



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

ISSN 1830-0812

POPRILČILO LETNO 2007

STANJE NA PODROČJU PROBLEMATIKE DROG V EVROPI



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

REPORT 2007 LEITEN Z CILN O

STANJE NA PODROČJU PROBLEMATIKE DROG V EVROPI

Pravno obvestilo

Ta publikacija Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA, v nadaljevanju: Center) je zaščitena z avtorskimi pravicami. Center ne sprejema odgovornosti za posledice, ki izhajajo iz uporabe podatkov iz tega dokumenta. Vsebina te publikacije ne izraža nujno uradnih mnenj partnerjev Centra, držav članic EU ali katere koli ustanove ali agencije Evropske unije ali Evropskih skupnosti.

Precej dodatnih informacij o Evropski uniji je na voljo na internetu. Dostop do informacij je mogoč prek strežnika Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct je služba za pomoč pri odgovorih na vprašanja v zvezi z Evropsko unijo.

Brezplačna telefonska številka (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Nekateri operaterji mobilne telefonije ne dovoljujejo vzpostavitve zveze s številkami 00 800 ali pa te klice zaračunavajo.

To poročilo je na voljo v bolgarskem, španskem, češkem, danskem, nemškem, estonskem, grškem, angleškem, francoskem, italijanskem, latvijskem, litovskem, madžarskem, nizozemskem, poljskem, portugalskem, romunskem, slovaškem, slovenskem, finskiem, švedskem, turškem in norveškem jeziku. Vse prevode je opravil Prevajalski center za organe Evropske unije.

Podatki o katalogizaciji so navedeni na koncu te publikacije.

Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2007

ISBN 978-92-9168-303-1

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2007

Reprodukcija je dovoljena z navedbo vira.

Printed in Belgium

TISKANO NA BELEM PAPIRJU, KI NE VSEBUJE KLORA

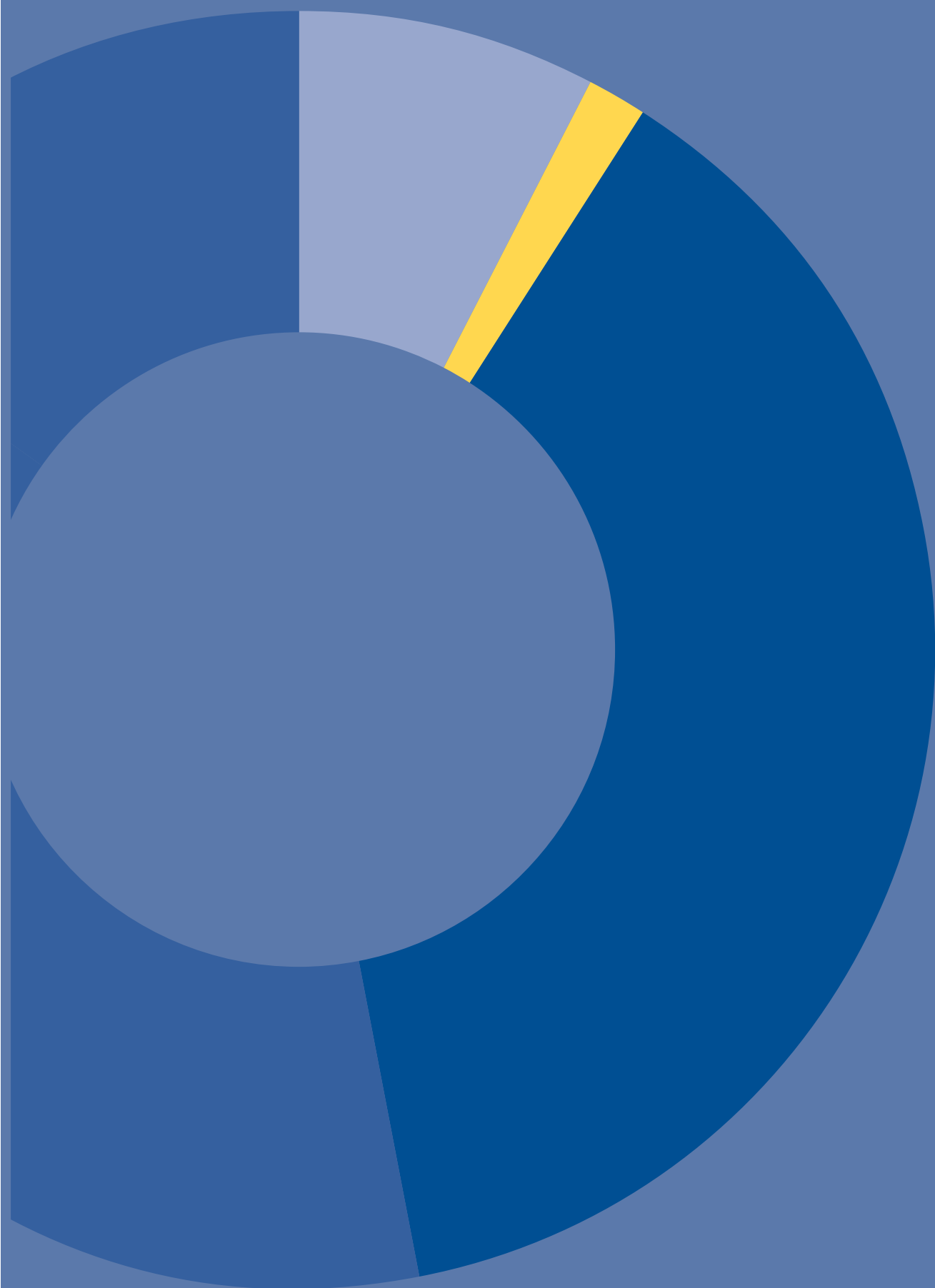


Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, P-1149-045 Lizbona
Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Vsebina

Predgovor	5
Zahvale	7
Uvodna opomba	9
Komentar – stanje na področju drog v Evropi	11
Poglavje 1	
Politike in zakoni	18
Poglavje 2	
Odzivi na problematiko drog v Evropi – pregled	28
Poglavje 3	
Konoplja	37
Poglavje 4	
Amfetamini, ekstazi in LSD	48
Poglavje 5	
Kokain in crack kokain	57
Poglavje 6	
Uživanje opioidov in vbrizgavanje drog	63
Poglavje 7	
Novi in pojavljajoči se trendi uživanja drog ter ukrepi v zvezi z novimi drogami	72
Poglavje 8	
Z drogami povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri	77
Literatura in viri	89



Predgovor

Pred vami je 12. letno poročilo Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami. Tako kot prejšnja poročila tudi to vsebuje obširno predstavitev trenutnih razmer na področju uporabe drog v Evropi. Prikazuje tudi napredek Evrope pri izvajanju metodološko učinkovitega, trajnostnega in izčrpnega informacijskega sistema za spremljanje uporabe drog.

Poročilo obravnava dve temeljni vprašanji: kaj je znanega o uporabi drog v Evropi in o težavah, ki jih droga povzroča, ter kaj smo se naučili o učinkovitem odzivanju na težave, povezane z drogami. Ti vprašanji sta pomembni, saj so oblikovalci politik po vsej Evropi ne glede na politično prepričanje ali ideološko stališče spoznali, da problem drog obsega zapleten sklop težav, za katere ni preprostih rešitev. Priznavajo, da je za nadaljnje reševanje teh vprašanj potrebna analiza razpoložljivih dokazov v zvezi z velikostjo in naravo problema ter stroškov in koristi različnih pristopov. S tega vidika poročilo izraža tudi zavezanost Evrope, da se bo namesto zatekanja k hitrim rešitvam raje posvetila uravnoteženemu oblikovanju na izsledkih temelječe politike ter trajnostnim prizadevanjem skozi daljše časovno obdobje. Evropa je zato lahko ponosna, da se je na to težko in pogosto čustveno vprašanje odzvala premišljeno in hkrati humano.

V tem poročilu smo predstavili tudi razmišljanja o napredku pri odzivanju na težave v zvezi z drogami v Evropi. Zlasti je to aktualno letos, ko bomo na evropski in tudi na mednarodni ravni obravnavali dosežke na tem področju. V letu 2008 se bo Evropska komisija lotila naloge ocenjevanja učinka trenutnega evropskega akcijskega načrta za boj proti drogam. Komisija Združenih narodov za droge (CND) pa bo razpravljala o napredku pri uresničevanju načrtov, določenih na posebnem zasedanju Generalne skupščine Združenih narodov leta 1998.

Razmere na področju drog v Evropi so še vedno resen izziv za zdravstveno in socialno politiko ter za organe kazenskega pregona. Ni težko določiti področij, ki vzbujajo posebno

skrb, vendar pa menimo, da je prav tako pomembno priznati dosežen napredek. Vse več držav članic sprejema strateške in načrtovane pristope za reševanje težav v zvezi z drogami. Močno so se povečale tudi naložbe v preprečevanje, zdravljenje in zmanjševanje škode, poleg tega pa sta se izboljšala tudi sodelovanje ter osredotočenost na zmanjševanje dobave. Na splošno je uporaba drog še vedno na zgodovinsko visokih ravneh, vendar pa se je na večini območij ustalila, na nekaterih območjih pa obstajajo celo znaki, ki dovoljujejo previden optimizem. Evropska unija in njene države članice močno podpirajo mednarodne programe in z globalnega vidika lahko z zadovoljstvom ugotavljamo, da so na številnih pomembnih področjih razmere v Evropi videti razmeroma pozitivno.

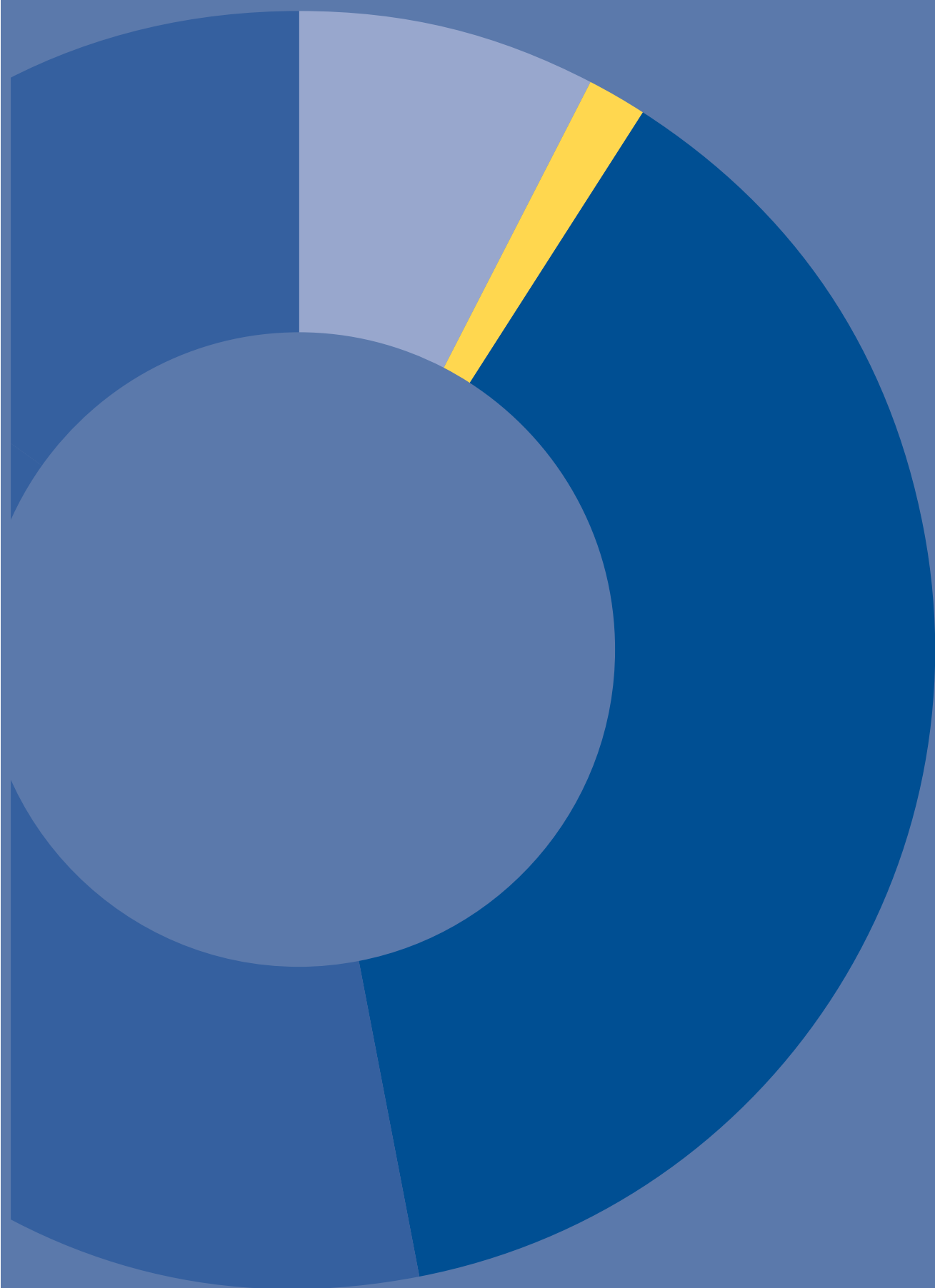
Kot agencija za spremljanje se ukvarjamo z dejstvi in številkami. Zavezani smo k znanstveni natančnosti in nepristranskosti, razpoložljive informacije pa moramo razlagati brez predsodkov ali vnaprej ustvarjenih stališč. To je naša vloga in kot predsednik upravnega odbora in direktor ne dopuščava nobenih kompromisov glede tega pristopa ter sva ponosna na visoke standarde, ki jih ohranjamo. Čeprav je znanstvena natančnost nujno potrebna pri našem delu, pa ne smemo nikoli pozabiti, da so za temi številkami resnični ljudje, katerih življenja so prizadeta in včasih uničena zaradi težav z drogami. Za suhoparnimi statističnimi podatki o povpraševanju po zdravljenju, o smrtnih primerih, povezanih z drogo, in o kriminalnem vedenju se skrivajo prizadete družine, izgubljene možnosti in otroci, ki odraščajo v nevarnih skupnostih. Da bi lahko razvili učinkovit odziv na težave, povezane z drogami, moramo biti nepristranski kar se tiče podatkov, nikoli pa ne smemo ostati neprizadeti glede samega vprašanja.

Marcel Reimen

Predsednik upravnega odbora EMCDDA

Wolfgang Götz

Direktor EMCDDA



Zahvale

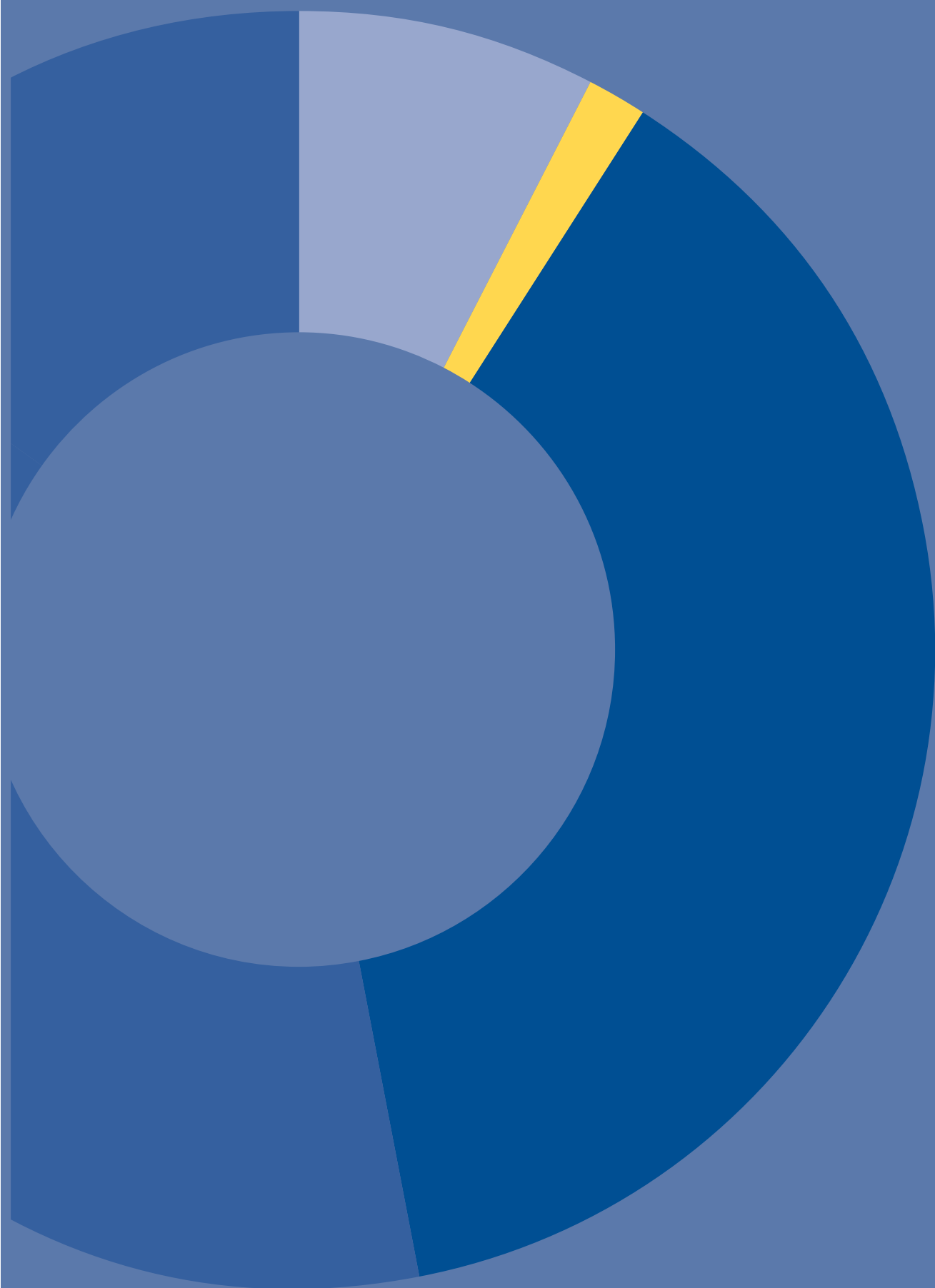
Center se zahvaljuje za pomoč pri pripravi tega poročila:

- vodjem nacionalnih kontaktnih točk Reitox in njihovem osebju;
- službam v vseh državah članicah, ki so zbirale neobdelane podatke za to poročilo;
- članom upravnega odbora in znanstvenega odbora Centra;
- Evropskemu parlamentu, Svetu Evropske unije – zlasti njegovi horizontalni delovni skupini za droge – in Evropski komisiji;
- Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), Evropski agenciji za zdravila (EMA) in Europolu;
- Skupini Pampidou Sveta Evrope, Uradu za droge in kriminal pri Združenih narodih, Regionalni pisarni za Evropo pri SZO, Interpolu, Svetovni carinski organizaciji, projektu ESPAD, švedskemu Svetu za informacije o alkoholu in drugih drogah (Council for Information on Alcohol and other Drugs, CAN) in Evropskemu centru za epidemiološko spremljanje aidsa (EuroHIV);
- Prevajalskemu centru za organe Evropske unije in Uradu za uradne publikacije Evropskih skupnosti;
- Prepress Projects Ltd.

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

Reitox je evropska informacijska mreža o drogah in zasvojenosti z njimi. Mrežo sestavljajo nacionalne kontaktne točke v državah članicah EU, na Norveškem, v državah kandidatkah in pri Evropski komisiji. Kontaktne točke so pristojni nacionalni organi, za katere so odgovorne njihove vlade in ki informacije o drogah pošiljajo Centru.

Kontaktne podatke za posamezne nacionalne kontaktne točke so na voljo na: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Uvodna opomba

Letno poročilo temelji na podatkih, ki so jih v obliki nacionalnih poročil Centru poslale države članice EU, države kandidatke in Norveška (ki pri delu Centra sodeluje od leta 2001). Vsi tukaj uporabljeni statistični podatki se nanašajo na leto 2005 (ali zadnje razpoložljivo leto). Grafični prikazi in preglednice v tem poročilu lahko odražajo podatke iz samo podskupine držav članic EU: izbor je narejen na podlagi tistih držav, katerih podatki so na voljo za zadevno obdobje.

Spletna različica letnega poročila je na voljo v 23 jezikih, in sicer na spletni strani <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Statistični bilten Centra za leto 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) vsebuje celoten sklop izvernih preglednic, na katerih temelji statistična analiza v letnem poročilu. Poleg tega vsebuje dodatne podrobnejše podatke o uporabljeni metodologiji in več kot 100 dodatnih statističnih grafikonov.

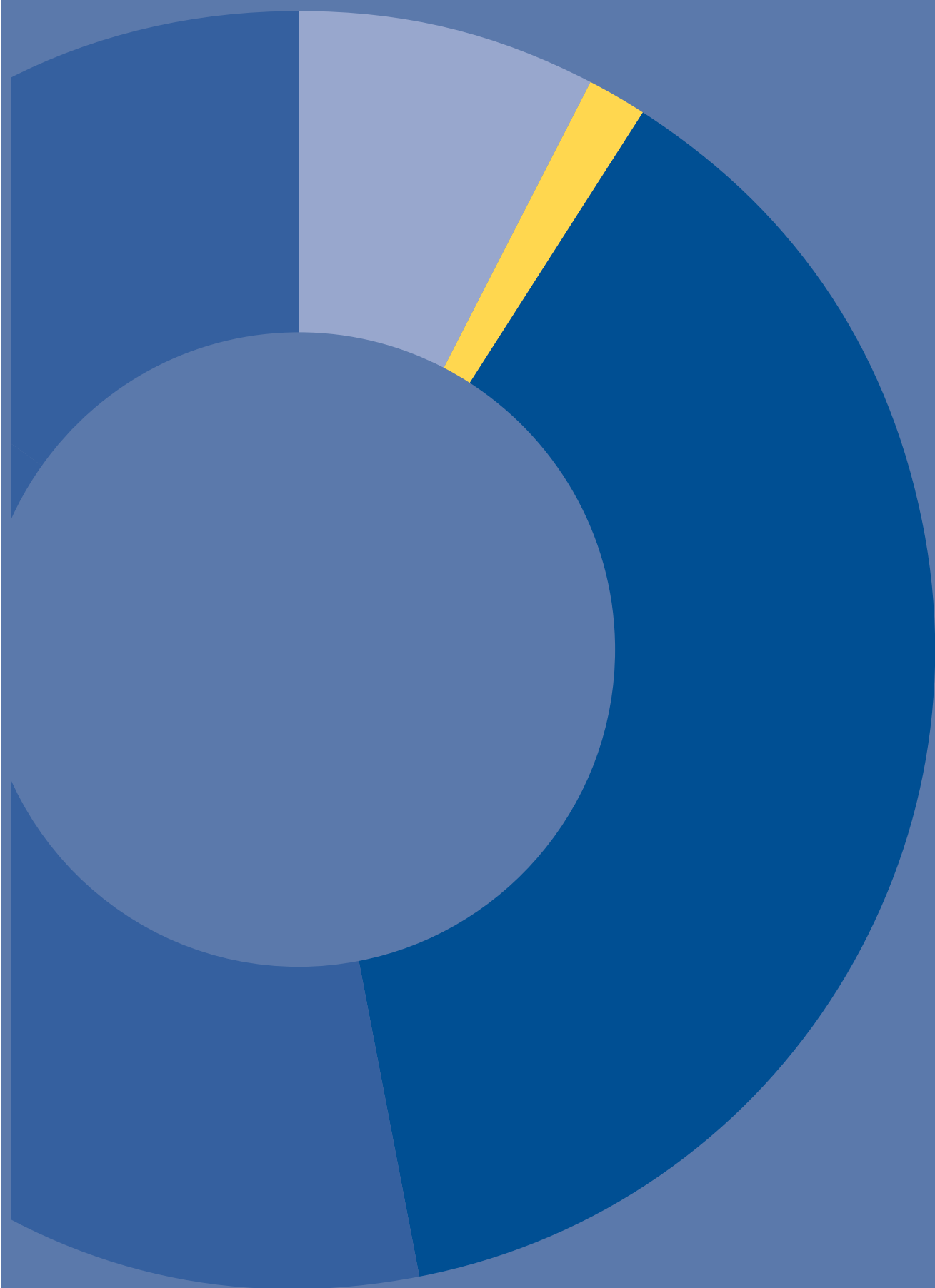
Profili posameznih držav (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) vključujejo vrhunske grafične povzetke ključnih podatkov o razmerah na področju drog za vsako državo.

To poročilo spremljajo tri podrobnejša, krajša poročila, ki obravnavajo naslednja vprašanja:

- droge in vožnja;
- uživanje drog med mladoletniki;
- kokain in crack kokain: vedno večji javnozdravstveni problem.

Izbrana vprašanja so na voljo v tiskani in spletni obliki (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) samo v angleščini.

Problem drog v vsaki državi je podrobno opisan in analiziran v nacionalnih poročilih kontaktnih točk Reitox, ki so na voljo na spletni strani Centra (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Komentar – stanje na področju drog v Evropi

Evropa ima vse pomembnejšo vlogo pri podpiranju globalnih prizadevanj za zmanjšanje problema drog

Trendi uživanja drog in ljudje, ki so vpleteni v proizvodnjo in trgovino z njimi, ne upoštevajo državnih ali geografskih meja, iz česar sledi pomembno spoznanje, da je evropski problem drog del širšega svetovnega pojava, pri čemer na vzorce uživanja drog v Evropi vplivajo problemi od drugod, hkrati pa na te vplivajo vzorci v Evropi. To dejstvo je priznано tudi v trenutnem akcijskem načrtu EU za boj proti drogam, ki obravnava potrebo po boljšem evropskem usklajevanju pri mednarodnih zadevah ter potrebo po podpori programom za zmanjšanje povpraševanja in ponudbe drog v sosednjih državah in državah proizvajalkah. Evropske naložbe v podpiranje mednarodnih ukrepov so dandanes precejšnje, saj nedavna revizija Evropske komisije kaže, da trenutno Evropska skupnost financira ukrepe za zmanjšanje povpraševanja in ponudbe v tretjih državah vsaj v višini 750 milijonov EUR. EU je poleg tega glavna mednarodna donatorka, ki podpira delo Urada za droge in kriminal pri Združenih narodih (UNODC).

Poleg finančne podpore obstajajo tudi drugi dokazi, da so evropske države resno vzele zaveze, ki so jih na mednarodni ravni sprejele za razvoj ustreznih odzivov na probleme drog. Leta 2008 bo mednarodna skupnost ocenila, kolikšen je svetovni napredek, dosežen pri ciljih, ki so bili leta 1998 določeni na posebnem zasedanju Združenih narodov o boju proti svetovnemu problemu drog. Za dopolnitev podatkov, ki so na voljo na mednarodni ravni, bo center EMCDDA podprl postopek pregleda tako, da bo zagotovil podrobnejšo oceno stanja v Evropi. Kot je razvidno iz podatkov, predstavljenih v tem poročilu, so države članice EU v zadnjih 10 letih razvile precej celovitejše usklajevalne mehanizme na nacionalni ravni in na ravni EU, ki navadno temeljijo na strategijah in akcijskih načrtih. Poleg tega so izredno izboljšale informacije, ki so na voljo o stanju na področju drog, ter povečale naložbe v intervencije na strani ponudbe in povpraševanja. Ob ugotavljanju, da uživanje drog ostaja glavni izziv javnozdravstvene in socialne politike v Evropi, se je treba zavedati tudi teh pozitivnih dosežkov.

Umestitev Evrope v svetovni okvir

Uživanje drog je svetovni problem in primerjava evropskih podatkov s podatki iz drugih držav lahko ponudi koristen vpogled v relativno velikost problema drog v Evropi. Težava pri tem je, da so izčrpne in zanesljive informacije na voljo

le v nekaj drugih delih sveta. Združene države Amerike, Kanada in Avstralija lahko posredujejo smiselne in med seboj primerljive podatke o ocenah razširjenosti drog v zadnjem letu. Ocene UNODC kažejo, da je razširjenost uživanja opioidov v teh državah na splošno podobna razširjenosti v Evropski uniji, ravni razširjenosti pa so v razponu od 0,4 do 0,6 %, pri čemer so v Kanadi nekoliko nižje, v ZDA pa nekoliko višje. Po ocenah je uživanje konoplje v Evropski uniji na splošno precej nižje kot v ZDA, Kanadi ali Avstraliji. V zvezi s stimulansi so ravni uživanja ekstazija na splošno podobne po vsem svetu, čeprav Avstralija poroča o višjih ravneh razširjenosti, pri amfetaminu pa je razširjenost v Avstraliji in ZDA večja kot v Evropi in Kanadi. Razširjenost uživanja kokaina je v ZDA in Kanadi večja kot v Evropski uniji in Avstraliji. Težko je oceniti vpliv uživanja drog na zdravje po državah, ker ni primerljivih podatkov, čeprav previdna primerjava ocenjenih ravni novo ugotovljenih okužb z virusom HIV, povezanih z uživanjem drog z vbrižgavanjem, za leto 2005 kaže, da so ravni v Avstraliji, Kanadi in Evropski uniji nižje od 10 primerov na milijon prebivalcev, v ZDA pa so približno 36 primerov na milijon prebivalcev.

Kvantitativna opredelitev kompleksnosti: določitev smiselnih ciljev in razvoj koristnih skupnih meril

Cilj vseh evropskih strategij za boj proti drogam je zmanjšati uživanje drog in škodo, ki jo droge lahko povzročijo tako uživalcem kot skupnostim, v katerih živijo. Tega političnega cilja ni težko določiti, vendar se je pomembno zavedati, da je uživanje drog mnogostranski in zapleten pojav ter da mora vsak poskus ocene vpliva politik na tem področju izražati to temeljno stvarnost. Pozitivna ugotovitev tega poročila je, da je v politikah na področju drog vedno bolj izraženo zavedanje, da se je treba osredotočiti na posebne dejavnosti in razvoj smiselnih ciljev. Odras tega sta tudi splošna sprememba v Evropi glede nacionalnih strategij za boj proti drogam, ki jih spremljajo natančnejši in časovno omejeni akcijski načrti ter, na ravni evropskega usklajevanja, letni pregled sedanjega akcijskega načrta EU za boj proti drogam, po katerem se kazalniki opustijo ali spremenijo, ko je pregledana njihova uspešnost.

Za ocenjevanje ukrepov je prehod k bolj usmerjenemu pristopu nedvomno koristen. Koristno je tudi imeti nekaj skupnih meril, ki omogočajo bolj preprosto opisovanje zapletenih vprašanj. Kljub temu, da je take lestvice in merila težko oblikovati, številne novosti na tem področju veliko obetajo. V tem poročilu predstavljamo novo analizo

podatkov o evropskih javnih izdatkih za boj proti drogam. Čeprav so podatki delni, pa vseeno prikazujejo znatne vsote denarja, ki se vsako leto porabijo v Evropi za zmanjšanje ponudbe drog in povpraševanja po njih ter znašajo neke od 13 milijard EUR do 36 milijard EUR. Upoštevati pa je treba, da ti podatki ne vključujejo družbenih stroškov uživanja drog.

Koristen napredek v tej smeri je lahko razvoj indeksov, s katerimi bi poskusili zajeti različne stroške in škode zaradi uživanja prepovedanih drog, kot je indeks škode zaradi drog, ki ga je pred kratkim razvilo Združeno kraljestvo. Škoda je tudi eden od glavnih pojmov, vključenih v indeks prepovedanih drog (IDI), ki ga je pred kratkim predlagal UNODC. Tovrstni pristopi se lahko izkažejo kot koristni v prihodnosti za namene politične analize, vendar so odvisni od kakovosti podatkov, na katerih temelji sestavljeno merilo, in od tega, v kolikšnem obsegu lahko ti podatki vključujejo ciljni pojem.

Zmanjševanje škode je dandanes jasna sestavina evropskega pristopa

Narava in obseg nacionalnih problemov drog se še vedno precej razlikujeta med evropskimi državami, razlikujejo pa se tudi obseg in načrti odzivanja. Kljub temu obstaja precejšnje soglasje o splošnejših načelih: politike na področju drog morajo biti uravnotežene in celovite ter morajo temeljiti na dokazih. Na področju zmanjšanja povpraševanja nihče več ne dvomi, da so potrebne dejavnosti preprečevanja, zdravljenja in socialne rehabilitacije. Tema zmanjševanja škode je bila v preteklosti mnogo spornejša, se pa to spreminja in zmanjševanje škode, kot del celovitega paketa ukrepov za zmanjšanje povpraševanja, je postalo jasen del evropskega pristopa. To dokazuje dejstvo, da skoraj v vseh državah članicah EU obstajajo nadomestna zdravljenja z opioidi ter programi injekcijskih igel in brizg, čeprav se raven zagotavljanja storitev močno razlikuje. Enako je razvidno tudi iz nedavnega poročila Evropske komisije, ki ugotavlja, da je imelo priporočilo Sveta z dne 18. junija 2003 svojo vlogo pri spodbujanju držav članic k razvijanju in širjenju dejavnosti za zmanjševanje škode.

Zapor: storitve za uživalce drog ostajajo slabo razvite?

Pomembna ugotovitev iz pregleda napredka, doseženega pri izvajanju priporočila Sveta, je bila, da so bile kljub napredku na drugih področjih storitve vseh vrst v zaporih navadno slabo razvite. Čeprav so nekatere države članice uvedle programe za preusmeritev storilcev kaznivih dejanj, ki imajo težave z drogami, na zdravljenje kot nadomestilo za kazenske sankcije, pa zaporniki, ki imajo težave z drogami, dejansko v vseh državah še vedno predstavljajo precejšen delež zaporniške populacije. EMCDDA trenutno sodeluje

s Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO), da bi oblikoval zbirko podatkov za zbiranje kazalnikov zdravja v zaporih. Splošno načelo, da morajo imeti zaporniki dostop do enakih zdravstvenih možnosti, kot so na voljo v širši skupnosti, pri tistih, ki imajo težave z drogami, na mnogo področjih ni uresničeno. Veliko oseb, ki vstopa v zapor, ima težave z drogami, in študije kažejo, da se uživanje drog navadno v zaporu nadaljuje. Pomanjkanje storitev za uživalce drog v zaporu povzroča resno zaskrbljenost, da se izgubljajo možnosti intervencije za zmanjšanje prihodnjega uživanja drog in prekrškov ter da pomanjkanje storitev v zaporih zmanjšuje drugod dosežene pozitivne učinke na zdravje.

Določanje učinkovitih intervencij in izmenjava znanja o njih

V središču pozornosti razprave o dejavnostih vseh vrst za zmanjšanje povpraševanja je vedno bolj določanje intervencij, ki so dokazano učinkovite in ne povzročajo nenamernih negativnih posledic. Ker verjetno ne bo nobena intervencija, če je opravljena slabo, učinkovita ali pa bo dosegla celo nasproten učinek, je druga usmeritev tega dela določanje dobre prakse in ukrepov za nadzor kakovosti. Nova uredba o EMCDDA poudarja pomen določanja in razširjanja dobre prakse. Glavna težava pri tem so stvarne okoliščine, v katerih se izvajajo intervencije za zmanjševanje povpraševanja. Verodostojne nadzorovane študije, ki so standard za večino zdravstvenih intervencij, je pogosto težko načrtovati ali pa so preprosto neizvedljive. Zapletenost ocenjevanja učinkovitosti dokazov in določanje standardov za nadzor kakovosti obravnava poglavje 2 tega poročila.

Konoplja: priljubljenost je dosegla vrh – zavedanje o vprašanih javnega zdravstva raste

Skoraj četrtina vseh odraslih je poskusila konopljo vsaj enkrat v svojem življenju in vsak štirinajsti jo je zaužil v zadnjem letu, kar pomeni, da je najpogosteje zaužita prepovedana droga v Evropi. Bolj kot med prebivalstvom na splošno je daleč najpogosteje uživana prepovedana droga med mladimi in zelo mladimi osebami. Uživanje droge med tistimi, ki se fizično in družbeno razvijajo, je lahko posebna težava. To vprašanje je podrobno obravnavano v spremnem izbranem vprašanju o uživanju drog med mladoletniki. Pomen razumevanja posledic zgodnjega začetka uživanja konoplje in kakšni bi lahko bili ustrezni odzivi, je eden od najbolj kompleksnih sklopov vprašanj, ki se zaradi razširjenega uživanja konoplje danes postavljajo v politikah javnega zdravstva in politikah o nadzorovanju drog v Evropi.

Splošen trend na področju politike v Evropi je bil odmik od kazensko-sodnih odzivov na posedovanje in uživanje majhnih količin konoplje in približevanje pristopom, usmerjenim v preprečevanje ali zdravljenje. Kljub temu se je

v obdobju 2000–2005 število zabeleženih kaznivih dejanj v zvezi s konopljo zelo povečalo (36 %) in v večini držav je konoplja tista droga, ki je najpogosteje predmet obtožb zaradi uživanja ali posedovanja drog. Stanje pa se morda spreminja, saj večina držav dandanes poroča o nekolikšnem zmanjšanju zabeleženih kaznivih dejanj v zvezi s konopljo – morda pa je to le znak, da se organi kazenskega pregona vse manj usmerjajo v preganjanje uživanja konoplje.

Kljub obsežni javni in medijski razpravi o tej temi, je težko najti kakršno koli neposredno ali preprosto zvezo med politikami kazenskega pregona in splošno razširjenostjo uživanja konoplje. Čeprav so bile med državami razlike v časovni razporeditvi in obsegu, se je v Evropi uživanje konoplje precej povečalo v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, temu je sledil ustaljen, toda še vedno naraščajoč trend po letu 2000. Tako je slika stanja v Evropi zdaj tako enotna, kot še ni bila nikoli. Poleg tega zadnji podatki kažejo, da se uživanje konoplje zlasti v državah z visoko razširjenostjo ustaljuje ali celo zmanjšuje. Čeprav so podatki še vedno sorazmerno šibki, je nekaj dokazov, da se priljubljenost droge med mlajšimi starostnimi skupinami v nekaterih državah zmanjšuje. Nacionalni trendi se sicer na splošno razlikujejo, pa vendar smo lahko previdno optimistični, da je stopnjevanje uživanja konoplje, ki ga je Evropa doživljala od devetdesetih let prejšnjega stoletja, doseglo svoj vrh.

Če Evropa vstopa v obdobje bolj ustaljenega uživanja konoplje, je prav tako jasno, da so sedanje ravni v primerjavi s preteklostjo zelo visoke, in čeprav le sorazmerno majhen delež užiivalcev konoplje uživa drogo redno in intenzivno, pa to še vedno pomeni precejšnje število posameznikov. Vedno več dokazov iz raziskav in kliničnih izkušenj danes omogoča boljše razumevanje potreb oseb, ki imajo težave, povezane s konopljo, čeprav v zvezi z obsegom, v katerem pri uživalcih konoplje uživanje konoplje na splošno postane težava, podatki še vedno niso izpopolnjeni. Podatki o zdravljenju, ki jih je zbral center EMCDDA, kažejo, da se je število novih zabeleženih povpraševanj po zdravljenju odvisnosti od konoplje od leta 1999 skoraj potrojilo, čeprav se ta trend zdaj umirja. Razlaga tega trenda je zapletena zaradi več razlogov, med katerimi so tako povečanje obsega storitev, ki so na voljo za težave, povezane s konopljo, kot povečanje storitev za ozaveščanje o teh težavah, pa tudi dejstvo, da je pomemben delež napotitev neposrednih, to je iz organov kazenskega pravosodja ali socialnih služb. Zdi se tudi, da se potrebe užiivalcev konoplje, ki pridejo v stik s storitvami zdravljenja, razlikujejo, prav tako tudi zagotovljeni odzivi, ki segajo od kratkih in v preprečevanje usmerjenih intervencij do bolj formalnih pristopov zdravljenja.

Stanje na področju konoplje v Evropi je zapleteno tudi zaradi tržnih dejavnikov, še dodatno pa to težavo zapleta pomanjkanje dobrih podatkov o sorazmernem deležu

Kratek pregled – ocene uživanja drog v Evropi

(Treba je opozoriti, da se te ocene nanašajo na odraslo populacijo in so najnovejše razpoložljive ocene. Vsi podatki in metodološke opombe so na voljo v Statističnem biltenu 2007.)

Konoplja

Razširjenost uživanja kadar koli v življenju: vsaj 70 milijonov ali eden od petih odraslih Evropejcev.

Zaužitje v zadnjem letu: približno 23 milijonov odraslih Evropejcev ali tretjina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili.

Zaužitje v zadnjih 30 dneh: več kot 13 milijonov Evropejcev.

Razlike med državami pri zaužitju v zadnjem letu: 1,0 do 11,2 %.

Kokain

Razširjenost uživanja kadar koli v življenju: vsaj 12 milijonov ali približno 4 % odraslih Evropejcev.

Zaužitje v zadnjem letu: 4,5 milijona odraslih Evropejcev ali tretjina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili.

Zaužitje v zadnjih 30 dneh: približno 2 milijona.

Razlike med državami pri zaužitju v zadnjem letu: 0,1 do 3 %.

Ekstazi

Razširjenost uživanja kadar koli v življenju: približno 9,5 milijona odraslih Evropejcev (3 % odraslih Evropejcev).

Zaužitje v zadnjem letu: 3 milijoni ali tretjina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili.

Zaužitje v zadnjih 30 dneh: več kot 1 milijon.

Razlike med državami pri zaužitju v zadnjem letu: 0,2 do 3,5 %.

Amfetamini

Razširjenost uživanja kadar koli v življenju: skoraj 11 milijonov ali približno 3,5 % odraslih Evropejcev

Zaužitje v zadnjem letu: 2 milijona ali petina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili.

Zaužitje v zadnjih 30 dneh: manj kot 1 milijon.

Razlike med državami pri zaužitju v zadnjem letu: 0,0 do 1,3 %.

Opioidi

Problematično uživanje opioidov: od enega primera do osem primerov na 1 000 odraslih oseb (od 15 do 64 let).

Zaradi drog je bilo več kot 7 500 primerov akutnih smrti, od tega so pri približno 70 % odkrili opioide (podatki iz leta 2004).

Glavna droga pri približno 50 % vseh povpraševanj po zdravljenju zaradi drog.

Leta 2005 je bilo v nadomestno zdravljenje vključenih več kot 585 000 užiivalcev opioidov.

različnih proizvodov iz konoplje ter njihovi razpoložljivosti v EU. Evropa ostaja glavni svetovni trg za hašiš, katerega večina je proizvedena v Severni Afriki. Tudi marihuana je na voljo v Evropi, vendar je količina zaseženega hašiša desetkrat večja od količine zasežene marihuane. Ta slika pa se morda vendarle spreminja: zasegi hašiša so se leta 2005 nekoliko zmanjšali, medtem ko zasegi marihuane še vedno naraščajo, prav tako tudi zasegi rastlin konoplje. Polovica evropskih držav je poročala o domači proizvodnji konoplje leta 2005. Nekatere oblike doma proizvedene konoplje imajo lahko sorazmerno močan učinek, domača proizvodnja pa vpliva tudi na dejavnosti nadzorovanja drog.

Uživanje konoplje predstavlja kompleksen sklop vprašanj za politiko na področju drog, politiko javnega zdravstva in socialno politiko v Evropi. Pozitivna novost je, da države članice začnejo bolj razumevati posledice razširjenega uživanja te droge ter da postaja razprava bolj osredotočena in manj nagnjena k podcenjevanju ali precenjevanju problema.

Kokain: ocene uživanja ponovno višje

Center EMCDDA je v tem poročilu popravil svojo oceno, koliko Evropejcev je v zadnjem letu zaužilo kokain, in sicer s 3,5 milijona v letnem poročilu za leto 2006 na 4,5 milijona. Tudi splošna slika umirjanja stanja, o kateri se je poročalo lani, postaja vprašljiva zaradi novih podatkov, ki kažejo na splošno povečanje uživanja kokaina. Novi podatki potrjujejo, da je kokain v Evropi na splošno po vseh merilih druga najpogostejše zaužita prepovedana droga za konopljo, sledita pa mu ekstazi in amfetamin, ocene uživanja kokaina v zadnjem mesecu pa so več kot dvakrat višje od ocen za ekstazi. Čeprav nedavno povečanje pomeni, da zdaj več držav poroča o večjih populacijah uživalcev kokaina, pa razlike med državami ostajajo velike. O nižjih ravneh uživanja kokaina so poročali iz večine držav vzhodne Evrope.

Povečane ravni razširjenosti prikazujejo tudi novi podatki iz Španije in Združenega kraljestva, ki sta državi z največjo razširjenostjo v Evropi – čeprav povečanja v nobenem primeru niso zelo velika. Ravni razširjenosti v zadnjem letu med mladimi odraslimi v obeh državah so podobne ali večje od ravni v ZDA. V obeh državah je skrb vzbujajoče sorazmerno veliko uživanje kokaina med mladimi (4–6 % 15- do 16-letnikov). Analiza kaže, da je nedavno povečanje v Španiji treba pripisati povečanemu uživanju v starostni skupini 15–24 let. Treba je omeniti, da so ocene števila oseb, ki imajo resne težave s kokainom, precej nižje. Čeprav so ocene problematičnega uživanja kokaina na voljo samo za tri države (Španijo, Italijo, Združeno kraljestvo), številke zajemajo med 0,3 in 0,6 % odrasle populacije. Uživanje

crack kokaina ostaja v Evropi še vedno redko, toda tam, kjer se pojavlja, povzroča resne, lokalno omejene težave.

Tudi drugi kazalniki prikazujejo trend naraščanja in potrjujejo, da ima kokain v okviru problematike drog v Evropi vedno večji pomen. Povečali sta se količina in število zasegov, kar morda izraža povečano usmerjanje na evropski trg, vendar morebiti tudi povečane dejavnosti v zvezi s prepovedovanjem. Usklajenih ukrepov proti trgovini s kokainom je v Evropi vedno več, na Portugalskem bo celo nameščena nova medvladna delovna skupina, kar se zdi primerno ob upoštevanju vedno večjega pomena te države pri prepovedih v zvezi s kokainom. Čeprav se zdi, da rekordni zasegi niso vplivali na cene, ki še vedno padajo, pa so morda vplivali na stopnje čistosti.

Povečane ravni uživanja kokaina so do zdaj le zmerno vplivale na kazalnike, povezane z zdravjem, toda to se spreminja. Vsako leto je v Evropi zabeleženih približno 400 s kokainom povezanih smrtnih primerov in obstaja sum, da se veliko smrtnih primerov zaradi kardiovaskularnih vzrokov, pri katerih je bil kokain otežujoč dejavnik, ne odkrije. Povpraševanje po zdravljenju za osebe, ki imajo težave s kokainom, narašča. Leta 2005 je bil kokain primarna droga pri približno 13 % oseb, ki so povpraševale po zdravljenju, pri novih osebah na zdravljenju pa je bil ta delež še večji (22 %). Število novih zabeleženih povpraševanj po zdravljenju v zadnjih petih letih se je približno potrojilo in znaša zdaj več kot 33 000. Po poročanju je bil kokain tudi sekundarna droga v približno 15 % primerov in v nekaterih državah se vedno bolj zavedajo, da hkratno uživanje kokaina otežuje zdravljenje težav, povezanih z opiodi. Skupno povpraševanje po zdravljenju odvisnosti od kokaina je nižje od povpraševanja v zvezi s konopljo in precej nižje od povpraševanja v zvezi s opiodi.

HIV: splošna ocena je pozitivna, toda nove okužbe poudarjajo potrebo po nadaljnjih prizadevanjih

V devetdesetih letih prejšnjega stoletja je bila izkušnja ali potencialna grožnja razširjanja epidemije virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog spodbuda za razvoj storitev za to skupino. Širjenje storitev je epidemijo virusa HIV, kot je bila pred tem opažena v Evropi, pretežno preprečilo. Čeprav so bile krajevno omejene težave opažene v nekaterih, predvsem baltskih, državah, pa so v nekaterih državah, ki so jih prizadele prejšnje epidemije, ravni razširjenosti virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog ostale visoke. Čeprav se je prenašanje virusa HIV preko vbrižgavanja drog zmanjšalo, EMCDDA na splošno ocenjuje, da je bilo leta 2005 ugotovljenih približno 3 500 novih primerov okužbe z virusom HIV v Evropski uniji zaradi uživanja drog z vbrižgavanjem. Ta številka je nizka v primerjavi

s preteklostjo, vendar še vedno pomeni precejšen problem javnega zdravstva.

Analiza najnovejših podatkov kaže, da so ravni novih okužb, povezanih z uživanjem drog z vbizgavanjem, v večini držav nizke ter da se je v večini regij EU razširjenost virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog v obdobju med letoma 2001 in 2005 zmanjšala. Zato se zlasti na območjih, kjer je bila razširjenost velika, breme okužb zaradi uživanja drog z vbizgavanjem verjetno zmanjšuje. Stanje v Estoniji, Latviji in Litvi ostaja skrb vzbujajoče, toda večina zadnjih podatkov za te države prav tako kaže sorazmerno zmanjšanje števila novih okužb.

V zvezi s to oceno je treba opozoriti, da so podatki na nekaterih območjih omejeni in da je bilo v študijah časovnih trendov v zadnjih petih letih zabeleženo povečanje na nekaterih območjih ali vzorcih v približno eni tretjini držav. Poleg tega so v nekaterih državah skrb vzbujajoče sorazmerno visoke ravni novih okužb ali majhno nedavno povečanje razširjenosti, čeprav splošne ravni ostajajo nizke. Glede na to, da je bilo v nedavni preteklosti dokazano, kako hitro se lahko problemi z virusom HIV razširijo med ranljivim prebivalstvom, je s tem še poudarjena potreba o nadaljnjem usmerjanju in razvoju storitev, ki bodo na voljo ogroženim osebam.

Hepatitis C ostaja skrita epidemija v Evropi

EMCDDA ocenjuje, da morda kar 200 000 Evropejcev živi z okužbo z virusom HIV in so sedanji ali nekdanji injicirajoči uživalci drog. Čeprav je javnost dobro ozaveščena o tveganju okužbe z virusom HIV pri uživanju drog z vbizgavanjem, pa se je treba zavedati tudi, da je po ocenah vsaj 1 milijon občasnih injicirajočih uživalcev drog okuženih z virusom hepatitisa C (HCV) – vključno s precejšnjim deležem oseb, ki drog ne uživajo več.

Hepatitis C ima lahko resne zdravstvene posledice, med drugim tudi rak in smrt, in potrebe ljudi, okuženih z HCV, lahko verjetno precej obremenijo proračune za zdravstvo. Ravni HCV v Evropi so visoke med populacijami, ki uživajo droge z vbizgavanjem, študije pa kažejo, da mladi injicirajoči uživalci drog še vedno za to boleznijo obolevajo kmalu po tistem, ko začnejo jemati droge, kar omejuje možnosti za pravočasno posredovanje. Za razliko od hepatitisa B, kjer se zdi, da so intervencije koristne, iz podatkov o HCV ni razviden noben jaseen trend, čeprav bi lahko iz razlik med državami izpeljali nekaj opornih točk v zvezi s tem, kakšni ukrepi bi bili učinkoviti na tem področju.

