojavnosti			Indikator zahtjeva za liječenjem, primarna droga			
	Opća populacija		Školska populacija	Korisnici kokaina u % osoba koje započinju liječenje		% intravenskih korisnika kokaina (glavni način uporabe)	
	Tijekom života, odrasli (15-64)	U posljednjih 12 mjeseci, mlađi punoljetnici (15-34)	Tijekom života, učenici (15-16)	Svi korisnici	Korisnici koji ulaze u program prvi puta	Svi korisnici	Korisnici koji ulaze u program prvi puta
Zemlja	%	%	%	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)
Belgija	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bugarska	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Češka	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Danska	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Njemačka	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estonija	–	1,3	2	–	–	–	–
Irska	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Grčka	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Španjolska	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Francuska	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Hrvatska	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Italija	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Cipar	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Latvija	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Litva	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luksemburg	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Mađarska	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Nizozemska	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Austrija	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Poljska	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugal	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumunjska	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Slovačka	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finska	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Švedska	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Ujedinjeno Kraljevstvo	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Turska	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Norveška	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Europska unija	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
EU, Turska i Norveška	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

TABLICA 3

AMFETAMINI

	Procjena pojavnosti			Indikator zahtjeva za liječenjem, primarna droga			
	Opća populacija		Školska populacija	Korisnici amfetamina u % osoba koje započinju liječenje		% intravenskih korisnika amfetamina (glavni način uporabe)	
	Tijekom života, odrasli (15-64)	U posljednjih 12 mjeseci, mladi punoljetnici (15-34)	Tijekom života, učenici (15-16)	Svi korisnici	Korisnici koji ulaze u program prvi puta	Svi korisnici	Korisnici koji ulaze u program prvi puta
Zemlja	%	%	%	% (broj)	% (broj)	% (broj)	% (broj)
Belgija	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bugarska	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Češka	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Danska	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Njemačka	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estonija	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irska	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Grčka	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Španjolska	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Francuska	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Hrvatska	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Italija	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Cipar	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Latvija	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Litva	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luksemburg	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Mađarska	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Nizozemska	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Austrija	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Poljska	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugal	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumunjska	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovačka	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finska	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Švedska	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Ujedinjeno Kraljevstvo	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Turska	0,3	–	–	–	–	–	–
Norveška	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Europska unija	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
EU, Turska i Norveška	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

TABLICA 4

ECSTASY

	Procjena pojavnosti			Indikator zahtjeva za liječenjem, primarna droga	
	Opća populacija		Školska populacija	Korisnici ekstazija u % osoba koje započinju liječenje	
	Tijekom života, odrasli (15-64)	U posljednjih 12 mjeseci, mladi punoljetnici (15-34)	Tijekom života, učenici (15-16)	Svi korisnici	Korisnici koji ulaze u program prvi puta
Zemlja	%	%	%	% (broj)	% (broj)
Belgija	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bugarska	2,0	2,9	4	–	–
Češka	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Danska	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Njemačka	2,7	0,9	2	–	–
Estonija	–	2,3	3	–	–
Irska	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Grčka	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Španjolska	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Francuska	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Hrvatska	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Italija	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Cipar	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Latvija	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Litva	1,3	0,3	2	–	–
Luksemburg	–	–	–	–	–
Mađarska	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Nizozemska	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Austrija	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Poljska	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugal	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumunjska	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Slovenija	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Slovačka	1,9	0,9	4	–	–
Finska	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Švedska	2,1	0,2	1	–	–
Ujedinjeno Kraljevstvo	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Turska	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Norveška	–	–	1	–	–
Europska unija	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
EU, Turska i Norveška	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

TABLICA 5

KANABIS

	Procjena pojavnosti			Indikator zahtjeva za liječenjem, primarna droga	
	Opća populacija		Školska populacija	Korisnici kanabisa u % osoba koje započinju liječenje	
	Tijekom života, odrasli (15-64)	U posljednjih 12 mjeseci, mladi punoljetnici (15-34)	Tijekom života, učenici (15-16)	Svi korisnici	Korisnici koji ulaze u program prvi puta
Zemlja	%	%	%	% (broj)	% (broj)
Belgija	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bugarska	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Češka	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Danska	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Njemačka	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estonija	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irska	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Grčka	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Španjolska	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Francuska	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Hrvatska	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Italija	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Cipar	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Latvija	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Litva	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luksemburg	–	–	–	26 (72)	–
Mađarska	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Nizozemska	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Austrija	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Poljska	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugal	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumunjska	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Slovenija	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Slovačka	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finska	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Švedska	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Ujedinjeno Kraljevstvo	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Turska	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Norveška	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Europska unija	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
EU, Turska i Norveška	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

TABLICA 6

OSTALI POKAZATELJI

	Smrti uzrokovane zlorabom droga (u dobi 15-64)	HIV dijagnoze među intravenskim korisnicima (ECDC)	Procjena intravenskog korištenja	Šprice podijeljene u okviru posebnih programa
Zemlja	slučajeva na milijun stanovnika (broj)	slučajeva na milijun stanovnika (broj)	slučajeva na 1 000 stanovnika	broj
Belgija	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bugarska	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Češka	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Danska	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Njemačka	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estonija	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irska	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Grčka	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Španjolska	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Francuska	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Hrvatska	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Italija	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Cipar	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Latvija	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Litva	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luksemburg	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Mađarska	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Nizozemska	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Austrija	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Poljska	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugal	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Rumunjska	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Slovenija	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Slovačka	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finska	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Švedska	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Ujedinjeno Kraljevstvo	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Turska	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Norveška	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Europska unija	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
EU, Turska i Norveška	–	3,1 (1 788)	–	–