Uživanje heroina je ustaljeno, skrb vzbujajoči pa so vedno večji problemi s sintetičnimi opioidi

Ocenjuje se, da se je potencialna svetovna proizvodnja heroina, predvsem v Afganistanu, leta 2006 ponovno

povečala na več kot 600 ton. Za Evropo se s tem postavlja vprašanje: kako bo to povečanje vplivalo na problem drog? Naraščajoča proizvodnja heroina v večini kazalnikov uživanja heroina sploh še ni vidna – ti kazalniki so na splošno že nekaj časa nespremenjeni. Dokazi iz analize podatkov o zdravljenju odvisnosti od drog in o prevelikih odmerkih kažejo, da se populacija, ki uživa heroin, v Evropi še vedno stara, čeprav slika v vzhodnoevropskih državah ni tako jasna. Tudi splošne ocene problema uživanja droge kažejo navadno ustaljeno stanje. Kljub temu pa padanje cene droge in večanje števila mladih uživalcev heroina, ki se zdravijo, v nekaterih državah poudarjata potrebo po nenehni previdnosti.

Čeprav trenutno ni jasnih dokazov, da bi uživanje heroina med mladimi postajalo vedno bolj priljubljeno, pa obstaja veliko pokazateljev iz različnih poročil, da je uživanje sintetičnih drog vedno večja težava v nekaterih predelih Evrope in da sintetični opioidi celo zamenjujejo heroin v nekaterih državah. V Avstriji je med osebami, ki povprašujejo po zdravljenju, vedno večji delež oseb, ki so mlajše od 25 let in iščejo pomoč za težave zaradi uživanja opioidov, preusmerjenih iz zakonite uporabe. Podobno poroča Belgija, da se je nekoliko povečalo nezakonito uživanje metadona, na Danskem pa se metadon navadno omenja v poročilih o z drogami povezanih smrtnih primerih. Tudi za buprenorfin, drogo, ki je po mnenju nekaterih manj privlačna na trgu prepovedanih drog, se poroča, da se vedno bolj uživa in z vbizgavanjem uporablja na Češkem, da je zamenjal heroin na Finskem, spremljanje v Franciji pa kaže na skrb vzbujajočo nezakonito uživanje te droge, vključno z injicirajočim uživanjem med mladimi, ki so uživanje opioidov začeli z buprenorfinom in ne s heroinom.

Trend upadanja smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog se zmanjšuje

Center EMCDDA redno poroča o akutnih z drogo povezanih smrtnih primerih v Evropi – to so predvsem smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka, navadno heroina ali drugih opioidov, čeprav gre v večini primerov za zaužitje več snovi. Smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka so med mladimi odraslimi pomemben vzrok tistih smrti, ki bi jih bilo mogoče preprečiti.

Od leta 2000 je veliko držav EU poročalo o zmanjšanju števila z drogami povezanih smrtnih primerov, kar verjetno kaže na več zagotovljenih storitev ali spremembe v številu injicirajočih uživalcev heroina. Vendar pa se ta trend leta 2004 in 2005 ni nadaljeval. Zlasti skrb vzbujajoče je dejstvo, da je v nekaj državah naraščal delež mladih med temi smrtnimi primeri. Zmanjšanje števila z drogami povezanih smrtnih primerov je pomemben cilj na področju javnega

zdravstva, treba pa je ugotoviti razloge, zakaj je trend upadanja negotov.

Smrt zaradi prevelikega odmerka ni edino zdravstveno tveganje, s katerim se srečujejo osebe, ki imajo težave z drogami. Študije kažejo, da je dodatna smrtnost med

problematičnimi uživalci drog zaradi vseh razlogov skupaj precejšnja, in sicer je kar 10-krat večja od smrtnosti, pričakovane za splošno populacijo. Zato je treba za občutno zmanjšanje obolevnosti in smrtnosti, povezane s kroničnim uživanjem drog, razviti celosten pristop, ki bo obravnaval fizične in duševne potrebe te skupine.

Afganistan – bi alternativni razvojni ukrepi lahko učinkovali?

Trajnost splošno ustaljenega ali izboljšujočega se stanja na področju uživanja heroina v Evropi postaja vprašljiva zaradi vedno večje proizvodnje opija v Afganistanu. Ocene za leto 2006 kažejo, da se je zaradi bistvenega povečanja obdelanih površin proizvodnja povečala za 43 %.

Zasegi opioidov in odkriti laboratoriji kažejo, da se vedno večje količine opija, proizvedenega v Afganistanu, v tej državi tudi predelajo v morfij ali heroin, preden se izvozijo (CND, 2007). Heroin nato prihaja v Evropo po dveh glavnih trgovskih poteh: po stari balkanski poti, ki je še vedno najpomembnejša za tihotapljenje heroina, in novejši „svileni“ poti (glej poglavje 6).

Regionalne razlike znotraj Afganistana kažejo, da se z gospodarsko rastjo lahko zmanjša gojenje vrtnega maka, vendar pa kažejo tudi, da lahko pomanjkanje politične varnosti, korupcija in infrastrukturne težave to ogrozijo. Zmanjšanje gojenja je mogoče hitro doseči, enako hitro pa se lahko tudi poveča. V pokrajini Nangarhar na vzhodu države se je na primer raven gojenja vrtnega maka zmanjšala za 96 % v obdobju 2004/05, vendar se je nato tam in v mnogih drugih okrožjih spet vrnila na prejšnjo raven, delno zaradi ekonomskih potreb gosto naseljenih področij, ki niso bila sposobna razširiti pridelave na druge cenjene pridelke in izkoristiti možnosti prihodkov iz nekmetijskih dejavnosti (Mansfield, osebno sporočilo in 2007).

Nasprotno bodo v drugih delih vzhodne regije ravni gojenja najbrž ostale zanemarljive in najbrž se lahko pričakuje celo zmanjšanje gojenja v južnih pokrajinah Kandahar in Helmand na območjih v bližini pokrajinskih središč. Zdi se, da sta večji vladni nadzor in večja razvejanost kmetijske proizvodnje podpora dejavnika, ki sta omogočila, da so se uveljavili pridelki sorazmerno visoke vrednosti ter da se je hkrati vzpostavila prometna in tržna infrastruktura. Na severu in severovzhodu države sta povečevanje plač in padanje cene opija pridelovalce odvrgla od gojenja opija, poleg tega pa nekatere vrste zelenjave visoke vrednosti dejansko ustvarjajo večji donos kot mak. Na teh območjih sta prizadevanje na področju boja proti drogam in večja udeležba vlade podprla povečevanje raznolikosti pridelkov, kar je pripomoglo k splošnemu zavedanju, da se bodo ukrepi na področju prepovedi opija dejansko izvajali.

Povečevanje stroškov dela in padanje cen zdaj pomenita, da donosnost vrtnega maka ni nespodbitna in da je na nekaterih območjih mogoče ustvariti večji dobiček s pridelavo drugih proizvodov, zlasti tam, kjer so na voljo tudi možnosti dohodka iz nekmetijskih dejavnosti. Te zakonite možnosti zaslužka pa seveda niso na voljo vsem in na številnih območjih so možnosti kmetov omejene zaradi visokih stroškov prevoza, slabih cest in težav s pomanjkanjem varnosti. Na teh območjih korupcija in negotovost zmanjšujeta možnosti trgovanja z zakonitim blagom in ovirata gospodarsko rast in prizadevanja za spodbujanje raznovrstnosti pridelkov, celo na območjih, ki so razmeroma blizu pokrajinskim središčem.



Poglavje 1

Politike in zakoni

V tem poglavju so opisane politike EU kot celote in politike posameznih držav članic v zvezi z drogami ter povezave med tema ravnema oblikovanja politik. Center je z zbiranjem podatkov, opravljenim v poročevalnem obdobju, omogočil pregled trenutnih nacionalnih strategij boja proti drogam in institucionalnih okvirov po Evropi. Ocenjevanje stroškov, ki jih ima družba zaradi drog, je obravnavano v razdelku o javnih izdatkih za boj proti drogam. Na podlagi podatkov o nacionalnih javnih izdatkih, ki so jih sporočile države članice, je izračunan prvi približek celotnega zneska, ki so ga evropske vlade porabile zaradi fenomena drog. Zakonodajne spremembe, osredotočene na zmanjševanje ponudbe in pravne pristope k testiranju uživanja drog, so opisane v razdelku o zadnjih spremembah nacionalnih zakonodaj. Pregled najnovejših statistik o kršitvah zakonov o drogah in trendi kaznivih dejanj, ki vključujejo opioide in konopljo, so predstavljeni v poglavju o kriminalu, povezanem z drogo. Poglavje se zaključi z razdelkom o raziskavah v zvezi z drogami v Evropi.

Nacionalne strategije boja proti drogam

Splošno stanje in nove razvojne spremembe

Na začetku leta 2007 so imele vse države članice EU, razen Italije, Malte in Avstrije, nacionalne strategije boja proti drogam, nekatere pa tudi akcijske načrte. V tem obdobju je bilo v Evropi skupaj veljavnih več kot 35 različnih nacionalnih načrtovalnih dokumentov za boj proti drogam, ki so pokrivali obdobja od dveh let (češki akcijski načrt) do več kot deset let (nizozemska nacionalna strategija boja proti drogam).

V zadnjih letih je bil opazen trend prehoda z enega nacionalnega načrtovalnega dokumenta na sprejetje dveh dopolnilnih instrumentov: strateškega okvira in akcijskega načrta. Ta pristop, ki omogoča boljše opredeljevanje kratko-, srednje- in dolgoročnih ciljev, se zdaj uporablja v skoraj polovici držav članic EU ter je še pogostejši v državah, ki so se EU pridružile v letih 2004 in 2007: osem od teh 12 držav ima strategijo boja proti drogam in akcijski načrt.

Politika združevanja strategij boja proti drogam z akcijskimi načrti omogoča podrobnejše opredeljevanje ciljev, ukrepov, pristojnosti in rokov. Nekatere države, na primer Ciper,

Latvija in Romunija, so vključile podrobne postopke izvajanja v svoje strategije in akcijske načrte za boj proti drogam. Ta pristop, ki ga že nekaj časa uporabljajo tudi druge države članice (npr. Španija, Irska in Združeno kraljestvo), postaja vedno bolj razširjen in je uporabljen tudi v trenutnem akcijskem načrtu EU za boj proti drogam.

Leta 2006 so štiri države članice (Grčija, Poljska, Portugalska in Švedska) ter Turčija, pa tudi Severna Irska in Združeno kraljestvo, sprejeli nove strategije ali akcijske načrte za boj proti drogam. Nobena od teh držav ni tega storila prvič in v vseh nacionalnih poročilih je bilo navedeno, da novi dokumenti politike boja proti drogam temeljijo na izkušnjah preteklih dokumentov. Dve državi članici, Malta in Avstrija, ter Norveška bodo leta 2007 sprejele nove strategije boja proti drogam, Češka, Estonija, Francija in Madžarska pa bodo izvedle nove akcijske načrte.

Vsebina

Ključni cilj nacionalnih strategij in akcijskih načrtov za boj proti drogam vseh držav članic EU, držav kandidat in Norveške je zmanjšati uživanje drog na splošno, še zlasti pa problematično uživanje drog. Skupen cilj vseh držav je tudi preprečevati in zmanjšati individualno in kolektivno škodo zaradi uživanja drog. Poleg tega jim je skupen „celovit“ pristop, pri katerem so intervencije za zmanjševanje ponudbe drog in intervencije za zmanjševanje povpraševanja po drogah povezane. Zelo je razširjen tudi „uravnotežen“ pristop, katerega prednostni cilj je zmanjševati ponudbo in povpraševanje. Vsi ti elementi so del strategije EU na področju drog.

Razpon psihoaktivnih snovi, vključenih v nacionalne strategije boja proti drogam, je področje, na katerem se evropske države precej razlikujejo. To je razvidno iz novih dokumentov, sprejetih leta 2006. Dva od teh dokumentov obravnavata predvsem prepovedane droge (Poljska, Portugalska), čeprav vključujeta tudi nekatere povezave med strategijami na področju drog in strategijami na področju alkohola/tobaka, dva obravnavata prepovedane droge in alkohol (Grčija, Severna Irska v Združenem kraljestvu), eden (Turčija) pa obravnava vse snovi, ki povzročajo odvisnost. Poleg tega je Švedska hkrati sprejela dva povezana akcijska

načrta, enega za alkohol in drugega za prepovedane droge. V nekaterih državah (npr. Nemčiji in Franciji) so že več let opazna prizadevanja za združitev politik boja proti dovoljenim in prepovedanim drogam ⁽¹⁾. Področje uporabe prihodnjih strategij boja proti drogam in njihovo združevanje z drugimi strategijami na področju javnega zdravstva bo najbrž pomembna tema tudi v prihodnjih letih.

Nacionalne strategije in akcijski načrti za boj proti drogam na splošno vključujejo intervencije na področjih preprečevanja, zdravljenja in rehabilitacije ter zmanjševanja škode in zmanjševanja ponudbe. Med državami pa se razlikujeta obseg različnih intervencij in pomen, ki jim ga pripisujejo ⁽²⁾. To je mogoče pojasniti z razlikami v obsegu in značilnostih problema na področju drog, pa tudi z raznolikostjo socialnih in zdravstvenih politik v Evropi. Finančna sredstva, javno mnenje in politična kultura so tudi pomembni dejavniki, mogoče pa je dokazati, da države s podobnimi značilnostmi sprejemajo podobne politike na področju drog (Kouvonen et al., 2006).

Vrednotenje

Raznolikost nacionalnih strategij boja proti drogam v EU je mogoče videti kot prednost, saj omogoča primerjalno analizo različnih pristopov. Vrednotenje nacionalnih strategij in akcijskih načrtov na področju drog je torej pomembno ne le za ocenjevanje prizadevanj na nacionalni ravni, temveč tudi za izboljšanje celotnega razumevanja učinkovitosti strategij na področju drog. EU in države članice so na tem področju vložile že precej sredstev.

Skoraj vse evropske države navajajo cilj vrednotenja nacionalnih strategij na področju drog. Vlade želijo vedeti, ali se njihove politike uresničujejo in ali se dosegajo pričakovani rezultati. V dveh državah članicah (Belgija, Slovenija) je področje vrednotenja omejeno na nekaj izbranih projektov. V večini držav članic in na ravni EU se izvajanje ukrepov iz nacionalnih strategij na področju drog sistematično spremlja. To omogoča preglede napredka, katerih ugotovitve se lahko uporabijo za izboljšanje ali prenovo obstoječih strategij ali akcijskih načrtov na področju drog.

Splošna vrednotenja, ki vključujejo postopek, učinek, rezultat in posledice, v Evropi niso tako pogosta. Nekatere države (Estonija, Grčija, Španija, Poljska in Švedska) poročajo o načrtovanju notranjega vrednotenja na podlagi pregledov napredka pri izvajanju ter drugih razpoložljivih epidemioloških in kriminoloških podatkov. V nekaterih primerih (Luksemburg, Portugalska) bo to vrednotenje opravil zunanji organ.

Če povzamemo, postajajo pregledi napredka pri izvajanju nacionalnih strategij in akcijskih načrtov na področju drog

v Evropi standardni. Naslednji korak – razvoj vrednotenja rezultatov in učinka – je še vedno na začetku in prihodnja ocena učinka akcijskega načrta EU na področju drog 2005–2008, v zvezi s katero je Evropska komisija naročila izdelavo študije za oblikovanje metodologije, bi lahko postala zgled. Dejavnosti potekajo tudi pri razvoju indeksov za ocenjevanje učinka nacionalnih strategij boja proti drogam ali splošnega stanja na področju drog. Združeno kraljestvo ter Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih (UNODC) sta zelo prizadevna na tem področju.

Indeksi politik na področju drog

Indeks škode zaradi drog (drug harm index, DHI), izdelan v Združenem kraljestvu, je namenjen ocenjevanju družbenih stroškov škode zaradi problematičnega uživanja katere koli prepovedane droge. Vključuje štiri vrste škode: vplivi na zdravje, družbena škoda, z drogami povezan domači kriminal in z drogo povezan gospodarski kriminal. Vendar pa ta indeks ni namenjen temu, da bi v celoti povzel stanje v državi na področju drog, ker so kazalniki omejeni na tiste, za katere so že na voljo zanesljivi podatki, rezultati in trendi pa se uporabljajo kot osnova za ocenjevanje prihodnjega napredka (MacDonald et al., 2005). Indeks prepovedanih drog UNODC (illicit drug index, IDI) združuje tri razsežnosti fenomena drog: proizvodnjo drog, trgovanje z drogami in zlorabo drog. Končni rezultat je splošen in temelji na „dejavniku škode/tveganja na prebivalca“, ki naj bi izražal razsežnosti vseh problemov na področju drog, ki se pojavijo v posamezni državi (UNODC, 2005).

Konceptualizacija obeh instrumentov vključuje zanimiv metodološki razvoj ter omogoča prvi vpogled v uporabo splošnih indeksov za ocenjevanje strategij boja proti drogam in spremljanje splošnega stanja na področju drog. Prve ugotovitve kažejo, da so ti instrumenti lahko uporabni za longitudinalno spremljanje nacionalnega stanja, vendar pa je treba za dejansko razumevanje dogajanja rezultate kontekstualizirati z analizo posameznih kazalnikov v indeksih. Uporaba splošnega indeksa za primerjavo med državami bi lahko bila težja zaradi omejenih razpoložljivih podatkovnih nizov in odsotnosti kontekstualnih spremenljivk (npr. geografskega stanja) v analizi.

Usklajevalni mehanizmi

Zdaj imajo skoraj vse države članice EU in Norveška vzpostavljene formalne usklajevalne mehanizme na področju drog, vendar pa se obstoječi sistemi precej razlikujejo, kar je posledica razlik v političnih strukturah med državami. Vseeno je mogoče opisati nekatere splošne značilnosti.

Večina držav ima usklajevalne mehanizme na področju drog na nacionalni ravni in regionalni ali lokalni ravni. Na nacionalni

⁽¹⁾ Glej izbrano vprašanje za leto 2006 „Evropske politike drog: ali segajo prek prepovedanih drog?“

⁽²⁾ Glej poglavje 2.

Nova uredba o Evropskem centru za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

12. decembra 2006 sta Evropski parlament in Svet Evropske unije podpisala preoblikovano uredbo o Centru, ki je začela veljati januarja 2007.

V novi uredbi se poudarja pomen ključnih kazalnikov in ugotavlja, da je njihova uvedba predpogoj za opravljanje nalog Centra. Poudarjena je tudi potreba po razvoju informacijskega sistema, ki bi zaznaval nove in nastajajoče trende.

Novi dokument povečuje pristojnosti Centra. Zdaj je poudarjeno zlasti zagotavljanje informacij o hkratnem uživanju dovoljenih in prepovedanih psihoaktivnih snovi ter najboljši praksi v državah članicah. Center lahko tudi razvija orodja in instrumente, ki državam članicam pomagajo spremljati in ocenjevati nacionalne politike na področju drog, Evropski komisiji pa, da to počne

na ravni EU. Vsi ti novi elementi bodo agenciji omogočili zagotavljanje popolnejše slike v zvezi s pojavom drog.

V novi uredbi je bolj poudarjeno sodelovanje s partnerskimi agencijami, zlasti z Europolom pri spremljanju novih psihoaktivnih snovi, in drugimi partnerji, kot so SZO, ZN ali ustrezni statistični organi, da bi dosegli čim večjo učinkovitost. V novi uredbi je pojasnjeno, v katere države lahko Center prenese svoje strokovno znanje in izkušnje na zahtevo Evropske komisije in z odobritvijo upravnega odbora.

Vloga mreže nacionalnih kontaktnih točke Reitox je v novem dokumentu jasneje opredeljena. Preoblikovana uredba spreminja tudi določila v zvezi z znanstvenim odborom. S tem odborom bo agenciji na voljo povezovalno in neodvisno telo, ki ga bodo sestavljali ugledni znanstveniki. Poleg tega, da bo pomagal zagotavljati kakovostno delo Centra, bo tudi vez s širšo znanstveno in raziskovalno skupnostjo.

ravni imajo po navadi medresorski odbor za droge, ki ga pogosto dopolnjujeta nacionalna agencija za usklajevanje na področju drog in/ali nacionalni koordinator na področju drog, ki je pristojen za vsakodnevno usklajevanje dejavnosti. Večina držav ima agencije za usklajevanje na področju drog in/ali koordinatorje na področju drog na regionalni ali lokalni ravni.

Evropske države se razlikujejo v načinu povezovanja usklajevalnih mehanizmov na nacionalni ravni s tistimi na regionalni ali lokalni ravni. V nekaterih državah, zlasti tistih z zvezno ureditvijo (npr. Belgija, Nemčija), se uporabljajo vertikalni sistemi usklajevanja, da se omogoči sodelovanje med različnimi usklajevalnimi organi, ki delujejo neodvisno. V drugih državah (npr. na Finskem, Portugalskem) usklajevanje na regionalni ali lokalni ravni neposredno nadzorujejo nacionalni organi za usklajevanje.

Primerjalno analizo usklajevalnih mehanizmov na področju drog v EU otežuje raznolikost obstoječih sistemov. Vendar pa je študija, ki jo je naročil Center, pokazala, da je usklajevalne sisteme mogoče oceniti z osredotočanjem na njihovo „izvedbeno kakovost“, kar je koncept za proučevanje njihove zmogljivosti glede doseganja rezultatov na področju usklajevanja (Kenis, 2006). Ta pristop se bo še razvijal, da se bo lahko uporabljal za vrednotenje nacionalnih sistemov za usklajevanje na področju drog.

Javni izdatki za boj proti drogam

Javni izdatki za problem drog, o katerih so poročale Evropske države, znašajo od 200 000 EUR do 2 290 milijonov EUR ⁽³⁾. Tako velike razlike se lahko delno pojasnijo z različno velikostjo držav članic, delno pa z razlikami med državami, kar se tiče sporočenih vrst izdatkov

in popolnosti podatkov. Večina držav je poročala samo o izdatkih, povezanih z izvajanjem nacionalnih programov politike na področju drog, ter ni opredelila drugih izdatkov na področju zmanjševanja ponudbe in povpraševanja. Poleg tega niso bila vedno vključena vsa glavna področja porabe državnih sredstev za fenomen drog. Le 15 od 23 držav je navedlo podrobne informacije o izdatkih za „zdravstvene in socialne“ dejavnosti (zdravljenje, zmanjševanje škode, zdravstvene raziskave ter izobraževalne in socialne dejavnosti ter dejavnosti preprečevanja), samo 14 držav pa je poročalo o izdatkih za „kazenski pregon“ (dejavnosti policije, vojske, sodišč, zaporov ter carinskih in finančnih organov). Informacije o izdatkih na drugih področjih (npr. upravljanje, usklajevanje, spremljanje in mednarodno sodelovanje) so bile še redkejše (sedem držav), prav tako tudi informacije o regionalnih in občinskih proračunih (šest držav).

Šest držav je predložilo podrobne informacije o izdatkih, povezanih z bojem proti drogam (preglednica 1). V teh državah so javni izdatki, povezani z drogami, obsegali od 0,11 % do 0,96 % skupnih letnih javnofinančnih izdatkov (srednja vrednost 0,32 %) ali od 0,05 do 0,46 % nacionalnega bruto domačega proizvoda (BDP) (srednja vrednost 0,15 %). Za dejavnosti „kazenskega pregona“ je bilo porabljenih od 24 do 77 % skupnih izdatkov, preostanek pa je bil porabljen za „zdravstvene in socialne“ dejavnosti.

Skupaj so evropske države poročale o celotnem znesku javnofinančnih izdatkov v zvezi z drogami v višini 8,1 milijarde EUR. Ta številka najbrž ne izraža celotnega obsega javnofinančnih izdatkov v zvezi z drogami glede na visoko stopnjo pomanjkljivega poročanja. Šest držav članic, vključenih v preglednico 1, predstavlja 76 % skupnih javnih izdatkov, o katerih so poročale države članice EU in Norveška. Na podlagi

⁽³⁾ Skupne zneske z drogami povezanih javnih izdatkov v letu 2005 v državah članicah EU in na Norveškem so opredelile ustrezne nacionalne kontaktne točke.

Stroški uživanja drog

Študije o stroških uživanja drog so lahko pomemben vir informacij za razvoj in vodenje politik na področju drog.

Stroški, povezani z drogami, se lahko razdelijo na dve večji skupini: na neposredne in posredne stroške. Neposredni stroški so stroški, za katere se opravijo izplačila, in ponavadi vključujejo izdatke na področju preprečevanja, zdravljenja, zmanjševanja škode in kazenskega pregona. Posredni stroški ustrezajo vrednosti produktivnih storitev, ki niso bile opravljene zaradi uživanja drog, ter po navadi vključujejo izgubljeno storilnost zaradi obolevnosti in umrljivosti v zvezi z drogami. Stroški, povezani z drogami, lahko vsebujejo tudi neopredmetene stroške doživete bolečine in trpljenja, po navadi v obliki meritev kakovosti življenja, vendar se ta kategorija stroškov pogosto ne upošteva, ker jo je težko natančno izmeriti v denarnem smislu.

Študija stroškov se lahko opravi z različnih vidikov, pri čemer lahko vsak vidik vključuje različne stroške, na primer stroške družbe v celoti, vlade, sistema zdravstvenega varstva, tretjih plačnikov ter uživalcev drog in njihovih družin.

Družbeni vidik

Družbeni stroški, povezani z drogami, so vsota vseh neposrednih ali posrednih stroškov družbe zaradi uživanja drog. Rezultat, izražen v denarnem smislu, je ocena celotnega bremena, ki ga družba nosi zaradi uživanja drog (Single et al., 2001).

Opredelitev družbenih stroškov uživanja drog je koristna na več načinov. Prvič, razkrije, koliko družba porabi za vprašanja v zvezi z drogami, vključno z zneskom, ki bi ga lahko prihranila, če bi se uživanje drog popolnoma odpravilo. Drugič, opredeli različne elemente stroškov in velikost prispevka posameznih družbenih sektorjev. Te informacije so lahko koristne pri opredeljevanju prednostnih nalog financiranja, ker razkrivajo, katera področja so morda neučinkovita in kje je mogoče prihraniti.

podatkov, ki jih je predložilo teh šest držav, je izračunano, da skupni javni izdatki evropskih držav, povezani z drogami, znašajo med 13 in 36 milijard EUR⁽⁴⁾. Te številke predstavljajo od 0,12 do 0,33 % BDP EU (25 držav) v letu 2005.

Na ravni EU bo Evropska komisija v novem proračunu za obdobje 2007–2013 zagotovila precejšnja sredstva za obravnavanje problematike drog. Trenutno potekajo pogajanja o novem instrumentu za financiranje preprečevanja na področju uživanja drog in obveščanja v višini 21 milijonov EUR, ki bi lahko bil sprejet do konca leta 2007, s čimer bi bili letos na voljo 3 milijoni EUR za naddacionalne ukrepe. Drugi novi finančni instrumenti, kot so na primer program preprečevanje kriminala in boj proti njemu, program

Vidik javnih izdatkov

Izraz „javni izdatki“ se nanaša na vrednost blaga in storitev, ki jih kupijo državne oblasti (na centralni, regionalni ali lokalni ravni) za opravljanje svojih nalog (zdravstveno varstvo, pravosodje, javni red, izobraževanje in storitve socialne varnosti). Analiza javnih izdatkov posamezne države zagotovi uporabne informacije o sposobnosti vlade za učinkovito porabo sredstev.

Ocena javnih izdatkov, povezanih z drogami, se razlikuje od ocene družbenih stroškov. Javni izdatki so le en del družbenih stroškov in imajo predvsem obliko neposrednih stroškov. Posredni stroški so izrecno izključeni, ker gre za stroške zasebnih subjektov (npr. zasebnih družb za zdravstveno zavarovanje). Neposredne javne izdatke, ki so jasno označeni kot „povezani z drogami“, je mogoče najprej izslediti z izčrpnim pregledom uradnih dokumentov za poročanje o finančnem položaju (npr. proračunov ali poročil ob koncu leta). Izračuni so zapleteni, kadar izdatki, povezani z drogami, niso označeni kot taki, ampak so vključeni v programe s širše zastavljenimi cilji (npr. celotni proračun za policijske naloge). V tem primeru je treba neposredne neoznačene izdatke, povezane z drogami, izračunati z uporabo modelnega pristopa.

Primarni cilj izračuna družbenih stroškov je primerjati breme, ki ga nosi družba zaradi problemov drog, s stroški, ki jih ima družba z reševanjem teh problemov (vključno z možnimi posrednimi učinki). Pri tem se nenadajne pojavi vprašanje učinkovitosti in uspešnosti: ali vlade svoje denar porabljajo premišljeno za reševanje pravih problemov? Nekateri avtorji (Reuter, 2006) menijo, da imajo za namene politik javni izdatki večjo težo kot družbeni stroški. S proračunom za droge je mogoče ugotoviti, katere politike vlada uporablja za zmanjševanje uživanja drog in s tem povezanih problemov, kar je prvi korak pri odločitvi, ali sta raven in vsebina teh politik ustrezni.

javnega zdravja 2007–2013 in 7. okvirni program RTR 2007–2013, tudi zagotavljajo priložnosti za financiranje organizacij, ki delujejo na različnih področjih, povezanih z drogami. Poleg tega so od leta 2005 ES in države članice sofinancirale projekte pomoči v zvezi z drogami v tretjih državah v vrednosti več kot 750 milijonov EUR.

Center si trenutno v odgovor na akcijski načrt EU na področju drog 2005–08 prizadeva za razvoj metodologije, ki bo državam članicam, državam kandidatkam in Norveški omogočila, da bodo zbirale standardizirane podatke o izdatkih, povezanih z drogami. Center bo tako lahko izračunal, kolikšni so skupni javni izdatki na področju drog in kako so porazdeljeni med različnimi dejavnostmi.

(4) Od šestih držav so štiri (Madžarska, Nizozemska, Finska in Švedska) zagotovile podrobno oblikovane pristope pri svojih podatkih. Interval celotnih skupnih zbranih izdatkov za druge države dobimo z uporabo vrednosti prve in tretje četrtinske vrednosti porazdelitve odstotka celotnih splošnih javnofinančnih izdatkov (0,18 % oziroma 0,69 %) in odstotka BDP (0,08 % oziroma 0,37 %), javno porabljenega v šestih izbranih državah.

Preglednica 1: Primerjava izbranih držav s popolnimi podatki in dodatni podatki o sestavi njihovih javnih izdatkov, povezanih z drogami

Država	Skupni izdatki, o katerih so države poročale			Delež skupnih izdatkov, namenjen za	
	znesek (v milijonih EUR)	kot delež javnih izdatkov ⁽¹⁾ (%)	kot delež BDP ⁽²⁾ (%)	zdravstveno in socialno varstvo ⁽³⁾ (%)	dejavnosti kazenskega pregona ⁽⁴⁾ (%)
Belgija ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Madžarska	43,5	0,11	0,05	23	77
Nizozemska	2 185,5	0,96	0,43	25	75
Finska	272,0	0,36	0,18	76	24
Švedska (2002)	1 200,0	0,80	0,46	60	40
Združeno kraljestvo	2 290,0	0,29	0,13	51	49

(1) Celotni letni javnofinančni izdatki (vir: Eurostat).

(2) Letni bruto domači proizvod (vir: Eurostat).

(3) Izdatki za zdravstveno in socialno varnost vključujejo zdravljenje, zmanjševanje škode, raziskovanje na področju zdravstva ter intervencije na področju izobraževanja, preprečevanja in socialnih zadev. Na Finskem ta znesek poleg „preprečevanja zlorabe snovi“ vključuje tudi premoženjsko škodo, spremljanje in raziskave.

(4) Izdatki za dejavnosti kazenskega pregona vključujejo izdatke za policijo, vojsko, sodišča, zapore ter carinske in finančne organe.

(5) Belgija je 3 % vseh izdatkov dodelila tudi „dejavnostim za vodenje politike“.

Viri: Nacionalne kontaktne točke in Eurostat.

Razvoj EU na področju prava in politik

Evropska komisija je na koncu leta 2006 predstavila prvi pregled napredka ⁽⁵⁾ pri izvajanju akcijskega načrta EU na področju drog (2005–08). V tem pregledu je bilo ocenjeno v kolikšnem obsegu so bile izpolnjene načrtovane dejavnosti za leto 2006 in ali so bili doseženi cilji načrta za leto 2006. Center je k temu prispeval tako, da je pripravil vrsto poročil. Podoben pregled bo opravljen tudi leta 2007 pred končno oceno učinka akcijskega načrta EU na področju drog, ki ga bo Evropska komisija predstavila v letu 2008.

Junija 2006 je Evropska komisija objavila zeleno knjigo o vlogi civilne družbe v politiki na področju drog v Evropski uniji ⁽⁶⁾, kot je določeno v akcijskem načrtu na področju drog. Cilj zelene knjige je proučiti načine za čim boljše organizacijo stalnega dialoga z organizacijami civilne družbe, dejavnimi na področju drog. Zainteresirane strani so bile pozvane, naj predložijo pripombe o dveh možnih strukturiranega dialoga: forumu civilne družbe o drogah kot podlagi za redna neformalna posvetovanja ali tematskemu povezovanju obstoječih mrež.

Vključevanje civilne družbe v politiko na področju drog v EU je tudi eden glavnih ciljev posebnega programa za

preprečevanje uporabe drog in obveščanje 2007–13 ⁽⁷⁾, ki ga je predlagala Evropska komisija v okviru splošnega programa za temeljne pravice in pravosodje. Splošni cilji programa na področju drog so prispevali k temu, da bi Evropa postala svobodno, varno in pravično območje, z izboljšanjem obveščanja o posledicah uporabe drog ter preprečevanjem in zmanjševanjem uporabe drog, odvisnosti in škode, povezane z drogami. Za obdobje 2007–2013 ima ta program skupni proračun v višini 21 milijonov EUR. V Evropskem parlamentu in Svetu še vedno poteka razprava o programu na področju drog glede njegovega sprejetja v skladu s postopkom soodločanja.

Nove nacionalne zakonodaje

Zmanjševanje ponudbe

Države članice so v preteklem letu opravile številne zakonodajne spremembe na področju zmanjševanja ponudbe, poleg tega pa so v letu 2006 številne države uvedle ukrepe za izboljšanje pravnih okvirov, ki obravnavajo trgovanje z drogami in vprašanja, povezana z zmanjševanjem ponudbe.

(5) http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

(6) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

(7) COM (2006) 230 konč.

Poročila o družbenih stroških uživanja drog

Samo nekaj držav je sporočilo podatke o družbenih stroških uživanja drog. Na Finskem (podatki iz leta 2004) so po izračunih posredni stroški, povezani z uživanjem drog, vključno z zlorabo farmacevtskih proizvodov, znašali med 400 in 800 milijonov EUR, od česar se je od 306 milijonov do 701 milijona EUR pripisalo stroškom izgubljenih življenj zaradi prezgodnje smrti, proizvodna izguba pa je znašala od 61 milijonov do 102 milijona EUR. Družbeni stroški uživanja nedovoljenih drog so leta 2003 v Franciji po ocenah znašali 907 milijonov EUR, v Luksemburgu leta 2004 pa 29,7 milijona EUR.

Na Irskem je bila med večjimi spremembami uvedba Zakona o kazenskem pravosodju 2006, ki določa nova kazniva dejanja dobave droge zapornikom, določbe za obravnavanje protidružbenega vedenja in predloge za okrepitev izrekanja 10-letne obvezne minimalne kazni za trgovanje z drogami v vrednosti 13 000 EUR ali več na črnem trgu. Sodelovanje v „kriminalni združbi“ ali omogočanje take združbe (kot je opredeljena v zakonodaji) je kaznivo, vzpostavljena pa je bila tudi evidenca storilcev kaznivih dejanj, povezanih z drogami, zaradi katere morajo osebe, obsojene zaradi trgovine z drogami, policiji sporočiti svoj naslov po izpustitvi iz zapora. Nasprotno pa so bile na Madžarskem uvedene postopkovne spremembe, v okviru katerih je bil cilj ukrepanja sedeža državne policije kodificirati vse policijske dejavnosti, povezane z drogami in predhodnimi sestavinami, v enoten, celovit zakon, ki bi pripomogel k boju proti kriminalu, povezanem z drogami.

Vzpostavili ali izboljšali so se tudi postopki v zvezi z uporabo nekaterih orodij za boj proti trgovini z drogami. V Estoniji so maja 2005 spremenili Zakon o prepovedanih drogah in psihotropnih snoveh in povezane zakone, da bi se razširilo področje nadzora. V Romuniji je bil z zakonom, ki se je začel izvajati junija 2006, uveden evropski sodni nalog za prijetje, določeni so bili postopki za njegovo uporabo ter ukrepi za izboljšanje pravosodnega sodelovanja, nadzora in čezmejnega pregona ter prenosa sodnih postopkov. V Bolgariji je bil oktobra 2005 uveden novi kazenski zakonik, ki ureja nadzorovane pošiljke, zaupne transakcije in tajne preiskave. Vzpostavljene so tudi določbe za začasno zaščito prič v zadevah, povezanih z drogami, in v nekaterih okoliščinah za prikritje identitete prič ter posebna pravila za njihovo zasliševanje in uporabo policistov za tajne naloge.

Podobna orodja so na voljo tudi tožilcem v drugih državah. Na Češkem se pri sodnem pregonu kaznivih dejanj v zvezi z drogami pogosto uveljavljajo določbe kazenskega zakonika, ki omogoča zaščito identitete prič in nadzor oseb.

Zakon o zaščiti prič se v zadevah, povezanih z drogami, pogosto uporablja tudi na Cipru.

Zaradi nedavnega povečanja trgovine s kokainom se več pozornosti namenja karibskemu območju. Od začetka leta 2003 deluje na Nizozemskem na letališču Schiphol posebno sodišče z zaporniški prostori. Od začetka leta 2005 se izvaja 100-odstotni nadzor vseh letov iz ključnih karibskih držav. Leta 2004 je bilo povprečno aretiranih 290 tihotapcev drog na mesec; v začetku leta 2006 se je to število zmanjšalo na 80 mesečno. V Franciji je bil oktobra 2005 sprejet zakon za okrepitev sodelovanja s karibsko regijo, katerega cilj je preprečevanje trgovine s prepovedanimi drogami po zraku in morju.

Predpisi na področju testiranja uživanja drog

Številne države so poročale o uvedbi zakonodaje, ki omogoča, opredeljuje ali ureja testiranje uživanja drog za voznike, pridržane osebe, zapornike ali uslužbence v različnih okoliščinah.

V Litvi so zdaj dovoljena naključna testiranja voznikov na cestah z uporabo hitrih naprav za testiranje na kraju samem v skladu z resolucijo, s katero je bil odobren nacionalni program za varnost v cestnem prometu 2005–2010, v Luksemburgu pa v skladu z osnutkom zakona iz leta 2004, ki spreminja zakon o nadzoru prometa. V Latviji so v skladu s spremenjeno kazensko zakonodajo zdaj kaznovani vozniki, za katere se sumi, da upravljajo vozilo pod vplivom drog, in ki zavrnejo testiranje, z možnostjo zaporne kazni v primeru večkratne zavrnitve v roku enega leta. Tudi v Latviji je v spremenjenem zakonu „o policiji“ zdaj navedeno, da je lahko oseba napotena v zdravstveno ustanovo, kjer se ugotovi, ali je zaužila alkohol oziroma narkotične, psihotropne ali toksične snovi, sklicuje pa se na uredbe kabineta, ki podrobneje določajo postopek. Postopki v zvezi s testiranjem uživanja drog za voznike so podrobneje opisani v izbranem vprašanju o drogah in vožnji za leto 2007.

Na Škotskem se zdaj lahko opravi testiranje uživanja drog na posameznih skupinah pridržanih oseb v skladu s položajem v Angliji in Walesu, na Irskem pa je Ministrstvo za pravosodje, enakost in zakonodajno reformo junija 2005 objavilo novi osnutek zaporniških pravil, ki uvaja možnost obveznega testiranja uživanja drog za zapornike. Testiranje naj bi bilo namenjeno ohranjanju reda, zdravja in varnosti, opravljalo pa naj bi se na vzorcih urina, ustnih izločkov in/ali las.

Na Norveškem ni več mogoče opraviti testiranja uživanja drog na delovnem mestu le ob privolitvi uslužbenca ali kandidata za zaposlitev. Od začetka veljavnosti oddelka 9-4 Zakona o delovnem okolju lahko delodajalec zahteva, da uslužbenec ali kandidat za zaposlitev opravi test uživanja

drog samo v okoliščinah, določenih v statutu in pravilih, oziroma če je opravljanje dela pod vplivom prepovedanih drog posebej tvegano ali če delodajalec meni, da je testiranje potrebno zaradi varstva življenja in zdravja uslužbencev ali tretje osebe. Nova uredba finske vlade o testiranju uživanja drog na delovnem mestu predpisuje obsežen seznam določb v zvezi s soglasjem in zahtevami glede kakovosti laboratorijev za testiranje, vzorcev in rezultatov testiranja.

Na Češkem so pravila o testiranju uživanja drog, ki ga opravljajo policija, osebje v zaporih ali delodajalci, zdaj opredeljena v Zakonu 379/2005 Coll. o „ukrepih za zaščito pred škodo zaradi tobačnih proizvodov, alkohola in drugih snovi, ki povzročajo odvisnost“. Strokovna preiskava je obvezna, kadar je smiselno predvidevati, da bi lahko bila oseba zaradi uporabe snovi v stanju, ki bi lahko škodovalo njej ali drugim osebam. Zakon tudi določa, kdaj lahko policija, osebje v zaporih ali delodajalci opravljajo preizkus vsebnosti alkohola v izdihanem zraku ali odvzamejo vzorec slin. Medicinske preiskave, ki vključujejo preizkus vsebnosti alkohola v izdihanem zraku in vzorce biološkega materiala, lahko opravijo samo v zdravstvenih ustanovah z ustrezno strokovno in izvedbeno pristojnostjo.

Z drogo povezani kriminal

Potreba po preprečevanju z drogo povezanega kriminala ima pomembno mesto v evropski politiki, kar je razvidno iz tega, da trenutna strategija EU na področju drog opredeljuje ta cilj kot ključno področje delovanja, da se doseže zagotavljanje visoke ravni varnosti prebivalstva.

Ena od nalog, predvidenih za leto 2007 v akcijskem načrtu EU na področju drog 2005–2008, je sprejetje skupne opredelitve „z drogo povezanega kriminala“ na podlagi predloga Komisije, ki bo temeljil na študijah, ki jih bo predložil Center. Pomen izraza „z drogami povezani kriminal“ se razlikuje med različnimi disciplinami in strokovnjaki, velja pa lahko, da vključuje štiri široke kategorije: *psihofarmakološka kazniva dejanja* (storjena pod vplivom psihoaktivnih snovi), *kompulzivna gospodarska kazniva dejanja* (storjena z namenom pridobitve denarja/blaga/drog zaradi zasvojenosti z drogami), *sistemska kazniva dejanja* (storjena v okviru delovanja trgov s prepovedanimi drogami) in *kršitve zakonov o drogah* (vključno z uporabo, posedovanjem, preprodajo, trgovino itd.) (glej tudi EMCDDA, 2007a).

Opredelitve prvih treh vidikov z drogo povezanega kriminala je včasih težko uporabiti v praksi, podatki pa

so redki in neenotni. Podatki o „poročilih“⁽⁸⁾ o kršitvah zakonov o drogah so navadno na voljo v vseh evropskih državah, analiziranih v tem poročilu. Vendar pa so iz teh podatkov razvidne tudi razlike v nacionalnih zakonodajah, različni načini uporabe in izvrševanja zakonov ter razlike v prednostnih vprašanih in sredstvih, ki jih organi kazenskega pravosodja namenijo določenim kaznivim dejanjem. Poleg tega se med seboj razlikujejo nacionalni informacijski sistemi o kršitvah zakonov o drogah, predvsem kar se tiče postopkov prijavljanja in beleženja, torej kaj se zapiše, kdaj in kako. Zaradi tega so primerjave med državami lahko težavne, zato je tudi primernejše primerjati trende kot absolutne številke in pri analizi povprečnih evropskih trendov upoštevati število prebivalstva v posameznih državah. Na ravni EU se je skupno število „poročil“ o kršitvah zakonov o drogah povprečno zvišalo za 47 % med letoma 2000 in 2005 (prikaz 1). Iz podatkov je razviden trend povečevanja v vseh državah poročevalkah, razen v Latviji, na Portugalskem in v Sloveniji, ki so poročale o skupnem zmanjšanju v petletnem obdobju⁽⁹⁾.

Razmerja med kaznivimi dejanji, povezanimi z uživanjem, in kaznivimi dejanji, povezanimi s trgovino, so različna. Večina evropskih držav poroča, da je največ kaznivih dejanj povezanih z uživanjem drog ali posedovanjem z namenom uživanja, podatki za leto 2005 pa kažejo, da so največji delež dosegli v Španiji, in sicer 91 %⁽¹⁰⁾, na Češkem, v Luksemburgu, na Nizozemskem, v Turčiji in na Norveškem pa so prevladovala kršitve zakonov o drogah, povezane s preprodajo in trgovino, in sicer je njihov delež znašal do 92 % (Češka) vseh zabeleženih kršitev zakonov o drogah v letu 2005.

V večini evropskih držav članic je konoplja tista prepovedana droga, ki je najpogosteje predmet kršitev zakonov o drogah iz poročil⁽¹¹⁾. V državah, v katerih ta trditev drži, je leta 2005 delež s konopljo povezanih kršitev obsegal od 42 do 74 % vseh kršitev zakonov o drogah. Na Češkem so prevladovala kršitve, povezane z metamfetaminom, njihov delež pa je znašal 53 % vseh kršitev zakonov o drogah, medtem ko je bila v Luksemburgu najpogostejša snov, o kateri so poročali, kokain (35 % kršitev zakonov o drogah).

V petletnem obdobju od leta 2000 do 2005 je število „poročil“ o kršitvah zakonov o drogah, povezanih s konopljo, ostalo na enaki ravni ali pa se je povečalo v večini držav poročevalk, pri čemer je bilo na ravni EU opaženo skupno povprečno povečanje za 36 %. Češka (med letoma 2002 in 2005) in Slovenija (med letoma 2001 in 2005) pa sta poročali o trendu zmanjševanja.

(8) Izraz „poročila“ o kršitvah zakonov o drogah je v narekovajih, ker v različnih državah opisuje različne pojme (policijska poročila o osumljenih kršiteljih zakonov o drogah, obtožbe zaradi kršitev zakonov o drogah itd.). Glede natančne opredelitve za vsako državo posebej si oglejte metodološke opombe o kršitvah zakonov o drogah v Statističnem biltnu 2007.

(9) Glej preglednico DLO-1 v Statističnem biltnu 2007.

(10) Glej preglednico DLO-2 v Statističnem biltnu 2007.

(11) Glej preglednico DLO-3 v Statističnem biltnu 2007.

V vseh državah poročevalkah, razen v Luksemburgu in na Nizozemskem, je konoplja tista droga, ki je najpogosteje predmet kaznivih dejanj, povezanih z uživanjem/posedovanjem z namenom uživanja. Vendar pa se je delež kršitev, povezanih z uživanjem, katerih predmet je konoplja, od leta 2000 zmanjšal v več državah (v Grčiji, Italiji, na Cipru, v Avstriji, Sloveniji in Turčiji), v zadnjem letu, za katerega so na voljo podatki (2004–2005), pa se zmanjšuje v večini držav poročevalk, kar verjetno kaže na to, da v teh državah organi kazenskega pregona niso tako osredotočeni na konopljo kot na druge droge⁽¹²⁾.

Število kršitev, povezanih s kokainom, se je v obdobju med letoma 2000 in 2005 povečalo v vseh državah, razen v Nemčiji, kjer je ostalo sorazmerno nespremenjeno. Povprečje EU se je v enakem obdobju povečalo za 62 % (prikaz 1).

„Poročila“ o kršitvah zakonov o drogah, povezanih s heroinom, med letoma 2000 in 2005 kažejo drugačno sliko kot pri konoplji ali kokainu, saj so v Evropski uniji v celoti upadla za povprečno 15 %, predvsem med letoma 2001 in 2003. Vendar pa se nacionalni trendi kršitev, povezanih s heroinom, v tem obdobju razhajajo, saj tretjina držav poroča o trendih povečevanja⁽¹³⁾.

Raziskave na področju problematike drog

Financiranje

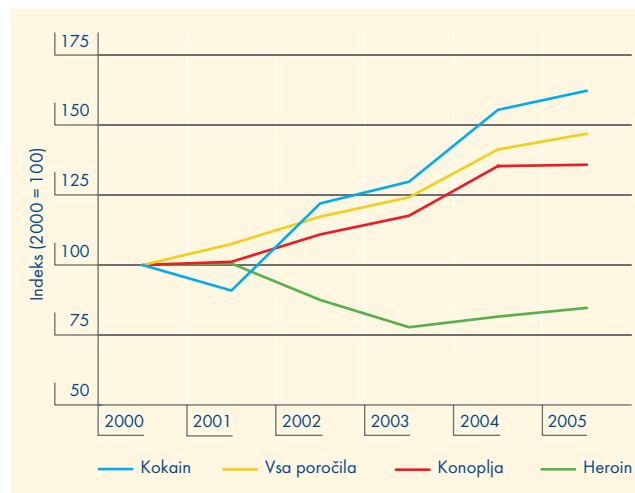
Raziskave v zvezi z drogami se v Evropi po poročanju nacionalnih kontaktnih točk financirajo iz nacionalnih in evropskih javnih sredstev. Več držav članic poroča, da raziskave na področju drog financirajo splošna nacionalna sredstva za raziskave (Nemčija, Nizozemska, Finska in Združeno kraljestvo), sredstva za raziskave ministrstva za zdravje (Italija) ali sredstva, ki jih nadzoruje nacionalni organ za usklajevanje na področju drog (Francija, Švedska). V Romuniji raziskave financirajo mednarodne organizacije, kot je Svetovni sklad.

Raziskovalna dejavnost

Iz analize strokovno pregledanih znanstvenih publikacij v letih 2005 in 2006, ki so navedene v nacionalnih poročilih in se uporabljajo kot kazalnik znanstvene dejavnosti, je razviden vzorec prednostnih tem raziskav, ki se med državami razlikujejo.

Zdi se, da je zdravljenje odvisnosti pomemben predmet raziskovanja, saj večina študij proučuje različne vidike

Prikaz 1: Indeksirani trendi v poročilih o prekrških v zvezi z drogami v državah članicah EU med letoma 2000 in 2005



Opomba: Trendi predstavljajo razpoložljive informacije o nacionalnem številu poročil o prekrških, povezanih z drogo (kazenskih in nekazenskih), o katerih poročajo vsi organi kazenskega pregona v državah članicah EU. Vsi nizi so indeksirani do osnove 100 pri 2 000 poročilih in ponderirani glede na število prebivalcev v državah, da bi ugotovili splošni trend v EU.

Ker se opredelitve in študijske enote med državami zelo razlikujejo, se uporablja splošen izraz „poročila o prekrških, povezanih z drogami“; za več informacij glej „Kršitve zakonodaje o drogah: metode in opredelitve“ v Statističnem biltenu 2007.

Države, ki nimajo podatkov za dve ali več zaporednih let, niso vključene v izračun trenda: splošni trend temelji na 24 državah, trend za heroin na 14 državah, za kokain na 14 državah, za konopljo pa na 15 državah.

Za dodatne informacije glej prikaz DLO-6 v Statističnem biltenu. Nacionalne kontaktne točke Reitox, za podatke o prebivalstvu pa <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Viri:

nadomestnega zdravljenja. Raziskave na področju preprečevanja obsegajo precej manjši delež v znanstveni literaturi, navedeni v nacionalnih poročilih. Od petih ključnih kazalnikov Centra so najštevilnejše publikacije o nalezljivih boleznih, sledijo pa jim publikacije o razširjenosti uživanja drog med mladimi.

Znanstvene publikacije, navedene v nacionalnih poročilih, se razlikujejo med državami. Raziskave na področju zdravljenja, zlasti zdravljenja uživalcev drog z virusom hepatitisa C, so zlasti pogosto navedene v nemškem poročilu, medtem ko je nizozemsko poročilo osredotočeno na nove metodologije zdravljenja. Raziskovalne študije, ki jih je navedlo Združeno kraljestvo, se ukvarjajo predvsem s problematičnim uživanjem drog, kriminalom in tržnimi vprašanji. Nekaj nevroznanstvenih raziskav je navedla predvsem Nizozemska, v Franciji pa je ustanova MILDT financirala tudi nekaj raziskovalnih projektov na tem področju.

Pred kratkim začetni raziskovalni programi kažejo, da so si države članice zastavile podobne nacionalne prednostne

⁽¹²⁾ V nekaterih državah, kjer se je delež z uživanjem povezanih kršitev v zvezi s konopljo zmanjševal, je treba opomniti, da se absolutno število z uživanjem povezanih kršitev v zvezi s konopljo povečuje.

⁽¹³⁾ Dejstvo, da evropsko povprečje ne izraža povečevanja kršitev v zvezi s heroinom, ugotovljenega v polovici držav poročevalk, je predvsem posledica tega, da države, za katere podatki manjkajo za dve zaporedni leti, niso vključene v evropsko povprečje, pa tudi tega, da evropsko povprečje upošteva nacionalna števila prebivalcev (in tako daje večji pomen številkam iz nekaterih držav v primerjavi z drugimi).

naloge na področju raziskav. Trenutno nacionalno financiranje raziskav v Nemčiji je namenjeno optimizaciji storitev zdravljenja, da bi zadovoljile povpraševanje po zdravljenju, vključno s temeljnimi raziskavami. Nizozemska je leta 2006 začela izvajati raziskovalni program „Tvegano vedenje in odvisnost“. V Združenem kraljestvu so pred kratkim začeli izvajati študiji o kakovosti sistemov zdravljenja in zelo mladih problematičnih uživalcih drog. Nove države članice so večinoma osredotočene na izdelavo znanstvene podlage za svoje sisteme spremljanja, na primer prek raziskav o mladih.

Raziskave EU

Finančna sredstva EU za raziskave v zvezi z drogami se zagotavljajo prek raziskovalnih okvirnih programov; najnovejši 7. okvirni program (2007–13) se je začel izvajati konec leta 2006. Raziskovalni projekti, ki so o rezultatih poročali v obdobju 2005–2006, so izhajali iz teme „Kakovost življenja“ 5. raziskovalnega okvirnega programa

(1998–2002). Med temi projekti so „Kvazi obvezno zdravljenje odvisnih storilcev kaznivih dejanj v Evropi“ (QCT), „Potrebe pri pomoči za uživalce kokaina in crack kokaina v Evropi“ (Cocineu) in „celostne storitve, usmerjene v dvojno diagnozo in optimalno ozdravljenje odvisnosti“ (Isadora).

Droge in vožnja v izbranih vprašanih centra EMCDDA za leto 2007

Psihoaktivne snovi lahko tako zmanjšajo sposobnost posameznika za upravljanje avtomobila, da se poveča tveganje za nesreče in poškodbe. Izbrano vprašanje o drogah in vožnji predstavlja pregled rezultatov različnih vrst študij o tej temi, osredotočeno pa je na konopljo in benzodiazepine ter na pristope preprečevanja in pravne pristope k tej vrsti problematičnega vedenja.

To izbrano vprašanje je na voljo v tiskani obliki in na spletu samo v angleškem jeziku (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Poglavje 2

Odzivi na problematiko drog v Evropi – pregled

Akcijski načrt EU na področju drog 2005–08 poziva države članice zlasti, naj izboljšajo zagotavljanje učinkovitih, raznovrstnih in lahko dostopnih metod za preprečevanje, zdravljenje, zmanjševanje škode in socialno reintegracijo. Ti vidiki problema drog v Evropi so v tem poglavju podrobneje obravnavani.

Strategije preprečevanja so lahko usmerjene na različne skupine – od celotnega prebivalstva do posameznih ogroženih skupin – glede na to se tudi razlikujejo uporabljene metode. Uživalcem drog in odvisnikom so na voljo tudi zdravljenje in ukrepi za zmanjševanje škode, katerih učinkovitost se v precej državah ocenjuje s študijami rezultatov. Cilj ukrepov za zmanjševanje škode je preprečevanje smrtnih primerov zaradi drog in zmanjševanje škode za zdravje, na primer okužbe z virusom HIV ali hepatitisom C. Odvisnost od heroina se po navadi zdravi z nadomestno terapijo, za odvisnost od konoplje, amfetamina in kokaina pa so pripravljene posebni programi. Če je zdravljenje uspešno, je naslednji korak socialna reintegracija. Kot je opisano v nadaljevanju, so življenjske razmere številnih uživalcev drog slabe in strategije socialne reintegracije se pogosto spopadajo s premagovanjem precejšnjih težav.

Za vsako vrsto intervencije so navedeni primeri iz različnih držav, obravnavani pa so tudi rezultati raziskav, ki dokazujejo njihovo učinkovitost ali neučinkovitost.

Preprečevanje

Učinkov posameznih strategij preprečevanja na splošno ni mogoče izmeriti s spremembami ravni razširjenosti uživanja drog med prebivalstvom. Vendar pa se lahko vsaka strategija preprečevanja primerja z zbranimi dokazi, da se ugotovi, ali gre za intervencijo, ki temelji na dokazih. Zato so potrebne kakovostne informacije o vsebini, obsegu in številu intervencij preprečevanja.

Izboljševanje razpoložljivih informacij: spremljanje, nadzor kakovosti in vrednotenje

Države vedno bolj spremljajo intervencije preprečevanja in tako pridobivajo podatke o vsebini in razpoložljivosti intervencij. Nemčija, Nizozemska in Norveška so razširile obseg informacij. Grčija, Ciper, Litva in Italija spremljajo

preprečevanje v šolah, v Grčiji ter na Poljskem, Švedskem in Finskem preučujejo storitve preprečevanja v skupnosti, Francija pa je vzpostavila centraliziran sistem spremljanja preprečevanja na področju uživanja drog. Nekatere države (Češka, avtonomna regija Galicija v Španiji, Madžarska in Norveška) se že osredotočajo na dokaze pri prošnjah za financiranje intervencij in razmišljajo o uvedbi akreditacijskih sistemov. Portugalska, Finska in Romunija imajo merila minimalne kakovosti za programe preprečevanja.

Informacije iz Madžarske in Nizozemske kažejo, da sistemi spremljanja preprečevanja in meril kakovosti pripomorejo k boljšemu poročanju o projektih in vrednotenjih ter k višji kakovosti intervencij.

Večina programov preprečevanja ni ovrednotena. Tisti, ki so ovrednoteni, se po navadi ocenjujejo v smislu „obsega in sprejetja intervencije“ in ne „ravnih uresničenih ciljev“ (grško nacionalno poročilo).

V preteklih nekaj letih so bili opravljeni pregledi učinkovitosti preprečevanja v Nemčiji (Bühler in Kröger, 2006) in v Združenem kraljestvu (Canning et al., 2004; Jones et al., 2006) ter v okviru Svetovne zdravstvene organizacije (Hawks et al., 2002). Ti pregledi so koristni pri opredeljevanju dobre prakse pri strategijah preprečevanja. Najnovejša in izčrpna študija (Bühler in Kröger, 2006) je ovrednotila 49 zelo kakovostnih pregledov in metaanaliz preprečevanja na področju zasvojenosti, rezultat pa so bile ugotovitve v zvezi z učinkovitimi strategijami preprečevanja na področju uživanja drog. V spodnjih razdelkih je obravnavana učinkovitost različnih vrst strategij preprečevanja na podlagi rezultatov te študije in drugih študij.

Kampanje v sredstvih javnega obveščanja

Hawks et al. (2002) v skladu s HDA (2004) ugotavljajo, da „se sama uporaba sredstev javnega obveščanja, zlasti ob drugih nasprotnih vplivih, ni izkazala kot učinkovit način zmanjševanja različnih vrst uživanja psihoaktivnih snovi. Ugotovljeno pa je bilo, da dviguje raven obveščenosti in je koristna kot podpora političnim pobudam.“ Vendar pa drugi dokazi kažejo, da imajo lahko kampanje v sredstvih javnega obveščanja pozitivne učinke, če se uporabljajo kot podporni ukrep za okrepitev drugih strategij (Bühler in Kröger, 2006).

Praksa, ki temelji na izsledkih

Prakse, ki temeljijo na izsledkih, so intervencije (npr. zdravljenje odvisnosti od drog), za katere so na podlagi znanstvenih raziskav (npr. raziskovalnih študij) na voljo dosledni dokazi, da imajo uspešne rezultate v zvezi s posamezniki, katerim so namenjene (npr. zmanjšanje uživanja drog). Merili, ki se po navadi uporabljata za ugotavljanje, ali se intervencija lahko obravnava kot na izsledkih temelječa praksa, sta učinkovitost in uspešnost (Brown et al., 2000; Flay et al., 2005).

Učinkovitost je merilo, s katerim se ugotavlja, kako dobro posamezna intervencija deluje v idealnih raziskovalnih razmerah. Učinkovitost se najbolje ugotavlja tako, da se opravi nadzorovano preskušanje, pri katerem se nekateri posamezniki udeležijo intervencije, ki se preskuša, nadzorna skupina pa se udeleži druge intervencije ali se intervencije sploh ne udeleži, še boljše pa je randomizirano nadzorovano preskušanje, pri katerem se določanje posameznikov za udeležbo v eni od intervencij opravi naključno (Cochrane Collaboration, 2007). Na splošno velja, da je mogoče le na podlagi randomiziranih nadzorovanih preskušanj ali nadzorovanih preskušanj ugotoviti učinkovitost posamezne intervencije ter tako zagotoviti osnovo za prihodnje prakse in politiko.

Žal pa naključno določanje posameznikov za udeležbo v intervenciji ali nadzorni skupini ni vedno izvedljivo.

Uspešnost je merilo, s katerim se ugotavlja, kako dobro posamezna intervencija deluje v običajnih razmerah.

Intervencije, ki so se izkazale obetavne v nadzorovanih preskušanih, se pogosto izvedejo v skupnosti, da bi proučili, kako dobro delujejo v običajnih pogojih. Študije uspešnosti, na primer nacionalne študije rezultatov zdravljenja, se ukvarjajo predvsem z učinkom posamezne intervencije na zdravje ali drugimi pomembnimi rezultati, da bi odkrile dokaze za uspešne pristope.

Postopek določanja izsledkov pa je zapleten zaradi razhajanja mnenj o načinu presoje kakovosti raziskovalnih študij, ki proučujejo učinkovitost ali uspešnost, ter glede tega, katera vrsta raziskovalne metode (npr. kvantitativna ali kvalitativna) je najprimernejša za dokazovanje uspešnosti. Zaradi tega se lahko ugotovitve o uspešnosti razlikujejo. Še vedno ostaja izziv, kako oceniti in presoditi različne vire izsledkov pri odločanju. To je še težje pri intervencijah, ki še niso dale obsežnejših izsledkov, vendar pa je na podlagi izkušenj mogoče sklepati, da so učinkovite.

Kljub tem težavam še vedno velja domneva, da lahko izsledki pomagajo izboljšati zdravstveno prakso in politiko ter da je treba spodbujati razpravo o praksah, ki temeljijo na izsledkih, skupaj z jasnimi merili za ocenjevanje izsledkov.

Da bi Center prispeval k tej izmenjavi in spodbudil razširjanje na izsledkih temelječih praks, pripravlja spletni portal, na katerem bodo na voljo pregled najnovejših razpoložljivih izsledkov o učinkovitosti različnih intervencij, razpoložljiva orodja za izboljšanje kakovosti intervencij in dejanski primeri najboljše prakse, ki se uporablja v državah članicah EU. Organizacija Cochrane Collaboration bo pomemben vir informacij za ta portal.

Binnie et al. (2006) so pri vrednotenju škotske kampanje proti kokainu „Know the score“ ugotovili, da je 30 % uživalcev poročalo, da je manj verjetno, da bodo zaužili kokain po ogledu oglasov, čeprav jih je 56 % poročalo, da kampanja ni vplivala na njihove namene glede uživanja kokaina, 11 % pa je trdilo, da se je verjetnost, da bodo zaužili kokain, povečala. Poleg tega je nedavno ponovno vrednotenje kampanje vlade ZDA proti konoplji potrdilo predhodne ugotovitve o tem, da kampanja (kljub pozitivnim stopnjam priklica in diferenciacije glede na ciljno skupino) sicer ni vplivala na odnos mladih, ki ne uživajo konoplje, do uživanja te droge, je bila pa izpostavljenost tej kampanji povezana z neugodnim vplivom na mnenje mladih, kar se tiče uživanja marihuane pri drugih osebah (GAO, 2006).

V nekaj osamljenih primerih se ne poudarja več dvigovanja ravni znanja (cilj večine kampanj v sredstvih javnega obveščanja), ampak podajanje socialno-čustvenih informacij (da bi se spremenilo mnenje o, na primer, uporabi konoplje). Sporočilo ene od nizozemskih kampanj je bilo na primer: „Nisi nor, če ne kadiš konoplje, saj je tudi 80 % drugih mladih ne kadi“⁽¹⁴⁾. Eden od namenov irske nacionalne preventivne kampanje na področju uživanja drog pa je bil ovreči nekatere

mite o konoplji, kot so na primer trditve, da je „organska“ in „naravna“.

Okoljske strategije v zvezi z dovoljenimi snovmi

Izkazalo se je, da imata zvišanje cene snovi in/ali dvig zakonsko določene starostne meje za uživanje snovi, pozitivne učinke na zmanjševanje uživanja, vendar se lahko uporabita samo za dovoljene snovi, kot sta alkohol in tobak (Bühler in Kröger, 2006). Te okoljske strategije so se do zdaj večinoma izvajale v nordijskih državah in ZDA, usmerjene so bile večinoma na alkohol, kažejo pa obetavne rezultate (Lohrmann et al., 2005; Stafström et al., 2006). Vedno bolj pa se uveljavljajo celoviti skupnostni pristopi, ki obravnavajo alkohol in tobak podobno kot prepovedane snovi. Belgija, Bolgarija, Danska, Litva, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Slovaška in Norveška zdaj poročajo, da izvajajo strategije v skupnosti ali da razpravljajo o dodatnih davkih ali zakonih o dostopnosti alkohola in tobaka. Te strategije so namenjene zmanjševanju uživanja teh snovi med mladimi, ustvarjanju območij brez alkohola ali povečanju varnosti na prizoriščih nočnega življenja. Kar se tiče šol, novejši študiji iz Evrope (Kuntsche in Jordan, 2006) in od drugod (Aveyard et al., 2004) potrjujeta, da uveljavljene norme in neformalne

⁽¹⁴⁾ Glej <http://www.drugsinfo.nl>

mreže močno vplivajo na vedenje, povezano z uživanjem dovoljenih drog in konoplje. V Nemčiji, na Irskem in v Italiji zdaj resneje proučujejo uvedbo šolskih norm ⁽¹⁵⁾.

Vsesplošno preprečevanje

Interaktivni programi, ki temeljijo na modelu socialnega vplivanja ali znanju in spretnostih za življenje, so se v šolah izkazali za učinkovite, posamezni ukrepi, ki se izvajajo ločeno (na primer, samo obveščanje, čustveno izraževanje ali drugi ukrepi, ki niso interaktivni), pa so bili negativno ovrednoteni (Bühler in Kröger, 2006). Zaradi organizacijskih razlogov so za preprečevanje v šolah po navadi odgovorni lokalni organi, zlasti v nordijskih državah, Franciji in na Poljskem.

Nekateri komentatorji menijo, da imajo dopolnjujoči se splošni zdravstveni programi/programi znanj in spretnosti za življenje boljše možnosti kot samo izobraževalni programi, ki temeljijo na znanju in spretnostih, saj naj bi bilo vključevanje intervencij najuspešnejše v okviru trdnega zdravstvenega kurikulumu (Hawks et al., 2002). Zdi se, da so to dosegle skoraj vse države članice. Poleg tega več držav članic (npr. Italija, Litva, Nizozemska, Slovaška in Združeno kraljestvo) obravnava preprečevanje na področju uživanja drog skupaj z zdravstvenimi in socialnimi vidiki, kot so nasilje, problemi duševnega zdravja, socialna izključenost, nezadovoljiv učni uspeh ter uživanje tobaka in alkohola, v okviru javnozdravstvenega preprečevanja, s čimer se tudi bolj osredotočajo na reševanje posebnih potreb ranljivih skupin.

Kot razlog za neizvajanje vzorčnih programov se pogosto navaja trditev, da jih ni mogoče prilagoditi lokalnim razmeram in ne bi mogli zadovoljiti potreb posameznih skupnosti (Ives, 2006). Nasprotni argument pa je, da je prednost standardiziranih programov preprečevanja v tem, da jim protokoli zagotavljajo jasne smernice, ki omogočajo vzpostavitev trdnih izvedbenih infrastruktur in sistemov usposabljanja učiteljev, kar omogoča skupne standarde izvajanja, tudi kadar se razmere v šolah in skupnosti zelo razlikujejo.

V številnih državah članicah (v Bolgariji, Italiji, Latviji, Litvi, Luksemburgu, Avstriji in Romuniji) je vsebina programov preprečevanja osredotočena na ozaveščanje, obveščanje in organizacijo posameznih dogodkov (kot so obiski strokovnjakov) ⁽¹⁶⁾, kljub dokazom, ki kažejo, da bi bile lahko druge metode učinkovitejše.

Programi socialnega vplivanja na šolah so zelo razširjeni, zlasti v Združenem kraljestvu in državah, ki ponujajo

standardizirane programe, kot so Nemčija, Irska, Grčija, Španija, Norveška in kmalu tudi Danska.

12 držav članic v zvezi z vsesplošnim preprečevanjem v skupnostih poroča, da ima večina občin ali vse občine načrte za boj proti drogam, v 10 državah pa so prednostna naloga politike. Ti programi večinoma potekajo v obliki informativnih dogodkov, delno pa kot zagotavljanje drugačnih možnosti preživljanja prostega časa. Vsesplošno preprečevanje v družini sestavljajo predvsem srečanja za starše ali informativni pristopi, redko pa intenzivno usposabljanje za starše.

Selektivno preprečevanje

Države članice se vedno bolj posvečajo strategijam preprečevanja, usmerjenim na celotne ranljive skupnosti ⁽¹⁷⁾. To pomeni, da je treba take skupnosti identificirati, na primer z uporabo standardiziranih orodij za ocenjevanje, kot so indeks večvrstne prikrajšanosti v Združenem kraljestvu, ali socialno-ekonomski kazalniki, kot sta stanovanjski in izobrazbeni standard (število učencev, ki pri šolanju zaostajajo, ali število učencev, ki prejemajo podporo).

Ko so ciljne skupnosti identificirane (npr. Francija prepoznava „občutljiva mestna območja“ ali v primeru šol „prednostna izobraževalna območja“), se lahko tem prikrajšanim skupinam namenijo dodatna sredstva. Na Irskem in Cipru ter v Združenem kraljestvu se na večini takih območij že izvajajo selektivni projekti preprečevanja, Portugalska pa je v postopku uresničevanja te strategije. Dejavnosti obsegajo svetovalne storitve v Estoniji, Grčiji, Franciji in na Slovaškem ter terenske projekte v Luksemburgu in Avstriji, ki so včasih usmerjeni izrecno na etnične skupine. Poleg tega nekatere nove države članice (Bolgarija, Madžarska, Litva, Poljska in Romunija) veliko poročajo o intervencijah, namenjenih ranljivim družinam. Večina držav članic je osredotočena na uživanje snovi v družini, čeprav je nekaj držav (Grčija, Litva, Madžarska, Združeno kraljestvo) središče pozornosti razširilo na vse socialno ogrožene družine.

Pristopi, ki temeljijo na vrstnikih, se uporabljajo tudi pri splošnem preprečevanju, vedno več pa je poročil, da se uporabljajo pri izvajanju selektivnega preprečevanja (Irska, Nizozemska, Avstrija, Poljska in Norveška). Parkin in McKeganey (2000) sta med pregledom pristopov, ki temeljijo na vrstnikih, ugotovila, da ti programi najbolj vplivajo na same vrstnike, ki izvajajo izobraževanje, in ne toliko na ciljno skupino. Zdi se, da so taki pristopi morda učinkovitejši, kar se tiče spreminjanja ravni znanja in mnenj, kot pa spreminjanja vedenja. Vrstniški projekti se redko vrednotijo, kadar pa se (npr. „Free Style“

⁽¹⁵⁾ Glej tudi: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

⁽¹⁶⁾ Podatki iz SQ 22 in 25.

⁽¹⁷⁾ Za več informacij o selektivnem preprečevanju, posebej o skupinah z visokim tveganjem in dejavnih, glej prejšnja letna poročila in izbrano vprašanje o uživanju drog med mladoletniki 2007.

na Norveškem), se po navadi ocenjuje samo uspeh, ki so ga dosegli pri novačenju mladih vodij v šolah ter ali so se okrepila znanja in mnenja teh vodij med vrstniki.

Čeprav je selektivno preprečevanje vedno bolj razširjeno, je treba paziti zlasti pri vključevanju ogroženih mladih v vrstniške programe (Cho et al., 2005; Dishion in Dodge, 2005), ker lahko pri ranljivih skupinah pride do „učinkov okužbe“. Ti nenamerni učinki, ki jih povzroči sama intervencija, lahko pripeljejo do povečanega uživanja snovi ali tveganega vedenja. Vendar pa nezaželeni rezultati niso izključno posledica selektivnega preprečevanja, pojavljajo se tudi pri dejavnostih v sredstvih javnega obveščanja in pri posameznih dejavnostih preprečevanja (glejte zgoraj).

Odzivi zdravljenja in zmanjševanje škode

Novosti pri sistemih zdravljenja

Zdravljenje uživalcev drog večinoma poteka izvenbolnišnično, vključno s splošno prakso. V zadnjih letih se je nadaljevala rast mrež izvenbolnišničnega zdravljenja, v nekaterih državah, med drugim v Bolgariji, Estoniji, Grčiji, Litvi, Romuniji in na Finskem pa so se razširile tudi geografsko. Nasprotno pa se je v večini držav ohranilo število ustanov za bolnišnično zdravljenje.

Med državami, v katerih je nacionalna geografska pokritost s specializiranimi ustanovami za zdravljenje odvisnosti od drog precej pomanjkljiva, so tudi Latvija, Madžarska, Slovaška in Romunija. Kljub nedavnim širitvam mreže ponudnikov storitev imajo v Grčiji ter na Madžarskem in Poljskem še vedno čakalne sezname za nadomestno zdravljenje.

Bolnišnično zdravljenje, ki je bilo v preteklosti glavni pristop k zdravljenju odvisnosti od heroina v mnogih evropskih državah, je danes sorazmerno redkejše, večina uživalcev opioidov pa se zdravi izvenbolnišnično. Vendar pa so bolnišnične storitve vse pomembnejše pri oskrbi starejših in dolgoročnih uživalcev drog z zapletenimi potrebami glede zdravljenja zaradi istočasne resne somatske in psihološke soobolevnosti. Filozofija in način delovanja bolnišničnega zdravljenja sta se v teh letih zaradi spreminjajočih se potreb bistveno spremenila. Združevanje zdravljenja in zdravniške oskrbe, vključno s psihiatričnim zdravljenjem, intenzivnim protiretrovirusnim zdravljenjem in zdravljenjem jetrnih bolezni, je postalo običajnejše, povečala pa se je uporaba vzdrževalnega zdravljenja, namenjenega stabilizaciji uživalcev.

Značilnosti uživalcev drog, vključenih v izvenbolnišnično zdravljenje

Podatki iz kazalnika povpraševanja po zdravljenju se lahko uporabijo za opredelitev značilnosti socialno-ekonomskega statusa bolnikov, ki obiskujejo centre za zdravljenje,

Zakonski okviri nadomestnega zdravljenja

Leta 2006 je bila opravljena študija v okviru specializirane mreže pravnih korespondentov, da bi zbrali dodatne informacije o zakonih in uradnih predpisih v zvezi z merili za vključitev v nadomestno zdravljenje ter o praksi predpisovanja in izdajanja nadomestnih drog. Pridobljeni so bili rezultati iz 17 držav, ki so dopolnili poročilo iz Evropske pravne zbirke podatkov o drogah iz leta 2003 ⁽¹⁾.

Obseg zakonskega okvira se med državami članicami precej razlikuje. V nekaterih državah, na primer Belgiji, nadomestno zdravljenje ureja poseben parlamentarni zakon, medtem ko je v drugih državah, na primer na Cipru, izvajanje tega zdravljenja odvisno od razlage zakonov o nadzorovanih snoveh. Treba je poiskati srednjo rešitev med strogostjo in ohlapnostjo okvira.

Snovi, ki se lahko uporabljajo za nadomestno zdravljenje, po navadi določa zakon. V večini primerov se lahko predpišeta samo metadon ali buprenorfin, čeprav so v nekaterih državah dovoljene tudi druge droge, kot sta morfij ali kodein. Podobno so skoraj v vseh državah nacionalna merila za vključitev v zdravljenje predpisana z zakoni ali ministrskimi odloki in smernicami. Najobičajnejši merili sta diagnoza odvisnosti in najnižja določena starost, čeprav se pojavlja tudi zahteva po predhodnem neuspešnem zdravljenju brez drog. V nekaterih državah so kazni za kršenje pravil o zdravljenju določene v nacionalnih zakonodajah, medtem ko v drugih državah o tem vprašanju presojo presojajo posamezni centri za zdravljenje.

Zakoni po navadi tudi določajo, kdo lahko predpiše nadomestno zdravljenje. To so predvsem zdravniki v centrih za zdravljenje, v nekaterih državah pa lahko to zdravljenje predpiše tudi kateri koli zdravnik ali določeni za to usposobljeni ali pooblašteni zdravniki. V praksi zdravniki zunaj centrov za zdravljenje redko začnejo nadomestno zdravljenje ⁽²⁾. Največji odmerki so redko določeni z zakonom. Večina držav za preprečevanje dvojnih receptov uporablja posebno obliko receptov, čeprav ima več držav centralni register, nekatere pa izdajajo posebne identifikacijske izkaznice. Pooblaščen ustanove za izdajanje nadomestnih drog so po navadi tudi določene v zakonodaji, večinoma so to lekarne ali centri za zdravljenje, čeprav nekatere države izdajanje dovolijo tudi zdravnikom. V večini držav je sistem, ki omogoča jemanje odmerkov domov, določen z zakonom, smernicami ali pa se to preprosto dovoli, le včasih je to izrecno prepovedano.

⁽¹⁾ Dodatne podrobnosti so na voljo na spletni strani <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

⁽²⁾ Glej preglednico HSR-6 v Statističnem biltenu 2007.

v določenem obsegu pa tudi za vse uživalce drog ⁽¹⁸⁾. Ker je dostop do izvenbolnišničnega zdravljenja v večini držav lažji in manj selektiven, je primerna ekstrapolacija iz te skupine uživalcev na vse uživalce drog.

⁽¹⁸⁾ Za več podrobnosti o številkah, navedenih v tem razdelku, glej preglednice in grafe TDI v Statističnem biltenu 2007.

V letu 2005 je 20 od 29 evropskih držav sporočilo podatke o 3 15 000 uživalcih drog, ki obiskujejo centre za izvenbolnišnično zdravljenje. Podatki izhajajo iz več kot 4 000 enot za zdravljenje. Približno polovica (53 %) uživalcev na izvenbolnišničnem zdravljenju se zdravi zaradi primarnega uživanja opioidov, druga polovica pa zaradi primarnega uživanja drugih drog, zlasti konoplje (22 %) in kokaina (16 %). Primarne droge, ki se najpogosteje uživajo, se razlikujejo med državami.

Približno 80 % uživalcev na izvenbolnišničnem zdravljenju je moških, povprečne starosti približno 30 let (28 let med tistimi, ki se zdravijo na novo), njihove življenjske razmere pa so na splošno slabe v primerjavi s splošno populacijo te starosti. Približno 60 % uživalcev na izvenbolnišničnem zdravljenju ni doseglo višje ravni izobrazbe od osnovne, približno desetina teh uživalcev pa nima zaključene niti osnovne ravni izobrazbe. Približno polovica uživalcev je bila redno zaposlena pred začetkom izvenbolnišničnega zdravljenja, druga polovica pa je bila brezposelna, večina uživalcev na izvenbolnišničnem zdravljenju ima stalno bivališče (85 %), od tega jih 40 % živi pri starših, 19 % pa samih. Pomemben manjši delež uživalcev na izvenbolnišničnem zdravljenju (15 %) živi z otroki, sami ali s partnerjem, kar je težaven vidik v življenju uživalca drog in dejavnik tveganja za otroke.

Informacije o socialno-ekonomskih razmerah uživalcev drog na zdravljenju dopolnjujejo informacije iz nekaterih držav, razdeljene glede na glavno snov, ki se uživa. V Nemčiji je na primer 67 % uživalcev heroina nezaposlenih ali ekonomsko nedejavnih, v primerjavi s 53 % uživalcev kokaina in 35 % uživalcev konoplje, 74 % uživalcev opioidov ima omejeno šolsko izobrazbo v primerjavi s 63 % uživalcev kokaina (Sonntag et al., 2006).

Novosti

V več državah se na novo ustanavljajo specializirane ustanove za posebne skupine uživalcev drog, na primer ženske, brezdomce, ki si vbrizgavajo droge, osebe, ki se ukvarjajo s prostitucijo, ali mlade in zelo mlade uživalce drog (glej izbrano vprašanje o uživanju drog med mladoletniki 2007). V drugih državah se širijo možnosti farmakološkega zdravljenja, da bi se zadovoljile potrebe posebnih skupin uživalcev in da bi se povečala pokritost z zdravljenjem. Na Malti, na primer, je zdaj dovoljeno vzdrževalno zdravljenje z buprenorfinom ⁽¹⁹⁾.

Zdravljenje različnih skupin uživalcev drog

Države članice vedno bolj ugotavljajo, kako pomembno je zagotoviti ustrezne storitve zdravljenja za problematične uživalce konoplje in kokaina. Programi zdravljenja,

svetovanja in preprečevanja v zvezi s konopljo so v Evropi pogosto prepleteni, da bi dosegli čim večje število uživalcev. Uporabljajo se nove komunikacijske strategije, na primer prek interneta, da bi dosegli uživalce konoplje, ki se uvrščajo nekje med eksperimentalne in problematične uživalce te droge. Zdravljenje in programi posebej za konopljo, ki do danes v Evropi niso bili razširjeni, se razvijajo (glej poglavje 3).

Poleg tega so začele države članice z visoko ravni povpraševanja po zdravljenju odvisnosti od kokaina naročati raziskave na tem področju, pri katerih pa jih ovira dejstvo, da so uživalci kokaina v prahu in crack kokaina po navadi člani precej uglednih socialnih skupin (glej poglavje 5). Vendar pa se trenutno zaradi pomanjkanja posebnih storitev večina uživalcev psihostimulansov, vključno z uživalci amfetamina, zdravi v okviru tradicionalnih storitev zdravljenja, usmerjenih v opioide, pri čemer pa še naprej ostaja očitna potreba po usposabljanju zdravstvenega osebja in zdravnikov po Evropi.

Zdravljenje odvisnosti od heroina

Politični odziv na uživanje heroina v osemdesetih je dal podporo nadomestnemu zdravljenju, ki je nato postalo prevladujoča možnost zdravljenja odvisnosti od opioidov v večini držav (prikaz 2).

Glavni nadomestni drogi sta metadon in buprenorfin. Najbolje je, da se farmakološko zdravljenje združi s psihološkim svetovanjem in socialno pomočjo. Nadomestno zdravljenje po navadi poteka izvenbolnišnično v specializiranih enotah za zdravljenje odvisnosti od drog, vedno bolj pa ga izvajajo tudi zdravniki v zasebni praksi. V nekaterih državah, na primer Nemčiji, Franciji in Združenem kraljestvu, osebni zdravniki zelo močno sodelujejo pri zdravljenju uživalcev drog. V drugih državah pa je raven sodelovanja zdravnikov, ki delujejo v skupnosti, še vedno omejena, bodisi zaradi zakonskih razlogov bodisi zaradi nezadostnega zanimanja za zdravljenje odvisnosti ⁽²⁰⁾. Več držav se ukvarja tudi z nadzorom kakovosti, zaradi česar so se poostrihla pravila in zvišale zahteve glede usposabljanja ali pa je bila uvedena višja raven nadzora in spremljanja ⁽²¹⁾. Zdravljenje odvisnosti od opioidov je podrobneje obravnavano v poglavju 6.

Odzivi v zvezi z zmanjševanjem škode

Preprečevanje nalezljivih boleznih in zmanjševanje z drogo povezanih smrtnih primerov sta osrednja cilja boja EU proti drogam, cilj trenutnega akcijskega načrta pa je povečati dostopnost storitev in ustanov za preprečevanje in zmanjševanje škode za zdravje.

⁽¹⁹⁾ Glej poglavje „Praksa predpisovanja nadomestnega zdravljenja v Evropi“, str. 66.

⁽²⁰⁾ Glej poglavje „Zakonski okvir nadomestnega zdravljenja“ (str. 31) in <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²¹⁾ Glej tudi str. 67.

Nacionalne študije rezultatov zdravljenja

Tri države članice (Irska, Italija in Združeno kraljestvo) so opravile nacionalne študije rezultatov zdravljenja, katerih namen je bil proučiti rezultate zdravljenja s spremljanjem kohorte problematičnih uživalcev drog, vključene v različne načine zdravljenja in različne ustanove za zdravljenje, v določenem časovnem obdobju. Pomembna značilnost teh študij je, da proučujejo rezultate zdravljenja pri obstoječih storitvah v vsakodnevnih kliničnih okoliščinah. Med proučevanimi običajnimi načini zdravljenja so vzdrževalno zdravljenje z metadonom, zdravljenje z zniževanjem odmerkov metadona, detoksikacija in intervencije brez drog, kot so terapevtske skupnosti in svetovanje. Uživanje drog, telesno in duševno zdravje, zadržanje na zdravljenju in kazniva dejanja so glavne uporabljene ciljne spremenljivke.

Cilj italijanske študije Vedette (1998–2001) je bil oceniti učinkovitost zdravljenja v javnih centrih za zdravljenje po državi. Vztrajanje pri zdravljenju in umrljivost med uživalci heroina sta bili glavni ciljni spremenljivki. V Združenem kraljestvu so se do zdaj začele tri študije rezultatov zdravljenja. Prva je bila nacionalna raziskovalna študija rezultatov zdravljenja (National Treatment Outcome Research Study – NTORS), ki jo je opravil Nacionalni center za odvisnost (National Addiction Centre) v Angliji in Walesu med letoma 1995 in 2000. Proučevala je rezultate zdravljenja v programih zdravljenja v bolnišnicah ali skupnostih. Odkrila je nekaj pozitivnih rezultatov, kot so povečana stopnja vzdržnosti pri uživanju prepovedanih drog, zmanjšanje pogostosti uživanja drog, zmanjšanje kaznivih

dejanj in izboljšano zdravje. Vendar pa so bili nekateri dolgoročnejši rezultati v petletnem obdobju manj zadovoljivi, na primer začetno izboljšanje, kar se tiče uživanja crack kokaina, se je po štirih do petih letih delno poslabšalo in številni uživalci drog so še vedno nezmerno uživali alkohol (Gossop et al., 2001).

Študija NTORS bo posodobljena s študijo rezultatov raziskav o zdravljenju zaradi drog (Drug Treatment Outcomes Research Study – DTORS), ki jo opravlja Univerza v Manchestru. Študija se je začela leta 2006 in bo v začetnih 12 mesecih spremljala uživalce drog po vsej Angliji. Njen cilj je oceniti učinek zdravljenja zaradi drog na vrsto ciljnih meritev, osredotočena pa je na analizo tega, katere vrste zdravljenja dosegajo najboljše rezultate pri posameznih podskupinah uživalcev drog. Na Škotskem se je leta 2001 začela študija rezultatov raziskav na področju drog (Drug Outcome Research Study – DORIS), ki jo opravlja Univerza v Glasgowu. Ta študija proučuje učinek in učinkovitost storitev zdravljenja zaradi drog v centrih za zdravljenje, vključno s storitvami v zaporih. Uživalce drog so spremljali do 33 mesecev.

Na Irskem se je 2003 začela študija rezultatov raziskav (Research Outcome Study – ROSIE), ki ocenjuje učinkovitost zdravljenja zaradi drog s spremljanjem uživalcev opioidov, ki se začnejo zdraviti, v obdobju največ treh let in z beleženjem ugotovljenih sprememb (Cox et al., 2006). Po enem letu spremljanja je študija ugotovila bistveno zmanjšanje uživanja drog in kaznivih dejanj, nizko stopnjo umrljivosti in nekatere pozitivne rezultate v smislu fizičnega in duševnega zdravja udeležencev.

Aprila 2007 je Evropska komisija Svetu in Evropskemu parlamentu predložila poročilo o preprečevanju in zmanjševanju zdravstvenega tveganja, povezanega z odvisnostjo od drog ⁽²²⁾. V tem poročilu je zapisano, da je zmanjševanje škode opredeljeno kot javnozdravstveni cilj na nacionalni ravni v vseh državah. V podpornem dokumentu, na katerem temelji poročilo Komisije, je predstavljena celovita evropska podoba politik in intervencij za zmanjševanje škode. Temelji na informacijah, ki so jih zagotovili predvsem oblikovalci politike, strokovnjaki mreže Reitox in lokalne organizacije. Podporni dokument vsebuje obsežne popise po posameznih državah ⁽²³⁾.

Na podlagi priporočila Sveta je več držav uskladilo nacionalne politike z evropsko strategijo in namenilo več pozornosti širitvi storitev za zmanjševanje škode. Zdi se, da priporočilo vpliva zlasti na države, ki so se EU pridružile leta 2004.

Socialna reintegracija

Negotova nastanitve, neredna zaposlitev in prestajanje zaporne kazni v preteklosti so kazalniki socialne izključenosti,

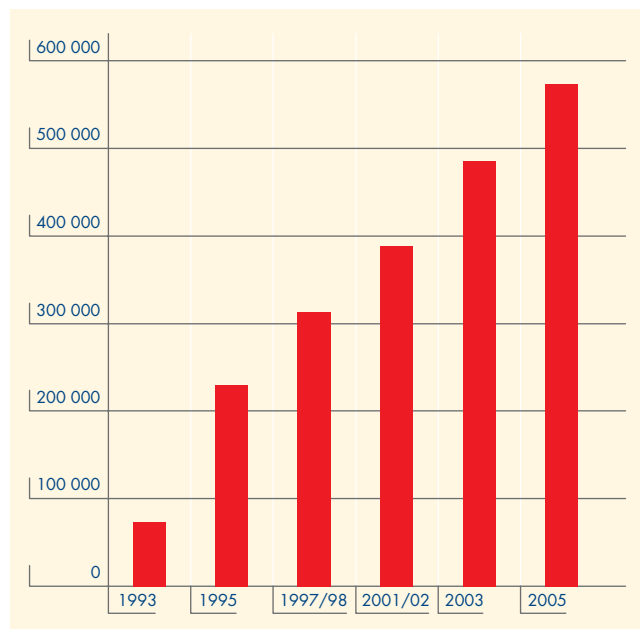
ki so značilni za življenje številnih uživalcev drog. V mnogih evropskih državah je število problematičnih uživalcev drog, ki so se začeli zdraviti, vztrajajo pri zdravljenju in so vključeni v nadomestno zdravljenje, večje kot kadar koli, zaradi tega pa se je bistveno povečalo povpraševanje po stanovanjih, izobraževanju, zaposlitvi in pravni pomoči. Sistemi oskrbe se morajo zato ukvarjati z iskanjem novih rešitev za nove profile uživalcev, za katere je pogosto značilno, da imajo številne potrebe. Socialna reintegracija se zdaj obravnava kot pomemben dejavnik dolgoročnega uspeha zdravljenja.

V nekaterih državah se področju reintegracije namenja vedno več politične pozornosti in vlaganj, v več državah pa je v standardih za vzdrževalno zdravljenje predvideno, da je treba uživalcem omogočiti storitve socialne pomoči in reintegracije. Srednjeročni pregled irske strategije boja proti drogam na primer vsebuje priporočilo o vključitvi rehabilitacije kot petega stebra strategije, na Danskem pa sta ministrstvi za zaposlovanje in socialne zadeve uvedli nove programe za ranljive skupine („skupna odgovornost“). Še en primer je strategija norveške vlade za preprečevanje in odpravljanje brezdomstva, v kateri so zastavljeni izmerljivi

⁽²²⁾ Priporočilo Sveta z dne 18. junija 2003 o preprečevanju in zmanjševanju škode za zdravje, povezane z odvisnostjo od drog (UL L 165, 3.7.2003, str. 31).

⁽²³⁾ Oba dokumenta sta na voljo na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

Prikaz 2: Ocena razpoložljivosti nadomestnega zdravljenja z opiodi v državah članicah EU-15, 1993–2005



Opomba: Za dodatne informacije glej preglednici HSR-7 in HSR-8 ter prikaza HSR-1 in HSR-5 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalne kontaktne točke in poročila; glej prikaz HSR-5 v Statističnem biltenu za podrobni seznam virov.

cilji, kot so zmanjševanje prisilnih izselitev in povečevanje dostopa do stalne nastanitve, tako da bi začasna prebivališča postala izjema. Norveška ima tudi akcijski načrt za odpravljanje revščine, ki vključuje sistem pomoči, v okviru katerega je bilo v letu 2006 razdeljenih 6,5 milijona EUR za zagotavljanje nadaljnjih storitev po bolnišničnem zdravljenju za brezdomce ter odvisnike od alkohola in drog. Poleg tega Grčija, Francija, Italija, Litva, Avstrija, Portugalska in Slovaška sodelujejo v pobudi Komisije EQUAL na področju zaposlovanja in socialne vključenosti ⁽²⁴⁾.

EU spodbuja tudi vzpostavitev okvira, imenovanega „odprta metoda usklajevanja“ (OMC), v katerem države članice usklajujejo svoje politike odpravljanja revščine in socialne izključenosti pri izmenjavi politik in medsebojnem učenju.

Iz reintegracijskih ukrepov so razvidne različne nacionalne socialno-kulturne in ekonomske razmere v Evropi, pa tudi razlike glede ciljev, ciljnih skupin in pogojev. Bolgarija in Romunija sta na primer edini državi, ki navajata posebne projekte socialne reintegracije za brezdomne otroke.

Programi in ukrepi v številnih državah niso usmerjeni posebej na uživalce drog, ampak so namenjeni ranljivim socialnim skupinam na splošno in se po navadi izvajajo na lokalni ali regionalni ravni. Tako se v načrtih valonske vlade „plans de prévention de proximité“ (PPP) iz leta 2003 lokalna revščina in odvisnost obravnavata kot povezani vprašanja, na

Danskem pa morajo občine v skladu z zakonom o storitvah socialne varnosti zagotoviti načrt socialnih ukrepov za vse uživalce drog. Podobno so lokalne oblasti na Poljskem zakonsko zavezane k socialni reintegraciji uživalcev drog, na Nizozemskem pa večino novih storitev socialne reintegracije uvedejo občine. V Nemčiji za zatočišča, šolanje in stanovanja skrbijo na deželni ali občinski ravni, zvezni programi za invalidne osebe pa zagotavljajo podporo za vključevanje uživalcev drog v poklicno življenje.

Stanovanjska pomoč vključuje dnevna zatočišča za nujne primere, prenočišča, objekte za kratkoročno nastanitev, prehodna in oskrbovana stanovanja ter subvencije za najemnino. Da bi preprečili, da bi postale osebe dolgoročno odvisne od teh storitev, se proučujejo inovativni pristopi na področju stanovanjske pomoči ali finančnega gospodarjenja. Na Danskem se lahko na primer posamezniki v stanovanjih za reintegracijo udeležijo usposabljanja v zvezi z nastanitvijo, da bi se izognili možnim prihodnjim težavam pri skrbi za svoje stanovanje, v Združenem kraljestvu pa prejmejo nasvete o nakupih, kuhanju in upravljanju gospodinjanskega proračuna.

Medtem ko mnoge države poročajo, da se pogosto ustvarjajo nove priložnosti na področju usposabljanja in dostopa do izobraževanja, pa je za te skupine težje poiskati plačano zaposlitev. Vendar pa je ta še zlasti pomembna za ciljno skupino, saj zagotavlja ekonomsko stabilnost, samospoštovanje, status in stanovitnost. Med novimi načini iskanja plačane zaposlitve za te osebe so sklepanje partnerstev z zasebnimi podjetji, mentorski programi in dajanje spodbud, kot so subvencije za pripravniške plače ali posojila za ustanavljanje podjetij. V več državah so ustanove za zdravljenje odvisnosti od drog uvedle lastne socialno-ekonomske pobude, v okviru katerih redno zaposlujejo udeležence svojih programov. Druge pobude si prizadevajo za izboljšanje stanja na področju zaposlovanja z boljšim usklajevanjem profilov, pričakovanj in usposobljenosti s stvarnostjo poklicnega življenja. Primer je lahko dunajska borza dela, ki deluje kot posrednik med uživalci, agencijami na področju drog in javnimi zavodi za zaposlovanje ter opravlja posebne svetovalne storitve, da bi povečala stopnjo uspešnosti pri zaposlovanju. Poleg tega pomaga pri iskanju rešitev za uživalce, pri katerih poklicna reintegracija ni več mogoča.

Velik izziv je zlasti reintegracija marginaliziranih starejših uživalcev heroína, katerih telesno in duševno zdravje je zelo ogroženo. V Belgiji se lahko uživalci drog s psihiatričnimi težavami zdravijo v specializiranih enotah za odvisnost od psihoaktivnih snovi v psihiatričnih ali splošnih bolnišnicah ali drugih ustanovah za psihiatrično oskrbo. Danska poroča, da se uživalci drog s psihiatričnimi težavami zdravijo v ustanovah za psihiatrično oskrbo, starejši uživalci drog,

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

ki ne zmorejo skrbeti zase zaradi uživanja drog, demence ali problematičnega vedenja, pa so nastanjeni v oskrbnih domovih. Na Nizozemskem je bil leta 2007 sprejet nov zakon o socialni pomoči, ki vključuje odvisnost od drog v področje istih predpisov kot (druge) kronične psihiatrične težave. Vendar pa je velika centralizirana ustanova za nastanitev 120 brezdomnih uživalcev drog s psihiatričnimi težavami povzročila odpor na lokalni ravni. Za uživalce, ki imajo težave z duševnim zdravjem, je strokovna pomoč pri

ponovni vzpostavitvi mreže podpornih in kontaktnih oseb pomemben sestavni del procesa socialne reintegracije.

V nekaterih državah (npr. v Bolgariji, na Češkem, v Grčiji in Sloveniji) se strukturirani programi reintegracije zagotavljajo samo kot nadaljevanje uspešno opravljenega zdravljenja odvisnosti od drog na podlagi vzdržnosti, posebni ukrepi reintegracije za uživalce, ki so vključeni v vzdrževalno zdravljenje, pa trenutno niso na voljo.



Poglavje 3

Konoplja

Uvod: spreminjajoča se podoba uživanja konoplje v Evropi

Konoplja je prepovedana droga, katere uživanje je v svetovnem merilu najbolj razširjeno, in snov, ki je središče razprav o drogah v Evropi od šestdesetih let prejšnjega stoletja, ko je njeno uživanje postalo skorajda sopomenka nastajajoče protikulture mladih. Kljub dobremu poznavanju te droge je razumevanje uživanja konoplje v Evropi zapletena naloga. Pomemben sestavni del te podobe so različni proizvodi iz konoplje, ki so trenutno na voljo na evropskem trgu. V Evropi so od nekdaj na voljo tri glavne oblike konoplje: hašiš, marihuana in, precej redkeje, hašiševo olje. Za mnoge je kajenje hašiša s tobakom še vedno običajna oblika uživanja te droge, čeprav je drugod po svetu ta način uporabe precej redek. Evropa sicer ostaja prevladujoči svetovni trg za hašiš, se pa zdi, da postaja marihuana pogostejša in prevladuje na nekaterih trgih. V zadnjih letih je postala ta podoba še bolj zapletena zaradi vedno večje razpoložljivosti konoplje, proizvedene v Evropi; del te konoplje gojijo v nadzorovanih pogojih in ima lahko precej močan učinek. Ta vrsta konoplje je postala ločen proizvod v mnogih državah in otežuje oceno javnozdravstvenega učinka spreminjajočih se vzorcev uživanja konoplje.

Ponudba in razpoložljivost

Proizvodnja in trgovina

Ker se lahko konoplja goji v zelo različnih okoljih in raste v naravi v številnih delih sveta, je zelo težko prepričljivo oceniti njeno svetovno proizvodnjo. Po trendu, ki je več let naraščal, je UNODC ob upoštevanju informacij o povečevanju raznovrstnosti proizvodnje marihuane zmanjšal svoje svetovne ocene proizvodnje marihuane s 45 000 ton v letu 2004 na 42 000 ton v letu 2005, predvsem zaradi manjših ocen proizvodnje iz Severne Amerike po okrepljenih prizadevanjih za izkoreninjenje konoplje. Trenutno se ocenjuje, da je približno polovica vse konoplje vzgojena v Severni, Srednji in Južni Ameriki (46 %), nato pa sledita Afrika (26 %) in Azija (22 %) (UNODC, 2007).

Maroko ostaja glavni mednarodni proizvajalec hašiša, in čeprav nedavne študije kažejo, da so se površine, na katerih se goji konoplja, od leta 2004 do leta 2005 zmanjšale za približno 40 %, se še vedno ocenjuje, da ta država proizvede približno 70 % hašiša, ki se zaužije v Evropi. Na podlagi ocene celotne obdelovalne površine bi Maroko lahko v letu 2005 pridelal 1 066 ton, večina maroške konoplje pa je namenjena evropskemu in severnoafriškemu trgu (CND, 2007; UNODC in maroška vlada, 2007). Hašiš se v Evropo tihotapi prek iberškega polotoka. Čeprav je Maroko daleč največji proizvajalec hašiša za evropski trg, poročila pravijo, da je na voljo tudi hašiš iz drugih držav (Moldavija in Indija), zlasti v srednjeevropskih državah.