TABLICA 7

ZAPLJENE

	Heroin		Kokain		Amfetamini		Ecstasy	
	Zapljena količina	Broj zapljena	Zapljena količina	Broj zapljena	Zapljena količina	Broj zapljena	Zapljena količina	Broj zapljena
Zemlja	kg	broj	kg	broj	kg	broj	tableta (kg)	broj
Belgija	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (–)	1 015
Bugarska	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Češka	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Danska	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (–)	523
Njemačka	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (–)	1 786
Estonija	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irska	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Grčka	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Španjolska	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (–)	2 128
Francuska	701	–	5 602	–	307	–	156 337 (–)	–
Hrvatska	30	192	6	132	3	268	– (1,1)	105
Italija	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Cipar	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Latvija	1	427	1	28	30	820	847 (–)	24
Litva	0,5	112	120	10	80	119	54 (–)	8
Luksemburg	3	190	2	122	1	13	137 (–)	10
Mađarska	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (–)	27
Nizozemska	750	–	10 000	–	681	–	2 442 200 (61)	–
Austrija	222	393	65	912	35	607	8 998 (–)	113
Poljska	36	–	213	–	618	–	31 092 (0,01)	–
Portugal	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Rumunjska	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Slovenija	20	439	27	251	9	203	960 (–)	16
Slovačka	0,3	82	2	19	11	607	529 (–)	16
Finska	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (–)	513
Švedska	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Ujedinjeno Kraljevstvo	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6515	473 000 (–)	3 716
Turska	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Norveška	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Europska unija	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
EU, Turska i Norveška	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

TABLICA 7

ZAPLJENE (nastavak)

	Smola		Marihuana		Kanabis biljka	
	Zaplijenjena količina	Broj zapljena	Zaplijenjena količina	Broj zapljena	Zaplijenjena količina	Broj zapljena
Zemlja	kg	broj	kg	broj	biljaka (kg)	broj
Belgija	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bugarska	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Češka	21	24	563	558	90 091 (–)	259
Danska	1 334	9 239	223	1 287	– (1 401)	675
Njemačka	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (–)	2 204
Estonija	5	48	25	466	– (7)	12
Irska	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (–)	542
Grčka	44	145	22 383	6 262	34 040 (–)	831
Španjolska	325 563	179 993	10 457	150 206	– (39 932)	1 677
Francuska	51 118	–	3 270	–	131 307 (–)	–
Hrvatska	23	343	1 070	4 098	6 703 (–)	211
Italija	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (–)	1 216
Cipar	0,1	20	100	863	385 (–)	39
Latvija	117	64	74	414	– (335)	4
Litva	424	23	96	242	– (–)	–
Luksemburg	1	83	30	774	39 (–)	9
Mađarska	3	103	1 777	2 092	7 382 (–)	193
Malta	16	96	3	50	46 (–)	5
Nizozemska	2 200	–	12 600	–	1 400 000 (–)	–
Austrija	174	1 192	812	5 732	– (173)	210
Poljska	39	–	1 489	–	61 585 (–)	–
Portugal	18 304	3 298	49	554	7 788 (–)	397
Rumunjska	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Slovenija	3	66	706	3 350	11 166 (–)	174
Slovačka	1	17	177	1 242	2 927 (–)	38
Finska	714	1 870	–	5 036	18 150 (66)	3 339
Švedska	1 091	6 761	641	7 611	–	–
Ujedinjeno Kraljevstvo	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Turska	27 413	6 881	124 673	57 744	–	3 646
Norveška	1 605	10 985	314	4 402	– (133)	364
Europska unija	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
EU, Turska i Norveška	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama
Europsko izvješće o drogama 2014: Trendovi i razvoj
Luksemburg: Ured za službene publikacije Europske unije
2014 — 80 str. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-699-5
doi:10.2810/32890

KAKO DOĆI DO EU PUBLIKACIJA

Besplatne publikacije

putem EU knjižara (<http://bookshop.europa.eu>)

U predstavništvima ili delegacijama Europske unije.
Kontaktne detalje možete dobiti internetu
(<http://ec.europa.eu>) ili faksom br. +352 2929-42758

Publikacije koje se naplaćuju

putem EU knjižara (<http://bookshop.europa.eu>)

Pretplata

(npr. godišnje izdanje Službenog lista Europske unije
i izvješća o slučajevima pred Sudom pravde Europske
unije)

putem jednog od prodajnih agenata u Uredu za
službene publikacije Europske unije
([http://publications.europa.eu/others/agents/
index_hr.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_hr.htm))

O izvješću

Izvješće *Trendovi i razvoj* donosi sveobuhvatan pregled fenomena uporabe droga u Europi, a obuhvaća probleme vezane uz opskrbu drogom, uporabu droga i javno zdravstvo te politike i odgovore u području droga. Zajedno s mrežnim područjem *Europsko izvješće o drogama: podaci i statistički podaci* te publikacijama *Country overviews* (Pregledi po zemljama) i *Perspectives on drugs* (Gledišta o drogama) ono čini Europsko izvješće o drogama u 2014. godini.

O EMCDDA-i

Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA) središnji je izvor i valjano tijelo koje se bavi pitanjima povezanim s drogom u Europi. Tijekom više od 20 godina prikuplja, analizira i širi znanstveno ispravne informacije o drogama i ovisnosti o drogama te njihovim posljedicama, pri čemu svojoj publici pruža sliku koja se temelji na dokazima o fenomenu uporabe droga na europskoj razini.

Publikacije EMCDDA-e glavni su izvor informacija za niz različitih publika uključujući donositelje politika i njihove savjetnike, stručnjake i istražitelje u području droga te, u širem smislu, medije i opću javnost. Sa sjedištem u Lisabonu, EMCDDA jedna je od decentraliziranih agencija Europske unije.