V Evropi je hašiš precej enoten proizvod, to pa ne velja za marihuano. Zasežene pošiljke, o katerih se je poročalo v letu 2005, so izvirale iz Albanije, Nizozemske, držav bivše Jugoslavije, Angole in Južne Afrike. Čeprav je domačo proizvodnjo marihuane težko sistematično spremljati, jo je v letu 2005 navedla polovica držav poročevalk. Nekaj konoplje, proizvedene v Evropi, je vzgojene v naravi in se ne razlikuje bistveno od uvožene marihuane. Vendar pa se zdi, da pridobiva konoplja s sorazmerno močnim učinkom, ki se goji v intenzivnih pogojih, pomemben in verjetno vedno večji tržni delež v številnih državah. Oprema, ki uživalcem omogoča, da gojijo konopljo doma, je dandanes vsakomur na voljo prek interneta, v nekaterih državah pa pri specializiranih prodajalcih. Dejstvo, da se ta vrsta droge goji v zaprtih prostorih in pogosto zelo blizu ciljnega trga, lahko pomeni, da ni tako pogosto zasežena in je zato manj razvidna iz razpoložljivih podatkov.

Zasegi

Leta 2005 sta bili na svetu zaseženi skupaj 1 302 toni hašiša v primerjavi s 4 644 tonami marihuane, obe številki pa sta nižji od številki iz leta 2004. Večina hašiša je bila še vedno zasežena v zahodni in srednji Evropi (70 %), medtem ko je bilo največ marihuane še vedno zasežene v Severni Ameriki (64 %) (UNODC, 2007).

Po ocenah je bilo leta 2005 v Evropi zaseženih 909 ton hašiša v 303 000 zasegih⁽²⁵⁾, pri čemer je bila v Španiji opravljena približno polovica zasegov, v katerih so zasegli

⁽²⁵⁾ Podatke o zasegih drog v Evropi, na katerih temelji ta razdelek, je mogoče najti v preglednicah SZR-1, SZR-2, SZR-3 in SZR-4 v Statističnem biltenu 2007.

približno tri četrtine celotne zasežene količine ⁽²⁶⁾. Število zasegov hašiša se je po poročanju v letu 2005 rahlo povečalo, kar je v skladu z naraščajočim trendom, ki ga je mogoče opaziti od leta 2000. Vendar pa to ne drži za količino zaseženega hašiša, ki se je v letu 2005 zmanjšala, po obdobju povečevanja med letoma 2000 in 2004.

Razmerje med hašišem in marihuano je razvidno iz dejstva, da je bilo leta 2005 opravljenih približno polovico manj zasegov marihuane (1 52 000), zasežena pa manj kot desetina količine (66 ton). Število zasegov marihuane v Evropi se je v zadnjih petih letih enakomerno povečevalo, čeprav se zdi, da je slika v zvezi z zaseženimi količinami manj jasna, z možnim povečanjem v letu 2005, potem ko so se v obdobju med letoma 2001 in 2004 količine zmanjševale. Te ugotovitve so vsekakor predhodne, saj Združeno kraljestvo, v katerem je bilo največ zasegov marihuane po številu in količini, še ni sporočilo podatkov za leto 2005.

Leta 2005 je bilo v Evropi po ocenah opravljenih 13 500 zasegov, v katerih je bilo zaseženih 24 milijonov rastlin konoplje (večina v Turčiji) in 13,6 tone rastlin konoplje (večina v Španiji). Na splošno je v Evropi od leta 2000 opazen nenehno naraščajoč trend števila zasegov rastlin konoplje. V državah članicah EU je bilo število zaseženih rastlin konoplje največje leta 2001 in se je od leta 2003 spet povečevalo, medtem ko se je v Turčiji po povečevanju v obdobju med letoma 2001 in 2003 število zaseženih rastlin konoplje v letu 2004 zmanjšalo, v letu 2005 pa spet povečalo.

Cena in moč

Leta 2005 se je povprečna ali tipična maloprodajna cena hašiša in marihuane razlikovala med državami in znotraj njih. Večina držav je sporočila, da so cene proizvodov iz konoplje znašale od 4 do 10 EUR za gram ⁽²⁷⁾. Povprečne ali tipične cene obeh vrst konoplje pa so po poročanju znašale od 2 EUR za gram do več kot 15 EUR. Povprečne cene hašiša, popravljene glede na inflacijo, so se v obdobju med letoma 2000 in 2005 znižale v vseh državah poročevalkah, razen na Poljskem, kjer so ostale nespremenjene. Povprečne cene marihuane, popravljene glede na inflacijo, so se v istem obdobju tudi znižale ali ostale nespremenjene v vseh državah poročevalkah, razen v Sloveniji ⁽²⁸⁾.

Moč proizvodov iz konoplje se določi glede na njihovo vsebnost delta-9-tetrahidrokanabiola (THC), ki je glavna aktivna snov (EMCDDA, 2004). Leta 2005 je povprečna ali tipična vsebnost THC v hašišu na maloprodajni ravni po poročanju znašala od manj kot 1 do 17 %. Take razlike je

Razlaga podatkov o zasegih in drugih podatkov o trgu

Zasegi drog v posamezni državi navadno veljajo za posredni kazalec ponudbe in razpoložljivosti drog, čeprav so iz njih razvidni tudi viri, prednostne naloge in strategije kazenskega pregona, pa tudi kako nacionalne in mednarodne dejavnosti za zmanjševanje ponudbe vplivajo na preprodajalce, ter odražajo prakse poročanja. Zasežene količine se lahko od enega do drugega leta precej razlikujejo, na primer, če so v enem letu nekateri od zasegov zelo veliki. Zato je število zasegov včasih boljši kazalnik trendov. V vseh državah je v število zasegov vključen velik del majhnih zasegov na maloprodajni ravni (na ulicah). Kadar sta kraj izvora in namembni kraj zaseženih drog znana, lahko pokažeta preprodajalske poti in območja proizvodnje. Večina držav članic je sporočila ceno in čistost/moč drog na maloprodajni ravni. Vendar pa podatki prihajajo iz različnih virov, ki niso vedno primerljivi, zaradi česar so natančne primerjave med državami otežene.

V tem poročilu je predstavljen povzetek informacij o svetovnih razmerah, da bi omogočili vpogled v evropske zasege drog v širšem okviru. Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih (UNODC) vsako leto pripravi poročilo o mednarodnem stanju na področju drog, ki je bilo uporabljeno kot glavni vir za svetovne ocene, vključene v to poročilo. Bralce opozarjamo, da je zbiranje takih informacij težavno in da so v številnih delih sveta informacijski sistemi slabo razviti. Zato je treba te podatke obravnavati kot najboljši možni približek iz trenutno razpoložljivih informacijskih virov.

težko razložiti glede na skupni vir večine evropskega hašiša. Moč marihuane je bila po poročanju od manj kot 1 % do malo več kot 15 %. Iz razpoložljivih podatkov ni mogoče razlikovati med marihuano domače proizvodnje in uvoženo marihuano, vendar pa je Nizozemska predložila oceno, da je bila moč lokalno proizvedene marihuane 17,7 % ⁽²⁹⁾.

Razširjenost in vzorci uživanja konoplje

Med splošno populacijo

Podatki iz novejših raziskav potrjujejo, da je konoplja prepovedana droga, ki se v Evropi najpogosteje uživa. V devetdesetih letih prejšnjega stoletja se je uživanje te droge, zlasti med mladimi, povečalo v skoraj vseh državah. Vendar pa nekateri novejši podatki kažejo, da se trend naraščanja umirja, čeprav na najvišjih ravneh v zgodovini. Pomembno dodatno vprašanje je raziskovanje trendov med osebami, ki to drogo uživajo intenzivno in dolgoročno. Podatki o tem so slabši, vendar pa se domneva, da vedno več mladih

⁽²⁶⁾ To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2005. Pri ocenjevanju so bili manjkajoči podatki za leto 2005 nadomeščeni s podatki za leto 2004.

⁽²⁷⁾ Glej preglednico PPP-1 v Statističnem biltenu 2007.

⁽²⁸⁾ Podatki o cenah hašiša in marihuane so bili analizirani za 19 držav (za katere so bili podatki na voljo za vsaj tri zaporedna leta).

⁽²⁹⁾ Podatke o moči konoplje je mogoče najti v preglednicah PPP-2 in PPP-5 v Statističnem biltenu 2007.

Konoplja za osebno uporabo: pravni status

Čeprav imajo države članice različne pravne pristope v zvezi s konopljo ⁽¹⁾, je mogoče v Evropi opaziti splošen trend razvoja drugačnih ukrepov, kot je kazenska obsodba, za primere uživanja in posedovanja manjših količin konoplje za osebno uporabo in ob odsotnosti oteževalnih okoliščin. Konoplja se od drugih prepovedanih drog zdaj pogosto razlikuje, bodisi v zakonodaji, v direktivah tožilstva ali v sodni praksi. V večini evropskih držav opuščajo zaporne kazni in uvajajo denarne kazni, opozorila, pogojne obsodbe, oprostitev kaznovanja in svetovanje. Primere tega trenda lahko najdemo v številnih novejših ukrepih, vključno z ukinitvijo zapornih kazni v Luksemburgu leta 2001 in v Belgiji leta 2003 ter znižanjem zapornih kazni v Grčiji leta 2003 in v Združenem kraljestvu leta 2004. Direktive za policijo ali tožilstvo so bile izdane: v Belgiji leta 2003 in 2005, v Franciji leta 2005 ter v Združenem kraljestvu leta 2004 in 2006. Češka je leta 2006 skoraj uvedla različne razrede za nemedicinske droge, vendar je bil ta osnutek kazenskega zakonika zavrnjen zaradi drugih, nepovezanih razlogov. Kljub temu se po poročanju število kaznivih dejanj v zvezi s konopljo v Evropi še vedno povečuje (glej poglavje 1).

Razprava o konoplji se nadaljuje, mnenja o sorazmernih stroških in koristih različnih javnozdravstvenih in kazensko-sodnih odzivov pa se še vedno precej razhajajo. To je razvidno

iz dejstva, da niso vsi ukrepi usmerjeni v olajševanje kazni in da so se v nekaterih državah kazni zaostriale ali pa se trenutno stanje kritično proučuje. Leta 2004 je bila na Danskem za tožilstvo izdana direktiva, ki je pozivala k izrekanju kazni namesto opozoril, v Italiji pa je bilo leta 2006 ukinjeno pravno razlikovanje za nemedicinske droge, da bi se preprečilo različno dojetje „mekih“ in „trdih“ drog. Druge države so ponovno pregledale svoje trenutne odzive na konopljo, tako je Nizozemska na primer leta 2005 objavila posebno strategijo za konopljo, Nemčija pa je ovrednotila izvajanje kazni, če gre samo za posedovanje konoplje.

Politika v zvezi s konopljo ostaja vprašanje, ki sproža precejšnje javne razprave in nesoglasja. To kažejo ugotovitve nedavne raziskave Eurobarometer (2006), v okviru katere je bilo evropskim državljanom zastavljeno vprašanje, ali se strinjajo s trditvijo, da bi bilo treba legalizirati zasebno uživanje konoplje v vsej Evropi. Malo več kot dve tretjini (68 %) vprašanih se ni strinjalo, približno četrtina (26 %) pa je s tem predlogom soglašala. V vseh državah je bilo to vedno večinsko mnenje, čeprav je bil delež oseb iz vzorca, ki so se strinjale z nadaljnjo prepovedjo, različen.

⁽¹⁾ Za podrobnejšo razpravo glejte tematski pregled ELDD <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

uživa konopljo na ta način, kar je delno razvidno iz večjega povpraševanja po zdravljenju odvisnosti od konoplje, ki so ga opazili v nekaterih državah.

Po previdnih ocenah naj bi konopljo vsaj enkrat v življenju (razširjenost uživanja kadar koli v življenju) zaužilo več kot 70 milijonov odraslih Evropejcev, kar je v povprečju skoraj četrtina (22 %) vseh oseb v starosti od 15 do 64 let ⁽³⁰⁾. Nacionalni podatki znašajo od 2 do 37 %; najnižje odstotke imajo Bolgarija, Malta in Romunija, najvišje pa Danska (36,5 %), Francija (30,6 %), Združeno kraljestvo (29,8 %) in Italija (29,3 %) ⁽³¹⁾. Kljub širokemu skupnemu razponu je 12 od 26 evropskih držav, ki so predložile informacije, poročalo o stopnjah razširjenosti uživanja kadar koli v življenju v razponu med 10 in 25 % ⁽³²⁾.

Če za referenčno točko namesto uživanja kadar koli v življenju vzamemo uživanje v zadnjem letu, se po poročanju raven uživanja konoplje zniža, vendar je še vedno precejšnja. Po ocenah naj bi v zadnjem letu konopljo zaužilo približno 23 milijonov odraslih Evropejcev, kar je povprečju približno 7 % vseh oseb v starosti od 15 do 64 let. Nacionalni podatki

znašajo od 1 do 11,2 %, pri čemer so najnižje številke sporočile Bolgarija, Grčija in Malta, najvišje pa Italija (11,2 %), Španija (11,2 %), Češka (9,3 %) in Združeno kraljestvo (8,7 %). Kljub širokemu skupnemu razponu je 13 od 25 evropskih držav, ki so predložile informacije, poročalo o ocenah razširjenosti uživanja v zadnjem letu med 4 in 9 % (prikaz 3).

V ocene razširjenosti uživanja v zadnjem mesecu so vključene osebe, ki uživajo konopljo redneje, vendar ne nujno tudi intenzivno. Po ocenah je v zadnjem mesecu drogo zaužilo 13,4 milijona odraslih Evropejcev, kar je povprečno približno 4 % vseh oseb v starosti od 15 do 64 let. Podatki za države znašajo od 0,5 do 8,7 %. Najnižje vrednosti so sporočile Bolgarija, Malta, Litva in Švedska, najvišje pa Španija (8,7 %), Italija (5,8 %), Združeno kraljestvo (5,2 %) in Francija (4,8 %). Podatki iz 13 od 26 držav, ki so predložile informacije, znašajo od 2 do 6 % ⁽³³⁾.

Uživanje konoplje med mlajšimi odraslimi osebami

Stopnja uživanja konoplje je nesorazmerno visoka med mladimi. Glede na posamezne države, v katerih je potekala

⁽³⁰⁾ Povprečni odstotek je bil izračunan kot povprečje nacionalnih stopenj razširjenosti, ponderiran s populacijo ustrezne starostne skupine v posamezni državi. Skupno število je bilo izračunano z množenjem razširjenosti med zadevno populacijo v posamezni državi, v državah, za katere ni bilo na voljo podatkov, pa z pripisovanjem povprečne razširjenosti. Tukaj navedene številke so verjetno minimalne, saj je možno, da so nekatere države sporočile prenekaj podatke.

⁽³¹⁾ V tem besedilu podatki za Združeno kraljestvo zaradi praktičnih razlogov temeljijo na Britanskem pregledu kaznivih dejanj (British Crime Survey) (za Anglijo in Wales) iz leta 2006. Na voljo so še dodatne ocene za Škotsko, Severno Irsko in združena ocena za Združeno kraljestvo (predstavljeno v statističnem biltenu 2007).

⁽³²⁾ Glej preglednico GPS-8 v Statističnem biltenu 2007.

⁽³³⁾ Glej preglednico GPS-12 v Statističnem biltenu 2007.

Raziskave – pomembno orodje za razumevanje vzorcev in trendov uživanja drog v Evropi

Uživanje drog med splošno ali šolsko populacijo se ocenjuje z raziskavami, ki dajejo ocene o deležu oseb, ki izjavijo, da so droge uživale v določenih časovnih obdobjih: kadar koli v življenju, v zadnjem letu ali zadnjem mesecu.

Center je v sodelovanju z nacionalnimi strokovnjaki razvil sklop skupnih osrednjih elementov („evropski vzorčni vprašalnik“, EMQ) za raziskave med odraslimi, ki se uporabljajo v večini držav članic EU. Podrobni podatki o EMQ so vključeni v „Priročnik za raziskave o uživanju drog med splošnim prebivalstvom“ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Vendar so med državami še vedno razlike glede metodologije in leta zbiranja podatkov, majhne razlike med državami pa bi bilo treba razlagati previdno (!).

Ker je opravljanje raziskav drago, le malo držav zbira informacije vsako leto. V tem poročilu so podatki predstavljeni na podlagi najnovejših razpoložljivih raziskav, ki so bile večinoma opravljene med letoma 2003 in 2006.

Pri sporočanju podatkov iz raziskav se po navadi uporabljajo trije načini merjenja uživanja drog glede na časovno obdobje. Zaužitje ali razširjenost zaužitja kadar koli v življenju je najširša meritev. Po navadi se uporablja pri poročanju o zelo mladih skupinah, na primer šolski mladini, vendar je njena vrednost prikazovanja trenutnega stanja med odraslimi omejena, lahko pa zagotovi vpogled v vzorce uživanja in pojavnosti. To poročilo je osredotočeno na poročanje o uživanju v zadnjem letu in zadnjem mesecu, ker ti meritvi bolje prikažeta trenutno stanje, kategorija uživanja v zadnjem mesecu pa se pogosto uporablja kot približna meritev rednega uživanja. Jasna opredelitev števila oseb, ki redno uživajo droge ali imajo težave z uživanjem drog, je pomembna, in nekaj napredka v zvezi s tem je bilo doseženega z razvojem lestvic za ocenjevanje intenzivnejših oblik uživanja, in te so vključene, kjer so na voljo (glej polje o razvoju psihometričnih lestvic, str. 43).

(!) Standardni starostni razponi, ki jih uporablja center EMCDDA, so: vsi odrasli (od 15 do 64 let) in mlajši odrasli (od 15 do 34 let). Podatki iz nekaterih držav vsebujejo rahlo različne starostne razpone (npr. 16–64 let, 18–64 let in 16–59 let). Za več informacij o metodologiji raziskav med prebivalstvom in metodologiji, ki je bila uporabljena v vsaki nacionalni raziskavi, glejte Statistični bilten 2007.

raziskava, od 3 do 49,5 % mlajših odraslih Evropejcev (15–34 let) poroča, da so že kdaj v življenju poskusili konopljo, od 3 do 20 %, da jo je zaužili v zadnjem letu, od 1,5 do 15,5 % pa poroča, da so jo zaužili v zadnjem mesecu. Najvišje vrednosti v zvezi z uživanjem kadar koli v življenju so sporočili Danska, Francija, Združeno kraljestvo in Španija, o najvišjih ravneh uživanja v zadnjem letu pa poročajo Španija, Češka, Francija in Italija. Povprečno 30 %

mlajših odraslih poroča, da so že kdaj v življenju zaužili to drogo, 13 % jih poroča, da so jo zaužili v zadnjem letu, več kot 7 % pa, da so jo zaužili v zadnjem mesecu. Za primerjavo – ocene razširjenosti uživanja v zadnjem letu in zadnjem mesecu za odrasle v starosti od 35 do 64 let znašajo 3 oziroma 1,6 %⁽³⁴⁾.

Če se omejimo na mlajše osebe v starosti od 15 do 24 let, ocene razširjenosti uživanja kadar koli v življenju znašajo med 3 in 44 % (večina držav poroča o vrednostih med 20 in 40 %). Stopnje razširjenosti uživanja v zadnjem letu znašajo od 4 do 28 % (v večini držav med 10 in 25 %), stopnje razširjenosti uživanja v zadnjem mesecu pa od 1 do 19 % (v večini držav med 5 in 12 %). Ocene razširjenosti med moškimi v tej starostni skupini so še višje. Od 11 do 51 % mlajših moških (v večini držav med 25 in 45 %) je poročalo, da so že kdaj v življenju zaužili to drogo, 5 do 35 % (v večini držav med 15 % in 30 %) je poročalo, da so jo zaužili v zadnjem letu, od 1,7 % do 23 % (v večini držav med 6 % in 20 %) pa, da so jo zaužili v zadnjem mesecu⁽³⁵⁾.

Vzorci uživanja konoplje

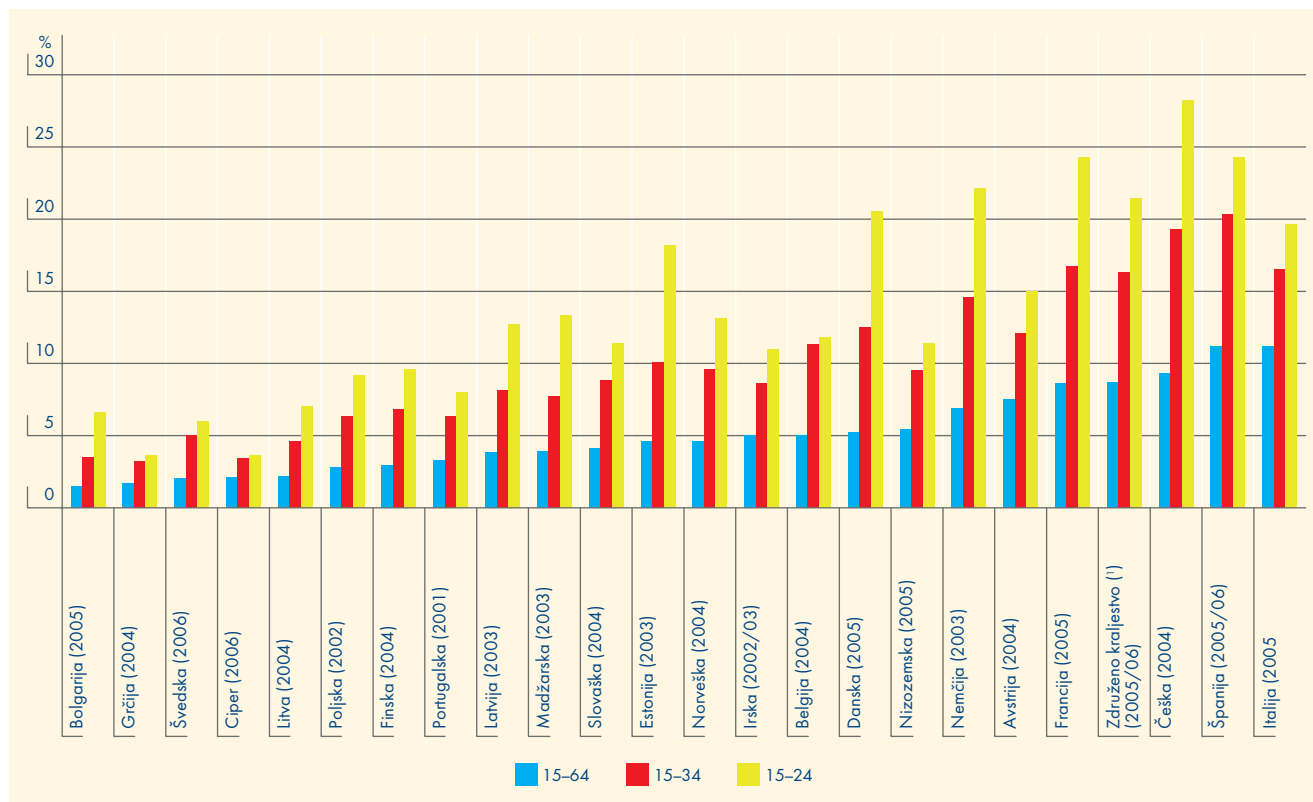
V skladu z zgornjimi ugotovitvami je uživanje konoplje, tako kot tudi večine drugih prepovedanih drog, bistveno pogostejše med mladimi, čeprav so lahko tudi pri tem precejšnje razlike med državami. Uživanje je bistveno pogostejše med moškimi kot med ženskami, čeprav je ta razlika po navadi manj očitna pri mladih. Na splošno se delež moških v primerjavi z ženskami poveča pri novejših meritvah uživanja in spet lahko opazimo precejšnje razlike med državami, na primer razmerje med spoloma v zvezi s poročanjem o uživanju konoplje v zadnjem mesecu se giblje med 1,5 v Italiji in 1,14 v Litvi (glej izbrano vprašanje o spolu in uživanju drog, 2006).

Mnogi prenehajo uživati konopljo po kratkem eksperimentalnem obdobju in stopnje uživanja se po navadi znižajo s starostjo posameznikov. Spremljanje poti uživalcev konoplje v razpoložljivih podatkih in ugotavljanje sprememb v vzorcih uživanja v določenem časovnem obdobju pa je težavno. Nekaj vpogleda v to vprašanje je mogoče dobiti s primerjavo poročil o uživanju kadar koli v življenju z bolj nedavnimi meritvami uživanja. Ta analiza v povprečju kaže, da je 32 % vseh odraslih (od 15 do 64 let), ki so kdaj zaužili konopljo, to storilo v zadnjem letu, 18 % pa v zadnjem mesecu. Ti deleži, znani tudi kot „deleži nadaljevanja uživanja“, se precej razlikujejo med državami, nanje pa vplivajo številni dejavniki, vključno z razvojem uživanja konoplje v preteklosti in številom novih primerov. Uvid v delež uživalcev konoplje, ki prevzamejo redne in dolgoročne vzorce uživanja, pa je gotovo pomemben za razumevanje možnega javnozdravstvenega učinka uživanja te snovi. Kljub skrb vzbujajočim domnevam, da število oseb, ki to drogo

(34) Glej preglednice GPS-9, GPS-11 in GPS-13 v Statističnem biltenu 2007.

(35) Glej preglednice GPS-17, GPS-18 in GPS-19 ter prikaze GPS-1, GPS-3, GPS-7 in GPS-12 v Statističnem biltenu 2007.

Prikaz 3: Razširjenost uživanja konoplje v zadnjem letu med vsemi odraslimi (starimi od 15 do 64 let) in mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 in od 15 do 24 let)



(1) Anglija in Wales.

Opomba: Podatki izhajajo iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so bile v času poročanja na voljo v posamezni državi. Države so razvrščene glede na splošno (vsi odrasli) razširjenost. Za dodatne informacije glej preglednice GPS-10, GPS-11 in GPS-18 v Statističnem biltenu 2007

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2006) na podlagi raziskav med prebivalstvom, poročil ali strokovnih člankov.

uživajo redno ali intenzivno, narašča⁽³⁶⁾, je trenutno na voljo zelo malo informacij, na podlagi katerih bi lahko raziskali to vprašanje. Center si v tesnem sodelovanju s številnimi državami članicami trenutno prizadeva razviti boljši metodološki pristop k temu vprašanju. Groba ocena Centra iz leta 2004, ki temelji na omejenih podatkih, kaže, da bi bil lahko približno 1 % odraslih Evropejcev, kar pomeni približno tri milijone ljudi, „vsakodnevnih ali skoraj vsakodnevnih“ uživalcev konoplje. Ta ocena naj bi bila po načrtih osvežena v bližnji prihodnosti. Več držav poroča o povečanju rednega ali intenzivnega uživanja konoplje, edino Španija pa je sporočila primerljive podatke o „vsakodnevem uživanju“⁽³⁷⁾, ki se je povečalo z 0,7 % leta 1997 na 2 % leta 2006.

Pomembna informacijska potreba na tem področju je tudi boljše razumevanje dejavnikov, povezanih s prenehanjem

uživanja. Kot je navedeno zgoraj, večina oseb, ki začne uživati konopljo, to čez nekaj časa opusti. Razumevanje dejavnikov, povezanih s prenehanjem uživanja, je očitno pomembno za oblikovanje intervencij na tem področju. Zadnje čase je na voljo nekaj informacij s tega področja, v raziskavi med francoskim prebivalstvom iz leta 2005 je bilo na primer ugotovljeno, da je med osebami, ki so že kdaj zaužile konopljo, vendar je niso uživale v zadnjem letu, večina (80 %) kot glavni razlog, da je niso uživale, navedla pomanjkanje zanimanja za to drogo, kljub dejstvu, da je večina odraslih (skoraj 60 %) menila, da bi jo lahko zlahka dobili, če bi hoteli.

Trendi uživanja konoplje med odraslimi

Spremljanje trendov uživanja drog v Evropi otežuje pomanjkanje zanesljivih enotno časovno razporejenih

⁽³⁶⁾ Še vedno ni na voljo splošno sprejete opredelitve „intenzivnega uživanja konoplje“. Gre za širok izraz, ki pomeni uživanje konoplje, ki presega določen prag pogostosti. Ne pomeni nujno „odvisnosti“/„zlorabe“ ali drugih težav, vendar pa velja, da povečuje tveganje za negativne posledice, vključno z odvisnostjo. V tem poglavju se številke nanašajo na „vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje“ (opredeljeno kot uživanje 20 dni ali več v zadnjih tridesetih dneh). To merilo se pogosto uporablja v študijah in je razvidno iz evropskega vzorčnega vprašalnika. Potekajoče metodološke študije (nacionalne študije in študije Centra) bodo pripomogle k boljšemu razumevanju povezave med intenzivnim/pogostim uživanjem in težavami (glej polje o razvoju psihometričnih lestvic, str. 43).

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005/06 (2 %). To merilo (uživanje 30 dni v zadnjih 30 dneh) se razlikuje od prej uporabljenega merila „vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje“ (uživanje 20 dni ali več v zadnjih 30 dneh), ki bo pokazalo višjo oceno. V Franciji so „redni uživalci“ opredeljeni kot osebe, ki so to drogo uživale „10 ali večkrat v zadnjih 30 dneh“ (4,3 % odraslih moških, 1,3 % odraslih žensk). V Združenem kraljestvu za „pogosto uživanje“ šteje „uživanje več kot enkrat mesečno v zadnjem letu“, kar ni primerljivo z merili, uporabljenimi v tem razdelku.

podatkov v številnih državah. Od devetdesetih let prejšnjega stoletja vedno več držav izvaja raziskave, ki že ponujajo koristne vpogled v trende v nekem časovnem obdobju.

Časovni nizi, razvidni iz raziskav, lahko osvetlijo razvoj uživanja konoplje v Evropi. Med drugim je bilo ugotovljeno, da so med državami pomembne časovne razlike in da od šestdesetih let prejšnjega stoletja, ko je uživanje te droge postalo priljubljeno, njena priljubljenost niha v valovih⁽³⁸⁾. To kažejo na primer podatki s Švedske (nacionalno poročilo Reitox 2005), kjer so v sedemdesetih poročali o sorazmerno visoki ravni eksperimentiranja med naborniki in šolsko mladino, čemur je v osemdesetih sledil precejšen upad, v devetdesetih spet povečanje do podobnih ravni kot v sedemdesetih, v zadnjih letih pa ponoven upad. Podoben pojav je razviden iz finskih podatkov z dvema večjima valoma te droge, prvim v šestdesetih in drugim v devetdesetih.

Iz rezultatov raziskav lahko zaključimo, da se je uživanje konoplje v devetdesetih letih v skoraj vseh državah EU bistveno povečalo. To povečevanje je v številnih državah trajalo do pred kratkim, čeprav se zdaj v nekaterih državah pojavljajo znamenja, ki kažejo na umiritev, zlasti med skupino, ki jo lahko obravnavamo kot skupino z visoko stopnjo razširjenosti uživanja. Primer tega je Združeno kraljestvo, za katerega se na splošno pogosto zdi, da je „napovedovalec“ trendov uživanja drog. Na začetku devetdesetih je Združeno kraljestvo izstopalo kot država z visoko stopnjo razširjenosti uživanja, saj je večina meritev pokazala najvišje številke razširjenosti uživanja v Evropi. Vendar pa so se ravni razširjenosti uživanja v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (16–34 let) od leta 1998 umirile, med letoma 2003 in 2006 pa so se zmanjšale (z 20 % na 16,3 %). Zanimivo je, da je v najmlajši starostni skupini (16–24 let) od leta 1998 opazno enakomerno upadanje, kar bi lahko kazalo na to, da je postalo uživanje konoplje med mladimi manj priljubljeno⁽³⁹⁾.

Ravni uživanja konoplje v Franciji, Španiji in Italiji so se v zadnjih letih (2002, 2003 oziroma 2005) po obdobju stalnega povečevanja začele približevati ravnem razširjenosti uživanja v Združenem kraljestvu. Tudi tu postajajo očitni nekateri dokazi, da se stanje umirja: Francija poroča o zmanjšanju uživanja v letu 2005, in čeprav Španija poroča o rahlem povečevanju do leta 2006, na splošno kaže, da se v najnovejših podatkih trend umirja. Na Češkem, kjer so visoke stopnje razširjenosti uživanja, je z razpoložljivimi podatki težko ocenjevati trende – čeprav informacije za mlajše odrasle kažejo, da naj bi se ravni razširjenosti uživanja rahlo zmanjšale.

Med državami, ki so glede na razširjenost uživanja v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (15–34 let) uvrščene na sredino ali konec lestvice, so Danska in Nizozemska, v katerih najnovejši podatki kažejo rahlo zmanjšanje, ter Estonija, Nemčija, Madžarska, Slovaška in Norveška, v katerih se zdi, da se ravni uživanja še vedno zvišujejo⁽⁴⁰⁾. Vendar pa je večina dvigov majhnih ter v najnovejših ocenah na splošno manj poudarjenih.

Finska in Švedska ostajata med državami, ki poročajo o najnižjih ravneh uživanja konoplje, in čeprav so se ocene razširjenosti uživanja povečale, nič ne kaže na zblizevanje z državami z večjo razširjenostjo uživanja. Razširjenost uživanja v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi, ki je bila opažena na Švedskem med letoma 2000 in 2004, je sicer precejšnja, vendar jo je težko razlagati zaradi sprememb v metodologiji opravljanja raziskav, ocene razširjenosti uživanja v raziskavah iz let 2004, 2005 in 2006 pa kažejo, da so razmere ustaljene.

Med šolsko mladino

Koristen vpogled v vzorce in trende uživanja konoplje dajejo tudi podatki iz raziskav med šolsko mladino, ki kažejo, da so se ravni uživanja konoplje v številnih državah EU na koncu devetdesetih let in na začetku tega desetletja povečale.

V celoti je splošna podoba, ki temelji na podatkih iz raziskav med šolsko mladino, odsev podobe, ki jo kažejo raziskave med odraslimi. O najvišjih deležih dijakov v starosti 15 in 16 let, ki so konopljo že kdaj poskusili, v Evropi poročajo Belgija, Češka, Irska, Španija, Francija in Združeno kraljestvo, in sicer o deležih med 30 in 44 %, Nemčija, Italija, Nizozemska, Slovenija in Slovaška pa o deležih nad 25 %. V nasprotju s tem Grčija, Ciper, Romunija, Švedska, Turčija in Norveška poročajo o ocenah razširjenosti uživanja kadar koli v življenju, nižjimi od 10 %.

Analiza podatkov iz prvih treh krogov raziskave ESPAD (Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, 1996–2003) je pokazala očitne geografske razlike v trendih razširjenosti uživanja konoplje kadar koli v življenju med dijaki v starosti 15 in 16 let. Države se lahko razvrstijo v tri geografske skupine. Na Irskem in v Združenem kraljestvu, ki imata dolgo zgodovino uživanja konoplje, je delež oseb, ki so jo že kdaj poskusile, visok, vendar se v zadnjem desetletju ni spremenil. V vzhodnoevropskih in srednjeevropskih državah članicah ter na Danskem, v Španiji, Franciji, Italiji in na Portugalskem se je delež oseb, ki so konopljo že kdaj poskusile, bistveno povečal med letoma 1995 in 2003. V tretji skupini držav članic (Finska in Švedska na severu ter Grčija, Ciper in Malta na jugu) ostaja delež

⁽³⁸⁾ Glej tudi prikaz 4 v letnem poročilu 2004.

⁽³⁹⁾ Glej prikaz GPS-10 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁴⁰⁾ Glej prikaza GPS-4 in GPS-4 v Statističnem biltenu 2007.

dijakov, ki so vsaj enkrat v življenju poskusili konopljo, na sorazmerno nizki ravni (približno 10 % ali manj). Podatki iz naslednjega kroga študije ESPAD se pričakujejo naslednje leto.

Samo štiri države (Italija, Poljska, Švedska in Združeno kraljestvo) so sporočile nove podatke iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino iz leta 2005, Belgija pa je poročala o raziskavi iz flandrijske regije. Zdi se, da je na Švedskem stanje nespremenjeno, v širih drugih raziskavah pa je bilo ugotovljeno rahlo zmanjševanje.

Konoplja: podatki o povpraševanju po zdravljenju ⁽⁴¹⁾

Vzorci povpraševanja po zdravljenju na splošno

Od skupaj približno 326 000 povpraševanj po zdravljenju, o katerih poročajo za leto 2005 (na voljo so podatki iz 21 držav), je bila konoplja primarni vzrok za začetek zdravljenja v približno 20 % vseh primerov, kar pomeni, da je po poročanju druga najpogostejša droga za heroinom. Po navadi je največ povpraševanja po zdravljenju zaradi primarnega uživanja konoplje v izvenbolnišničnih ustanovah ⁽⁴²⁾.

Po poročanju uživalci drog, ki se zdravijo klinično, ob primarni drogi, zaradi katere se želijo zdraviti, pogosto problematično uživajo druge droge. To je manj pogosto pri uživalcih konoplje, ki po poročanju najpogosteje uživajo samo eno snov (konopljo). Nekateri pa vendar uživajo konopljo v kombinaciji z drugimi drogami, najpogosteje z alkoholom (37 %) in amfetamini ali ekstazijem (28 %). Za alkoholom (38 %) je konoplja po poročanju druga najpogosteje navedena sekundarna snov pri osebah na zdravljenju ⁽⁴³⁾.

Naraščajoče povpraševanje po zdravljenju

Od približno 130 000 novih povpraševanj po zdravljenju predstavljajo uživalci konoplje 29 % vseh novih oseb, ki se želijo zdraviti zaradi drog, in tesno sledijo deležu novih povpraševanj po zdravljenju zaradi heroina (35 %; na voljo so podatki iz 22 držav) ⁽⁴⁴⁾. Čeprav je zaradi težav z razpoložljivostjo podatkov trende težko natančno razlagati, pa je mogoče opredeliti glavne trende povpraševanja po zdravljenju zaradi konoplje. Med letoma 1999 in 2005 se je po poročanju skupno število novih povpraševanj in vseh povpraševanj po zdravljenju skoraj potrojilo. Zdi pa se, da se trend naraščanja po najnovejših podatkih umirja. V vseh

Razvoj psihometričnih lestvic za odkrivanje intenzivnih, odvisnih in problematičnih uživalcev konoplje v podatkih iz raziskav

Opisi uživanja drog v raziskavah temeljijo na poročanju o lastnem vedenju v različnih časovnih intervalih. V preteklosti se dnevno uživanje ni sistematično spremljalo, delno zato, ker je bila v večini držav razširjenost uživanja konoplje majhna. Vendar pa pristop omejevanja pozornosti na uživanje v zadnjem mesecu ne omogoča natančnega ocenjevanja števila intenzivnih uživalcev. Ker pa sta se uživanje konoplje v Evropi in zaskrbljenost zaradi problemov z njo povečala, je bilo treba ta pristop ponovno proučiti. Dejansko skoraj vse države EU zdaj zbirajo informacije o tem, koliko dni v mesecu pred izpraševanjem so osebe uživale drogo. Na podlagi teh informacij se ocenjuje, da naj bi približno 3 milijoni ljudi uživali konopljo vsak dan ali skoraj vsak dan.

Center sodeluje z nacionalnimi strokovnjaki, da bi izboljšali poročanje o takem intenzivnem uživanju v podatkih iz raziskav med prebivalstvom. Vendar pa je to vseeno precej nepripraven način za odkrivanje oseb, ki imajo težave z odvisnostjo zaradi uživanja konoplje. Te informacije so bistvene za razumevanje javnozdravstvenega učinka uživanja konoplje in so trenutno ključno vprašanje, s katerim se ukvarja strokovna skupina za raziskave pri Centru.

Cilj trenutnega dela je razviti metodološki in konceptualni okvir, ki je potreben za spremljanje intenzivnih oblik uživanja drog in bi ga bi bilo mogoče uporabiti v raziskavah med prebivalstvom za lažje odkrivanje oseb s težavami. Nekateri države začenejo meriti „odvisnost“ od konoplje ali „problematično uživanje“ konoplje med splošno populacijo in prvi projekti že potekajo v Franciji, Nemčiji, na Nizozemskem, Poljskem, Portugalskem, v Združenem kraljestvu in od pred kratkim v Španiji.

Kot primer, zakaj je to delo pomembno, lahko navedemo izkušnje francoske raziskave iz leta 2005, v katero je bila vključena eksperimentalna lestvica CAST (cannabis abuse screening test – presejalni preskus zlorabe konoplje): pri teh meritvah je predhodna analiza pokazala, da bi lahko pri 16 % oseb, ki so zaužile konopljo v zadnjem letu, in pri 58 % vsakodnevnih uživalcev, obstajalo tveganje za problematično uživanje.

državah (razen Litve) je med novimi osebami, ki se želijo zdraviti, po poročanju delež tistih, ki se želijo zdraviti zaradi primarnega uživanja konoplje, višji od ustreznega deleža med vsemi osebami, ki se zdravijo ⁽⁴⁵⁾.

⁽⁴¹⁾ Analiza splošne razporeditve in trendov temelji na podatkih o uživalcih, ki so po zdravljenju povpraševali v vseh centrih za zdravljenje odvisnosti od drog, analiza profila uživalcev in vzorcev uživanja večinoma temelji na podatkih iz izvenbolnišničnih centrov za zdravljenje.

⁽⁴²⁾ Glej prikaz TDI-2 v Statističnem biltnu 2007.

⁽⁴³⁾ Glej preglednici TDI-22 in TDI-23 (del i) in (del iv) v Statističnem biltnu 2007.

⁽⁴⁴⁾ Glej prikaz TDI-2 v Statističnem biltnu 2007.

⁽⁴⁵⁾ Glej preglednici TDI-3 (del iii) in TDI-5 (del ii) v Statističnem biltnu 2007.

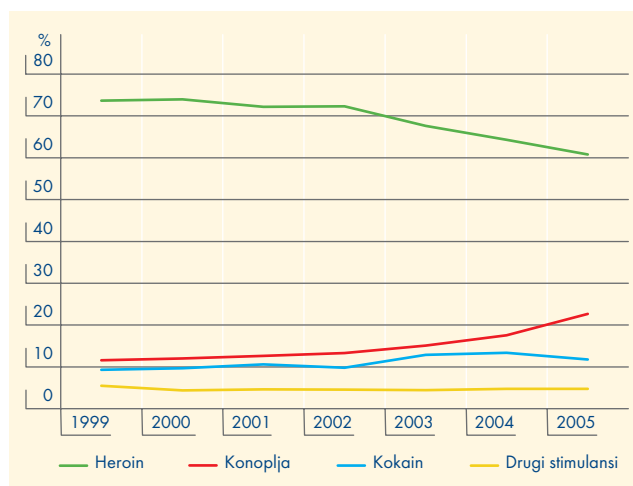
V obdobju 1999–2005 se je delež oseb, ki se želijo zdraviti zaradi primarnega uživanja konoplje, povečal v vseh državah, ki so sporočile podatke (prikaz 4). Vendar pa so med državami zanimive razlike, saj v Bolgariji, Litvi, na Poljskem in v Romuniji manj kot 5 % vseh oseb, o katerih poročajo, da so se začele zdraviti, navaja kot vzrok konopljo, na Madžarskem in v Franciji pa več kot 30 %. V 12 preostalih državah je delež oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, med 5 in 20 %, v sedmih pa med 21 in 29 %. Podobno so med državami precejšnje razlike glede novih povpraševanj po zdravljenju, saj v Bolgariji, Litvi, Luksemburgu, na Poljskem in v Romuniji konopljo navaja manj kot 10 % novih oseb, ki se zdravijo, na Danskem ter v Nemčiji, Franciji in na Madžarskem pa več kot 50 %⁽⁴⁶⁾.

Zdi se, da za povečanje povpraševanja po zdravljenju zaradi konoplje ni preproste razlage. Še vedno ni jasno, v kolikšnem obsegu je povečanje povpraševanja po zdravljenju posledica večje razširjenosti intenzivnega uživanja konoplje in s tem povezanih težav med prebivalstvom ter večje ozaveščenosti o tveganjih. K temu morda prispevajo tudi drugi dejavniki, vključno z boljšo podatkovno pokritostjo centrov za izvenbolnišnično zdravljenje, ki se ukvarjajo z uživalci konoplje in so po navadi središča povpraševanja po zdravljenju zaradi konoplje, ter morda več diagnoz in poročanja o problematičnem uživanju konoplje. Treba bi bilo upoštevati še dva možna vzroka: raznolikost ponudbe na področju zdravljenja, na primer odpiranje centrov za zdravljenje odvisnosti od konoplje v Franciji konec leta 2004, ter povečevanje števila napotitev na zdravljenje iz kazensko-sodnega sistema. V prvem primeru je več držav na podlagi povečanega povpraševanja po zdravljenju zaradi konoplje začelo izvajati posebne programe za mladoletnike ali mlade s ponudbo zdravljenja, ki je namenjena zlasti uživalcem konoplje; pri tem je povečanje povpraševanja povzročilo povečanje ponudbe, zaradi česar se je lahko nato spet dvignilo povpraševanje. V drugem primeru so napotitve na zdravljenje iz kazensko-sodnega sistema pogosto povezane s kršitvami v zvezi z uživanjem konoplje. Ugotovitve raziskav kažejo, da večina ljudi, ki je iz kazensko-sodnega sistema preusmerjena na zdravljenje, kot primarno drogo uživa konopljo. V takih okoliščinah povečanje števila napotitev iz kazensko-sodnega sistema prispeva k povečanemu povpraševanju po zdravljenju zaradi konoplje.

Profil uživalcev, ki se zdravijo

Ne glede na pojasnjevalne dejavnike, ki so povzročili povečanje povpraševanja po zdravljenju zaradi konoplje, so značilnosti oseb, ki se želijo zdraviti, pomembne, čeprav ni mogoče trditi, da je ta majhen delež populacije, ki uživa

Prikaz 4: Trendi v vzorcu uporabe storitev zdravljenja (1999–2005) – glavna droga, zaradi katere osebe povprašujejo po zdravljenju, kot odstotek vseh povpraševanj



Opomba: Na podlagi podatkov iz 21 držav članic EU: Bolgarije, Češke, Danske, Nemčije, Irske, Grčije, Španije, Francije, Italije, Cipra, Litve, Luksemburga, Madžarske, Malte, Nizozemske, Romunije, Slovenije, Slovaške, Finske, Švedske in Združenega kraljestva.

Opravljen je bil interpolacija manjkajočih podatkov za vsako državo, tako da se je ohranil povprečni trend v EU za podatke, ki so bili na voljo za vsako leto.

Za dodatne informacije in podrobne opombe glej prikaz TDI-3 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

konopljo, reprezentativen. Če pogledamo profil oseb, ki se zdravijo izvenbolnišnično zaradi primarnega uživanja konoplje, so njihove najpogostejše značilnosti, da so mladi, moškega spola, se še vedno šolajo in niso zaposleni ali so nezaposleni ter živijo pri starših in nimajo lastnega stanovanja⁽⁴⁷⁾. V primerjavi z drugimi uživalci drog, ki se zdravijo, je med osebami, ki se zdravijo zaradi primarnega uživanja konoplje, največji delež moških in najmlajših oseb (povprečna starost 24,5 leta). Osebe, ki se zdravijo prvič, so celo mlajše kot vsi uživalci konoplje na zdravljenju (povprečna starost 23,8 leta); med novimi osebami, ki se zdravijo zaradi konoplje, je 67 % starih 15–19 let, 80 % pa mlajših od 15 let. Vendar pa v zadnjih treh letih poročajo o znakih, da se je starost novih oseb, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje, povišala⁽⁴⁸⁾. Na splošno se osebe, ki se zdravijo zaradi konoplje, lahko razdelijo v tri skupine: tiste, ki jo uživajo občasno (34 %), tiste, ki jo zaužijejo enkrat do večkrat na teden (27 %), in tiste, ki jo uživajo vsakodnevno (39 %).

Te razlike glede poročil o uživanju droge med osebami, ki se zdravijo zaradi konoplje, so verjetno posledica različnih vrst napotitev na zdravljenje, večje število napotitev iz kazensko-sodnega sistema pa bi lahko bilo domnevno povezano z delom oseb, ki redkeje uživajo konopljo in se po poročanju

⁽⁴⁶⁾ Glej preglednici TDI-5 (del i) in TDI-4 (del ii) v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁴⁷⁾ Glej preglednice TDI-13, TDI-14 in TDI-21 (del i) in (del ii) v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁴⁸⁾ Glej preglednico TDI-10 (del i), (del ii) in (del ix) v statističnih biltenih 2007, 2006 in 2005.

zdravijo. Med državami so razlike, kar se tiče pogostosti uživanja konoplje, saj polovica držav poroča, da več kot 30 % oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, to drogo uživa vsakodnevno, druga polovica držav pa, da je takšnih manj kot 30 %. Nizozemska, Danska in Španija imajo najvišji delež rednih uživalcev med osebami na zdravljenju, Madžarska, Nemčija in Italija pa poročajo o najvišjem deležu občasnih uživalcev ⁽⁴⁹⁾. Poleg tega je reševanje problematike intenzivnega uživanja konoplje morda osredotočeno na preprečevanje in ne na zdravljenje, kot je navedeno v nadaljevanju, in te razlike v nacionalnih praksah lahko vplivajo na splošne ravni poročanja. Na ta način je mogoče delno pojasniti, zakaj nekatere države z visoko razširjenostjo uživanja poročajo o sorazmerno nizkih številkah v zvezi z zdravljenjem zaradi konoplje.

Odzivanje na probleme s konopljo

Podatke o zdravljenju zaradi konoplje je treba obravnavati ob upoštevanju tega, kaj pomeni zdravljenje zaradi konoplje v Evropi, ki trenutno obsega vrsto ukrepov od kratkih intervencij do bolnišničnega zdravljenja. Nekateri programi so usmerjeni k preprečevanju in zmanjševanju škode, pa tudi k zdravljenju težav zaradi drog.

Ugotavlja se, da sta odkrivanje ogroženih oseb in zgodnja intervencija pomembna elementa vseh programov na področju drog, učitelji pa so lahko med prvimi, ki ugotovijo, da njihovi učenci uživajo konopljo. Nemčija, Italija in Poljska so pripravile programe za učitelje, da bi se lahko odzvali na uživanje konoplje in poiskali pomoč strokovnjaka, kadar je to potrebno.

Dokazov, na katere bi se lahko oprlo zdravljenje zaradi uživanja konoplje, ni veliko, raziskovalne študije na tem področju pa so omejene in večinoma temeljijo na ameriških in avstralskih izkušnjah. V Evropi poročila o pristopih k reševanju problemov s konopljo najpogosteje vključujejo kratkoročne izvenbolnišnične storitve, svetovanje, programe v šolah in dejavnosti preprečevanja na terenu. Zdi se, da intervencije na splošno temeljijo na kratkih intervencijskih pristopih, ki združujejo motivacijske pogovore in kognitivno-vedenjske elemente. Čeprav ni trdnega soglasja o tem, kateri so sestavni deli učinkovite prakse, nekatere študije kažejo, da je lahko ta vrsta pristopa uporabna. Ena evropskih pobud na tem področju je projekt Incant, v okviru katerega sodelujejo Belgija, Francija, Nemčija, Nizozemska in Švica, ukvarja pa se s proučevanjem učinkovitosti večdimenzionalne družinske terapije pri uživalcih konoplje. Ta projekt se je, potem ko je prejel pozitivno oceno pilotne faze, razširil v nadzorovano randomizirano študijo, ki se opravlja na več krajih in primerja

večdimenzionalno družinsko terapijo s standardnimi oblikami zdravljenja motenj, povezanih z uživanjem konoplje.

Samo 13 držav članic poroča o dostopnosti specializiranih ustanov za zdravljenje problematičnih uživalcev konoplje, kar kaže na to, da se večina uživalcev konoplje obravnava v okviru splošnih programov zdravljenja odvisnosti od drog ali splošnih zdravstvenih storitev ali storitev za mlade. Izraženi so bili pomisleki o tem, da je zdravljenje mladih uživalcev konoplje v splošnih programih zdravljenja odvisnosti od drog morda neustrezno, če ti pri tem pridejo v stik s starejšimi, problematičnimi uživalci drugih drog. Čeprav je resnost tega problema še vedno nejasna, pa gre za pomembno vprašanje pri načrtovanju na tem področju.

Kot primer specializiranih storitev za uživalce konoplje je bilo v Franciji leta 2005 ustanovljenih 250 svetovalnih centrov za uživalce konoplje. Ti centri zdaj obravnavajo približno 2 900 oseb na mesec, od katerih se jih približno tretjina sama odloči za zdravljenje (31 %), tretjino napoti tretja oseba (31 %), nekaj več kot tretjina pa se zdravi zaradi sodne odločbe (38 %). Še en primer posebnega programa zdravljenja za uživalce konoplje je mladinski center Maria na Švedskem, ki zagotavlja mladim problematičnim uživalcem konoplje svetovalni program, ki mu sledijo podporna srečanja. V nemškem Dresdnu pa so na izvenbolnišničnem oddelku za raziskave za mladoletnike razvili modularno terapijo za zdravljenje motenj, povezanih s konopljo (Candis), ki se izvaja od januarja 2006.

Kvazi obvezne intervencije

Kljub splošnim premikom k usmerjanju uživalcev konoplje, ki pridejo v stik s kazensko-sodnim sistemom, na zdravljenje in svetovanje namesto izrekanja kazni, se dostopnost in struktura teh mehanizmov v Evropi zelo razlikuje in le nekaj držav (Nemčija, Francija, Luksemburg, Avstrija in Švedska) poroča, da so na voljo strukturirani programi ali storitve.

Sodišča uživalcev konoplje ne pošiljajo samo na zdravstvene intervencije. Občasnim uživalcem so v nekaterih državah na voljo intenzivni tečajji, Nemčija, Avstrija in Luksemburg na primer poročajo o tečajjih, namenjenih spreminjanju prepričan in vzorcev uživanja pri uživalcih konoplje ⁽⁵⁰⁾.

Nove komunikacijske strategije za doseganje uživalcev konoplje

Številni inovativni programi v Evropi preizkušajo nova komunikacijska orodja za doseganje uživalcev konoplje. V nekaterih državah (Nemčija, Združeno kraljestvo) so razvili kratke intervencije prek interneta, ki uživalcem konoplje omogočajo, da ocenijo svojo trenutno raven uživanja in sami opredelijo svoje težave. Primer tega pristopa je nemška

⁽⁴⁹⁾ Glej preglednico TDI-18 (del iii) in (del iv) v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁵⁰⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/

storitev „quit the shit“⁽⁵¹⁾, ki ponuja podporo uživalcem, ki bi radi prenehali uživati konopljo. Ocenjevalna študija je ugotovila, da osebe, ki uporabljajo to storitev, poročajo o zmanjšanem uživanju konoplje, v smislu zaužite količine in števila dni, ko jo uživajo.

Danski projekt SMASH je projekt anonimne podpore in svetovanja mladim uživalcem konoplje, njegov namen pa je zmanjšati škodljive učinke ter dati informacije in podporo

pri opuščanju kajenja konoplje⁽⁵²⁾. Ta projekt temelji na naročilu dveh paketov sporočil SMS. V prvem (hashfacts) so informacije o uživanju konoplje, drugi pa ponuja podporo in informacije osebam, ki bi rade prenehale uživati droge. Mladi lahko prek sporočil SMS prejmejo tudi osebne nasvete, kako prenehati ali zmanjšati uživanje konoplje. Podobno storitev imajo tudi na Irskem, vendar pa je tam poudarek na širjenju informacij.

Uživanje drog med mladoletniki, v izbranih vprašanjih centra EMCDDA za leto 2007

Izbrano vprašanje o uživanju drog med zelo mladimi Evropejci (mlajšimi od 15 let) ugotavlja, da je razširjenost uživanja drog v tej starostni skupini nizka in večinoma pomeni eksperimentalno uživanje. Redno uživanje drog med zelo mladimi osebami je redko in se pogosto nanaša na zelo problematičen del prebivalstva.

Primarni odziv na uživanje drog med mlajšimi od 15 let se večinoma osredotoča na strategije za preprečevanje ali zgodnje

intervencije. Vendar pa se po ocenah iz izbranega vprašanja v Evropi okrog 4 000 zelo mladih oseb zdravi zaradi odvisnosti. Zdravljenje odvisnosti, prilagojeno potrebam mladih, je izjema, vendar so v večini evropskih držav ugotovili, da so taki programi potrebni.

Izbrano vprašanje se osredotoča tudi na to, kako je prepoznavanje povezav med uživanjem zakonitih in nezakonitih snovi v mladosti in odvisnostjo pozneje v življenju vključeno v evropske politike na področju javnega zdravstva.

To izbrano vprašanje je na voljo v tiskani obliki in na internetu samo v angleškem jeziku (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



Poglavje 4

Amfetamini, ekstazi in LSD

V številnih evropskih državah je druga najpogosteje uporabljena prepovedana snov ena od sintetično pridobljenih drog, čeprav je na evropski ravni trenutno več uživalcev kokaina. Stopnja uživanja teh snovi med splošno populacijo je navadno nizka, vendar pa so stopnje razširjenosti med mlajšimi starostnimi skupinami precej višje, uživanje teh drog pa je lahko še posebej razširjeno v nekaterih socialnih okoljih ali med nekaterimi kulturnimi skupinami. Na splošno so amfetamini (amfetamin in metamfetamin) in ekstazi med najbolj razširjenimi prepovedanimi sintetičnimi drogami.

Amfetamin in metamfetamin stimulirata osrednji živčni sistem. V Evropi je amfetamin precej bolj običajen, medtem ko se zdi, da je pomembnejše uživanje metamfetamina omejeno na Češko in Slovaško.

Izraz ekstazi se nanaša na sintetične snovi, ki so kemično sorodne amfetaminom, vendar se nekoliko razlikujejo po učinkih. Najbolj znana snov iz skupine ekstazija je 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA), v tabletah ekstazija pa je včasih mogoče najti tudi druge podobne snovi (MDA, MDEA). Razširjenost uživanja ekstazija v EU se povečuje od devetdesetih let prejšnjega stoletja.

V preteklosti je bil dietilamid lisergične kisline (LSD) daleč najbolj znana halucinogena droga, vendar pa so splošne ravni uživanja že kar nekaj časa nizke in precej ustaljene. V zadnjem času so se pojavili dokazi o večji razpoložljivosti in uživanju naravnih halucinogenov, zlasti halucinogenih gob.

Ponudba in razpoložljivost ⁽⁵³⁾

Amfetamin

Ocenjuje se, da je leta 2005 svetovna proizvodnja amfetamina znašala 88 ton (UNODC, 2007). Čeprav se je prepovedana proizvodnja razširila na druge dele sveta, je še vedno najpogostejša v zahodni in srednji Evropi. V letu 2005 so bili odkriti laboratoriji za izdelavo prepovedanega amfetamina v Belgiji, Bolgariji, Nemčiji, Estoniji, Litvi, na

Nizozemskem in Poljskem. Po poročanju prihaja večina v Evropi zaseženega amfetamina iz Belgije, z Nizozemske in Poljske, nekaj pa iz Estonije in Litve.

Leta 2005 je bilo na svetu zaseženih 12,9 tone amfetamina, večinoma v dveh regijah: zahodni in srednji Evropi ter vzhodni in jugovzhodni Aziji.

Leta 2005 je bilo v Evropi po ocenah opravljenih 40 300 zasegov, v katerih je bilo zaseženih 6,6 tone amfetamina. Do leta 2004 so v Združenem kraljestvu vedno opravili največ zasegov in prestregli največje količine amfetamina v Evropi. Kljub nekaterim nihanjem se je od leta 2000 na evropski ravni zvišalo skupno število zasegov amfetamina, zasežene pa so bile tudi večje količine ⁽⁵⁴⁾. Vendar je v letu 2005 večina držav poročevalk opazila, da število opravljenih zasegov amfetamina upada. To bi bilo treba potrditi, ko bodo na voljo podatki za leto 2005 iz Združenega kraljestva.

Leta 2005 je povprečna ali tipična maloprodajna cena amfetamina znašala od 7 EUR za gram do 37,5 EUR, večina evropskih držav pa je poročala o cenah med 10 in 20 EUR za gram ⁽⁵⁵⁾. V obdobju med letoma 2000 in 2005 so se povprečne cene amfetamina, popravljene glede na inflacijo, znižale v večini od 17 držav, ki so predložile ustrezne podatke.

Povprečna ali tipična čistost amfetamina na maloprodajni ravni je leta 2005 precej nihala, večina Evropskih držav pa je poročala, da je znašala od 15 do 50 % ⁽⁵⁶⁾.

Metamfetamin

Ocenjuje se, da je leta 2005 svetovna proizvodnja metamfetamina znašala 278 ton. Večinoma se proizvaja v vzhodni in jugovzhodni Aziji ter Severni Ameriki. V Evropi je prepovedana proizvodnja metamfetamina večinoma še vedno omejena na Češko (pod lokalnim imenom „pervitin“), čeprav o proizvodnji poročajo tudi iz Litve, Moldavije in s Slovaške (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

⁽⁵³⁾ Za informacije o razlagi podatkov o zasegih in drugih podatkov o trgu, glej str. 38. Podatki o zasegih in količinah zaseženega amfetamina, ekstazija in LSD-ja za leto 2005 niso na voljo za vse države; za več informacij glej preglednice o zasegih v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁵⁴⁾ Glej preglednici SZR-11 in SZR-12 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁵⁵⁾ Glej preglednico PPP-4 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁵⁶⁾ Glej preglednico PPP-8 v Statističnem biltenu 2007. Upoštevajte, da lahko sporočene povprečne stopnje čistosti amfetamina prikrivajo velike razlike v čistosti analiziranih vzorcev.

Amfetamin in metamfetamin: razlike in podobnosti

Glavna predstavnika skupine amfetaminov na trgu prepovedanih drog sta amfetamin in metamfetamin (ter njune soli) – sorodni sintetični snovi, članici družine fenetilaminov. Obe snovi stimulirata centralni živčni sistem in imata enak mehanizem delovanja, učinkov na vedenje in toleranco ter posledice ob odtegnitvi in daljšem (kroničnem) uživanju. Amfetamin ni tako močan kot metamfetamin, vendar so razlike med učinki v nenadzorovanih okoliščinah skoraj neprepoznave.

Proizvodi iz amfetamina in metamfetamina so večinoma v prahu, vendar se uporablja tudi t. i. „ice“, čista kristalna hidrokloridna sol metamfetamina. Tablete, ki vsebujejo amfetamin ali metamfetamin, so lahko označene z logotipi, podobnimi tistim, ki jih lahko vidimo na tabletah MDMA ali drugih tabletah ekstazija.

Glede na fizične oblike, v katerih sta na voljo, je mogoče amfetamin in metamfetamin zaužiti, njuhati, vdihniti in manj pogosto vbrizgati. Za razliko od sulfatne soli amfetamina je metamfetamin hidroklorid, predvsem kristali (t. i. „ice“), dovolj vnetljiv, da ga je mogoče kaditi.

Vir: EMCDDA, Lastnosti drog (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Svetovno število zasegov metamfetamina se je leta 2005 po ocenah povečalo na 17,1 tone. O več kot polovici teh zasegov poročajo iz vzhodne in jugovzhodne Azije (Kitajska, Tajska), o tretjini pa iz Severne Amerike (Združene države). Leta 2005 so iz 15 evropskih držav po ocenah poročali o 2 200 zasegih, v katerih so skupno prestregli približno 104 kg metamfetamina⁽⁵⁷⁾. Na Norveškem in Švedskem so opravili največ zasegov in prestregli največjo količino metamfetamina.

Povprečna ali tipična maloprodajna cena metamfetamina (sporočilo jo je samo nekaj držav) je leta 2005 znašala med 5 in 35 EUR za gram. Iz večine držav je bilo sporočeno, da je bila povprečna ali tipična čistost metamfetamina na maloprodajni ravni od 30 do 65 %⁽⁵⁸⁾.

Ekstazi

Ocenjuje se, da je leta 2005 svetovna proizvodnja ekstazija znašala 113 ton (UNODC, 2007). Evropa je še vedno glavno središče proizvodnje ekstazija, čeprav se zdi, da postaja sorazmerno manj pomembna, saj se proizvodnja te droge v zadnjih letih širi na druge konce sveta, predvsem

v Severno Ameriko, vzhodno in jugovzhodno Azijo ter Oceanijo (CND, 2006; UNODC, 2006). V Evropi se ekstazi proizvaja večinoma na Nizozemskem (čeprav od tam poročajo o znakih zmanjševanja proizvodnje), sledi pa Belgija. Po poročanju prihaja ekstazi, ki so ga v Evropi zasegli v letu 2005, iz teh držav, v manjši meri pa s Poljske in iz Združenega kraljestva.

Po ocenah je bilo na svetu zaseženih 5,3 tone ekstazija. Največji delež je bil spet zasežen v zahodni in srednji Evropi (38 %), čemur sledita Oceanija (27 %) in Severna Amerika (20 %).

Po ocenah je bilo v Evropi leta 2005 v 26 500 zasegih prestreženih približno 16,3 milijona tablet ekstazija⁽⁵⁹⁾. Največje količine ekstazija so bile spet zasežene v Združenem kraljestvu, v Belgiji, na Nizozemskem in v Nemčiji. Po najvišji vrednosti leta 2001 se število opravljenih zasegov ekstazija v Evropi od leta 2003 spet zmanjšuje. Skupna količina zaseženega ekstazija je med letoma 2000 in 2004 znašala približno 20 milijonov tablet na leto. Razpoložljivi podatki za leto 2005 pa kažejo, da se je količina zaseženega ekstazija v večini držav zmanjšala. To bi bilo treba potrditi, ko bodo na voljo podatki za leto 2005 iz Združenega kraljestva.

Leta 2005 je povprečna ali tipična maloprodajna cena tablet ekstazija znašala od manj kot 3 do 15 EUR za tableto⁽⁶⁰⁾. Med letoma 2000 in 2005 so se povprečne cene ekstazija, popravljene glede na inflacijo, znižale v večini od 21 držav, ki so predložile ustrezne podatke.

V Evropi je večina tablet ekstazija v letu 2005 še vedno vsebovala MDMA ali drugo ekstaziju podobno snov (MDEA, MDA), po navadi kot edino psihoaktivno snov. V desetih državah članicah je bilo med vsemi analiziranimi tabletami takih tablet več kot 80 %. Pri tej ugotovitvi je nekaj izjem: v Sloveniji pogosteje odkrijejo MDMA/MDEA/MDA v kombinaciji z amfetaminom in/ali metamfetaminom, na Poljskem pa sta pogostejša amfetamin in/ali metamfetamin kot edini psihoaktivni snovi v analiziranih tabletah. Vsebnost MDMA v tabletah ekstazija se po državah in v njih med serijami precej razlikuje (celo med tistimi z enakim logotipom). Leta 2005 je bila v državah poročevalkah povprečna ali tipična vsebnost MDMA v tableti ekstazija od 2 do 130 mg, čeprav je v večini držav v povprečju znašala od 30 do 80 mg MDMA.

LSD

Število zasegov in zasežene količine LSD so se več let nenehno zmanjševale, od leta 2003 pa se spet povečujejo⁽⁶¹⁾. Čeprav je obseg proizvodnje in preprodaje

⁽⁵⁷⁾ Ker podatkov za leto 2005 ni, so bili za Združeno kraljestvo pri ocenjevanju uporabljeni podatki za leto 2004. Glej preglednici SZR-17 in SZR-18 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁵⁸⁾ Glej preglednici PPP-4 in PPP-8 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁵⁹⁾ Glej preglednici SZR-13 in SZR-14 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁶⁰⁾ Glej preglednico PPP-4 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁶¹⁾ Glej preglednici SZR-15 in SZR-16 v Statističnem biltenu 2007.

LSD mnogo manjši kot pri drugih sintetičnih drogah, je bilo leta 2005 v Evropi po ocenah opravljenih 800 zasegov, v katerih je bilo prestreženih 850 000 enot LSD, pri čemer je bilo na Nizozemskem zasežene približno 75 % celotne količine. Povprečna ali tipična cena za uporabnike za enoto LSD je znašala od 4 do 30 EUR ⁽⁶²⁾.

Razširjenost in vzorci uživanja med splošno populacijo in mladimi

Pri meritvah uživanja v zadnjem času je trenutno najpogosteje zaužita sintetična droga v 17 evropskih državah ekstazi, v devetih pa so to amfetamini ⁽⁶³⁾. Razširjenost uživanja kadar koli v življenju je nekoliko višja pri amfetaminih, kar je posledica tega, da se je ekstazi pojavil na črnem trgu v Evropi nekoliko pozneje. Podatki iz raziskav med šolsko mladino kažejo, da je uživanje ekstazija, amfetamina in psihotropnih snovi z izjemo konoplje med dijaki osredotočeno na nekaj posameznikov. Na primer, dijaki, ki so že poizkusili ekstazi, poročajo tudi o stopnjah razširjenosti uživanja kokaina in halucinogenih drog, ki so več kot 20-krat višje kot pri splošni šolski populaciji ⁽⁶⁴⁾ in približno petkrat višje kot pri tistih, ki so že kdaj poizkusili konopljo.

Zdi se, da je med državami članicami EU uživanje amfetaminov ali ekstazija sorazmerno razširjeno samo v nekaj državah, in sicer na Češkem, v Estoniji in Združenem kraljestvu ter v manjšem obsegu v Latviji in na Nizozemskem.

Amfetamini

Najnovije raziskave med odraslim prebivalstvom kažejo, da se odstotek tistih, ki so že kdaj poskusili amfetamine, v Evropi giblje od 0,1 do 3,6 % vseh odraslih oseb (od 15 do 64 let), razen na Danskem (6,9 %) in v Združenem kraljestvu (Anglija in Wales), kjer znaša 11,5 % (kar je posledica višjih ravni uživanja v preteklosti, trenutna raven uživanja pa je bolj usklajena z drugimi državami). Države z naslednjimi najvišjimi odstotki so Norveška (3,6 %), Nemčija in Španija (3,4 %). V povprečju je skoraj 3,5 % vseh odraslih Evropejcev vsaj enkrat poskusilo amfetamine ⁽⁶⁵⁾. Odstotek zaužitja v zadnjem letu je veliko nižji: povprečno 0,7 % (znaša od 0 do 1,3 %). Podatki iz raziskav med splošno populacijo kažejo, da naj bi približno 11 milijonov ljudi že kdaj poizkusilo amfetamine, približno 2 milijona Evropejcev pa naj bi jih zaužila v zadnjem letu.

Po poročanju znaša stopnja uživanja amfetaminov kadar koli v življenju med mlajšimi odraslimi med 0,2 in 1,6 %, če pa se

Mednarodni ukrepi proti proizvodnji in zlorabi predhodnih sestavin drog

Pripravljenih je bilo več mednarodnih pobud za preprečevanje zlorabe predhodnih sestavin, ki se uporabljajo v prepovedani proizvodnji drog: projekt Cohesion se osredotoča na kalijev permanganat (ki se uporablja v proizvodnji kokaina) in anhidrid očetne kisline (ki se uporablja v proizvodnji heroína), medtem ko se projekt Prism ukvarja s predhodnimi sestavinami, ki se uporabljajo v proizvodnji sintetičnih drog ⁽¹⁾. Vsi naslednji podatki so iz poročila Mednarodnega nadzornega sveta za droge o predhodnih sestavinah (INCB, 2007b).

Količine na svetu zaseženega kalijevega permanganata, o katerih je bil Mednarodni nadzorni svet za droge obveščen v letu 2005, so bile večje kot kdaj koli prej, in sicer je 16 držav prestreglo 183 ton, večina te snovi pa je bila zasežena zunaj Evrope.

Tudi od skupne količine 22 400 litrov anhidrida očetne kisline, zasežene po vsem svetu leta 2005, je bil v Evropi zasežen le majhen delež.

Leta 2005 je bil Mednarodni nadzorni svet obveščen o zasegih efedrina in psevdofedrina v skupni količini 41 ton. Efedrin in psevdofedrin sta ključni predhodni sestavini v proizvodnji metamfetamina. O večini zasegov je poročala Kitajska, v državah članicah EU (večinoma v Grčiji, Bolgariji, Romuniji in na Češkem) skupaj z Rusko federacijo pa je bilo zaseženo 1,7 tone te snovi.

Po vsem svetu je bilo leta 2005 zaseženih tudi 2 900 litrov 1-fenil-2-propanona (P-2-P), ki se uporablja v nezakoniti proizvodnji metamfetamina in amfetamina, od česar je bilo v evropskih državah zaseženih 1 700 litrov (večinoma v Nemčiji in na Nizozemskem).

Evropski delež svetovnih zasegov 3,4-metilendioksifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), ki se uporablja v proizvodnji MDMA, se je v letu 2005 zmanjšal na 38 %, prijavljenih je bilo 5 100 litrov (večinoma iz Francije in Nizozemske). Vedno več zasegov 3,4-MDP-2-P v drugih regijah kaže, da se nezakonita proizvodnja MDMA širi zunaj Evrope.

⁽¹⁾ Vse snovi so razvrščene v preglednici I Konvencije Združenih narodov iz leta 1988.

podatki iz Združenega kraljestva (Anglija in Wales) ter Danske (12,7 %) obravnavajo ločeno, je razpon bolj omejen ter znaša od 0,2 do 5,9 % ⁽⁶⁶⁾. V polovici držav, ki so sporočile podatke, znaša stopnja razširjenosti manj kot 4 %, o najvišjih stopnjah

⁽⁶²⁾ Glej preglednico PPP-4 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁶³⁾ Podatki raziskav o „uživanju amfetamina“ pogosto ne razlikujejo med amfetaminom in metamfetaminom, vendar pa gre navadno za uživanje amfetamina (sulfata ali deksamfetamina), ker je uživanje metamfetamina redko.

⁽⁶⁴⁾ Glej prikaz EYE-1 (del iv) v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁶⁵⁾ Za postopek izračuna glej opombo (30).

⁽⁶⁶⁾ Glej preglednico GPS-9 v Statističnem biltenu 2007.

za Združenim kraljestvom in Dansko pa poročajo Norveška (5,9 %), Nemčija (5,4 %) in Latvija (5,3 %). V povprečju je 5,1 % mlajših odraslih Evropejcev poskusilo amfetamine ⁽⁶⁷⁾. Stopnja zaužitja v zadnjem letu v tej starostni skupini znaša od 0,1 do 2,9 %, najvišji stopnji razširjenosti pa sta sporočila Združeno kraljestvo (2,6 %) in Latvija (2,4 %) (prikaz 5). Očitno je, da so vrednosti iz Združenega kraljestva in Danske glede uživanja v zadnjem letu bolj usklajene z vrednostmi iz drugih držav. Po ocenah je amfetamine v zadnjem letu zaužilo povprečno 1,5 % mlajših odraslih Evropejcev.

Samo Finska lahko predstavi novejšo oceno v zvezi s problematičnim uživanjem amfetamina (opredeljenim kot vbrizgavanje ali dolgotrajno/redno uživanje), in sicer je bilo leta 2002 po ocenah od 10 900 do 18 500 problematičnih uživalcev amfetamina, kar je približno trikrat več od problematičnih uživalcev opioidov.

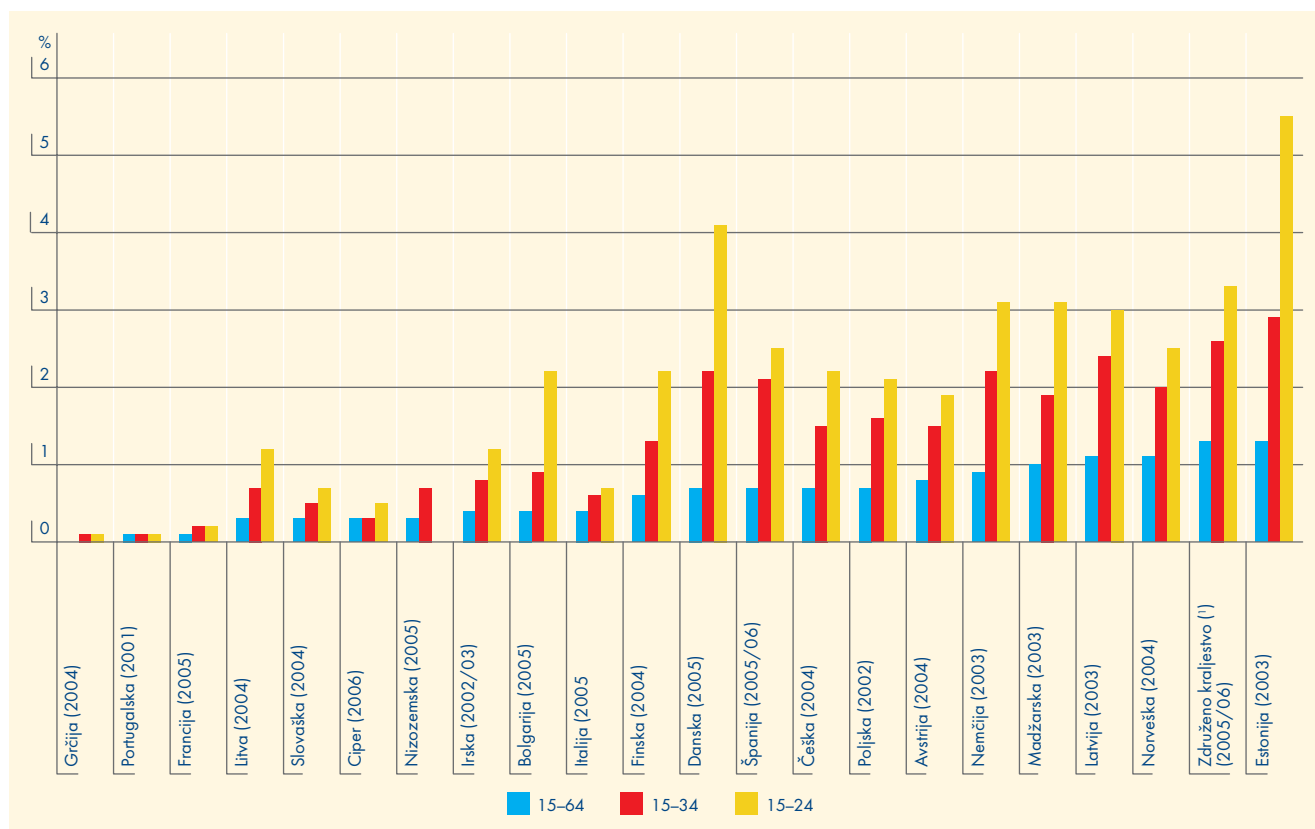
Metamfetamin

Zdi se, da so ravni uživanja metamfetamina v Evropi omejene, v nasprotju s položajem v mednarodnem prostoru, v katerem

se je v zadnjih letih uživanje te droge povečalo. Kljub temu so evropske države zaskrbljene glede možnega povečanja uživanja te droge v državah članicah, kar je spodbudilo uvedbo nekaterih previdnostnih ukrepov. V Združenem kraljestvu je bila na primer sprejeta odločitev o prerazvrstitvi metamfetamina med najškodljivejše droge (razred A).

V preteklosti je bilo uživanje metamfetamina v Evropi najbolj razširjeno na Češkem in v določenem obsegu na Slovaškem. Dve državi sta sporočili najnovejše ocene v zvezi s problematičnim uživanjem metamfetamina (Češka, Slovaška). Po ocenah je bilo leta 2005 na Češkem med 18 400 in 24 000 uživalcev metamfetamina (2,5–3,2 primera na 1 000 oseb v starosti med 15 in 64 let), kar je skoraj dvakrat več od problematičnih uživalcev opioidov, na Slovaškem pa je bilo med 6 000 in 14 000 uživalcev metamfetamina (1,5–3,7 primera na 1 000 oseb v starosti med 15 in 64 let), kar je malce manj od ocenjenega števila uživalcev opioidov. Metamfetamin je postal najpogostejša primarna droga med osebami, ki se na Slovaškem prvič odločijo za zdravljenje, zdaj pa poročajo tudi o visokih

Prikaz 5: Razširjenost uživanja amfetaminov v zadnjem letu med vsemi odraslimi (starimi od 15 do 64 let) in mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 in od 15 do 24 let)



⁽¹⁾ Anglija in Wales.

Opomba: Podatki izhajajo iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so bile v času poročanja na voljo v posamezni državi. Države so razvrščene glede na splošno (vsi odrasli) razširjenost. Za dodatne informacije glej preglednice GPS-10, GPS-11 in GPS-18 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2006) na podlagi raziskav med prebivalstvom, poročil ali strokovnih člankov.

⁽⁶⁷⁾ Glej prikaz GPS-18 (del ii) v Statističnem biltenu 2007.

ravnih uživanja metamfetamina pri nekaterih podpopulacijah na Madžarskem.

Iz drugih delov Evrope ne poročajo o večjem uživanju metamfetamina. Pri tem sta potrebni dve pomembni opozorili: večina raziskav ne omogoča razlikovanja med uživanjem metamfetamina in amfetamina, poleg tega pa v tabletah, ki se prodajajo kot ekstazi, včasih odkrijejo metamfetamin, zato ga lahko osebe zaužijejo nevede ⁽⁶⁸⁾.

Ekstazi

Ekstazi je poskusilo od 0,3 do 7,2 % vseh odraslih Evropejcev. Polovica držav je sporočila stopnje razširjenosti uživanja kadar koli v življenju, ki znašajo 2,5 % ali manj, pri čemer so najvišje stopnje razširjenosti sporočili Združeno kraljestvo (7,2 %), Češka (7,1 %), Španija (4,4 %) in Nizozemska (4,3 %). Razširjenost uživanja ekstazija v zadnjem letu se giblje med 0,2 in 3,5 % odraslih. O najvišjih stopnjah poročajo Češka (3,5 %), Estonija (1,7 %) in Združeno kraljestvo (1,6 %), vendar pa polovica držav poroča o stopnjah razširjenosti, ki znašajo 0,5 % ali manj. Po ocenah je skoraj 9,5 milijona Evropejcev (v povprečju 3 %) že poskusilo ekstazi, skoraj 3 milijoni pa so ga zaužili v zadnjem letu.

Razširjenost uživanja ekstazija kadar koli v življenju med mlajšimi odraslimi osebami (15–34 let) znaša med 0,5 in 14,6 %, o najvišjih vrednostih pa poročajo Češka (14,6 %), Združeno kraljestvo (13,3 %) in Nizozemska (8,1 %) ⁽⁶⁹⁾. V povprečju je ekstazi poskusilo več kot 5 % mlajših odraslih Evropejcev.

Razširjenost uživanja ekstazija kadar koli v življenju med osebami v starosti od 15 do 24 let znaša med 0,4 in 18,7 %, o najvišjih vrednostih pa poročajo Češka (18,7 %), Združeno kraljestvo (10,4 %) in Madžarska (7,9 %) ⁽⁷⁰⁾. Stopnja zaužitja v zadnjem letu v tej starostni skupini znaša od 0,3 do 12 %, o najvišjih stopnjah pa poročata Češka (12,0 %) in Estonija (6,1 %) (prikaz 6).

V starostni skupini od 15 do 24 let so ugotovljene stopnje razširjenosti uživanja ekstazija kadar koli v življenju višje med moškimi (0,3–23,2 %) kot ženskami (0,3–13,9 %). Zadnje raziskave med šolsko mladino kažejo, da se je razširjenost uživanja ekstazija kadar koli v življenju med dijaki in dijakinjami povečala večinoma vzporedno, čeprav se razlika med spoloma povečuje s starostjo. Med mladimi se lahko stopnje razširjenosti zelo povečajo pri majhnem dvigu

starosti, na primer, razpoložljivi podatki iz 16 držav kažejo, da je v primerjavi z mlajšimi dijaki razširjenost uživanja ekstazija kadar koli v življenju med dijaki, starimi 17 in 18 let, največkrat bistveno večja ⁽⁷¹⁾.

LSD

Delež odraslih, ki so že poskusili LSD, znaša od 0,2 do 5,5 %, pri čemer sta dve tretjini držav sporočili stopnje razširjenosti uživanja kadar koli v življenju med 0,4 in 1,7 %. Med mlajšimi odraslimi (15 do 34 let) znaša delež tistih, ki so LSD že kdaj poskusili, od 0,3 do 7,6 %, v starostni skupini od 15 do 24 let pa znaša med 0 in 4,2 %. Delež tistih, ki so to drogo zaužili v zadnjem letu, je majhen, v starostni skupini od 15 do 24 let pa presega 1 % samo v sedmih državah (v Bolgariji, na Češkem, v Estoniji, Italiji, Latviji, na Madžarskem in Poljskem).

Trendi

V Evropi na splošno kaže, da se trendi uživanja amfetamina in ekstazija umirjajo ali celo upadajo. Uživanje amfetamina med mlajšimi odraslimi (15–34 let) se je od leta 1996 bistveno zmanjšalo v Združenem kraljestvu (Anglija in Wales), v manjšem obsegu pa tudi na Danskem in na Češkem, medtem ko se zdijo stopnje razširjenosti v drugih državah večinoma nespremenjene, čeprav poročajo o nekaj manjših povečanjih ⁽⁷²⁾.

Pri uživanju ekstazija med mlajšimi odraslimi (15–34 let) je stanje bolj raznoliko ⁽⁷³⁾. Po splošnem povečanju uživanja v devetdesetih letih prejšnjega stoletja v zadnjih letih več držav, vključno s Španijo in Združenim kraljestvom, ki imata visoko stopnjo razširjenosti, poroča o umirjanju ali celo o rahlem zmanjšanju. V nekaterih državah so opazili zmanjšanje razširjenosti v starostni skupini od 15 do 24 let, ne pa v tudi v skupini od 15 do 34 let ⁽⁷⁴⁾, kar kaže na manjšo priljubljenost te droge med mlajšimi starostnimi skupinami. Na podlagi podatkov iz nekaterih držav (Španije, Danske, Združenega kraljestva) se postavlja vprašanje, ali prevzema kokain mesto amfetamina in ekstazija med stimulansi ⁽⁷⁵⁾.

Najnovejše razpoložljive nacionalne ali regionalne raziskave med šolsko mladino, o katerih poročajo v letu 2006 (Italija, Poljska, Švedska in Flandrija v Belgiji), niso pokazale sprememb oziroma so zabeležile celo rahlo zmanjšanje uživanja amfetaminov ali ekstazija kadar koli v življenju ⁽⁷⁶⁾.

⁽⁶⁸⁾ Glej „Amfetamin in metamfetamin: razlike in podobnosti“, str. 49.

⁽⁶⁹⁾ Glej preglednico GPS-9 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁷⁰⁾ Glej preglednico GPS-17 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁷¹⁾ Glej prikaz EYE-1 (del ii) v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁷²⁾ Glej prikaz GPS-8 v Statističnem biltenu 2007.

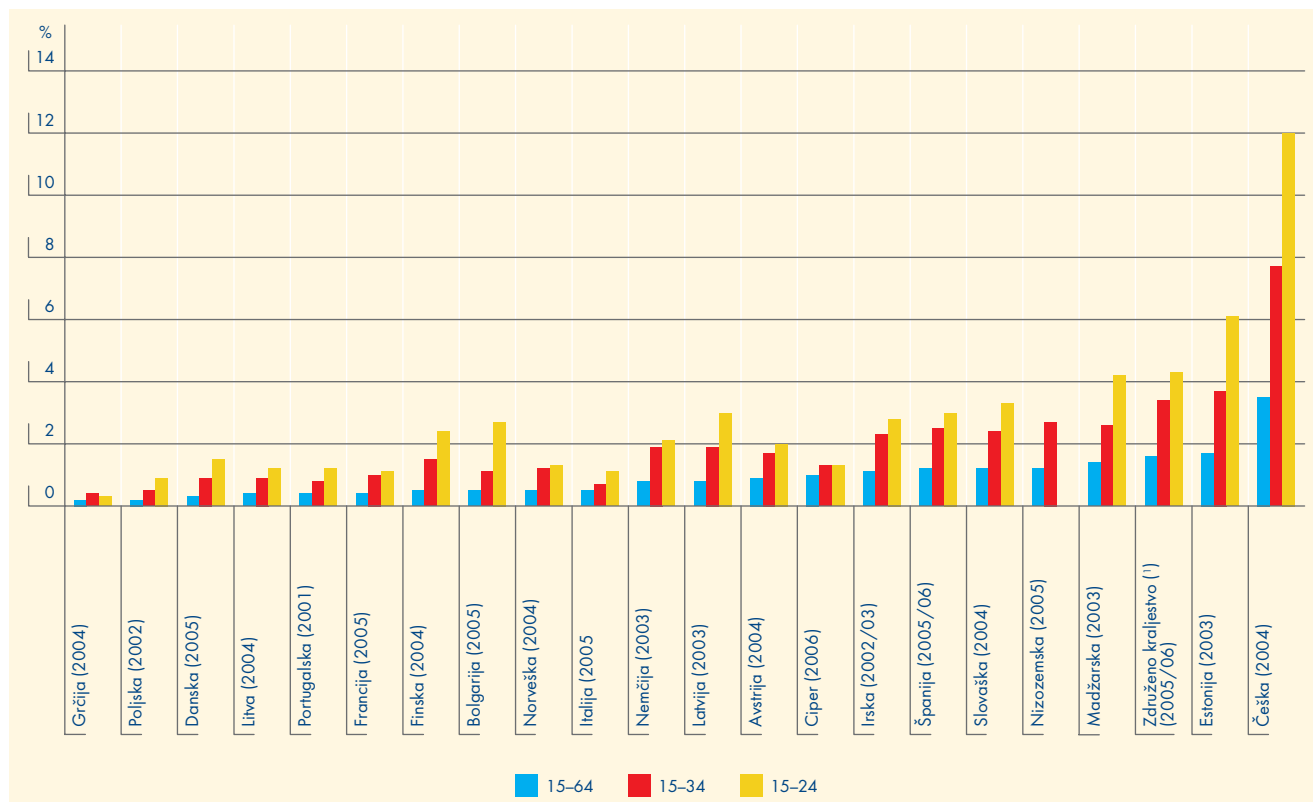
⁽⁷³⁾ Glej prikaz GPS-21 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁷⁴⁾ Glej preglednici GPS-4 in GPS-15 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁷⁵⁾ Glej preglednico GPS-20 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁷⁶⁾ Glej prikaz EYE-4 v Statističnem biltenu 2007.

Prikaz 6: Razširjenost uživanja ekstazija v zadnjem letu med vsemi odraslimi (starimi od 15 do 64 let) in mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 in od 15 do 24 let)



(1) Anglija in Wales.

Opomba: Podatki izhajajo iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so bile v času poročanja na voljo v posamezni državi. Države so razvrščene glede na splošno (vsi odrasli) razširjenost. Za dodatne informacije glej preglednice GPS-10, GPS-11 in GPS-18 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2006) na podlagi raziskav med prebivalstvom, poročil ali strokovnih člankov.

Sprostitvena okolja

Študije o uživanju drog v sprostitvenih okoljih, kot so plesni dogodki, lahko zagotovijo uporaben vpogled v vedenje oseb, ki redno in intenzivno uživajo stimulanse. Stopnje uživanja drog v teh okoljih so po navadi visoke, vendar pa jih ni mogoče posplošiti na širšo populacijo. Raziskave med osebami, anketiranimi na izbranih prizoriščih s plesno glasbo, na primer poročajo o visokih stopnjah uživanja ekstazija in nižjih, a še vedno visokih stopnjah uživanja amfetamina (⁷⁷).

Glasbena revija *Mixmag* iz Združenega kraljestva med svojim bralstvom, ki ga sestavljajo redni obiskovalci plesnih klubov, vsako leto opravlja raziskavo, ki je pokazala, da se je delež oseb, opredeljenih kot prekomerni uživalci ekstazija (ki po navadi zaužijejo več kot štiri tablete naenkrat), med letoma 1999 in 2003 več kot dvakrat povečal, in sicer s 16 na 36 % (McCambrige et al., 2005). Čeprav je reprezentativnost tega vzorca vprašljiva, potrjuje splošne skrb vzbujajoče domneve, da se je količina tablet ekstazija, ki jih zaužijejo nekatere skupine uživalcev, povečala. Internetna študija iz Združenega kraljestva tudi poroča o tem, da sta se

med izkušenimi uživalci ekstazija zvišala intenzivnost uživanja te droge in hkrati uživanje več drog (Scholey et al., 2004). Vendar je treba opozoriti, da poročila iz Amsterdama kažejo, da se je uživanje ekstazija v zadnjem letu in zadnjem mesecu zmanjšalo za 20 % med letoma 1998 in 2003 ter da se je zmanjšala tudi povprečna količina ekstazija, zaužitega ob določeni priložnosti (nacionalna poročila Reitox za leto 2005). Raziskava med obiskovalci barov v Amsterdamu je pokazala, da jih samo 3 % na noč zaužije ekstazi.

Čeprav so razpoložljivi podatki o hkratnem uživanju drog in alkohola še vedno omejeni, je vedno bolj skrb vzbujajoče uživanje alkohola na prizoriščih s plesno glasbo, pogosto v količinah, nevarnih za zdravje, hkrati s stimulanse.

Podatki o povpraševanju po zdravljenju

Število povpraševanj za zdravljenje zaradi uživanja amfetaminov in ekstazija je sorazmerno majhno. Na splošno je ta oblika uživanja drog v večini od 21 držav, za katere so na voljo podatki, redko primarni razlog za zdravljenje zaradi drog (⁷⁸). Taka povpraševanja po zdravljenju se nanašajo

(⁷⁷) Glej izbrano vprašanje o uživanju drog v sprostitvenih okoljih 2006.

(⁷⁸) Glej prikaz TDI-2 (del ii) in preglednico TDI-5 v Statističnem biltenu 2007.

večinoma na primarno uživanje amfetaminov, na ekstazi pa v zelo majhnem obsegu ⁽⁷⁹⁾.

Število držav, ki imajo nezanemarljiv delež uživalcev amfetaminov in ekstazija med osebami na zdravljenju, je omejeno in se lahko razdelijo na tri skupine. Češka in Slovaška poročata o precejšnjem deležu povpraševanja po zdravljenju zaradi primarnega uživanja amfetaminov (58 % oziroma 24 % vseh oseb na zdravljenju), večinoma pa je povezano s primarnim uživanjem metamfetamina, Švedska, Finska in Latvija poročajo, da se približno tretjina vseh oseb na zdravljenju začne zdraviti zaradi primarnega uživanja amfetaminov; Irska, Nizozemska, Združeno kraljestvo in Francija poročajo o deležih uživalcev, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja ekstazija, med 1 in 5 % ⁽⁸⁰⁾.

V vseh državah, razen v Grčiji in na Švedskem, je delež novih oseb, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja amfetaminov in ekstazija, večji od deleža vseh oseb, ki se zdravijo zaradi teh drog ⁽⁸¹⁾. Čeprav je to mogoče pojasniti na več načinov, se ujema s podatki o trendih: od leta 1999 do leta 2005 se je število povpraševanj po prvem zdravljenju zaradi primarnega uživanja amfetaminov in ekstazija povečalo za več kot 3 000, in sicer s 6 500 na 10 000 ⁽⁸²⁾.

Osebe, ki se začnejo zdraviti zaradi uživanja stimulansov, razen kokaina, so v povprečju stare približno 27 let (26, če se zdravijo prvič) ter so drogo prvič zaužile pri povprečni starosti 19 let ⁽⁸³⁾. Uživalci ekstazija so poleg uživalcev konoplje najmlajša skupina oseb, ki se začne zdraviti. Na Nizozemskem poročajo, da je največji delež žensk na zdravljenju zaradi drog med uživalci ekstazija. Delež žensk med uživalci amfetamina je višji kot pri drugih drogah, največji delež žensk na izvenbolnišničnem zdravljenju pa je po poročanju med najmlajšo starostno skupino ⁽⁸⁴⁾.

Uživalci amfetaminov te po navadi uživajo z drugimi snovmi, predvsem konopljo in alkoholom, v nekaterih državah pa pogosto poročajo o vbrižgavanju ⁽⁸⁵⁾. Iz Češke poročajo o zanimivi geografski razporeditvi, saj je več uživalcev opaženih zunaj prestolnice. Podobna so poročila iz Združenih držav, kjer imajo področja zunaj velemest višje stopnje vključevanja v zdravljenje zaradi uživanja metamfetamina in amfetaminov (Dasis, 2006).

Odzivanje na uživanje drog v sprostivnih okoljih

Dejavnosti preprečevanja na področju drog

Na splošno so se pristopi k preprečevanju spremenili, in sicer se vedno bolj priznavata ključna vloga, ki jo imajo dejavniki življenjskega sloga pri oblikovanju odnosa do uživanja drog, in pomen spreminjanja prepričanja, da je uživanje drog običajno ali sprejemljivo vedenje. Ta vrsta pristopa je še zlasti pomembna pri preprečevanju v okoljih, ki so kulturno povezana z uživanjem drog. Velika razširjenost uživanja drog v nekaterih sprostivnih okoljih, kot so klubi, bari in plesni dogodki, pomeni, da so ti kraji opredeljeni kot ustrezni cilji pobud za zmanjševanje povpraševanja po drogah. Potreba po nadaljnjem razvoju dejavnosti preprečevanja v sprostivnih okoljih je navedena tudi v akcijskem načrtu EU na področju drog (2005–08).

Eden od pristopov je, da se v sprostivnih okoljih omogoči dostop do informativnega gradiva s preventivnim sporočilom in včasih s sporočilom za zmanjševanje škode. Gradivo je po navadi oblikovano tako, da je prijazno uporabniku in upošteva mladinsko kulturo ciljne skupine, včasih pa ga razdeljujejo mobilne terenske ekipe. Terenske ekipe po navadi uporabljajo neobsojajoč pristop, da bi se približale mladim, in jim lahko ob poudarjanju, da je vzdržnost najvarnejša, delijo tudi nasvete za zmanjšanje škode (Belgija, Češka, Avstrija, Portugalska).

Vedno večje število držav poleg pristopov, ki so usmerjeni v obveščanje in prepričevanje posameznikov, naj ne uživajo drog, oblikuje tudi pristope za boljšo ureditev sprostivnih okolij. Nekaterih od teh pristopov, vključno z organizacijo dogodkov, ki poudarjajo zabavo brez drog, poizkušajo spremeniti prepričanje nekaterih, da je uživanje drog pogoj za zabavno preživljanje prostega časa. Zdi se, da se občine v vedno več državah (v Belgiji, na Danskem, Irskem, v Italiji, Litvi, na Nizozemskem, Švedskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem) zanimajo za vzpostavitev tesnejšega stika z industrijo za prosti čas in oblikovanje pristopov za omejevanje razpoložljivosti drog in zmanjševanje tveganja za zdravje v okoljih s plesno glasbo in drugih okoljih. Številne države zdaj na primer pripravljajo smernice za varno obiskovanje klubov, podobne smernicam, oblikovanim v Združenem kraljestvu ⁽⁸⁶⁾.

⁽⁷⁹⁾ Glej preglednico TDI-113 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁸⁰⁾ Glej preglednico TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁸¹⁾ Glej preglednico TDI-4 (del ii) in TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁸²⁾ Glej prikaz TDI-1 (del ii) v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁸³⁾ Glej preglednice TDI-10, TDI-11 in od TDI-102 do TDI-109 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁸⁴⁾ Glej preglednici TDI-21 in TDI-25 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁸⁵⁾ Glej preglednice TDI-4, TDI-5 (del ii), TDI-24, TDI-116 in TDI-117 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁸⁶⁾ Glej izbrano vprašanje o sprostitvenih okoljih 2006.

Med najpogostejšimi odzivi na uživanje ekstazija, amfetamina in psihotropnih drog so natančno usmerjene kampanje za obveščanje javnosti, vedno bolj pa tudi spletne strani. Strategije preprečevanja uporabljajo internet za vzpostavitev nizkopražnega stika z mladimi, ki uživajo ekstazi, amfetamine ali druge psihotropne droge ali razmišljajo o tem, da bi jih zaužili. V mnogih državah članicah se obveščanje in preprečevanje opravljata prek spletnih strani, da bi med mladimi spodbudili kritično razmišljanje o njihovem vedenju v zvezi z uživanjem drog. Na teh straneh lahko na primer dobijo nasvete o „pametni“ zabavi, varni

spolnosti, nevarnostih v cestnem prometu, zdravi prehrani, zabavnem turizmu in pravnih vprašanjih (Belgija) ⁽⁸⁷⁾.

Zdravljenje odvisnosti od drog

Storitve zdravljenja za uživalce ekstazija, amfetamina ali drugih psihotropnih drog se po navadi zagotavljajo v okviru storitev zdravljenja odvisnosti od drog, namenjenim problematičnim uživalcem drog, ali bolj specializiranih storitev za uživalce kokaina ali drugih stimulansov. Več informacij o storitvah zdravljenja odvisnosti od drog v EU je na voljo v poglavju 2 in poglavju 5.

⁽⁸⁷⁾ Povezave do nekaterih lahko najdete na spletni strani <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



Poglavje 5

Kokain in crack kokain

Poraba kokaina se je povečala, zato je uživanje te droge postalo pomembno vprašanje evropske politike na področju drog. Ker postaja to področje čedalje pomembnejše, so vzorci uživanja kokaina podrobno proučeni v izbranem vprašanju o kokainu za leto 2007.

Ponudba in razpoložljivost ⁽⁸⁸⁾

Proizvodnja in trgovina

Kokain je za konopljo druga najpogostejša prepovedana droga, s katero se trguje na svetu. Svetovne količine zaseženega kokaina se povečujejo od leta 2005 in trenutno znašajo 756 ton. Največje količine so bile zasežene v Južni Ameriki, sledi pa Severna Amerika.

Kolumbija je še vedno daleč največji vir prepovedane koke na svetu, sledita pa ji Peru in Bolivija (UNODC, 2007). Največ kokaina, zaseženega v Evropi, prihaja iz Južne Amerike, in sicer neposredno ali prek Srednje Amerike, Karibov in zahodne Afrike.

Glavna točka vstopa v Evropo je še vedno Iberski polotok in zdi se, da postaja Portugalska vedno pomembnejša. Kokain se tudi neposredno uvaža v druge države, pri čemer je Nizozemska še vedno ključna točka vstopa. Španija in Nizozemska veljata za glavni središči za distribucijo te droge. O uvozu iz neevropskih držav poročajo tudi številne druge države, med njimi Belgija, Nemčija, Francija in Združeno kraljestvo. Verjetno postaja razvejana tudi distribucija, saj poročajo o povečani dejavnosti skozi vzhodno in srednjo Evropo, zadnje čase pa tudi o EU in sosednjih državah kot drugotnih tranzitnih krajih.

Zasegi

Leta 2005 je bilo v Evropi po ocenah opravljenih 70 000 zasegov, v katerih je bilo prestreženih 107 ton kokaina. O večini zasegov kokaina še vedno poročajo

zahodnoevropske države, zlasti Španija, kjer je bila opravljena približno polovica zasegov, v katerih je bilo zaseženo približno pol celotne količine kokaina, prestrežene v Evropi ⁽⁸⁹⁾. V obdobju od leta 2000 do 2005 so se na evropski ravni skupno povečali celotno število zasegov in zasežene količine kokaina ⁽⁹⁰⁾. Razlog za to je predvsem bistveno povečanje v Španiji in na Portugalskem, pri čemer je Portugalska leta 2005 od Nizozemske prevzela vlogo države z drugim največjim dosežkom na področju zaseženega kokaina za Španijo.

Cena in čistost

Leta 2005 se je povprečna ali tipična maloprodajna cena kokaina po Evropi precej razlikovala, in sicer je znašala od 45 do 120 EUR za gram, večina evropskih držav pa je poročala o cenah med 50 in 80 EUR za gram ⁽⁹¹⁾. V obdobju med letoma 2000 in 2005 povprečne cene kokaina, popravljene glede na inflacijo, na splošno kažejo trend zniževanja v večini od 19 držav, ki so sporočile ustrezne podatke.

Povprečna ali tipična čistost kokaina na ravni uživalcev je leta 2005 znašala med 20 in 78 %, večina držav pa je poročala o čistosti med 30 in 60 % ⁽⁹²⁾. Razpoložljivi podatki za obdobje med letoma 2000 in 2005 kažejo splošno znižanje povprečne čistosti kokaina v večini od 21 držav poročevalk.

Razširjenost in vzorci uživanja kokaina

Trenutno je kokain za konopljo druga najpogosteje zaužita prepovedana droga v večini držav EU in v EU kot celoti. Na podlagi novjših nacionalnih raziskav med prebivalstvom v EU in na Norveškem se ocenjuje, da je več kot 12 milijonov Evropejcev vsaj enkrat v življenju poskusilo kokain (razširjenost uživanja kadar koli v življenju), kar je skoraj 4 % vseh odraslih prebivalcev ⁽⁹³⁾. Nacionalni podatki o osebah, ki poročajo o zaužitju kadar koli v življenju, znašajo od

⁽⁸⁸⁾ Glej „Razlaga podatkov o zasegih in drugih podatkov o trgu“, str. 38.

⁽⁸⁹⁾ To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2005. Pri oceni so bili manjkajoči podatki za leto 2005 nadomeščeni s podatki za leto 2004.

⁽⁹⁰⁾ Glej preglednici SZR-9 in SZR-10 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁹¹⁾ Glej preglednico PPP-3 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁹²⁾ Glej preglednico PPP-7 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁹³⁾ Za postopek izračuna glej opombo ⁽⁹⁰⁾.

0,2 do 7,3 %, tri države pa poročajo o vrednostih nad 5 % (Španija, Italija, Združeno kraljestvo) ⁽⁹⁴⁾.

Vsaj 4,5 milijona Evropejcev poroča, da so kokain zaužili v zadnjem letu (v povprečju 1,3 %). Stopnja uživanja kokaina v zadnjem letu znaša od 0,1 % v Grčiji do 3,0 % v Španiji, Italiji in Združenem kraljestvu pa tudi poročata o stopnji razširjenosti uživanja nad 2 % ⁽⁹⁵⁾. Po ocenah raziskave naj bi v zadnjem mesecu kokain zaužila 2 milijona Evropejcev (v povprečju 0,6 %) ⁽⁹⁶⁾.

Razširjenost uživanja kokaina je tako kot pri drugih prepovedanih drogah najpogostejša med mlajšimi odraslimi (15–34 let). Približno 7,5 milijona mlajših odraslih Evropejcev (v povprečju 5,3 %) je vsaj enkrat v življenju zaužilo kokain, pet držav pa poroča o stopnjah razširjenosti v višini 5 % ali več (Nemčija, Italija, Danska, Španija in Združeno kraljestvo) ⁽⁹⁷⁾. Ocene uživanja kokaina v krajših referenčnih obdobjih ⁽⁹⁸⁾ kažejo, da je v zadnjem letu od 3,5 milijona (2,4 %) mlajših odraslih, ki so zaužili to drogo, 1,5 milijona (1 %) to storilo v zadnjem mesecu.

Med šolsko mladino so splošne stopnje razširjenosti uživanja kokaina precej nižje od stopenj razširjenosti uživanja konoplje. V večini držav znaša razširjenost uživanja kokaina kadar koli v življenju med 15 in 16 let starimi dijaki 2 % ali manj, samo v Španiji in Združenem kraljestvu je višja od 6 % ⁽⁹⁹⁾. Podatki o dijakih v starosti 17 in 18 let, ki so na voljo iz 16 držav, kažejo precej višje ocene razširjenosti uživanja kokaina kadar koli življenju med starejšo starostno skupino v Španiji, čeprav bi iz prejšnjih podatkov za to državo lahko sklepali o nedavnem upadu ⁽¹⁰⁰⁾. V večini drugih 15 držav je razširjenost višja med starejšimi dijaki, vendar so razlike manjše. Treba pa je opozoriti, da so stopnje razširjenosti uživanja kokaina v zadnjem letu in zadnjem mesecu precej nižje.

Uživanje kokaina ni omejeno na določene socialne skupine, vendar pa lahko uživanje te droge med socialno integriranimi mlajšimi odraslimi v sprostitvenih okoljih doseže višje stopnje od tistih, o katerih poročajo v raziskavah med splošno populacijo. Študije, usmerjene na prizorišča s plesno glasbo v več evropskih državah, so pokazale razširjenost uživanja kokaina kadar koli v življenju med 10 in 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Vzorci uživanja kokaina se zelo razlikujejo med različnimi skupinami uživalcev. Socialno integrirani uživalci to drogo po navadi njuhajo, poleg tega pa mnogi hkrati uživajo tudi druge snovi, vključno z alkoholom, tobakom, konopljo in drugimi vrstami stimulansov ⁽¹⁰²⁾, tako hkratno uživanje več drog pa lahko povzroči večje tveganje za zdravje.

Na splošno je uživanja crack kokaina v Evropi sorazmerno redko in omejeno predvsem na marginalizirane in izključene podpopulacije v nekaterih mestih. Vendar pa je med povpraševanji po zdravljenju pomemben delež kadilcev kokaina, čeprav so še vedno v manjšini. Zdi se, da vbrizgavanje kokaina med osebami, ki si ne vbrizgavajo drugih drog, ni pogosto, tudi med osebami na zdravljenju (glej spodaj). Vendar je vedno več poročil o injicirajočih uživalcih heroina, ki si vbrizgavajo tudi kokain ali mešanico kokaina in heroina.

Ocene razširjenosti problematičnega uživanja kokaina ⁽¹⁰³⁾ so na voljo samo za tri države (Španijo, Italijo in Združeno kraljestvo). Ocene, pridobljene v teh državah, navajajo od 3 do 6 problematičnih uživalcev kokaina na 1 000 odraslih oseb (starih od 15 do 64 let) ⁽¹⁰⁴⁾.

Trendi pri uživanju kokaina

Letno poročilo za leto 2006 je omenjalo znake umirjanja uživanja kokaina med mlajšimi odraslimi, vendar pa najnovejši podatki teh znakov ne podpirajo. Povečanje razširjenosti uživanja kokaina v zadnjem letu v starostni skupini od 15 do 34 let je bilo opaženo v vseh državah, ki so sporočile najnovejše podatke iz raziskav, čeprav se v Španiji in Združenem kraljestvu, državah članicah z najvišjo stopnjo razširjenosti, stanje morda rahlo umirja. O bistvenem povečanju sta poročali tudi Italija in Danska (prikaz 7).

Analiza podatkov za države z daljšimi časovnimi nizi in večjimi stopnjami razširjenosti lahko omogoči ugotavljanje trendov znotraj podskupin v populaciji. V Španiji in Združenem kraljestvu se je razširjenost na splošno bolj povečala med moškimi kot med ženskami. Sporočeno povečevanje razširjenosti uživanja kokaina v zadnjem letu v Španiji od leta 2001 se lahko pripiše povečanim stopnjam uživanja v starostni skupini od 15 do 24 let in ne celotni skupini od 15 do 34 let.

⁽⁹⁴⁾ Glej preglednico GPS-8 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁹⁵⁾ Glej preglednico GPS-10 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁹⁶⁾ Glej preglednico GPS-12 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁹⁷⁾ Glej preglednico GPS-9 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁹⁸⁾ Glej preglednici GPS-11 in GPS-13 v Statističnem biltenu 2007.

⁽⁹⁹⁾ Glej preglednico EYE-3 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁰⁰⁾ Glej preglednico EYE-2 v Statističnem biltenu 2007.

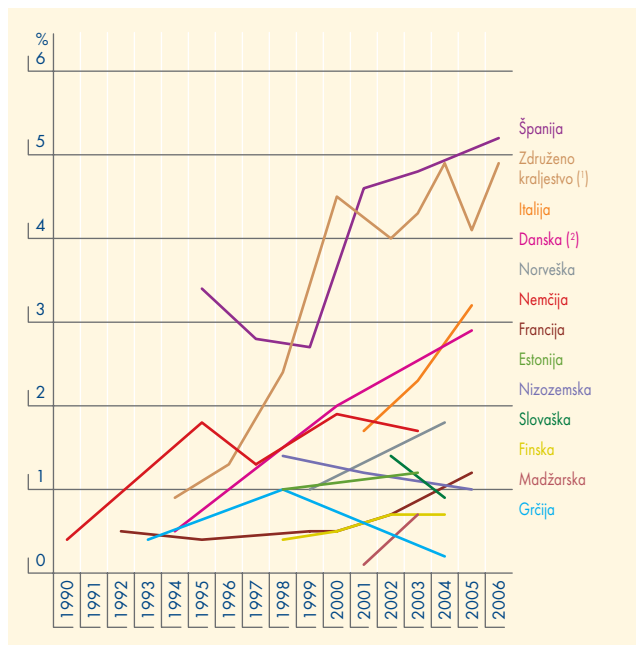
⁽¹⁰¹⁾ Glej izbrano vprašanje o uživanju drog v sprostitvenih okoljih 2006.

⁽¹⁰²⁾ Glej prikaz 15 v letnem poročilu 2006.

⁽¹⁰³⁾ Opredeleženo kot dolgotrajno in/ali redno in/ali injicirajoče uživanje kokaina.

⁽¹⁰⁴⁾ Glej preglednico PDU-2 v Statističnem biltenu 2007 in izbrano vprašanje o kokainu 2007.

Prikaz 7: Trendi razširjenosti uživanja kokaina v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 let)



(1) Anglija in Wales.

(2) Vrednost za Dansko za leto 1994 se nanaša na „trde droge“.

Opomba: Podatki izhajajo iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so bile v času poročanja na voljo v posamezni državi. Za dodatne informacije glej preglednico GPS-4 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2006) na podlagi raziskav med prebivalstvom, poročil ali strokovnih člankov.

Po nekaterih domnevah bi v nekaterih evropskih državah kokain lahko zamenjal druge stimulanse (105). Podatke iz raziskav med mladimi v klubih s plesno glasbo je treba obravnavati pazljivo, ker je ta vzorec izrazito selektiven. Vseeno pa lahko omogočijo vpogled v vedenje rednih uživalcev drog in študije, opravljene na Nizozemskem, kažejo, da je kokain v nekaterih mestih med obiskovalci klubov nadomestil ekstazi kot najpogostejši stimulan in da postaja ta droga med nekaterimi skupinami vedno bolj sprejemljiva.

Kokain: podatki o povpraševanju po zdravljenju

Kokain je za opioide in konopljo v Evropi najpogostejša droga, o kateri poročajo kot o razlogu za zdravljenje. Leta 2005 so poročali o približno 48 000 povpraševanjih po zdravljenju zaradi kokaina kot primarne droge, kar je približno 13 % vseh sporočenih povpraševanj po zdravljenju

v Evropi (106). Približno 15 % vseh oseb na zdravljenju tudi poroča o kokainu kot sekundarni drogi (107). V tej skupni vrednosti se skrivajo velike razlike med državami, večina držav poroča o nizkih odstotkih uživalcev kokaina med osebami, ki se zdravijo zaradi drog, o velikem deležu uživalcev kokaina med takimi osebami pa poročata Nizozemska (35 %) in Španija (42 % leta 2004). Med novimi osebami na zdravljenju je delež uživalcev kokaina višji in skupno znaša približno 22 % vseh novih povpraševanj po zdravljenju (33 000 posameznikov na podlagi podatkov iz 22 držav), ki so po poročanju povezana s kokainom.

Trend povečevanja števila oseb, ki se želijo zdraviti zaradi uživanja kokaina, o katerem se je poročalo v prejšnjih letih, se nadaljuje. Od leta 1999 do leta 2005 se je delež novih oseb, ki se želijo zdraviti zaradi uživanja kokaina, povečal z 11 na 24 % vseh novih oseb, ki se zdravijo, število primerov, o katerih poročajo, pa se je povečalo s 13 000 na 33 000 (108). Podrobnejša analiza trendov povpraševanja po zdravljenju zaradi te droge je predstavljena v izbranem vprašanju o kokainu za leto 2007.

Evropski podatki o uživalcih drog, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja kokaina, so večinoma povezani s kokainom v prahu (85 %), le 15 % pa s crack kokainom. Po poročanju skoraj vse zdravljenje zaradi odvisnosti od kokaina poteka v izvenbolnišničnih centrih (94 %) (109). Treba pa je opozoriti, da so podatki o povpraševanju po zdravljenju zaradi kokaina v bolnišničnih centrih in ustanovah splošne prakse nepopolni.

Uživalci kokaina, ki se začnejo zdraviti v izvenbolnišničnih centrih, so po poročanju najstarejši uživalci drog za uživalce opioidov, v povprečju pa so stari 31 let (110). Večinoma so moškega spola in imajo enega najvišjih deležev moških v primerjavi z ženskami med vsemi vrstami uživalcev drog na zdravljenju (skoraj pet moških na eno žensko med vsemi osebami na zdravljenju in šest moških na eno žensko med novimi osebami na zdravljenju) (111). Večina uživalcev kokaina na izvenbolnišničnem zdravljenju je začela to drogo uživati v starosti med 15. in 24. letom (112).

Zdravljenje zaradi kokaina

Zagotavljanje specializiranih odzivov za problematične uživalce kokaina in crack kokaina v Evropi je še vedno omejeno, večina poročil o zdravljenju zaradi kokaina pa trenutno prihaja iz Španije in z Nizozemske, kot je navedeno

(105) Glej poglavje 4 tega poročila.

(106) Glej prikaz TDI-2 v Statističnem biltenu 2007.

(107) Glej preglednico TDI-22 (del i) v Statističnem biltenu 2006.

(108) Glej prikaz TDI-1 v Statističnem biltenu 2007.

(109) Glej preglednici TDI-24 in TDI-115 v Statističnem biltenu 2007.

(110) Glej preglednico TDI-10 v Statističnem biltenu 2007.

(111) Glej preglednico TDI-21 v Statističnem biltenu 2007.

(112) Glej preglednico TDI-11 (del i) do (del iv) v Statističnem biltenu 2007.

zgoraj. Vendar pa se zdi, da se v državah z večjimi populacijami uživalcev kokaina povečuje zanimanje za zagotavljanje specializiranih storitev. Ni presenetljivo, da države z majhno razširjenostjo ne poročajo, da je zagotavljanje posebnih storitev za zdravljenje zaradi kokaina prednostna naloga politike. V nasprotju z zdravljenjem zaradi opioidov, pri katerem je ciljna populacija sorazmerno enotna, je eden od izzivov pri zdravljenju zaradi kokaina v Evropi zagotavljanje intervencij različnejšim vrstam uživalcev. Med primarnimi uživalci kokaina je glavni način uživanja, o katerem poročajo osebe na izvenbolnišničnem zdravljenju, njuhanje, ki mu sledita kajenje in inhaliranje, sorazmerno malo uživalcev (manj kot 10 %) pa poroča o vbizigavanju te droge. Med novimi osebami na zdravljenju so stopnje vbizigavanja celo nižje (5 %) ⁽¹¹³⁾. Približno 16 % uživalcev kokaina poroča o uživanju te droge hkrati z opioidi in v nekaterih državah veliko oseb, ki se zdravijo zaradi težav z opioidi, vsaj občasno uživa tudi kokain.

Storitve zdravljenja naj bi torej zagotavljale oskrbo trem populacijam, ki jih lahko preprosto označimo na naslednji način: prvič, socialno bolj integrirani uživalci kokaina, ki lahko imajo tudi izkušnje z rednim „rekreativnim“ hkratnim uživanjem več drog, vključno z alkoholom; drugič, uživalci kokaina, ki imajo lahko tudi težave z opioidi; in tretjič, zelo marginalizirani in problematični uživalci crack kokaina.

Te skupine imajo verjetno različne potrebe, zaradi katerih morajo ponudniki storitev zagotavljati različne pristope. Zdravljenje zaradi uživanja kokaina v Evropi po poročanju večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah, ki so pogosto usmerjene k potrebam uživalcev opioidov. Vprašljivo je, kako privlačne so take storitve za uživalce kokaina, ki so sorazmerno dobro integrirani in so se znašli v težavah zaradi rekreativnega uživanja te droge. Verjetno del te skupine poišče pomoč pri splošnih izvajalcih zdravstvenih storitev, kot so splošni zdravniki ali svetovalci, ali na zasebnih specializiranih klinikah, če imajo to možnost.

V nasprotju z zdravljenjem zaradi opioidov so farmakološke možnosti za zdravljenje odvisnosti od kokaina omejene, čeprav lahko predpisovanje pomaga olajšati s tem povezane simptome. Trenutno ni na voljo nobene farmakološke učinkovine, ki bi uživalcem pomagala doseči ali ohraniti vzdržnost pri kokainu – čeprav se v prihodnosti na tem področju obeta nekaj možnosti. V Evropi se poudarja zagotavljanje psihosocialnih intervencij, ki večinoma temeljijo na kognitivno-vedenjskih pristopih. Podroben pregled možnosti zdravljenja zaradi uživanja kokaina je opisan v izbranem vprašanju o kokainu za leto 2007 in v tehničnem pregledu Centra (EMCDDA, 2007b).

Majhna razširjenost in geografsko zelo omejena narava problematike crack kokaina v Evropi pomenita, da so izkušnje z odzivanjem na potrebe te skupine uživalcev drog precej bolj omejene. Veliko je literature, ki temelji na izkušnjah ZDA s problematiko crack kokaina, vendar pa ni jasno, v kolikšnem obsegu se lahko te izkušnje neposredno uporabijo v evropskem okviru. Združeno kraljestvo, ki v primerjavi z drugimi evropskimi državami poroča o razmeroma visoki stopnji problematičnega uživanja crack kokaina, je izdelalo smernice za strokovnjake, v katerih svetuje, naj se zdravljenje odvisnosti od crack kokaina zagotavlja v okviru strukturiranega programa zdravljenja odvisnosti od drog, ki vključuje vzdržnost in ukrepe za zmanjševanje škode (NTA, 2002). Nedavna ocena zagotavljanja storitev v Združenem kraljestvu je pokazala tudi nekatere pozitivne rezultate med uživalci crack kokaina na bolnišničnem zdravljenju (Weaver, 2007).

Zmanjševanje tveganja in škode

Rekreativni uživalci kokaina so v nevarnosti, da bodo postali odvisni od te droge, poleg tega pa predstavlja tveganje tudi uživanje kokaina hkrati z drugimi drogami ali zaradi istočasno obstoječih kardiovaskularnih težav. Večina evropskih držav poroča, da lahko uživalci kokaina informacije o tej drogi in tveganju, povezanem z njo, dobijo prek različnih virov obveščanja, kot so spletne strani, telefonske številke za pomoč in drugi mediji. Zanimivo je, da Evropska fundacija telefonskih linij za pomoč v zvezi z drogami (FESAT) poroča o povečanju števila klicev v zvezi s kokainom v letih 2005 in 2006 ⁽¹¹⁴⁾.

Kokain je lahko povezan tudi z zelo tveganim spolnim vedenjem ali vpletenostjo v spolno industrijo. Študije poročajo, da utegnejo biti ženske, ki uživajo crack kokain, še zlasti ranljive in se utegnejo ukvarjati z zelo tveganimi oblikami spolnosti za denar ali droge. Tako se v nekaterih državah programi za zmanjševanje škode in programi za težko dosegljive skupine ukvarjajo posebej s spolnimi delavkami, in so usmerjeni tako na tvegano spolno vedenje in tveganja, povezana z uživanjem drog.

Čeprav je uživalcev crack kokaina malo, je pri njih tveganje za nastanek težav še posebej veliko, njihovo vključevanje v zdravljenje in druge storitve pa je lahko težko. Nekatera mesta, ki imajo precejšnje težave s crack kokainom, poskušajo te težave reševati s programi za zmanjševanje škode, v okviru katerih se zagotavljajo doseganje na terenu, posredovanje v kriznih primerih, pomoč v primeru akutnih zdravstvenih težav kot tudi napotitve na strukturirane storitve. Na Dunaju so na primer v okviru izvenbolnišničnih storitev uživalcem kokaina in crack kokaina, ki pogosto trpijo zaradi

⁽¹¹³⁾ Glej preglednico TDI-17 (del ii) in (del iv) ter preglednico TDI-110 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

napadov anksioznosti, na voljo prostori, kamor se lahko zatečejo, pa tudi osnovna zdravstvena oskrba in napotitve na druge storitve. V državah, v katerih so injicirajočim uživalcem drog na voljo prostori za uživanje drog, je ta vrsta storitve včasih razširjena tudi na uživalce crack kokaina, na primer v Frankfurtu in Hamburgu v Nemčiji, kjer so kadilcem crack kokaina na voljo posebni prostori.

Pristopi za zmanjševanje škode pri injicirajočih uživalcih kokaina se na splošno ne razlikujejo od pristopov pri drugih injicirajočih uživalcih (glej poglavje 8), čeprav nekatere študije domnevajo, da si uživalci stimulansov vbrizgajo večjo količino, zaradi česar so posledično izpostavljeni večjemu tveganju. Vbrizgavanje nepravilno pripravljenega crack kokaina pa je poleg tega še posebej tvegano.

Kokain in crack kokain: vedno pomembnejše vprašanje javnega zdravstva, v izbranih vprašanih centra EMCDDA za leto 2007

V preteklih letih je bilo mogoče opaziti znake, da je uživanje kokaina v Evropi vedno večja težava. To izbrano vprašanje kaže, da je prišlo v nekaterih evropskih državah do precejšnjega povečanja uživanja kokaina, povpraševanja po zdravljenju odvisnosti od kokaina in zasegov te droge. Proučiti je treba, kakšna so tveganja, da bi uživanje kokaina imelo močnejši

vpliv na javno zdravje. Posebna pozornost je namenjena zdravstvenim posledicam uživanja kokaina, ki se v obstoječih sistemih poročanja pogosto ne prepoznava dobro. Izbrano vprašanje podrobno proučuje izzive na področju zagotavljanja učinkovitega zdravljenja odvisnosti od kokaina in crack kokaina, ki se je izkazalo za zelo težavno, tudi zaradi zelo različnih vrst uživalcev kokaina in njihovih različnih potreb.

To izbrano vprašanje je na voljo v tiskani obliki in na internetu samo v angleščini (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Poglavje 6

Uživanje opioidov in vbrizgavanje drog

Ponudba in razpoložljivost heroina ⁽¹¹⁵⁾

V Evropi se uporabljata dve obliki uvoženega heroina: po navadi je na voljo rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), večinoma iz Afganistana, nekoliko redkeje pa dražji beli heroin (oblika soli), ki navadno izvira iz jugovzhodne Azije – vendar pa ta oblika heroina postaja vedno redkejša. Poleg tega se manjša količina opioidov proizvaja v Evropi, vendar je proizvodnja večinoma omejena na proizvodnjo domačih proizvodov iz vrtnega maka v majhnem obsegu (npr. koncentrat vrtnega maka iz zdrobljenih makovih stebel ali glavic) v nekaterih vzhodnoevropskih državah (Latvija, Litva, Poljska).

Proizvodnja in trgovanje

Večina heroina, ki se uporablja v Evropi, je proizvedena v Afganistanu, ki ostaja vodilni vir ponudbe prepovedanega opija na svetu, sledi pa mu Mjanmar. Ocenjuje se, da je bilo leta 2006 proizvedenih 6 610 ton opija, od tega 92 % v Afganistanu. To je 43-odstotno povečanje v primerjavi z ocenami iz leta 2005, in sicer zaradi precejšnjega povečanja obdelovalnih površin. Svetovna proizvodnja heroina leta 2006 je bila po ocenah okoli 606 ton (v primerjavi s 472 tonami leta 2005) (UNODC, 2007). Na podlagi zasegov opioidov in odkritih laboratorijev je mogoče sklepati, da se opij, proizveden v Afganistanu, pred izvozom vedno pogosteje predeluje v morfij in heroin (CND, 2007).

Heroin prihaja v Evropo po dveh glavnih trgovskih poteh. Zgodovinsko pomembna in najkrajša balkanska pot ima še vedno pomembno vlogo pri tihotapljenju heroina. Po tranzitu skozi Pakistan, Iran in Turčijo se ta pot razdeli v južno vejo skozi Grčijo, Nekdanjo jugoslovansko republiko Makedonijo, Albanijo, Italijo, Srbijo, Črno goro ter Bosno in Hercegovino ter na severno vejo skozi Bolgarijo, Romunijo, Madžarsko, Avstrijo, Nemčijo in Nizozemsko, pri čemer je Nizozemska sekundarni distribucijski center za druge zahodnoevropske države. Od srede devetdesetih let prejšnjega stoletja se je vedno več heroina (vendar manj kot prek balkanskih poti) v Evropo pretihotapilo po „svileni poti“ prek azijskih republik,

Kaspijskega morja in Ruske federacije, Belorusije ali Ukrajine do Estonije, Latvije, nekaterih nordijskih držav, Nemčije in Bolgarije. Čeprav so te poti najpomembnejše, so države na Arabskem polotoku (Oman, Združeni arabski emirati) postale tranzitne države za pošiljke heroina iz jugozahodne in jugovzhodne Azije (INCB, 2006), del tega pa se potem pretihotapi prek vzhodne Afrike (Etiopija, Kenija, Mauritius), včasih pa tudi prek zahodne Afrike (Nigerija) in nato pošlje na nezakonite trge v Evropi, redkeje pa v Severni Ameriki (INCB, 2007a). Poroča se tudi o pošiljkah heroina iz jugozahodne Azije, ki so bile v Evropo pretihotapljene prek držav v južni in vzhodni Aziji (Indija, Bangladeš, Šrilanka, Kitajska).

Zasegi

Leta 2005 je bilo po svetu zaseženih 342 ton opija, 32 ton morfija in 58 ton heroina. V Aziji (Kitajska, Afganistan, Iran, Pakistan) so bile spet zasežene največje količine heroina na svetu (54 %), sledila pa je Evropa (38 %) (UNODC, 2007).

Ocenjuje se, da je bilo v državah članicah EU, državah kandidatkah in na Norveškem leta 2005 v 52 000 zasegih prestreženih približno 16,8 tone heroina. Združeno kraljestvo (na podlagi podatkov iz leta 2004) je bilo spet na prvem mestu po številu zasegov v Evropi, sledile so mu Španija, Nemčija in Grčija, Turčija pa je zasegla največje količine (sledili so ji Združeno kraljestvo, Italija in Nizozemska), kar je bilo skoraj pol celotne količine, zasežene v letu 2005 ⁽¹¹⁶⁾. Število zasegov heroina se je med letoma 2000 in 2003 na splošno zmanjševalo, vendar se od takrat na podlagi razpoložljivih podatkov povečuje. V obdobju od leta 2000 do 2005 je celotna količina heroina, zasežena v državah članicah EU, nihala v okviru rahlo upadajočega trenda, iz Turčije pa so v istem obdobju prišla poročila o precejšnjem povečanju ⁽¹¹⁷⁾.

Cena in čistost

Zaznavanje trendov na področju cene in čistosti je oteženo zaradi pomanjkanja doslednih podatkov, ocene pa tako

⁽¹¹⁵⁾ Glej „Razlaga podatkov o zasegih in drugih podatkov o trgu“, str. 38.

⁽¹¹⁶⁾ To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2005. Pri ocenjevanju so se manjkajoči podatki za leto 2005 nadomestili s podatki za leto 2004.

⁽¹¹⁷⁾ Glej preglednici SZR-7 in SZR-8 v Statističnem biltenu 2007.

temeljijo le na omejenem številu držav ⁽¹¹⁸⁾. Večina držav je navedla, da povprečna ali tipična cena rjavega heroina na črnem trgu znaša med 35 in 80 EUR za gram. Zdi se, da so se med letoma 2000 in 2006 povprečne cene heroina, popravljene glede na inflacijo, v večini od 18 držav, ki so posredovale primerljive podatke, znižale. Povprečna ali tipična čistost rjavega heroina na črnem trgu se je glede na podatke zelo razlikovala. Večina držav je poročala o vrednostih med 15 % in 50 %, vrednosti za beli heroin pa so bile tam, kjer je bil na voljo, po navadi višje (30–70 %). Povprečna čistost proizvodov iz heroina v večini od 18 držav poročevalk niha od leta 2000 dalje.

Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov

Podatki v tem razdelku temeljijo na kazalniku centra EMCDDA o problematičnem uživanju drog, ki večinoma vključuje ocene uživanja drog z vbizgavanjem in uživanja opioidov, čeprav so v nekaterih državah pomemben sestavni del tudi uživalci amfetaminov ⁽¹¹⁹⁾. Ocenjevanje števila problematičnih uživalcev opioidov je zahtevno in potrebne so zahtevne analize, da se iz razpoložljivih virov podatkov pridobijo ocene razširjenosti. Poleg tega je ekstrapolacija za ustvarjanje nacionalnih ocen zahtevna naloga, saj večina študij temelji na omejenem geografskem območju, na primer mestu ali okrožju.

Ocenjevanje je zahtevno tudi zato, ker se zdi, da postajajo vzorci problematičnega uživanja drog v Evropi vedno bolj raznoliki. Na primer, v večini držav postajajo vedno pomembnejše težave z uživanjem več različnih drog, medtem ko nekatere države, v katerih je bilo v preteklosti največ težav z opiodi (skoraj izključno s heroinom), zdaj poročajo o večjih težavah z drugimi drogami, na primer s kokainom.

Nedavne ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov na nacionalni ravni navajajo od 1 do 6 primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. V primerjavi s tem podatkom se ocenjuje, da splošna razširjenost problematičnega uživanja drog znaša med enim primerom in osmimi primeri na 1 000 prebivalcev. Nekatere od najnižjih razpoložljivih, dobro dokumentiranih ocen so iz novih držav EU, vendar to ne drži za Malto, od koder poročajo o razmeroma veliki razširjenosti (med 5,8 in 6,7 primera na 1 000 prebivalcev v starosti od 15 do 64 let) (prikaz 8).

Iz omejenih podatkov, ki so na voljo, je mogoče izpeljati, da povprečna razširjenost problematičnega uživanja opioidov

znaša med štirimi in petimi primeri na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. To pomeni, da je v Evropski uniji in na Norveškem približno 1,5 milijona (1,3–1,7 milijona) problematičnih uživalcev opioidov. Vendar pa te ocene še zdaleč niso zanesljive, zato je potrebnih več podatkov.

Časovni trendi pri problematičnem uživanju opioidov

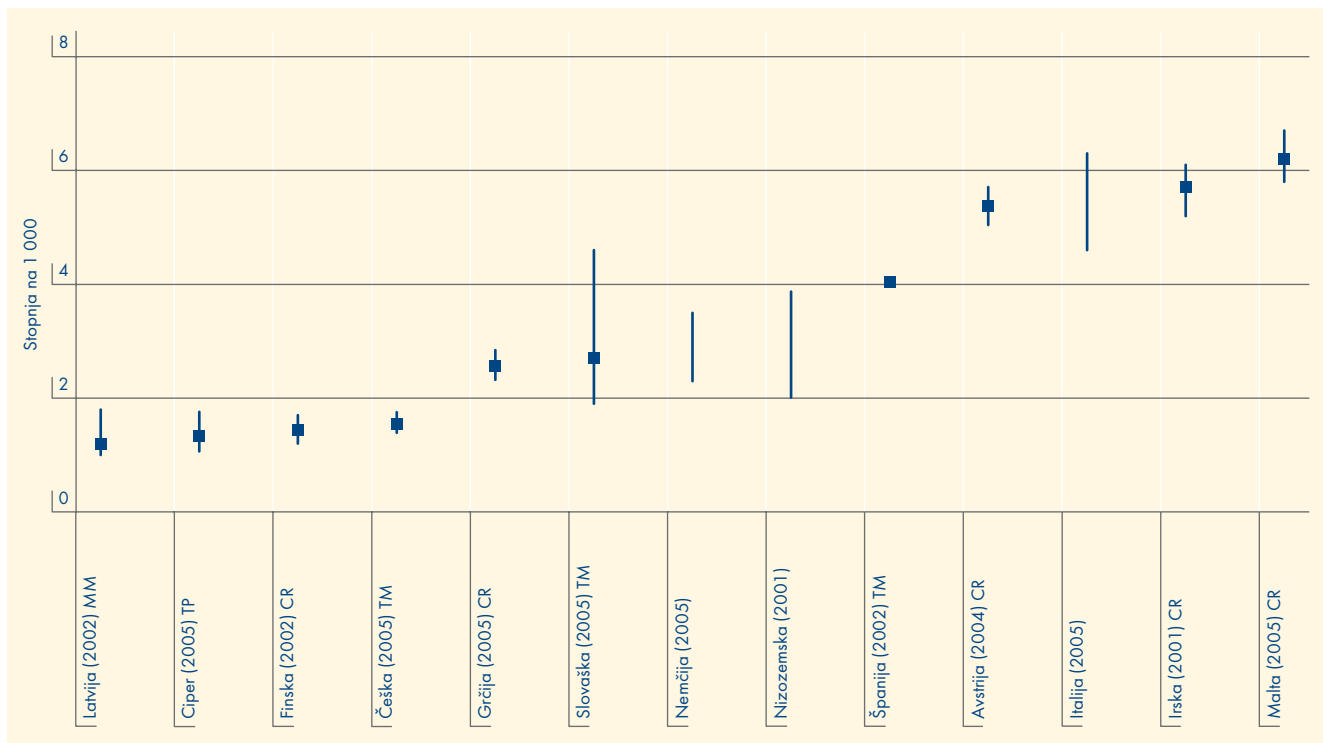
Zaradi pomanjkanja zanesljivih podatkov je ocenjevanje trendov problematičnega uživanja opioidov v časovnih obdobjih zapleteno in jih je treba previdno razlagati. Poročila iz nekaterih držav kažejo, da se je problematično uživanje opioidov v zadnjih letih v povprečju morda nekoliko ustalilo. Podatki iz večkratnega ocenjevanja problematičnega uživanja opioidov v obdobju med letoma 2001 in 2005 so na voljo samo iz osmih držav ter kažejo sorazmerno ustaljeno stanje, jasno povečanje pa se je pokazalo samo v eni državi (Avstrija) ⁽¹²⁰⁾.

Kljub splošnim znakom, da je splošni trend razširjenosti uživanja opioidov sorazmerno ustaljen, kaže, da se povečuje število zasegov heroina (glej zgoraj), kar je morda povezano z vedno večjo razpoložljivostjo heroina na evropskem trgu, vse več pa je tudi poročil o uživanju opioidov, preusmerjenih iz zakonite uporabe. V Italiji ocene pojavnosti uživanja heroina, ki temeljijo na podatkih o povpraševanju po zdravljenju, kažejo, da se je od leta 1998 po obdobju upadanja povečevala, letna pojavnost leta 2005 pa je približno 30 000 novih uživalcev heroina. V Avstriji se je povečeval tudi delež novih oseb na nadomestnem zdravljenju, mlajših od 25 let, kar kaže na povečevanje števila mladih, ki imajo težave z zlorabo in nenadzorovanim uživanjem predpisanih opioidov. Podobno pa iz Češke po obdobju upadanja poročajo o povečevanju vbizgavanja preusmerjenih snovi (v tem primeru buprenorfina), v Belgiji pa so na voljo podatki, ki kažejo na povečevanje nezakonite uporabe metadona. Nedavno spremljanje nizkopražnih storitev v Franciji kaže na skrb vzbujajoče nezakonito uživanje buprenorfina, vključno z vbizgavanjem in uživanjem med mladimi, pri katerih se je problematično uživanje drog začelo z buprenorfinom in ne s heroinom. Poročalo pa se je tudi o novih podskupinah mladih in marginaliziranih injicirajočih uživalcih drog. Na Finskem se zdi, da med novimi povpraševanji po zdravljenju zaradi opioidov buprenorfin v veliki meri nadomešča heroin in je čedalje večkrat omenjen v poročilih o smrtnih primerih zaradi prevelikih odmerkov.

⁽¹¹⁸⁾ Glej preglednici PPP-2 in PPP-6 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹¹⁹⁾ Čeprav je strokovna opredelitev, ki jo Center uporablja za problematično uživanje drog „uživanje drog z vbizgavanjem oziroma dolgotrajno/redno uživanje opioidov, kokaina in/ali amfetaminov“, je iz ocen problematičnega uživanja drog razvidno predvsem uživanje heroina. V nekaj državah, ki poročajo o problematičnem uživanju amfetaminov, so na voljo dobro dokumentirane ocene. Ocene problematičnega uživanja kokaina so redke in kazalnik problematičnega uživanja drog je razen v nekaj državah z veliko razširjenostjo uživanja za to drogo verjetno manj zanesljiv.

⁽¹²⁰⁾ Glej prikaz PDU-4 (del ii) v Statističnem biltenu 2007.

Prikaz 8: Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov od leta 2001 do 2005 (stopnja na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let)

Opomba: Simbol pomeni ocenjeno vrednost; črtica pomeni oceno intervala negotovosti, ki je lahko 95-odstotni interval zaupanja ali pa interval na podlagi analize občutljivosti (za podrobne informacije glej preglednico PDU-3). Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod ocenjevanja in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo. Kjer metoda ni navedena, vrisana črta pomeni interval med najnižjo navzdol zaokroženo oceno in najvišjo navzgor zaokroženo oceno med vsemi ocenami. Metode ocenjevanja: CR = zajetje–ponovno zajetje; TM = pomnoževalnik zdravljenja; TP = skrajšan Poisson; MM = pomnoževalnik umrljivosti. Za nadaljnje informacije glej preglednice PDU-1, PDU-2 in PDU-3 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalne kontaktne točke.

Uživanje drog z vbrizgavanjem

Injicirajoči uživalci drog so v veliki nevarnosti, da bodo imeli zaradi uživanja drog težave z zdravjem, na primer zaradi bolezni, ki se prenašajo s krvjo (npr. HIV/aids, hepatitis), ali zaradi prevelikega odmerka. Čeprav so ravni uživanja drog z vbrizgavanjem pomembne za javno zdravstvo, je ocene teh ravni trenutno sposobnih zagotoviti le malo držav (prikaz 9), tako da je izboljševanje spremljanja te posebne populacije pomemben izziv na področju razvoja sistemov zdravstvenega nadzora v Evropi.

Posredne ocene razširjenosti uživanja drog z vbrizgavanjem

Večina razpoložljivih ocen uživanja drog z vbrizgavanjem izhaja ali iz števila smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov ali iz podatkov o nalezljivih boleznih (na primer HIV). Med posameznimi državami so po poročanju precejšnje razlike. Nacionalne ocene v obdobju med letoma 2001 in 2005 večinoma znašajo od 0,5 do 6 primerov na 1 000 prebivalcev v starosti od 15 do 64 let. Izjema je Estonija, od koder poročajo o veliko višji oceni, in sicer 15 primerov na 1 000 prebivalcev. Izmed drugih držav, ki so lahko posredovale podatke, so o najvišjih ocenah, ki so znašale med štirimi in petimi primeri na 1 000 prebivalcev,

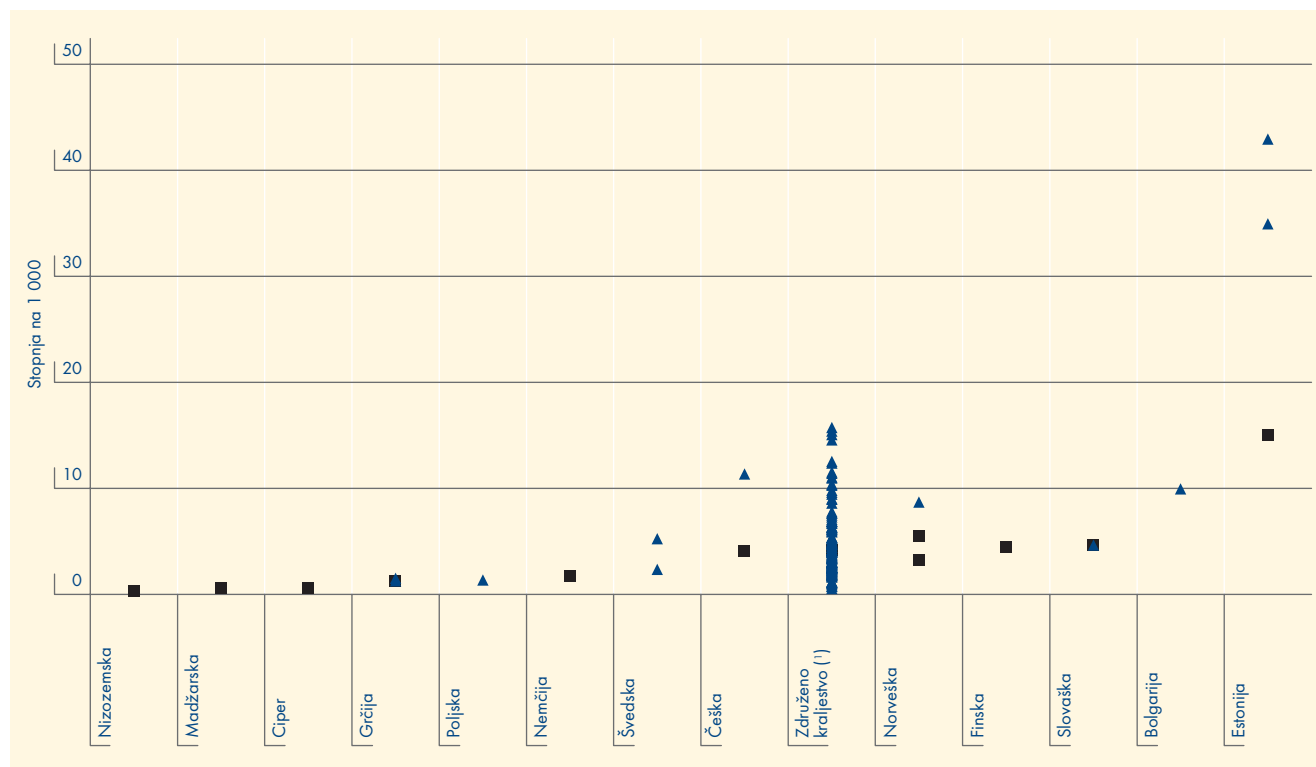
starih od 15 do 64 let, poročali iz Češke, Slovaške, Finske in Združenega kraljestva, o najnižjih pa s Cipra ter iz Madžarske in Nizozemske (manj kot en primer na 1 000 prebivalcev).

Ekstrapolacijo omejenih razpoložljivih podatkov je treba opraviti previdno, vendar kaže, da povprečna razširjenost uživanja drog z vbrizgavanjem (trenutni injicirajoči uživalci drog) znaša med tremi in štirimi primeri na 1 000 odraslih prebivalcev. To pomeni, da je v Evropski uniji in na Norveškem trenutno verjetno približno 1,1 milijona (od 0,9 do 1,3 milijona) injicirajočih uživalcev drog. Večinoma gre za injicirajoče uživalce opioidov, čeprav si morda vbrizgavajo tudi druge droge. Nekatere države poročajo o precejšnjih težavah z vbrizgavanjem amfetamina in metamfetamina (Češka, Slovaška, Finska, Švedska).

Trendi uživanja drog z vbrizgavanjem, razvidni iz podatkov o povpraševanju po zdravljenju

Pomanjkanje podatkov otežuje oblikovanje zaključkov o trendih uživanja drog z vbrizgavanjem, čeprav je to vedenje delno razvidno iz podatkov o uživalcih drog, ki se vključijo v zdravljenje. Na primer, povpraševanje po zdravljenju med uživalci opioidov lahko razkrije vzorce

Prikaz 9: Ocene razširjenosti uživanja drog z vbizgavanjem na podlagi nacionalnih in subnacionalnih študij od leta 2001 do 2005 (stopnja na 1 000 prebivalcev, starih 15 do 64 let)



(1) Angleške regionalne ocene za leti 2004/05.

Opomba: Črni kvadrat = vzorec z nacionalno pokritostjo; modri trikotnik = vzorec s subnacionalno pokritostjo.

Vzorec ocen subnacionalne razširjenosti je zelo odvisen od razpoložljivosti in mesta študij v državi. Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod študij in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo.

Za dodatne informacije glej preglednice PDU-1, PDU-1 in PDU-3 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalne kontaktne točke.

uživanja v širši populaciji. Delež injicirajočih uživalcev droge (2001–2005) med vsemi primarnimi uživalci heroína, ki se vključujejo v zdravljenje, kaže na precejšnje razlike v stopnjah uživanja drog z vbizgavanjem med državami. Na splošno ti podatki kažejo, da vbizgavanje morda postaja manj razširjeno, upadanje pa je bilo opaženo na Danskem, Irskem, v Grčiji, na Madžarskem, v Združenem kraljestvu in v Turčiji. V nekaterih državah (Španija, Nizozemska in Portugalska) si razmeroma majhen delež zdravljenih uživalcev heroína zdaj drogo vbizgava. Vendar pa ni povsod tako, v več novih državah članicah se na primer zdi, da je vbizgavanje še vedno glavni način uživanja heroína. Opozoriti je treba, da so trendi vbizgavanja pri osebah, ki niso uživalci heroína, morda drugačni.

Zdravljenje odvisnosti od opioidov

Vzdrževalno zdravljenje

Trenutno je o učinkovitosti nadomestnega zdravljenja pri odvisnosti od heroína in drugih opioidov na voljo razmeroma dovolj dokazov, ki temeljijo na podatkih iz študij o rezultatih

zdravljenja in nadzorovanih preskušanj (za pregled glej Gossop, 2006). Ugotovljeni so bili pozitivni učinki, kar se tiče zmanjševanja uživanja nezakonitih drog, vedenja, ki je nevarno za zdravje, in kaznivih dejanj ter izboljševanje socialnega delovanja. Programi nadomestnega zdravljenja po navadi poleg predpisovanja nadomestnih drog vključujejo tudi druge intervencije, ki spodbujajo spremembo vedenja. Na splošno na tem področju obstaja soglasje, da je vključevanje teh programov v širšo mrežo zdravstvene oskrbe in socialne pomoči dobra praksa.

Praksa predpisovanja nadomestnega zdravljenja v Evropi

V preteklih petnajstih letih se je zagotavljanje zdravljenja zaradi odvisnosti od heroína v Evropski uniji precej povečalo. Glede na podatke, ki so na voljo, je to predvsem posledica več kot sedemkratnega povečanja zagotavljanja nadomestnega zdravljenja v državah članicah EU-15 od leta 1993.

Razen v petih državah (Češka, Francija, Latvija, Finska in Švedska) je metadon najbolj razširjena nadomestna droga, ki se uporablja pri približno 72 % vseh nadomestnih zdravljenj⁽¹²¹⁾. Na splošno metadonsko zdravljenje temelji

(121) Glej preglednice HSR-7, HSR-9 in HSR-11 v Statističnem biltenu 2007.

Zagotavljanje kakovosti in nadomestno zdravljenje

Učinkovitost vseh storitev je odvisna od kakovosti ponujene oskrbe. Izražene je bilo nekaj zaskrbljenosti, da so nekateri programi nadomestnega zdravljenja neakovostni, ker se preveč dejavnosti teh programov osredotoča na predpisovanje, premalo pa so pozorni na zagotavljanje celovitejše povezave socialne in zdravniške podpore. Med izraženimi kritikami je tudi naslednje: pomanjkanje ustreznega kliničnega spremljanja, slaba praksa na področju predpisovanja, ki povzroča preusmerjanje teh zdravil na nezakoniti trg, in očitek, da programi zdravljenja z majhnimi odmerki niso v skladu s kliničnimi dokazi o učinkovitosti (Loth et al., 2007; Schifano et al., 2006; Strang et al., 2005).

Mnogo držav je te pomisleke vzelo resno. Danska, Nemčija in Združeno kraljestvo poročajo, da potekajo preverjanja, katerih cilj je izboljševanje kakovosti ponujenih storitev. Podobno je bil na Danskem pred kratkim zaključen triletni projekt za opazovanje učinka širše psihosocialne podpore pri nadomestnem zdravljenju in preverjanje postopkov za zagotavljanje kakovosti.

V Nemčiji sta nedavni študiji preverili prakso na področju nadomestne terapije in pregledali možnosti za izboljševanje oskrbe (COBRA) ter raziskali vprašanja zagotavljanja kakovosti, na podlagi česar je nastal nov priročnik za zdravnike (ASTO). V Združenem kraljestvu je v Angliji pred kratkim potekala presoja, v okviru katere sta bili opravljene analiza prakse predpisovanja ter klinične obravnave ter ocena, v kolikšni meri je to v skladu z obstoječimi kliničnimi smernicami.

Razpoložljivost nacionalnih kliničnih smernic, standardov in protokolov zdravljenja je pomembna za zagotavljanje kakovostnega nadomestnega zdravljenja. Poroča se, da so nacionalne klinične smernice in protokoli zdravljenja v pripravi ali postopku presoje na Danskem, Irskem, Madžarskem, Portugalskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem, Slovaška pa je smernice za zdravljenje s predpisovanjem metadona objavila leta 2004. Na Nizozemskem se vzdrževalno zdravljenje zdaj vedno pogosteje izvaja v skladu s standardi zdravljenja, predpisovanje metadona pa se v prvi fazi zdravljenja nadzoruje. V Avstriji so leta 2005 pripravili osnutek dveh uredb o vzpostavitvi okvira za zdravljenje podprto zdravljenje, katerih cilj je izboljšati nadomestno zdravljenje in vključiti ukrepe o nadzorovanem uživanju ter predpise o zdravnikih, ki delujejo na tem področju.

Nacionalni sistem spremljanja za poročanje o osebah v programih nadomestnega zdravljenja nudi tudi informacije, ki jih je mogoče uporabiti za ocenjevanje kakovosti in razpoložljivosti storitev. Trenutno se poroča, da so taki sistemi na voljo v 17 državah članicah, nacionalni registri nadomestnega zdravljenja pa se pripravljajo v Belgiji in Luksemburgu, medtem ko se na Češkem obstoječi register širi na vse zdravstvene domove.

na specialističnih izvenbolnišničnih centrih, vendar se v nekaterih državah opravlja tudi v okviru splošne prakse ali pa v ustanovah za oskrbo v okviru skupnosti, potem ko so bolniki že uravnoteženi. Praksa razdeljevanja metadona se razlikuje: včasih je na voljo samo v specialističnih centrih, kjer je uporaba nadzorovana, v nekaterih državah, na primer v Združenem kraljestvu, pa imajo pomembno vlogo tudi lekarne in je lahko dovoljen metadon na recept.

V preteklih letih je bilo v EU precej zanimanja za dodatne farmakološke učinkovine za zdravljenje odvisnosti od drog, predvsem je postalo pogostejše uživanje buprenorfina. Leta 2005 se je skupini evropskih držav, ki dovoljujejo vzdrževalno zdravljenje z buprenorfinom v specialističnih enotah ⁽¹²²⁾, pridružila Slovenija, maja 2006 tudi Malta, trenutno pa so Bolgarija, Madžarska, Poljska in Romunija edine države, v katerih ta možnost zdravljenja ni na voljo.

Eden od razlogov za uporabo buprenorfina je, da naj bi bil za prakso v skupnostih primernejša farmacevtska rešitev kot metadon. To je zapleteno vprašanje in je podrobno opisano v izbranem vprašanju o buprenorfinu iz leta 2005. V večini držav lahko buprenorfin predpisujejo samo usposobljeni pooblaščen zdravniki, zanj pa veljajo predpisi, ki ustrezajo njegovemu nadzorovanemu statusu v skladu z mednarodnimi konvencijami (seznam III Konvencije ZN o psihotropnih snoveh).

Buprenorfin se trži v obliki podjezičnih tablet, in čeprav ne šteje za posebej privlačno snov za vbrizgavanje, je nekaj poročil o raztapljanju in vbrizgavanju tablet. Možnost zlorabe buprenorfina dokazujejo poročila iz nekaterih držav o preusmerjanju te droge na nezakoniti trg. Da bi preprečili nezakonito uporabo buprenorfina je bila razvita nova oblika tega zdravila v kombinaciji z naloksonom. Ta nova oblika, Suboxone, je leta 2006 dobila dovoljenje za promet v Evropi.

Januarja leta 2007 je bilo na Nizozemskem kot možnost za zdravljenje odvisnosti od opioidov uvedeno s heroinom podprto zdravljenje, tako da se je število mest za zdravljenje povečalo na okrog 1 000, Nizozemska pa se je tako pridružila Združenemu kraljestvu kot ena od dveh evropskih držav, kjer je na voljo ta možnost. Na splošno je zelo malo oseb, ki se v Evropi zdravijo s heroinom, ta oblika zdravljenja pa je po navadi na voljo samo za posebno kronične primere, pri katerih so se druge možnosti zdravljenja izkazale za neuspešne. Učinkovitost heroina kot nadomestne snovi je bila raziskana tudi v eksperimentalnih raziskavah v Španiji (March et al., 2006) in Nemčiji (Naber in Haasen, 2006). Obe študiji sta poročali o pozitivnih ugotovitvah v zvezi z zdravljenjem, kar kaže na to, da bi se lahko ta pristop izkazal kot ustrezen način zdravljenja za socialno izključene uživalce opioidov, ki imajo resne težave in se slabo odzivajo na druge možnosti zdravljenja. Skupaj z delom, opravljenim

⁽¹²²⁾ Glej prikaz HSR-1 in preglednico HSR-8 v Statističnem biltenu 2007.

v preteklosti, so te študije o predpisovanju heroina spodbudile razpravo o potrebi po širši razpoložljivosti te možnosti zdravljenja.

Podatki o zdravljenju

Center zbira dve vrsti informacij za opisovanje zdravljenja v Evropi. Kazalnik povpraševanja po zdravljenju temelji na spremljanju značilnosti oseb, ki se začnejo zdraviti širom Evrope. Poleg tega se od držav članic zahtevajo podatki, ki opisujejo splošno strukturo in razpoložljivost storitev.

Podatki, ki temeljijo na kazalniku povpraševanja po zdravljenju

Podatki na podlagi spremljanja oseb, ki se začnejo zdraviti v Evropi, dajejo vpogled v širšo epidemiološko situacijo, kar se tiče vzorcev uživanja in trendov, ter vpogled v sorazmerno povpraševanje po različnih oblikah zdravljenja in njihovo razpoložljivost. To lahko povzroči težave pri razlaganju razpoložljivih informacij, saj lahko povečanje števila oseb, ki se zdravijo zaradi določene težave z drogami, pomeni, da se je povečalo povpraševanje po storitvah ali pa da se je povečala razpoložljivost določene storitve. Za lažjo analizo takih podatkov je treba razlikovati med novimi povpraševanji in vsemi povpraševanji po zdravljenju, ob predpostavki, da so iz novega povpraševanja po zdravljenju bolj razvidne spremembe širših vzorcev uživanja drog, vse oblike zdravljenja pa bolj kažejo skupno povpraševanje na celotnem področju zdravljenja.

Informacije, ki so na voljo na podlagi kazalnika povpraševanja po zdravljenju, ne vključujejo vseh oseb na zdravljenju zaradi uživanja drog (teh je seveda veliko več), ampak samo osebe, ki so po zdravljenju povpraševale v letu poročanja, se pa trenutno izvaja pilotni projekt, katerega cilj je razširiti zbiranje podatkov v Evropi na osebe, vključene v trajno zdravljenje ⁽¹²³⁾, in oceniti pokritost poročanja nacionalnih sistemov.

V številnih državah so opiodi, zlasti heroin, še vedno glavna droga, zaradi katere osebe povprašujejo po zdravljenju. Od skupnega števila 326 000 povpraševanj po zdravljenju, o katerih se je poročalo v letu 2005 v okviru kazalnika povpraševanja po zdravljenju, so bili opiodi kot primarna droga opaženi v približno 40 % primerov, približno 46 % teh oseb pa je poročalo, da si drogo vbrizgavajo ⁽¹²⁴⁾.

Nekatere države poročajo o večjem deležu povpraševanja po zdravljenju zaradi opiodov, ki niso heroin. Na Finskem po poročanju 41 % oseb, ki se zdravijo zaradi uživanja drog, primarno uživa druge opioide, predvsem buprenorfin, v Franciji pa 7,5 % vseh oseb na zdravljenju uživa

Postopek za evropsko dovoljenje za promet z zdravilom

Za znanstveno vrednotenje vlog za evropsko dovoljenje za promet z zdravilom je odgovorna Evropska agencija za zdravila (EMA). Zdravila, odobrena s centraliziranim postopkom, dobijo enotno dovoljenje za promet, ki je veljavno v vseh državah članicah Evropske unije.

Zaradi varnosti se vsa odobrena zdravila tudi spremljajo. Ta naloga se opravlja prek evropske mreže nacionalnih agencij za zdravila v tesnem sodelovanju s strokovnjaki s področja zdravstva in samimi farmacevtskimi podjetji.

Agencija EMA objavi evropsko javno poročilo o oceni zdravila za vsak centralno odobreni proizvod, ki dobi dovoljenje za promet. Ta poročila se objavljajo na spletni strani agencije EMA (<http://www.emea.europa.eu/>), povzetki za javnost pa so na voljo v vseh uradnih jezikih EU. V skladu s Sklepom Sveta agencija EMA sodeluje tudi s EMCDDA in Europolom pri podpiranju dejavnosti na področju ugotavljanja novih groženj zaradi drog v Evropi (glej poglavje 7).

buprenorfin. V Združenem kraljestvu in na Nizozemskem približno 4 % oseb po poročanju primarno uživa metadon. V Španiji, Latviji in na Švedskem se med 5 in 7 % oseb začne zdraviti zaradi primarnega uživanja neopredeljenih opiodov, ki niso heroin ali metadon ⁽¹²⁵⁾. Na Madžarskem, kjer ima uživanje doma pridelanih proizvodov iz vrtnega maka že dolgo zgodovino, pa so 4 % povpraševanj po zdravljenju povezani z opijem.

O večini uživalcev opiodov poročajo enote za izvenbolnišnično zdravljenje, razen na Švedskem, kjer o 71 % oseb, ki se zdravijo zaradi opiodov, poročajo bolnišnični centri, kar kaže, da so storitve v tej državi strukturirane drugače. O majhnem deležu (3 %) povpraševanja po bolnišničnem zdravljenju zaradi uživanja opiodov poročajo tudi iz Združenega kraljestva ⁽¹²⁶⁾. V nekaj državah, iz katerih poročajo o povpraševanju po zdravljenju v nizkopražnih agencijah, precejšen delež uživalcev drog povprašuje po zdravljenju zaradi primarnega uživanja opiodov ⁽¹²⁷⁾.

Sorazmerni delež povpraševanja po zdravljenju oseb, ki niso uživalci opiodov, se povečuje v podatkovnih nizih, pridobljenih na podlagi kazalnikov povpraševanja po zdravljenju, dejansko število novih oseb, ki povprašujejo po zdravljenju zaradi uživanja opiodov, pa se v številnih državah tudi manjša. Absolutno število novih povpraševanj po zdravljenju zaradi primarnega uživanja heroina se je po

⁽¹²³⁾ Glej <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (poročilo s sestanka 2006).

⁽¹²⁴⁾ Glej preglednico TDI-5 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹²⁵⁾ Glej preglednico TDI-114 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹²⁶⁾ Glej preglednico TDI-24 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹²⁷⁾ Glej preglednico TDI-119 v Statističnem biltenu 2007.

poročanju od leta 1999 do leta 2005 zmanjšalo z 80 000 na 51 000 ⁽¹²⁸⁾.

Stopnje nadomestnega zdravljenja

V državah članicah EU in na Norveškem je bilo leta 2005 po ocenah vsaj 585 000 primerov nadomestnega zdravljenja. Ta ocena temelji na spremljanju zdravljenja, ki se izvaja v večini držav in zagotavlja splošno sliko razpoložljivosti storitev. Verjetno gre za najnižjo oceno, ker o nekaterih načinih zdravljenja najbrž ni popolnih poročil (na primer o zdravljenju, ki ga izvajajo splošni zdravniki, ali zdravljenju v zaporih).

O veliki večini oseb na zdravljenju (97 %) poročajo iz držav članic EU-15, v katerih je tudi večina (80 %) vsega povpraševanja po zdravljenju iz podatkovnih nizov, pridobljenih na podlagi kazalnikov povpraševanja po zdravljenju. Gre za več kot sedemkratno povečanje od leta 1993, ko je bilo po ocenah na nadomestnem zdravljenju približno 73 000 oseb (Farrell, 1995). Podatki kažejo, da se je število oseb na zdravljenju v EU in na Norveškem od leta 2003 do 2005 povečalo za približno 15 %, predvsem zaradi povečevanja v Nemčiji (po ocenah za 8 300 primerov), Franciji (5 706), Italiji (6 234), na Portugalskem (4 168) in v Združenem kraljestvu (41 500) ⁽¹²⁹⁾. Leta 2005 so o umirjanju števila oseb na nadomestnem zdravljenju poročali z Nizozemske (122 primerov na 100 000 prebivalcev) in Luksemburga (355 primerov na 100 000).

Največja sorazmerna rast med letoma 2003 in 2005 je bila opažena v nekaterih novih državah članicah (vendar ni bila omejena samo nanje). Nekatere države so poročale o precejšnjem povečevanju (več kot 40 %), vključno z Bolgarijo, Estonijo, Grčijo, Litvo, Romunijo in Norveško. Ta povečanja se ujemaajo z geografsko širitvijo razpoložljivosti nadomestnega zdravljenja v številnih od teh držav. Zagotavljanje nadomestnega zdravljenja se ni povečalo v vseh novih državah članicah: Madžarska, Poljska in Slovaška so poročale o sorazmerno ustaljenem stanju, število zdravljenih oseb v latvijskem metadonskem visokopraznem programu pa se je celo znižalo s 67 na 50. V dveh državah, ki sta imeli v preteklosti visoko stopnjo zagotavljanja nadomestnega zdravljenja, v Španiji in na Malti, se je to pred kratkim zmanjšalo, kar morda izraža splošne stopnje povpraševanja v teh državah.

Povezanost medsebojnih odnosov med povpraševanjem po ponovnem zdravljenju, stopnjami vzdrževalnega zdravljenja in razširjenostjo problematičnega uživanja opioidov je zapletena. Stopnje povpraševanja oseb po ponovnem

zdravljenju in število oseb v programih vzdrževalnega zdravljenja z drogami se ugotavljajo s preteklimi spremembami na področju pojavnosti in razširjenosti uživanja opioidov ter organizacije in vrste storitev zdravljenja. V nekaterih državah je mogoče ocene stopenj razširjenosti uživanja opioidov uporabiti za izračunavanje razmerja med osebami v vzdrževalnem zdravljenju in problematičnimi uživalci opioidov.

V državah EU, v katerih so bile ocene problematičnega uživanja opioidov na voljo za leto 2005, je bila izračunana razširjenost nadomestnega zdravljenja med problematičnimi uživalci opioidov (prikaz 10). Rezultati kažejo na pomembne razlike med državami, pri čemer stopnje segajo od manj kot 10 % (Slovaška) do približno 50 % uživalcev opiatov (Italija). Vendar pa ti podatki kažejo na to, da je treba preveriti razpoložljivost možnosti zdravljenja v vseh državah, da bi se tako zagotovila ustrezna razpoložljivost za zadovoljevanje ocenjenih potreb.

Čeprav se je stopnja nadomestnega zdravljenja v baltskih in srednjeevropskih državah pred kratkim povečala, ostaja nizka v primerjavi z ocenjenim številom uživalcev opioidov v teh državah članicah, razen Slovenije. Ocena iz Estonije kaže, da programi nadomeščanja vključujejo samo 5 % uživalcev heroina v štirih največjih urbanih središčih, ta stopnja pa dosega celo samo 1 % na nacionalni ravni.

Povpraševanje po zdravljenju odvisnosti od opioidov

Iz deleža povpraševanja po zdravljenju zaradi primarnega uživanja opioidov je deloma razvidna sorazmerna razširjenost prepovedanih opioidov kot problematičnih drog, zaradi katerih je potrebno (nadaljnje) zdravljenje, čeprav na to vplivata organizacija storitev zdravljenja in sistem poročanja.

Delež oseb, ki se željo zdraviti zaradi uživanja opioidov, se razlikuje med posameznimi državami. Najnovejši razpoložljivi podatki kažejo, da uživalci opioidov pomenijo od 40 do 70 % vsega povpraševanja po zdravljenju v 12 državah, manj kot 40 % v sedmih državah, več kot 70 % pa v šestih državah ⁽¹³⁰⁾.

Odstotek vsega povpraševanja po zdravljenju zaradi uživanja heroina se je zmanjšal s 74 % leta 1999 na 61 % leta 2005. Edini državi, ki ne poročata o zmanjšanju, sta Bolgarija in Združeno kraljestvo ⁽¹³¹⁾.

Absolutno znižanje novih povpraševanj po zdravljenju zaradi uživanja opioidov, večinoma heroina, potrjuje tudi trend novih oseb, ki se zdravijo zaradi uživanja heroina: iz vseh

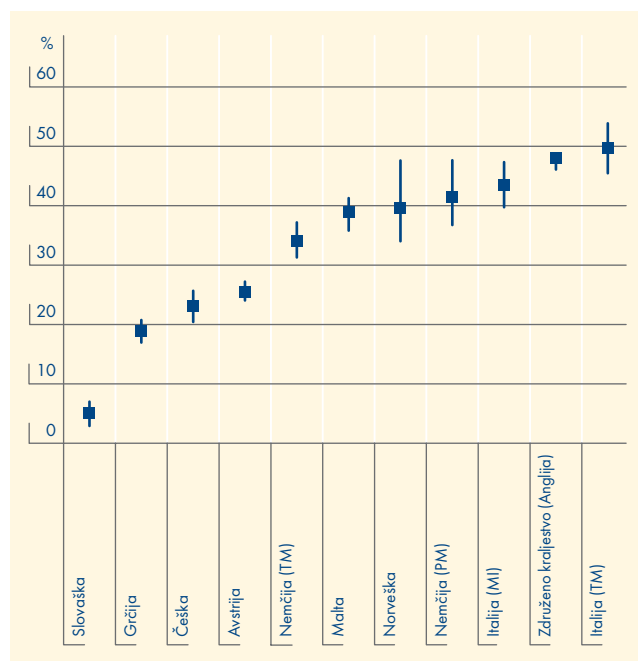
⁽¹²⁸⁾ Glej prikaz TDI-1 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹²⁹⁾ Glej preglednico HSR-7 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹³⁰⁾ Glej preglednico TDI-5 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹³¹⁾ Glej prikaz TDI-3 v Statističnem biltenu 2007.

Prikaz 10: Število oseb v vzdrževalnem zdravljenju zaradi uživanja opioidov kot odstotek ocenjenega števila problematičnih uživalcev opioidov, 2005



Opomba: Ti podatki so na voljo za samo devet držav članic.

Simbol pomeni ocenjeno vrednost; črtica pomeni interval negotovosti, ki je posledica postopkov ocenjevanja; število uživalcev opioidov se ocenjuje z različnimi metodami: TM = pomnoževalnik zdravljenja; PM = pomnoževalnik policije; MI = večvrstni kazalnik. Kjer metoda ni navedena, vrisana črta pomeni interval med najnižjo navzdol zaokroženo oceno in najvišjo navzgor zaokroženo oceno med vsemi ocenami. Za dodatne informacije glej prikaz HSR-3 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalne kontaktne točke.

držav razen iz Bolgarije in Grčije poročajo o zmanjšanju deleža novih povpraševanj po zdravljenju zaradi primarnega uživanja heroina med novimi osebami, ki se zdravijo zaradi uživanja drog, v zadnjih sedmih letih. Od leta 1999 do 2005 se je odstotek novih oseb, ki se zdravijo zaradi heroina, med vsemi novimi osebami, ki se zdravijo zaradi uživanja drog, zmanjšal s 70 % na 37 %.

Osebe, ki povprašujejo po zdravljenju

Osebe, ki povprašujejo po zdravljenju zaradi težav z opiodi, so po navadi nekoliko starejše od oseb, ki iščejo pomoč

zaradi težav z drugimi drogami (¹³²), poročajo pa tudi o slabših socialnih razmerah. Stopnja nezaposlenosti med osebami, ki se zdravijo zaradi opioidov, je večinoma visoka, stopnja izobrazbe nizka, od 10 do 18 % pa je po poročanju brezdomcev.

Večina oseb (60 %) poroča o začetku uživanja opioidov pred 20. letom starosti; osebe, ki so opioide prvič zaužile po 25. letu, so bile zelo redke (¹³³). Povprečno se je poročalo o zamiku od 7 do 8 let med prvim zaužitjem opioidov in prvim stikom z zdravljenjem zaradi uživanja drog. Povprečna starost pri začetku uživanja opioidov je bila 22 let, povprečna starost ob prvem povpraševanju po zdravljenju pa od 29 do 30 let. Osebe, ki so povpraševale po bolnišničnem zdravljenju, so bile po navadi nekoliko starejše kot osebe v izvenbolnišnični oskrbi, podatki pa kažejo precej kratke razmike med prvimi stiki z zdravljenjem in poznejšimi zdravljenji.

Pri osebah, ki se zaradi uživanja opioidov zdravijo izvenbolnišnično, je razmerje med moškimi in ženskami tri proti ena, pri tistih, ki se zdravijo bolnišnično, pa štiri proti ena. Vendar so vidne razlike med državami, pri čemer je bilo med zdravljeno populacijo v južnoevropskih državah ponavadi več moških.

V Evropi si med tistimi uživalci opioidov, ki se želijo zdraviti in za katere je znan način uživanja, v povprečju 58 % drogo vbrizgava (53 % novih oseb na zdravljenju). Delež tistih, ki si drogo vbrizgavajo, je najvišji v Romuniji, na Češkem in na Finskem, najnižji pa na Nizozemskem, Danskem in v Španiji (¹³⁴).

Večina uživalcev opioidov uživa več drog, opioide torej jemljejo hkrati z drugo sekundarno snovjo, zlasti z drugimi opiodi (35 %), kokainom (23 %) in konopljo (17 %) (¹³⁵).

Nekatere države poročajo o visoki stopnji soobstoja odvisnosti od opioidov in drugih psihiatričnih motenj. To je bilo ugotovljeno tudi v številnih kliničnih študijah, ki kažejo, da se med uživalci opioidov sorazmerno pogosto pojavljajo težka depresija, anksiozne motnje, antisocialne in mejne osebnostne motnje (Mateu et al., 2005).

⁽¹³²⁾ Glej preglednico TDI-10 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹³³⁾ Glej preglednice TDI-11, TDI-107 in TDI-109 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹³⁴⁾ Glej preglednici TDI-4 in TDI-5 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹³⁵⁾ Glej preglednico TDI-23 v Statističnem biltenu 2007.



Poglavje 7

Novi in pojavljajoči se trendi uživanja drog ter ukrepi v zvezi z novimi drogami

Pojavljajoči se trendi uživanja drog pogosto posnemajo prejšnje trende priljubljenih drog, jih razširijo ali pa nadomestijo, kar privede do vprašanj o vzrokih uživanja psihoaktivnih snovi. Pojavljajoče se trende uživanja drog in alkohola je treba zato razumeti ne le glede na spremembe vladnih politik, ampak tudi glede na druge trende ter širši okvir trenutnih modnih in družbeno-kulturnih sprememb pri preživljanju prostega časa.

Z razvojem informacijske tehnologije in komunikacijskih medijev, predvsem interneta, se oblikujejo poti, ki pospešujejo razširjanje novih trendov ter omogočajo izražanje različnih mnenj o uživanju drog in s tem povezanih tveganjih.

Novi ali spremenjeni vzorci uživanja drog se navadno pojavijo na lokalni ali mestni ravni. Zelo malo držav članic ima na primer sisteme spremljanja, ki bi pokazali razširjenost smrtnih zastupitev in tistih zastupitev, ki niso povzročile smrti, zaradi uživanja novih ali pojavljajočih se psihoaktivnih snovi. Slika nikoli ne bo popolna, zato se zbrane informacije o pojavljajočih se trendih uživanja drog v Evropi ocenjujejo s kombiniranjem informacij iz vrste različnih virov.

To poglavje poroča o nedavnih spremembah na področju prepovedanega uživanja psihoaktivnih snovi, ki jih ključni kazalniki uživanja drog ne zaznavajo rutinsko in so jih oblikovalci politik šele pred kratkim opredelili kot možno nevarnost ali pa so nanje postala pozorna sredstva javnega obveščanja.

Piperazini: nove psihoaktivne snovi

Najpomembnejši razvoj v zvezi z novimi psihoaktivnimi snovmi v preteklih letih je širjenje raznih novih derivatov piperazina, od katerih so se v Evropi številni pojavili med letoma 2004 in 2006.

Ta skupina sintetičnih snovi izhaja iz izhodne spojine piperazina in vključuje BZP (1-benzilpiperazin) ter mCPP (1-(3-klorofenil)piperazin). Ti snovi sta večinoma na voljo pri dobaviteljnih kemikalij ali na internetu, nezakonita proizvodnja pa je omejena na proizvodnjo tablet ali kapsul.

BZP

Študije so primerjale psihološke in subjektivne učinke BZP z učinki amfetamina ter kažejo, da ima BZP približno desetino moči deksamfetamina.

V zadnjih letih so začeli različni prodajalci na drobno v tiskanih medijih, na spletnih straneh, v določenih trgovinah in na stojnicah v klubih in na festivalih agresivno tržiti proizvode, ki vsebujejo BZP, kot zakonito nadomestilo za ekstazi, ti proizvodi pa se utegnejo tudi prodajati kot „ekstazi“. BZP se ponuja v različnih kombinacijah z drugimi piperazini in za nekatere, predvsem BZP v kombinaciji s TFMPP⁽¹³⁶⁾, se domneva, da so narejeni tako, da oponašajo učinke ekstazija. Pri teh proizvodih je po navadi na vidnem mestu označeno, da vsebujejo piperazin, vendar so pogosto napačno predstavljeni kot „naravni“ ali „rastlinskega izvora“.

Dokazi, zbrani v EU o pojavljajočih se trendih uživanja drog, kažejo, da so lahko iz teh trendov razvidni potrošniški trendi na zakonitih trgih – na primer, prodaja popolnoma sintetičnih snovi, kakršna je BZP, se lahko s trditvami, da je ta snov „naravna“ ali „rastlinskega izvora“, približa širšemu povpraševanju potrošnikov po naravnih proizvodih. Poleg tega k dozdevni varnosti BZP prispeva dejstvo, da te proizvode pogosto prodajajo določeni prodajalci na drobno ali specializirane trgovine in se ne prodajajo na ulici.

BZP je bil zabeležen v 14 državah članicah EU (Belgija, Danska, Nemčija, Irska, Grčija, Francija, Malta, Nizozemska, Avstrija, Portugalska, Španija, Švedska, Finska, Združeno kraljestvo) in na Norveškem.

Na voljo je nekaj dokazov o zdravstvenih tveganjih, povezanih z BZP, za katerega se zdi, da ima pri rekreativnem uživanju ozko mejo varnosti. V Združenem kraljestvu so poročali o primerih, pri katerih so bile klinično ugotovljene zastupitve z BZP, ki je bil toksikološko potrjen kot edina zaužita psihoaktivna snov, pri čemer so uživalce prizadeli resni stranski učinki, nekateri pa so potrebovali nujno zdravniško pomoč. Vendar pa BZP ni mogoče neposredno pripisati nobenega smrtnega primera. Marca 2007 se je EU odzvala na vedno večjo zaskrbljenost zaradi uživanja BZP in

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-trifluorometilfenil)piperazin

je uradno zaprosila za oceno zdravstvenega in socialnega tveganja v zvezi s to snovjo ⁽¹³⁷⁾.

mCPP

mCPP se opisuje kot snov, ki povzroča stimulativne in halucinogene učinke, podobne ekstaziju (MDMA). Tablete, ki vsebujejo mCPP, so pogosto oblikovane tako, da so videti kot ekstazi in se skoraj vedno tudi prodajajo kot take, ti drogi pa sta včasih tudi združeni. Lahko se domneva, da je dodajanje mCPP namenjeno povečevanju ali izboljšanju učinkov MDMA.

Od leta 2004 so mCPP odkrili v 26 državah članicah (vseh razen na Cipru) in na Norveškem. Tako postaja najpogosteje odkrita nova psihotropna snov v EU, odkar se je leta 1997 začelo spremljanje v okviru sistema zgodnjega opozarjanja.

V Evropski uniji ni poročil o nobenih resnih zastrupitvah ali smrtnih primerih zaradi mCPP. Zelo malo je dokazov, da gre za posebej nevarno snov, kar se tiče akutne toksičnosti, vendar pa kronična toksičnost (toksičnost pri daljši uporabi) ni bila dognana.

GHB

Prosta prodaja GHB prek interneta ⁽¹³⁸⁾ se je zmanjšala od marca 2001, ko je bila ta snov dodana na seznam IV Konvencije ZN o psihotropnih snoveh, tako da jo morajo vse države članice EU nadzorovati v skladu s svojo zakonodajo o psihotropnih snoveh. GHB se je v Franciji in Nemčiji terapevtsko uporabljal pri anesteziji, v Avstriji in Italiji pa pri blaženju simptomov, ki nastanejo pri odtegnitvi od alkohola. Junija 2005 je Odbor za zdravila za uporabo v humani medicini (CHMP) pri Evropski agenciji za zdravila priporočil odobritev dovoljenja za promet za zdravilo Xyrem (pri katerem je zdravilna učinkovina GHB), ki se uporablja za zdravljenje katapleksije pri odraslih bolnikih z narkolepsijo (EMA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

GHB se preprosto proizvaja iz predhodnih sestavin gama-butirolaktona (GBL) in 1,4-butanediola (1,4-BD), topil, ki se pogosto uporabljata v industriji in sta na voljo na trgu. Nekatere države, ki so prepoznale možnosti za zlorabo teh predhodnih sestavin, so se odločile, da bodo eno ali obe snovi nadzorovale v okviru zakonodaje o nadzoru drog ali druge ustrezne zakonodaje (Italija, Latvija, Švedska). Ker se GBL v večini držav članic ne nadzoruje, spletni dobavitelji kemikalij pa omogočajo preprost dostop do njega, se zdi, da so nekateri uživalci GHB začeli namesto tega uživati GBL. Kvalitativne analize internetnih forumov, namenjenih GHB in drugim drogam, v Združenem kraljestvu, Nemčiji in Nizozemski, kažejo, da uživalci nabavljajo GBL

pri dobaviteljnih kemikalij, ki GBL tržijo za razne zakonite namene.

Razširjenost in vzorci uživanja

Vsi razpoložljivi viri informacij kažejo, da je splošna razširjenost uživanja GHB nizka, večji delež uživanja pa je omejen na nekatere posebne podpopulacije. Spletna raziskava, opravljena v Združenem kraljestvu, je pokazala, da se GHB pogosteje uživa doma (67 %) kot na prizoriščih nočnega življenja (26 %) (Sumnall et al., 2007). Raziskava med 408 obiskovalci barov v Amsterdamu leta 2005 je pokazala ocene, da so stopnje tistih, ki so že kdaj poskusili GHB, precej večje med obiskovalci barov za homoseksualce in modnih lokalov (17,5 oziroma 19 %) kakor med obiskovalci običajnih in študentskih barov ter lokalov (5,7 oziroma 2,7 %) (Nabben et al., 2006).

Trendi

Zaradi pomanjkanja informacij je težko oceniti trende uživanja GHB, čeprav dokazi, ki so na voljo, kažejo, da je uživanje GHB še vedno omejeno na majhne skupine podpopulacije. Podatki iz raziskav o plesni glasbi v Belgiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu kažejo, da je bilo uživanje GHB morda na najvišji točki med letoma 2000 in 2003, pozneje pa je upadalo. Vendar pa ni jasno, v kolikšnem obsegu velja ta ugotovitev za druge podskupine. Morda je treba omeniti, da so telefonske linije za pomoč v zvezi z drogami na Finskem leta 2005 prvič poročale o telefonskih klicih glede GBL (FESAT, 2005).

Spolne zlorabe s pomočjo drog

Mediji in medicinska literatura so od osemdesetih let prejšnjega stoletja vedno pogosteje poročali o primerih spolnih zlorab s prikritim dodajanjem droge v pijačo, da bi onesposobili žrtev. Vendar pa je forenzične dokaze za take zločine zelo težko pridobiti. Forenzične študije kažejo, da se v primerih domnevnih spolnih zlorab pogosto odkrijejo visoke koncentracije alkohola in tudi benzodiazepini na recept (v več kot 80 % primerov v Franciji in 30 % v Združenem kraljestvu), vendar pa je kratek čas, v katerem je mogoče odkriti droge, kakršna je GHB, ovira pri pridobivanju dokazov v primerih domnevnih zlorab, ki se ne prijavijo dovolj hitro. Forenzični dokazi, ki so na voljo iz študij, opravljenih od leta 2000 (v Združenem kraljestvu, Franciji, Združenih državah in Avstraliji), kažejo, da je prikrita uporaba drog z namenom spolne zlorabe redka, čeprav je v resnici morda pogostejša od ugotovljene, ker se ti primeri ne prijavijo ali se prijavijo prepozno.

⁽¹³⁷⁾ Glej <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

⁽¹³⁸⁾ Izraz GHB vključuje možno uporabo GBL ali 1,4-BD.

⁽¹³⁹⁾ Glej „postopek za evropsko dovoljenje za promet z zdravili“, str. 68.

Internet kot vir informacij o pojavljajočih se trendih uživanja drog

Leta 2004 je več kot tretjina mladih v EU izjavila, da bi uporabili internet, če bi želeli vedeti več o drogah (Eurobarometer, 2004). Če mladi dejansko iščejo informacije o drogah na internetu, se postavlja resno vprašanje o tem, v kolikšni meri so informacije, ki jih poiščejo, nepristranske in točne. Veliko spletnih strani se ukvarja z vprašanji uživanja drog, nekatere podpirajo vlade, druge urejajo interesne skupine, mreže uživalcev ali zagovornikov. Poleg tega, da internet deluje kot vir informacij o drogah, se je na njem oblikoval tudi trg za dovoljene in prepovedane droge, na spletnih straneh pa se prodajajo prepovedane droge in zakoniti nadomestki zanje. Z izkoriščanjem tržnih možnosti interneta prek spletnih tržnih strategij, ki se zelo hitro odzivajo na povpraševanje uživalcev in na spreminjajoče se pravne in tržne okoliščine, imajo spletni prodajalci vedno večje možnosti za širjenje novih načinov uživanja drog in samih proizvodov.

V okviru projekta E-POD (Evropske perspektive o drogah) EMCDDA raziskuje načine za uporabo interneta kot vira informacij o pojavljajočih se trendih uživanja drog. Na ravni EU nastajajo tudi spremembe pri zagotavljanju zanesljivih informacij o zadevah javnega zdravstva: novi javnozdravstveni portal EU daje vpogled v vrsto evropskih virov o javnem zdravstvu, vključno z informacijami o drogah ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <http://ec.europa.eu/health-eu>

Zdravstvena tveganja

Kaže, da je glavno tveganje za zdravje pri uživanju GHB velika nevarnost izgube zavesti, zlasti kadar se ta droga zaužije hkrati z alkoholom ali drugimi pomirjevali. Uživanje GHB lahko povzroči tudi druge težave, vključno s komo, padcem telesne temperature, hipotonijo, halucinacijami, slabostjo, bruhanjem, bradikardijo in respiratorno depresijo. Po daljšem uživanju GHB je bila ugotovljena fizična odvisnost, možna prisotnost topil ali onesnaževalcev v obliki težkih kovin pa lahko povzroči dodatno tveganje za zdravje.

Od leta 1993 je o smrtnih primerih, povezanih z GHB, Centru poročalo pet držav članic in Norveška: Danska in Italija (vsaka po en primer), Finska in Norveška (vsaka po tri primere), prav tako pa tudi Švedska in Združeno kraljestvo (okrog 40 smrtnih primerov, povezanih z GHB).

Iz Amsterdama so leta 2005 poročali o 76 nujnih primerih brez smrtne izida zaradi uživanja GHB, kar je bilo več od nujnih zdravstvenih primerov zaradi uživanja halucinogenih

gob (70 primerov), zaradi uživanja ekstazija (63 primerov), amfetamina (trije primeri) in LSD-ja (en primer), tako kot v preteklih letih. V primerjavi z drugimi snovmi je bilo treba zaradi GHB v bolnišnico pripeljati veliko primerov (84 %). Število poizvedb po informacijah o GHB pri Nacionalnem centru za informacije o strupih na Nizozemskem se je v letu 2005 v primerjavi z letom 2004 povečalo za 27 % (241 od 1 383 poizvedb).

Zmanjševanje tveganja

Odzivi na uživanje GHB so najpogosteje zagotovljeni preko projektov v skupnosti ali nacionalnih projektov, katerih cilj so prizorišča nočnega življenja, ponavadi pa vključujejo usposabljanje osebja v klubih in širjenje informacij o tveganjih pri uživanju GHB (Nemčija, Francija, Nizozemska, Avstrija, Združeno kraljestvo). Pri razširjanju informacij o GHB so zelo pomembni nasveti o previdnostnih ukrepih, ki jih je treba upoštevati na prizoriščih nočnega življenja, da bi se izognili mešanju GHB v pijačo, in o ukrepih pri možnem prevelikem odmerku. Ekipe, ki nudijo prvo pomoč pri težavah z drogami in alkoholom, so vse pogosteje napotene na prizorišča velikih dogodkov, da lahko takoj posredujejo pri incidentih, ki vključujejo GHB ali druge droge.

Ketamin

V EU se ketamin spremlja, odkar se je leta 2000 prvič pojavila zaskrbljenost v zvezi z zlorabo te snovi (EMCDDA, 2002). Na nacionalni ravni v skoraj polovici držav članic EU ketamin ureja zakonodaja o nadzorovanih drogah (in ne predpisi o zdravilih), na Švedskem in v Združenem kraljestvu pa je bil ketamin leta 2005 oziroma 2006 uvrščen med psihotropne snovi. SZO je po kritični presoji ketamina pred kratkim sklenila, da bi mednarodni nadzor povzročil težave z razpoložljivostjo te snovi za uporabo v zdravstvu in veterini v oddaljenih predelih sveta, ker zanjo ni ustreznega nadomestila (WHO, 2006). Po tej presoji je marca 2007 Komisija ZN za droge v osnutku resolucije o odzivu na nevarnost zlorabe in preusmerjanja ketamina spodbudila države članice, naj razmislijo o uvedbi sistema previdnostnih ukrepov, ki bi vladnim agencijam olajšal pravočasno odkrivanje zlorab ketamina.

O uživanju ketamina ni veliko epidemioloških podatkov, čeprav je bilo v nedavni raziskavi med šolsko mladino v Združenem kraljestvu ugotovljeno, da je stopnja tistih, ki so že kdaj zaužili to drogo, nižja od 0,5 %. Nekaj podatkov je na voljo tudi iz raziskav, opravljenih med obiskovalci prizorišč s plesno glasbo, ter iz različnih študij o tej populaciji z visokim tveganjem. Stopnje oseb, ki so že kdaj zaužile ketamin, po poročanju znašajo od 7 % pri češki študiji do 21 % v madžarskem vzorcu.

Nove psihoaktivne snovi

Sklep Sveta 2005/387/PNZ z dne 10. maja 2005 o izmenjavi podatkov, oceni tveganja in nadzoru nad novimi psihoaktivnimi snovmi določa mehanizem hitre izmenjave podatkov o novih psihoaktivnih snoveh, ki lahko ogrožajo javno zdravje ali družbo. Centru in Europolu je bila v tesnem sodelovanju z njunima

mrežama – mrežo nacionalnih kontaktnih točk Reitox in mrežo nacionalnih enot Europolu – dodeljena osrednja vloga pri izvajanju sistema zgodnjega opozarjanja za odkrivanje novih psihoaktivnih snovi ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>



Poglavje 8

Z drogami povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri

Nalezljive bolezni, povezane z drogami

Podatki, predloženi EMCDDA in Evropskemu centru za epidemiološko spremljanje aidsa (EuroHIV, 2006), kažejo, da je bilo prenašanje virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog v večini držav Evropske unije do konca leta 2005 redko. Vsaj delno bi lahko bil razlog za to večja razpoložljivost ukrepov za preprečevanje, zdravljenje in zmanjševanje škodljivih učinkov, vključno z nadomestnim zdravljenjem ter programi injekcijskih igel in brizg, čeprav bi lahko imeli pomembno vlogo tudi drugi dejavniki, na primer upadanje uživanja drog z vbrizgavanjem, ki so ga opazili v več državah. Vendar pa je bilo prenašanje virusa HIV, povezano z uživanjem drog z vbrizgavanjem, v več državah in regijah EU v letu 2005 še vedno na razmeroma visoki ravni ⁽¹⁴⁰⁾, zaradi česar je treba poudariti potrebo po zagotavljanju pokritja in učinkovitosti lokalne prakse preprečevanja.

Nadzor z drogami povezanih nalezljivih bolezni med injicirajočimi uživalci drog v Evropi se trenutno osredotoča na HIV/aids in virusni hepatitis (B in C). Sestavljata ga dva dopolnilna sistema, poročanje o primerih (ali „obveščanje“: absolutno število na novo sporočenih/prijavljenih primerov) in „spremljanje razširjenosti seropozitivnosti“ (ali „varnostni nadzor“: odstotek v vzorcu injicirajočih uživalcev drog, katerih testi so pozitivni) (prikaz 11) ⁽¹⁴¹⁾. Verjetno sta oba sistema nepopolna, države pa se razlikujejo glede razpoložljivosti podatkov. Čeprav je treba podatke, pridobljene s katerim koli od teh dveh sistemov, razlagati previdno, pa skupaj zagotavljajo popolnejšo sliko najnovejših epidemioloških trendov.

Kazalniki pojavnosti in razširjenosti virusa HIV

Poročanje o primerih okužb z virusom HIV

Pomemben kazalnik števila (pojavnosti) novih okužb med injicirajočimi uživalci drog so poročila o primerih na novo ugotovljenih okužb z virusom HIV. Pri razlaganju teh podatkov je treba upoštevati številne pomisleke: mogoče je, da okužba pri okuženih injicirajočih uživalcih drog ni prepoznana, če niso v stiku z zdravstvenimi storitvami. Nove

okužbe niso nujno posledica vbrizgavanja drog, na število ugotovljenih primerov pa lahko vplivajo razlike pri testiranju in stopnjah poročanja med državami ali v časovnih obdobjih.

Podatki, ki so na voljo, kažejo, da so bile stopnje novih okužb, povezanih z vbrizgavanjem drog, do leta 2005 v večini držav nizke. Pri tej analizi je treba opozoriti, da v več državah z visoko razširjenostjo niso na voljo novi podatki o prijavljenih primerih (Estonija, Španija, Italija, Avstrija). V 19 državah članicah, v večini katerih nikoli ni bilo večje epidemije virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog, so stopnje sporočenih primerov, povezanih z uživanjem drog z vbrizgavanjem, ostale pod petimi primeri na milijon prebivalcev. Irska in Luksemburg sta poročala o večjih številkah, 16 oziroma 15 novih primerov na milijon prebivalcev. Na Portugalskem, od koder so poročali o največji stopnji med državami, kjer so na voljo podatki za uživanje drog z vbrizgavanjem (85 novih primerov na milijon prebivalcev v letu 2005), je videti, da se je trenutni položaj po padcu med letoma 2000 in 2003 ustalil ⁽¹⁴²⁾. V Latviji, Litvi in najbrž tudi Estoniji so se stopnje novih okužb, povezanih z uživanjem drog z vbrizgavanjem, o katerih so te države poročale, močno znižale po vrhuncih epidemije v letih 2001 in 2002, čeprav so v primerjavi z večino drugih držav še vedno visoke. V Latviji je ta stopnja padla z 283 novih primerov na milijon prebivalcev leta 2001 na 49 na milijon prebivalcev leta 2005. V Litvi je bil po izbruhu med zaporniki leta 2002 opažen vrh (109 na milijon), sledilo pa mu je zmanjšanje na 25 novih primerov na milijon leta 2005. Čeprav je v Estoniji število okužb z virusom HIV močno upadlo, iz te države še vedno poročajo o najvišjem številu novih okužb z virusom HIV v Evropski uniji. Čeprav za Estonijo niso na voljo podatki posebej za uživanje drog z vbrizgavanjem, je verjetno, da se virus HIV v tej državi še vedno najpogosteje širi na ta način.

Razširjenost virusa HIV med mladimi in novimi injicirajočimi uživalci drog

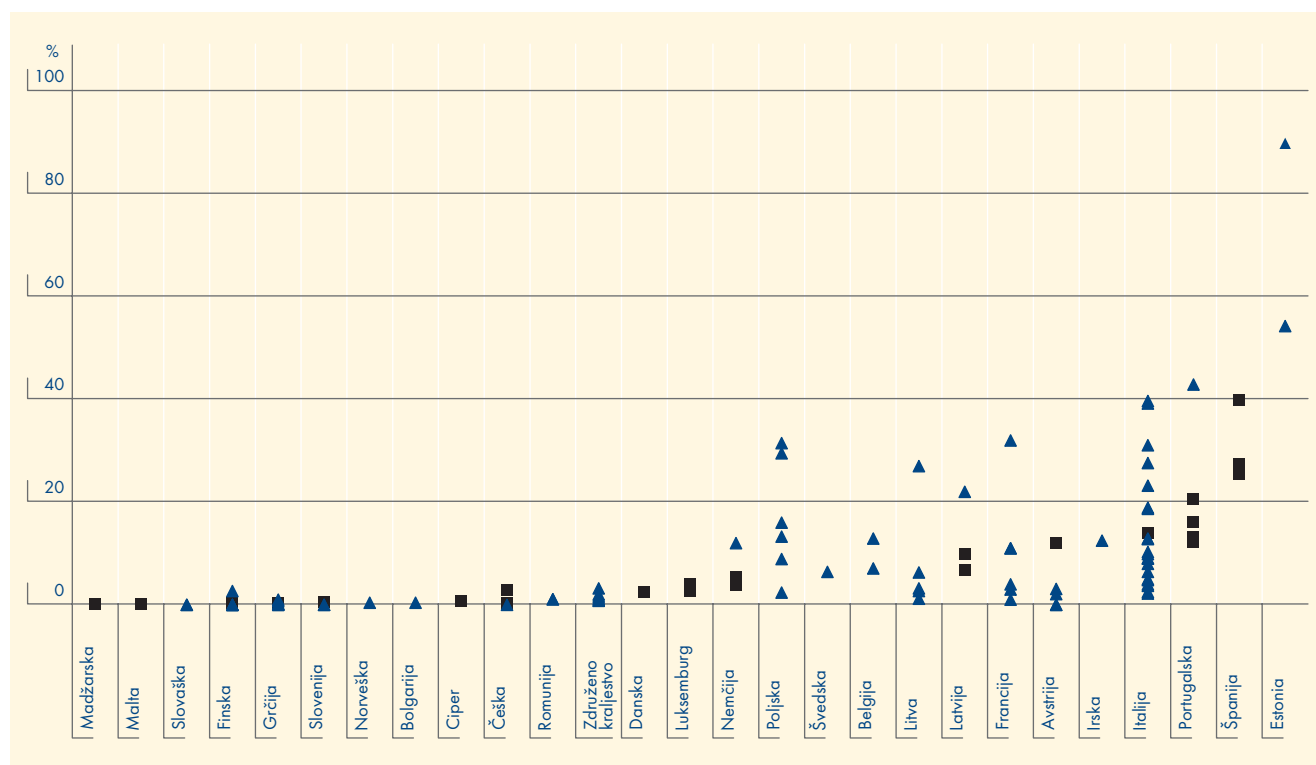
Ugotovitve na podlagi razpoložljivih podatkov o prijavljenih primerih je mogoče podpreti z analizo stopenj okužb z virusom HIV v vzorcih novih injicirajočih uživalcev drog (tistih, ki si droge vbrizgavajo manj kot dve leti) in mladih

⁽¹⁴⁰⁾ Glej prikaz INF-2 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁴¹⁾ Nekatere študije razširjenosti na tem področju so majhne: v tem razdelku se poroča samo o vzorcih več kot 50 oseb in o statistično pomembnih ($p < 0,05$) časovnih trendih.

⁽¹⁴²⁾ Povečanje števila v letu 2004 (primeri okužb z virusom HIV) in 2005 (primeri obolevanja za aidsom) na Portugalskem je lahko posledica vedno večje pozornosti in poročanja strokovnjakov po razpravah o spremembah obveznega poročanja o okužbah z virusom HIV leta 2005.

Prikaz 11: Ocene na podlagi nacionalnih in subnacionalnih študij razširjenosti virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog od leta 2004 do 2005



Opomba: Črni kvadrat = vzorec z nacionalno pokritostjo, modri trikotnik = vzorec s subnacionalno (vključno z lokalno ali regionalno) pokritostjo. Ocene za Španijo in Švedsko vključujejo podatke za leto 2006, podatki za Irsko in Latvijo so iz leta 2003, podatki za Slovaško so iz let 2003/04. Države so navedene po vrstnem redu od najmanjše do največje razširjenosti, ki temelji na povprečju nacionalnih podatkov ali, če ti niso na voljo, na povprečju subnacionalnih podatkov. Primerjave med državami je treba zaradi različnih vrst okolij in študijskih metod razlagati previdno, nacionalne strategije vzorčenja se lahko razlikujejo – za več informacij glej prikaz INF-3 v Statističnem biltenu. Vsi vzorci, o katerih se poroča, so večji od 50. Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox. Za primarne vire, podatke o študijah in podatke pred letom 2004 glej preglednico INF-8 del (i) in del (ii) ter preglednico INF-0 del (i) v Statističnem biltenu 2007.

injicirajočih uživalcev drog (mlajših od 25 let). Ker je verjetno, da je do okužbe v teh skupinah prišlo pred kratkim, ti podatki zagotavljajo nadomestne kazalnike pojavnosti virusa HIV. V teh podskupinah (iz študij razširjenosti, navedenih v nadaljevanju) visoka stopnja okužb z virusom HIV (več kot 5 % v letih 2004 in 2005) potrjuje znake nedavne visoke pojavnosti med injicirajočimi uživalci drog na Portugalskem (podatki so nacionalni), Litvi in Estoniji (podatki so regionalni ali pa na ravni mest) ter kaže, da se je to zgodilo tudi v enem od treh mest, o katerih poročajo iz Poljske⁽¹⁴³⁾. Upoštevati je treba, da so ti podvzorci na splošno majhni ter da iz nekaterih držav podatki o razširjenosti okuženosti s HIV med mladimi in novimi injicirajočimi uživalci drog niso na voljo.

Trendi razširjenosti virusa HIV

Povečevanje razširjenosti virusa HIV v ponovljenih vzorcih injicirajočih uživalcev drog lahko kaže tudi na starejše okužbe – čeprav je lahko zmanjševanje umrljivosti okuženih injicirajočih uživalcev drog ali zmanjševanje števila neokuženih injicirajočih uživalcev drog zelo zavajajoče. Večina časovnih nizov podatkov, ki so na voljo za Evropsko

unijo, kaže na ustaljeno razširjenost, kar pomeni, da se število okuženih injicirajočih uživalcev drog, ki umrejo, izravna z injicirajočimi uživalci drog, ki se okužijo z virusom HIV. Vseeno pa je mogoče od leta 2001 v nekaterih študijah časovnih nizov opaziti geografsko razpršena povečevanja razširjenosti v devetih državah, čeprav pogosto ob ustaljenih ali padajočih trendih v drugih regijah, tako da je zelo težko ugotoviti splošne trende. Med temi državami sta spet Latvija (povečevanje na nacionalni ravni) in Litva (povečevanje v enem mestu), pa tudi Avstrija (povečevanje na nacionalni ravni), Združeno kraljestvo (povečevanje v Angliji in Walesu, vendar še vedno na zelo nizki ravni) ter nekatere države, kjer je razširjenost še vedno zelo majhna (manj kot 1 %). Na splošno ta lokalna ali nacionalna povečevanja razširjenosti virusa HIV kažejo, da ne smemo biti zadovoljni zgolj z zagotavljanjem ukrepov preprečevanja injicirajočim uživalcem drog.

Nasprotno o vedno manjši razširjenosti poročajo iz Grčije (na nacionalni ravni in v eni regiji), Španije (na nacionalni ravni in v eni regiji) in s Finske (na nacionalni ravni). Poleg tega o dosledno nizki razširjenosti od leta 2001 (manj kot

⁽¹⁴³⁾ Glej preglednici INF-9 in INF-10 v Statističnem biltenu 2007. V letnem poročilu se poroča samo o vzorcih 50 oseb in več.

1 % v vseh razpoložljivih podatkih) poročajo iz štirih držav, ki so vse nove države članice: Bolgarije (Sofija, vendar se razširjenost povečuje), Madžarske (na nacionalni ravni), Slovenije (dve mesti, vendar se povečuje) in Slovaške (dve mesti).

Na splošno izmed v več kot devetdesetih časovnih nizih večkratnih meritev razširjenosti virusa HIV v vzorcih injicirajočih uživalcev drog iz 22 držav članic EU in z Norveške med letoma 2001 in 2005 več regij kaže padajoči kot rastoči trend. Podatki kažejo, da okužbe med injicirajočimi uživalci drog zdaj najverjetneje postajajo vedno redkejša, videti pa je tudi, da politike preprečevanja in zmanjševanja škodljivih učinkov začenejajo delovati⁽¹⁴⁴⁾, zlasti na območjih, kjer je bila razširjenost velika.

Ocene za EU

Iz prijavljenih primerov in podatkov o razširjenosti seropozitivnosti, ki so na voljo, ter iz ocen števila injicirajočih uživalcev drog in problematičnih uživalcev drog (glej poglavje 6) sledi, da je z virusom HIV v EU lahko okuženih med 100 000 in 200 000 oseb, ki so si kdajkoli v življenju vbrizgavale droge. Ocenjuje se, da je število novo ugotovljenih primerov okužb z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog v EU približno 3 500 na leto.

Pojavnost aidsa in razpoložljivost terapije HAART

Ker izredno aktivna protiretrovirusna terapija (HAART), ki je na voljo od leta 1996, učinkovito ustavi napredovanje okužbe z virusom HIV v aids, so postali podatki o pojavnosti aidsa manj uporabni kot kazalnik prenosa virusa HIV. SZO ocenjuje, da je raven pokritosti s terapijo HAART v državah članicah EU, državah kandidatkah in na Norveškem visoka, vse poročajo o vsaj 75-odstotni pokritosti⁽¹⁴⁵⁾, čeprav niso na voljo posebni podatki za injicirajoče uživalce drog. Podatki o pojavnosti aidsa so še vedno pomembni, ker kažejo raven simptomatske bolezni ter uvedbo in razpoložljivost terapije HAART.

Portugalska je še vedno država z največjo pojavnostjo aidsa pri injicirajočih uživalcih drog in je edina država, v kateri so nedavno ugotovili povečanje, s 30 novih primerov na milijon prebivalcev leta 2004 na 36 primerov na milijon leta 2005. Poleg tega se umrljivost zaradi aidsa (najverjetneje povezanega z uživanjem drog z vbrizgavanjem) med letoma 1997 in 2002 ni zmanjšala, kar kaže, da je bil dostop do terapije HAART v tem obdobju najbrž slab⁽¹⁴⁶⁾. Med baltskimi

državami v Latviji beležijo upadanje pojavnosti aidsa, ki je leta 2005 znašala 23 novih primerov na milijon, potem ko je padla z najvišje vrednosti 26 novih primerov na milijon v letu 2004, Estonija pa za leto 2005 ni zagotovila podatkov posebej za injicirajoče uživalce drog, vendar je poročala o povečanju med letoma 2003 in 2004 (s 4 na 13 primerov na milijon)⁽¹⁴⁷⁾.

Okužbe s hepatitisom B in C

Medtem ko se okužbe z virusom HIV pri injicirajočih uživalcih drog v EU pojavljajo predvsem v nekaterih državah z visoko razširjenostjo, so virusni hepatitis in predvsem okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), precej bolj enakomerno porazdeljene in bolj razširjene.

V 60 študijah iz 17 držav (6 držav od 28 ni sporočilo podatkov) poročajo o ravnih protiteles HCV pri več kot 60 % testiranih vzorcih injicirajočih uživalcev drog v letih 2004 in 2005⁽¹⁴⁸⁾. Med mladimi injicirajočimi uživalci drog (manj kot 25 let) v teh vzorcih je bila visoka razširjenost (več kot 40 % pri vsaj enem vzorcu) ugotovljena v sedmih državah, med novimi injicirajočimi uživalci drog, za katere podatki v veliko državah niso na voljo, pa na Poljskem in v Združenem kraljestvu⁽¹⁴⁹⁾. Samo pet držav je poročalo o študijah, pri katerih je bila razširjenost manjša od 25 %.

Iz razpoložljivih podatkov ter ocen števila injicirajočih uživalcev drog in problematičnih uživalcev drog (glej poglavje 6) je mogoče izračunati, da je v EU lahko s HCV okuženih okrog milijon oseb, ki so si kadar koli v življenju vbrizgavale droge.

Razširjenost označevalcev okužbe s HBV se zelo razlikuje od označevalcev okužbe s HCV, verjetno zaradi razlik v stopnjah cepljenja. Najpopolnejši podatkovni niz, ki je na voljo, so podatki o protitelesih proti antigenu sredice virusa hepatitisa (anti-HBc), iz katerih je razvidna zgodovina okužbe. V letih 2004 in 2005 so iz šestih držav poročali o stopnjah razširjenosti nad 40 %.

Časovni trendi pri prijavljenih primerih hepatitisa B in C kažejo drugačno sliko. V primeru hepatitisa B je videti, da se je delež injicirajočih uživalcev drog med vsemi prijavljenimi primeri na splošno zmanjšal, kar najbrž kaže na vedno večji učinek programov cepljenj. Kar se tiče deleža injicirajočih uživalcev drog med prijavljenimi primeri okužb s hepatitisom C, ni mogoče videti splošnih trendov⁽¹⁵⁰⁾, vendar pa se ta delež zelo razlikuje med državami, kar kaže na to, da

⁽¹⁴⁴⁾ Glej preglednice INF-8, INF-9 in INF-10 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁴⁵⁾ Glej prikaz INF-14 v Statističnem biltenu 2006.

⁽¹⁴⁶⁾ Portugalski nacionalni organ za usklajevanje za okužbe z HIV/aids, Ministrstvo za zdravje, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Glej prikaz INF-1 v Statističnem biltenu 2007. Podatki za zadnji dve leti so ocene, prilagojene zaradi zakasnitve pri poročanju, torej se lahko sčasoma spreminjajo (vir: EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Glej preglednice INF-11, INF-12 in INF-13 v Statističnem biltenu 2007. V letnem poročilu se poroča samo o vzorcih 50 oseb in več.

⁽¹⁴⁹⁾ Glej prikaz INF-6 (del vii) v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁵⁰⁾ Glej prikaza INF-8 in INF-11 v Statističnem biltenu 2007.

obstajajo razlike pri prenosu hepatitisa C. Razumevanje dejavnikov, ki so razlog za razlike v stopnjah okužbe med državami, je najverjetneje pomembno za oblikovanje boljših strategij za preprečevanje in zmanjševanje škode na tem področju.

Preprečevanje nalezljivih bolezni

V zadnjem desetletju je bilo na ravni EU doseženo soglasje o ključnih elementih, ki so potrebni za učinkovito odzivanje na nalezljive bolezni med injicirajočimi uživalci drog. V Evropi so že vzpostavljeni odzivi za preprečevanje, sestavljeni iz več delov – vključujejo lahko: dostop do ustreznega zdravljenja zaradi drog, predvsem nadomestnega zdravljenja; programe injekcijskih igel in brizg; informacije in razdeljevanje gradiva za preprečevanje; izobraževanje, vključno z izobraževanjem med vrstniki, o tem, kako zmanjševati tveganje; prostovoljno svetovanje in teste za nalezljive bolezni; cepljenje in zdravljenje nalezljivih bolezni.

Ne glede na razmerje teh elementov v različnih nacionalnih politikah je jasno, da je usklajen in celovit pristop na področju javnega zdravstva ključen za zmanjševanje razširjenosti nalezljivih bolezni med uživalci drog.

Za obravnavanje problema neugotovljenih okužb z virusom HIV so bile letos objavljene nove smernice (WHO/UNAIDS, 2007). Predlaga se bolj proaktiven pristop izvajalcev zdravstvenega varstva k priporočanju testiranja na HIV in svetovanja, predvsem v ustanovah, namenjenih populacijam z največjim tveganjem, na primer injicirajočim uživalcem drog, da bi dosegli več prostovoljnega testiranja na HIV. Iz dela, ki ga je Center opravil na tem področju, izhaja sporočilo, da so redni prostovoljni zdravniški pregledi, vključno s testiranjem in svetovanjem glede virusa HIV in drugih okužb, še zlasti primerna storitev, ki jo je treba zagotoviti injicirajočim uživalcem drog.

Pri preprečevanju hepatitisa A in B ima pomembno vlogo cepljenje. Nekatere države zagotavljajo cepljenje proti hepatitisu B za celotno prebivalstvo, druge pa se osredotočajo samo na osebe, ki veljajo za populacijo s posebej velikim tveganjem. Na Norveškem so cepljenje proti hepatitisu A in B razširili, potem ko so epidemije teh okužb jeter pokazale, da se je vbrizgavanje drog razširilo na manjše občine.

Velika razširjenost okužbe s hepatitisom C med injicirajočimi uživalci kaže, da je nujno treba razviti učinkovitejše ukrepe proti tej bolezni, proti kateri cepljenje ni mogoče. Številne države imajo posebne programe, ki se ukvarjajo s preprečevanjem hepatitisa C, in na tem področju se razvijajo zanimive dejavnosti, na primer kampanja „ustavimo hepC“, ki v Oslu poteka od leta 2003, njen cilj pa je doseči uživalce

Dobro zdravstvo v zaporih je dobro javno zdravstvo

Med največjimi izzivi javnega zdravstva v zadnjih dveh desetletjih so naslednje težave: ponovni izbruh nalezljivih bolezni, kakršna je na primer tuberkuloza, pojavljanje in hitro širjenje virusa HIV/aidsa ter na videz neustavljiva pandemija problematičnega uživanja psihotropnih drog. Najbolj ranljivi deli prebivalstva so nesorazmerno pogosto prizadeti zaradi tega. Predvsem med zaporniškiimi populacijami so težave z drogami velikokrat pogoste, ravni nalezljivih bolezni pa razmeroma visoke. Še več, uživanje drog se v zaporih pogosto nadaljuje, včasih pa se tam tudi začne. V takem okolju so lahko zelo tvegana vedenja pogosta, zato lahko zapori povzročijo povišane ravni okužb z boleznimi, ki so morda smrtno nevarne, vendar pa lahko pomenijo tudi možnost intervencije pri posebej pomembni ciljni skupini.

Z nekaj izjemami (Francija, Združeno kraljestvo – Anglija in Wales, Norveška) je zdravstvo v zaporih na splošno sestavni del sodnega ali varnostnega sistema, ne pa zdravstvenega sistema, torej obstaja tveganje, da se zdravstvo v zaporih loči od prevladujočih pristopov v javnem zdravstvu, tako da so vprašljive neodvisnost, kakovost, dostopnost in raven zagotovljenih zdravstvenih storitev.

Slabo zdravstveno stanje zapornikov lahko vpliva na širše javno zdravje, ko uživalci drog pridejo na prostost ter so spet v stiku s svojo družino in drugimi člani skupnosti. Zato lahko odkrivanje resnih nalezljivih bolezni, na primer okužb z virusom HIV in tuberkulozo, skupaj z ustreznim zdravljenjem in ukrepi za zmanjševanje škodljivih učinkov veliko prispeva k zdravstvenemu stanju skupnosti, iz katerih prihajajo zaporniki in v katere se bodo vrnili. Za odvisnike od drog lahko programi zdravljenja v zaporih pomenijo priložnost, ki lahko koristi ne samo zdravju posameznikov, temveč se lahko zaradi tega zmanjša tudi verjetnost kaznivih dejanj v prihodnosti.

Da bi izboljšali znanje o zdravstvenem stanju v zaporih in o posameznih odzivih, program javnega zdravja Evropske komisije podpira projekt regionalne pisarne za Evropo pri Svetovni zdravstveni organizaciji z nazivom Zdravje v zaporih, katerega namen je oblikovanje zbirke podatkov za zbiranje pomembnih kazalnikov zdravja v zaporih in drugih dejavnikov zdravja. Center sodeluje pri skupnem razvoju zbirke podatkov s SZO v Evropi in Evropsko mrežo za droge in preprečevanje okužb v zaporih (ENDIPP) (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>

drog, preden začnejo vbrizgavanje ali dokler tega še ne počnejo dolgo.

Pri storitvah zdravljenja odvisnosti in zmanjševanja škode je treba razviti tudi odzive na tveganje zaradi spolnega vedenja uživalcev. Poleg samega vbrizgavanja so lahko uživalci drog izpostavljeni tudi večjemu tveganju za okužbo

z virusom HIV zaradi svojega spolnega vedenja – zaradi slabših sposobnosti odločanja, povezanosti nekaterih drog z zelo tveganim spolnim vedenjem ali pa zaradi vpletenosti v prostitucijo ali menjavo spolnih uslug za droge. Ranljive so lahko zlasti ženske, ki uživajo droge, čeprav je skrb vzbujajoča tudi povezanost med uživanjem drog in tveganim spolnim vedenjem nekaterih skupin moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. Poleg virusa HIV so lahko uživalci drog izpostavljeni tudi večjemu tveganju, da se bodo okužili z drugimi spolno prenosljivimi boleznimi, tako da imajo lahko storitve zdravljenja odvisnosti pomembno vlogo tudi pri odkrivanju spolno prenosljivih bolezni. Nedavna študija na Malti je na primer poročala o neodkritih okužbah s humanim papiloma virusom med ženskami, ki so jih pregledali v izvenbolnišničnem centru.

Programi injekcijskih igel in brizg

V EU so pogosti vključevanje programov izmenjave ali razdeljevanja injekcijskih igel in brizg v storitve, ki jih zagotavljajo uradi za droge, združena ponudba storitev svetovanja in nasvetov o tveganju ter napotitve uživalcev drog na zdravljenje. Programi injekcijskih igel in brizg so bili opredeljeni kot prednostni ukrep za preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni med injicirajočimi uživalci drog v treh od štirih držav EU in na Norveškem⁽¹⁵¹⁾. O zagotavljanju čistih igel in brizg poročajo iz vseh držav razen s Cipra, kjer je ta ukrep leta 2006 priporočila skupina strokovnjakov, da bi omejili možno povečanje okužb, povezanih z vbrižgavanjem drog. Splošen pristop med izvajalci storitev postaja tudi razdeljevanje druge sterilne opreme, na primer alkoholnih blazinic, robčkov, vode, filtrov in kuhalnikov skupaj s sterilnimi injekcijskimi iglami. Medtem ko razdeljevanje sterilnih pripomočkov za vbrižgavanje v okviru programov injekcijskih igel in brizg na splošno ne velja več za sporno, ti programi niso prednostna naloga v vseh državah, v nekaterih državah namreč menijo, da večinoma zadošča prodaja v lekarnah.

Vrsta in obseg zagotavljanja sterilnih pripomočkov za vbrižgavanje se razlikujeta med državami. Na splošno so enote za zagotavljanje brizg na voljo v specializiranih uradih za droge, v vseh državah, razen v treh, pa tako zagotavljanje dopolnjujejo tudi mobilne storitve, ki lahko dosežejo skupine injicirajočih uživalcev drog v soseskah na obrobju. V desetih državah storitve v okviru programov injekcijskih igel in brizg dopolnjujejo avtomati za brizge⁽¹⁵²⁾, vendar so podatki o prometu redki, raziskave o učinkovitosti tovrstne ponudbe pa pomanjkljive. Luksemburg se je zdaj pridružil Španiji in Nemčiji kot ena od redkih držav, ki ponujajo zamenjavo injekcijskih igel in brizg v zaporih, čeprav je zagotavljanje v Nemčiji omejeno le na en zapor v Berlinu.

Široka razpoložljivost lekarn v skupnosti pomeni, da lahko programi zamenjave brizg prek lekarn zelo izboljšajo geografsko razpoložljivost brizg in tako dopolnjujejo delo specializiranih služb. Na primer, na Škotskem so v letu 2004 prek mreže 116 sodelujočih lekarn razdelili 1,7 milijona brizg, na Portugalskem pa se je programu pridružilo 1300 lekarn, ki so razdelile 1,4 milijona brizg⁽¹⁵³⁾. O formalno organiziranih programih zamenjave ali razdeljevanja brizg v lekarnah poročajo iz osmih evropskih držav (Belgija, Danska, Španija, Francija, Nizozemska, Portugalska, Slovenija, Združeno kraljestvo).

V državah, kjer so lekarne pogost vir pripomočkov za vbrižgavanje za uživalce drog, bi lahko imele tudi večjo vlogo pri oskrbi uživalcev z drugimi ukrepi za spodbujanje zdravja, vključno z razširjanjem informacij o tveganju okužb s spolnimi in nalezljivimi boleznimi, povezanimi z vbrižgavanjem, ter storitvami, kot so testiranje in svetovanje ter napotitve na zdravljenje. O dejavnostih za spodbujanje lekarn, naj se pridružijo programom brizg, in o podpiranju sodelujočih pri teh programih trenutno poročajo samo iz Francije, s Portugalske in iz Združenega kraljestva.

Geografska pokritost s programi injekcijskih igel in brizg ter z zagotavljanjem pripomočkov za vbrižgavanje v okviru teh programov se zelo razlikuje med državami. Vendar pa ima vedno več držav nacionalne mreže programov injekcijskih igel in brizg. Med državami, ki poročajo o dobri nacionalni pokritosti s programi injekcijskih igel in brizg, so: dve majhni državi, Luksemburg in Malta, Italija, kjer se programi injekcijskih igel in brizg pogosto izvajajo v približno 70 % vseh lokalnih zdravstvenih okrožij, Češka, kjer so ti programi na voljo v vseh 77 regijah in v glavnem mestu Pragi, in Finska, kjer so občine po zakonu dolžne zagotavljati ustrezne storitve za preprečevanje nalezljivih bolezni, vključno s programi injekcijskih igel in brizg. Na Portugalskem ocenjujejo, da programi injekcijskih igel in brizg s pomočjo lekarn in terenskega dela, pokrivajo približno 50 % ozemlja, na Danskem pa ti programi potekajo v desetih od trinajstih okrožij. V vseh avstrijskih mestih z večjim številom injicirajočih uživalcev drog imajo vsaj po eno enoto za razdeljevanje injekcijskih igel in brizg, v Bolgariji pa so storitve na voljo v desetih mestih s sorazmerno visoko ravnijo problematičnega uživanja drog. Po ocenah je bilo leta 2005 v Estoniji 37 % injicirajočih uživalcev drog v stiku s programi injekcijskih igel in brizg, medtem ko je bila na Slovaškem in v Romuniji ocenjena pokritost ciljnih skupin precej nižja (20 % oziroma 10–15 %).

Od leta 2003 do 2005 je o povečanju skupnega števila zamenjanih ali razdeljenih brizg v okviru posebnih programov injekcijskih igel in brizg poročalo več držav

⁽¹⁵¹⁾ Glej prikaz 11 v letnem poročilu 2006.

⁽¹⁵²⁾ Glej preglednico HSR-2 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁵³⁾ Glej preglednico HSR-4 v Statističnem biltenu 2007.

(Bolgarija, Češka, Estonija, Madžarska, Avstrija, Slovaška in Finska) ⁽¹⁵⁴⁾.

Specializirane službe, ki skrbijo za programe injekcijskih igel in brizg, imajo lahko tudi druge pomembne vloge na področju javnega zdravstva, na primer ocenjevanje in ozaveščanje uživalcev o tveganem vedenju, spodbujanje uživalcev, naj se testirajo in cepijo, prav tako pa lahko nudijo pot do osnovne zdravstvene oskrbe in zdravljenja odvisnosti. Obseg, v katerem ti uradi zagotavljajo take storitve, je sicer nejasen, vendar potrebo po razvoju takih storitev poudarjajo ugotovitve nacionalne presoje, pred kratkim opravljene v Angliji. Pri presoji je bilo ugotovljeno, da so bile stopnje ozaveščenosti o nalezljivih boleznih med uživalci razmeroma nizke ter da bi lahko bile službe bolj proaktivne pri zagotavljanju svetovanja, testiranja in cepljenja.

Z drogami povezani smrtni primeri in umrljivost

Z drogami povezani smrtni primeri

Centrova opredelitev izraza „z drogami povezani smrtni primeri“ se nanaša na tiste smrtne primere, ki jih je neposredno povzročilo uživanje ene ali več drog. Na splošno se z drogo povezani smrtni primeri zgodijo kmalu po zaužitju (ene ali več) snovi. Med drugimi izrazi, uporabljenimi za opis takih smrtnih primerov, so „preveliki odmerki“, „zastrupitve“, „smrtni primeri, ki jih povzročijo droge“ ali „akutni smrtni primeri zaradi uživanja drog“ ⁽¹⁵⁵⁾. Število z drogami povezanih smrtnih primerov v skupnosti je odvisno od števila ljudi, ki uživajo droge, povezane s prevelikimi odmerki (predvsem opioidov). Drugi dejavniki, ki so prav tako pomembni, vključujejo: delež injicirajočih uživalcev, razširjenost uživanja več različnih drog, razpoložljivost ter politiko storitev zdravljenja odvisnosti in storitev v nujnih primerih.

Čeprav se je primerljivost evropskih podatkov v zadnjih letih izboljšala, razlike v kakovosti poročanja med državami še vedno pomenijo, da je treba biti previden pri neposrednih primerjavah. Razširjenost z drogo povezanih smrtnih primerov se lahko izrazi s številom prijavljenih primerov, z odstotki populacije ali s sorazmerno umrljivostjo. Medtem ko obstajajo razlike v kakovosti poročanja med državami, je

mogoče ugotoviti trende glede števila in značilnosti prevelikih odmerkov, če se metode ne spreminjajo.

Od leta 1990 do 2004 so države članice EU vsako leto poročale o od 6 500 do več kot 9 000 smrtnih primerih, kar je v tem obdobju skupaj pomenilo več kot 122 000 smrtnih primerov. Te številke je treba šteti za najnižjo oceno ⁽¹⁵⁶⁾.

Umrljivost prebivalstva zaradi z drogo povezanih smrtnih primerov se med državami zelo razlikuje, saj znaša med 3 in 5 ⁽¹⁵⁷⁾ do več kot 50 smrtnih primerov na milijon prebivalcev (povprečje 18,3), pri čemer so bile stopnje, višje od 20, ugotovljene v 11 evropskih državah. Med moškimi v starosti od 15 do 39 let so stopnje umrljivosti po navadi trikrat višje (povprečno 61 smrtnih primerov na milijon prebivalcev). V letih 2004 in 2005 so z drogo povezani smrtni primeri predstavljali 4 % vseh smrti med Evropejci v starosti 15 do 39 let, v devetih državah pa več kot 7 % ⁽¹⁵⁸⁾.

Poleg prevelikih odmerkov uživalci drog umirajo tudi zaradi razlogov, ki so posredno povezani z uživanjem drog. Na primer, smrti zaradi aidsa, povezanih z uživanjem drog z vbizgavanjem, je bilo v letu 2003 skoraj 1 400 (EuroHIV, 2006) ⁽¹⁵⁹⁾, čeprav je to verjetno prenizka ocena. Druge vzroke za smrtne primere, ki so posredno povezani z uživanjem drog (npr. hepatitis, nasilje, samomori in nezgode), je težje oceniti. Ocenjeno je bilo, da bi lahko vsaj v nekaterih evropskih mestih od 10 do 20 odstotkov umrljivosti med mladimi odraslimi posredno ali neposredno pripisali uživanju opioidov (Bargagli et al., 2006) (glej spodaj). Umrljivost, povezana z drugimi oblikami uživanja drog (npr. kokaina) bi to številko še povečala, vendar jo je težje oceniti.

Ugotavljanje splošne ravni umrljivosti zaradi problematičnega uživanja drog na nacionalni ali evropski ravni zahteva naprednejše zbiranje podatkov in analizo. O takem poskusu na nacionalni ravni poroča Nizozemska v svojem nacionalnem poročilu. Z ekstrapolacijo podatkov iz lokalne študije je bila ocenjena stopnja umrljivosti, neposredno ali posredno povezana s problematičnim uživanjem drog, pri čemer so bile upoštevane regionalne razlike. Čeprav je potrebno nadaljnje metodološko delo, je s takimi študijami poleg merjenja razširjenosti smrtnih primerov, posredno povezanih z uživanjem drog, možno odpraviti verjetno pomanjkljivo poročanje o smrtnih primerih zaradi prevelikih odmerkov.

⁽¹⁵⁴⁾ Glej preglednico HSR-3 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁵⁵⁾ Večina nacionalnih opredelitev primerov je enaka ali zelo podobna opredelitvi Centra, čeprav nekatere države še vedno vključujejo primere zaradi psihoaktivnih zdravil ali smrtne primere, ki niso posledica prevelikega odmerka, na splošno v omejenem deležu (glej metodološko opombo v Statističnem biltenu 2007 „Povzetek z drog povezanih smrtnih primerov: opredelitev in metodološka vprašanja“ in „DRD standardni protokol, različica 3.1“).

⁽¹⁵⁶⁾ Glej preglednice DRD-2 (del i), DRD-3 in DRD-4 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁵⁷⁾ V Franciji je bila ta stopnja v letu 2005 0,9 milijona, kar bi lahko pomenilo, da je bilo poročanje pomanjkljivo, vendar je treba opozoriti, da je bila ta stopnja v letu 1994, ko se je začelo število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka zniževati, približno desetkrat višja.

⁽¹⁵⁸⁾ Glej preglednico DRD-5 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁵⁹⁾ Podatek se nanaša na zahodna in osrednja območja SZO v Evropi, ki vključujejo nekatere države nečlanice EU, in skupno število smrtnih primerov za Estonijo, Latvijo in Litvo (vzhodno območje).

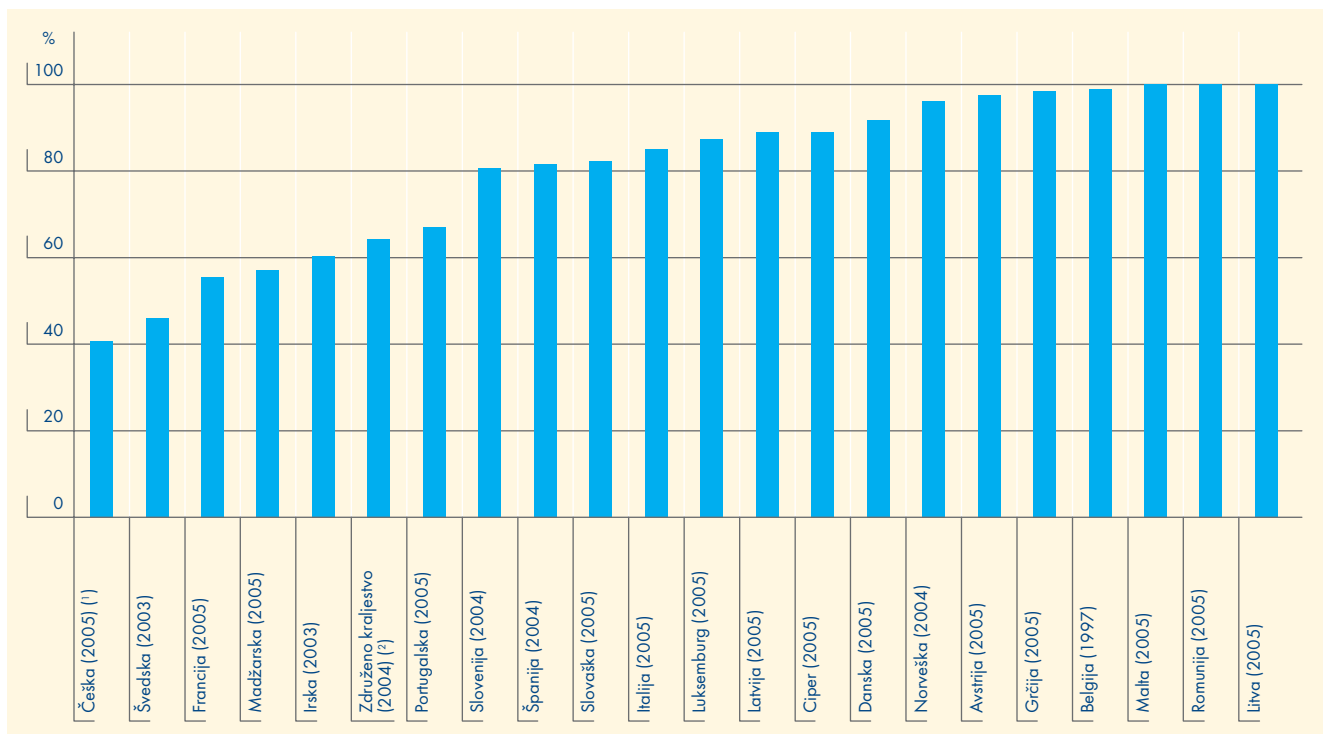
Akutni smrtni primeri, povezani z uživanjem opioidov

Smrtni primeri zaradi uživanja heroina ⁽¹⁶⁰⁾

Prevelik odmerek opioidov je eden glavnih vzrokov smrti med mladimi v Evropi, zlasti med moškimi na mestnih območjih. Opioidi so prisotni pri večini akutnih z drogo povezanih smrtnih primerov zaradi prepovedanih snovi, o katerih poročajo v EU, ter pomenijo od 46 do 100 % teh primerov (prikaz 12), večinoma pa gre za heroin in njegove presnovke. V Evropi je večina smrtnih primerov zaradi uživanja opioidov povezana s heroinom, vendar pa se pogosto ugotovi, da so bile morda vpletene tudi druge snovi, predvsem alkohol, benzodiazepini, drugi opioidi in v nekaterih državah kokain. Prostovoljno zbiranje podatkov o snoveh, povezanih s smrtnimi primeri zaradi uživanja drog, pri katerem je v letu 2006 sodelovalo devet držav ⁽¹⁶¹⁾, je potrdilo, da se pri prevelikih odmerkih opioidov navadno navaja več drog (od 60 do 90 % primerov) in bi torej lahko ti primeri štel za „smrtno primere zaradi uživanja več drog“.

Pri smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka opioidov gre večinoma za moške (od 59 % do 100 %), delež žensk je najvišji na Češkem, na Poljskem in Slovaškem, najnižji pa v Italiji, Litvi in Luksemburgu. Večina žrtev prevelikega odmerka je starih od 20 do 40 let, v večini držav pa je povprečna starost sredi tridesetih let ⁽¹⁶²⁾. Povprečna starost žrtev prevelikega odmerka je najnižja v Belgiji, Estoniji, Latviji in Romuniji, najvišja pa na Poljskem, Finskem in v Združenem kraljestvu. Zelo malo je poročil o smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka med mlajšimi od 15 let, čeprav je mogoče, da so poročila o smrtnih primerih zaradi uživanja drog v tej starostni skupini pomanjkljiva. Čeprav je zabeleženih nekaj z drogo povezanih smrtnih primerov med starejšimi od 65 let, o več kot 5 % primerov iz te starostne skupine poroča le sedem držav. V več državah članicah, ki so se EU pridružile od leta 2004, je povprečna starost ob smrti razmeroma nizka in imajo visok delež smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka med mlajšimi od 25 let, kar lahko kaže na mlajšo populacijo uživalcev heroina v teh državah ⁽¹⁶³⁾.

Prikaz 12: Delež akutnih z drogo povezanih smrtnih primerov, ki kažejo prisotnost opioidov



⁽¹⁾ Za Češko je bila namesto nacionalne opredelitve uporabljena opredelitev centra EMCDDA za akutni z drogo povezan smrtni primer iz Izbora D. Nacionalna opredelitev vključuje zastupitve s psihoaktivnimi zdravili, kar pomeni večino primerov (156 od 218).

⁽²⁾ Opredelitev Urada za nacionalno statistiko.

Opomba: V nekaterih državah „nacionalne opredelitve“ z drogo povezanih smrtnih primerov vključujejo omejeno število smrtnih primerov, ki so z uživanjem drog povezani posredno.

Podatki za leto 2005 ali za zadnje leto, ko so podatki na razpolago. Za nadaljnje informacije glej preglednico DRD-1 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2006) na podlagi podatkov nacionalnih registrov smrtnih primerov ali posebnih registrov.

⁽¹⁶⁰⁾ Ker gre v večini primerov, sporočenih Centru, za prevelik odmerek opioidov, so za opis primerov uživanja opioidov uporabljene splošne značilnosti akutnih z drogo povezanih smrtnih primerov.

⁽¹⁶¹⁾ Češka, Danska, Nemčija, Latvija, Malta, Nizozemska, Avstrija, Portugalska in Združeno kraljestvo.

⁽¹⁶²⁾ Glej preglednico DRD-1 (del i) v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁶³⁾ Glej prikaz DRD-2 v Statističnem biltenu 2007.

V mnogih državah članicah se starost žrtev prevelikega odmerka povečuje, kar kaže na zniževanje pojavnosti uživanja heroina med mladimi. Ta trend je skupen vsem državam članicam EU-15, čeprav so bila v Avstriji in Luksemburgu v zadnjih letih opažena zniževanja. V drugih državah članicah je ta trend bolj nejasen, zaradi nizkega števila primerov pa je številke težko razlagati ⁽¹⁶⁴⁾.

Smrtni primeri zaradi uživanja metadona in buprenorfina

Čeprav raziskave kažejo, da nadomestno zdravljenje zmanjšuje tveganje smrtnega prevelikega odmerka, se vsako leto poroča o nekaj smrtnih primerih, povezanih z zlorabo nadomestnih zdravil. S spremljanjem števila smrtnih primerov, povezanih z metadonom in buprenorfinom, ter okoliščin smrti se lahko pridobijo pomembne informacije za zagotavljanje kakovosti programov nadomestnega zdravljenja in za pobude za preprečevanje in zmanjševanje škode.

O prisotnosti metadona pri večjem deležu z drogami povezanih smrtnih primerov poroča več držav, čeprav njegova vloga ni vedno jasna in so lahko prisotne tudi druge snovi. Danska je poročala, da je bil metadon vzrok zastrupitve (sam ali z drugimi snovmi) pri 43 % smrtnih primerov, povezanih z drogami (89 od 206 v letu 2005). Nemčija je poročala, da so v letu 2005 255 primerov (od 1 477) pripisali „nadomestnim snovem“ (pri 75 primerih samo njim, pri 180 primerih pa tem snovem skupaj z drugimi drogami), v primerjavi s 345 primeri leta 2004, iz Združenega kraljestva so poročali o 280 primerih (od 1 972 primerov, opredelitev strategije boja proti drogami), pri katerih je bil „omenjen“ metadon (2004), na Norveškem pa je 55 obdukcijskih sledi metadona. Španija je poročala (nacionalna poročila Reitox, 2005), da so imeli malo smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, kjer bi bil metadon edina snov (2 % vseh primerov), vendar pa je bil pogosto prisoten pri smrtnih primerih zaradi hkratnega uživanja opioidov (42 %) in kokaina (20 %). Druge države niso poročale o smrtnih primerih zaradi uživanja metadona ali pa so bile sporočene številke zelo nizke.

Zdi se, da so smrtni primeri zaradi zastrupitve z buprenorfinom redki, kar se pripisuje agonistično-antagonističnim farmakološkimi značilnostim tega zdravila. Vseeno pa so evropske države poročale o nekaterih smrtnih primerih. V nacionalnih poročilih za leti 2006 in 2005 sta le Francija in Finska navedli smrtne primere, povezane s to snovjo. Na Finskem so buprenorfin leta 2005 našli v 83 primerih (73 leta 2004), na splošno pa je bil zaužit hkrati z benzodiazepini, pomirjevali, alkoholom ali vbrižgan. Francija je poročala le o dveh smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka buprenorfina v letu 2005 (v primerjavi

s štirimi v letu 2004). Buprenorfin je glavno nadomestno zdravilo za opioide v teh dveh državah, vendar je ocena, da v Franciji snov prejema od 70 000 do 85 000 oseb, veliko višja od števila zdravljenih na Finskem. Poleg Francije in Finske so leta 2004 še tri države poročale o smrtnih primerih, povezanih z buprenorfinom (v vsaki državi dva ali trije primeri). Študija, s katero so v Združenem kraljestvu med letoma 1980 in 2002 iskali izključno smrtne primere, povezane z buprenorfinom, je odkrila samo 43 primerov, pogosto ob hkratnem uživanju benzodiazepinov in drugih opioidov (Schifano et al., 2005).

Akutni smrtni primeri, povezani z uživanjem drog, ki niso opiodi

Smrtni primeri, povezani z uživanjem ekstazija in amfetaminov

Smrtni primeri, pri katerih se omenja ekstazi, so redki, vendar pa so povzročili precejšnjo zaskrbljenost, ko so jih začeli pred nekaj leti prijavljati, saj se pogosto zgodijo nepričakovano med socialno vključenimi mladimi osebami. Omejeni podatki, ki so na voljo v nacionalnih poročilih Reitox za leto 2006, kažejo, da smrtni primeri zaradi ekstazija ostajajo na podobnih stopnjah kot v preteklih letih. V vsej Evropi je bilo zabeleženih 78 smrtnih primerov, povezanih z ekstazijem ⁽¹⁶⁵⁾.

Tudi o smrtnih primerih zaradi uživanja amfetaminov se ne poroča pogosto, čeprav je bilo v letu 2004 na Češkem 16 smrtnih primerov pripisanih pervitinu (metamfetaminu), v letu 2005 pa 14, kar ustreza povečanju ugotovljenega števila problematičnih uživalcev pervitina in povpraševanja po zdravljenju. S Finske so poročali o 65 smrtnih primerih, povezanih z amfetamini, čeprav vloga te droge v teh primerih ni bila opredeljena.

Smrtni primeri, povezani z uživanjem kokaina

Smrtne primere zaradi prevelikega odmerka kokaina je težje ugotoviti kot tiste, ki jih povzročijo opiodi, in pogosto velja, da je zanje krivih več vzrokov in ne samo toksičnost kokaina ⁽¹⁶⁶⁾. Študije kažejo, da je večina smrtnih primerov zaradi kokaina povezanih s kroničnim uživanjem te droge, smrtni primeri pa so pogosto posledica kardiovaskularnih in nevroloških težav, ki jih povzroči dolgoročno uživanje kokaina, predvsem pri uživalcih, ki so za to bolj dovzetni ali so izpostavljeni dejavnikom tveganja. V Evropi so pri smrtnih primerih, povezanih s kokainom, po navadi omenjene tudi druge prisotne snovi (vključno z alkoholom in opiodi), kar kaže na uživanje kokaina hkrati z drugimi drogami.

Države, ki so poslale podatke, so v nacionalnih poročilih za leti 2006 in 2005 navedle več kot 400 smrtnih primerov zaradi uživanja kokaina. Zdravstvene posledice in umrljivost,

⁽¹⁶⁴⁾ Glej prikaza DRD-3 in DRD-4 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁶⁵⁾ Odvisno od države se podatki nanašajo na leto 2004 ali 2005 za ekstazi in kokain.

⁽¹⁶⁶⁾ Za podrobnejše poročilo o smrtnih primerih, povezanih s to drogo, glej izbrano vprašanje o kokainu 2007.

povezano z uživanjem kokaina, je treba podrobneje raziskati.

Trendi pri akutnih smrtnih primerih, povezanih z drogami

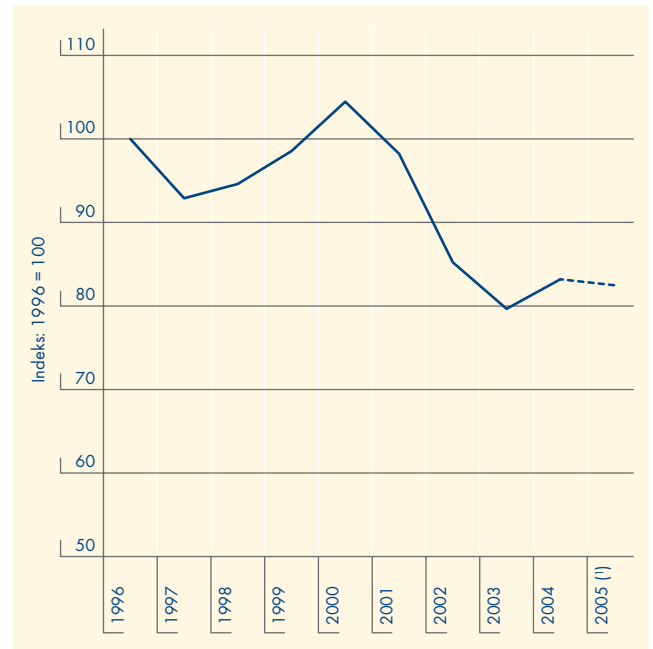
Nacionalni trendi z drogami povezanih smrtnih primerov lahko ponudijo vpogled v razvoj vzorcev problematičnega uživanja drog v vsaki državi in v razvoj novih odzivov. Razpoložljivi podatki za EU kažejo nekatere splošne trende smrtnih primerov, povezanih z drogo. Z dolgoročnejšega vidika je med državami članicami EU-15 in na Norveškem v osemdesetih letih in na začetku devetdesetih prišlo do izrazitega povečanja, ki je verjetno potekalo hkrati s povečanjem uživanja in vbizgavanja heroina ⁽¹⁶⁷⁾. Število z drogami povezanih smrtnih primerov se je med letoma 1990 in 2000 še naprej povečevalo, vendar ne tako hitro.

Od leta 2000 so mnoge države EU poročale o zmanjšanju števila z drogami povezanih smrtnih primerov, kar je morda povezano z večjo razpoložljivostjo zdravljenja in pobudami za zmanjševanje škode, čeprav sta morda pomembna tudi zmanjševanje vbizgavanja in upadanje razpoložljivosti heroina. Na evropski ravni se je število z drogami povezanih smrtnih primerov leta 2001 zmanjšalo za 6 %, leta 2002 za 14 %, leta 2003 pa za 5 %. Vendar pa poročila za leto 2004 in začasni podatki za leto 2005 kažejo, da se zmanjševanje števila z drogami povezanih smrtnih primerov po letu 2003 ni nadaljevalo.

V nekaterih državah je iz poročil o smrtnih primerih, povezanih z drogami, postal razviden skrb vzbujujoč trend. Po izrazitih vrhuncih z drogami povezanih smrtnih primerov med letoma 1999 in 2001, čemur je dve leti do tri leta sledilo jasno upadanje, je bilo mogoče v letih 2004 in 2005 opaziti povečanje števila prijavljenih smrtnih primerov ⁽¹⁶⁸⁾. Ta vzorec na splošno opisuje trende z drogami povezanih smrtnih primerov, zabeleženih v zadnjih letih na Irskem, v Grčiji, na Portugalskem, Finskem in Norveškem, v manjši meri pa trende, ugotovljene na Nizozemskem, v Avstriji in v Združenem kraljestvu. V Italiji je bilo po več letih zmanjševanja števila z drogami povezanih smrtnih primerov v zadnjih dveh letih zabeleženo rahlo povečevanje ⁽¹⁶⁹⁾. Navedenih je bilo več razlogov za to nedavno povečanje, med drugim ta, da uživalci opioidov uživajo hkrati tudi druge droge, ali pa se je morda povečala razpoložljivost heroina.

Med trendi z drogami povezanih smrtnih primerov v državah članicah EU-15 in v tistih, ki so se EU pridružile od leta 2004, je bistvena razlika. Med državami članicami EU-15 je mogoče od leta 1996 na splošno opaziti upadanje, ki je

Prikaz 13: Splošni trend akutnih z drogo povezanih smrtnih primerov od leta 1996 do 2005 za vse države članice, za katere so na voljo podatki



(1) Podatek za leto 2005 je začasen ter temelji na primerjavi podatkov za leta 2004 in 2005 samo za tiste države, za katere so na voljo informacije za obe leti.

Opomba: Indeksirana sprememba je izračunana na podlagi držav, za katere so na voljo informacije za navedeno in prejšnje leto.

Za število smrtnih primerov v vsaki državi in opombe o metodologiji glej preglednico DRD-2 v Statističnem biltenu 2007.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2006) na podlagi splošnih registrov smrtnih primerov ali posebnih registrov (sodnomoledinskih ali policijskih).

bilo med letoma 2000 in 2002 zelo izrazito, kar je kazalo na dolgoročno zmanjševanje števila mladih uživalcev opioidov. Vendar pa so nedavni trendi v teh državah različni. V novih državah članicah je bilo mogoče do leta 2002 opaziti strmo naraščanje, v letih 2003 in 2004 pa upadanje.

Povečevanje deleža z drogami povezanih smrtnih primerov med uživalci drog, mlajšimi od 30 let, je bilo opaženo v Grčiji, med uživalci drog, mlajšimi od 25 let, pa v Estoniji, Luksemburgu in Avstriji, v manjši meri tudi v Latviji in na Nizozemskem, čeprav se v večini držav med mladimi uživalci drog delež smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov zmanjšuje ⁽¹⁷⁰⁾.

Pri trendih z drogami povezanih smrtnih primerov je mogoče opaziti tudi razlike med spoloma ⁽¹⁷¹⁾. Podrobnosti so navedene v izbranem vprašanju o spolu in uživanju drog za leto 2006.

⁽¹⁶⁷⁾ Glej prikaz DRD-8 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁶⁸⁾ Glej preglednico DRD-2 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁶⁹⁾ Glej prikaz DRD-11 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁷⁰⁾ Glej prikaz DRD-9 v Statističnem biltenu 2007.

⁽¹⁷¹⁾ Glej prikaz DRD-6 v Statističnem biltenu 2007.

Splošna umrljivost med problematičnimi uživalci drog

Podatki o splošni umrljivosti (ki je neposredna ali posredna posledica uživanja drog) med problematičnimi uživalci drog se večinoma nanašajo na uživalce opioidov, medtem ko so podatki o umrljivosti, povezani z drugimi oblikami uživanja drog, po navadi pomanjkljivi, vendar bodo postajali vedno pomembnejši za javno zdravstvo, na primer v zvezi z rednimi, vendar socialno vključenimi uživalci kokaina.

Raziskovalne študije med uživalci opioidov v različnih evropskih okoljih ugotavljajo, da je v primerjavi s splošnim prebivalstvom umrljivost v tej skupini visoka. V sodelovalni študiji, ki se je začela v okviru projekta Centra, je bilo ugotovljeno, da je bila umrljivost med uživalci opioidov, vključenih v zdravljenje na osmih krajih v Evropi, zelo visoka v primerjavi z njihovimi vrstniki (glej EMCDDA, 2006). Kohortna študija umrljivosti, opravljena na Češkem, je ugotovila, da je bil standardizirani delež umrljivosti uživalcev stimulantov od štiri do šestkrat višji kot pri splošni populaciji, pri uživalcih opioidov pa devet do dvanajstkrat višji. (Nacionalna poročila Reitox, 2005). Francoska kohortna študija, ki je spremljala posameznike, aretirane zaradi uživanja heroina, kokaina ali crack kokaina, je pokazala, da je bila umrljivost pri moških petkrat, pri ženskah pa 9,5-krat višja kot pri splošni populaciji, vendar z upadajočim trendom (nacionalna poročila Reitox, 2005). Nadaljnje informacije o umrljivosti med uživalci drog se pričakujejo iz kohortnih študij, ki potekajo v več evropskih državah (Bolgarija, Španija, Malta, Avstrija, Poljska, Romunija, Švedska, Združeno kraljestvo in Norveška).

Nedavne študije na Nizozemskem in Norveškem niso pokazale nobene zveze med starostjo in tveganjem smrti zaradi prevelikega odmerka (Cruts et al., v tisku; Ødegård et al., citirano v norveškem nacionalnem poročilu, 2006), vendar pa lahko ob staranju uživalcev opioidov umrljivost zaradi kroničnih okoliščin prispeva k večji umrljivosti zaradi zunanjih vzrokov, na primer samomorov in nasilja. K visoki umrljivosti v tej skupini lahko precej prispevajo tudi slabe življenjske razmere in težave z duševnim zdravjem uživalcev drog.

V nekaterih študijah je samomor opredeljen kot vzrok smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov drog med uživalci. Znani samomori skupaj s smrtnimi primeri, pri katerih ni povsem jasno, da je šlo za namerno smrt, so pomenili 30 % vseh z drogami povezanih smrtnih primerov, o katerih so poročali na Škotskem leta 2005. Leta 2003 je bilo 13 % vseh z drogo povezanih smrtnih primerov samomorov (Scottish Executive, 2005). Težave z zlorabo snovi naj bi prispevale k samomorilskemu vedenju na več načinov: splošni dejavniki tveganja, zloraba snovi med osebami, nagnjenimi k zelo tveganemu vedenju.

Zmanjševanje števila z drogami povezanih smrtnih primerov

Odkar se priznava, da so preveliki odmerki drog razmeroma pomembno javnozdravstveno vprašanje, se ukrepom za preprečevanje prevelikih odmerkov namenja vedno več pozornosti. Vključenost v zdravljenje in druge storitve lahko zmanjšajo število smrtnih primerov, povezanih z drogami, vendar je možnosti za razvoj intervencij, osredotočenih posebej na tveganje prevelikih odmerkov, še veliko. Na splošno v Evropi še vedno ni celovitega pristopa preprečevanja prevelikih odmerkov.

Države članice, predvsem tiste, ki so imele epidemije heroina že v preteklosti, so v preteklih letih vedno bolj izboljševale razpoložljivost zdravljenja odvisnosti in zdaj dosegajo vedno večje število težko dosegljivih problematičnih uživalcev drog (glej tudi poglavji 2 in 6). Lažji dostop do zdravljenja in večja raznolikost pristopov, vključno z nadomestnim zdravljenjem, izboljšujeta stopnje vztrajanja na zdravljenju, kar pomembno prispeva k zmanjševanju števila z drogo povezanih smrtnih primerov in umrljivosti. Več držav je znižalo pragove dostopnosti vzdrževalnega zdravljenja, opazni pa so tudi premiki k pristopom, ki pospešujejo vključevanje in ponovno vključevanje v metadonsko vzdrževalno zdravljenje (ukrepi, za katere se je izkazalo, da izboljšujejo možnosti preživetja). Poleg tega študije, ki izhajajo iz visokopražnih programov, kažejo, da imajo stroga merila za sprejem in zdravljenje za posledico več disciplinskih odpustitev, kar povečuje tveganje smrti za izključene osebe v primerjavi s tistimi, ki ostanejo vključeni v zdravljenje (Fugelstad et al., 2007). V Italiji trenutno poteka longitudinalna študija učinkovitosti zdravljenja odvisnosti od heroina, ki bo proučila povezavo med vztrajanjem v zdravljenju in umrljivostjo (Bargagli et al., 2006).

V prvih tednih po odpustitvi iz zapora ali z zdravljenja so osebe, ki so prenehale uživati opioide, v veliki nevarnosti, da bodo zaužile prevelik odmerek, če začnejo spet uživati droge, saj je njihova pretekla toleranca zmanjšana. Zato je pomemben ukrep za zmanjševanje škode obveščanje oseb, ki zapuščajo tako okolje, o tveganjih, ki jih lahko povzročijo nadaljevanje uživanja drog, prav tako pa se je z njimi treba pogovoriti o strategijah za zmanjševanje tveganja. Pomembno vlogo pri tem ima lahko nepretrganost oskrbe s socialno pomočjo in storitvami zdravljenja, predvsem pri osebah, ki zapuščajo zapor.

Drugi ukrepi za preprečevanje prevelikih odmerkov vključujejo poučevanje uživalcev drog o položaju za nezavestne in ustreznem odzivu v nujnih primerih ter sodelovanje s policijo, reševalci in samimi uživalci drog, da bi spodbudili čimprejšnje obveščanje nujne zdravniške pomoči ob prevelikem odmerku. Raziskave kažejo, da lahko hkratno

Soobolevnost in projekt Isadora

S problematičnim uživanjem drog so pogosto povezane psihiatrične motnje. Čeprav na evropski ravni sistematično zbiranje informacij o soobolevnosti ne obstaja, ugotovitve lokalnih raziskav, opravljenih v več evropskih državah, kažejo, da ima morda med 30 in 90 % oseb, ki se zdravijo zaradi odvisnosti, hkrati tudi psihiatrične bolezni. Med najpogostejšimi motnjami, ugotovljenimi med odvisniki od drog, so motnje osebnosti, depresija, antisocialna osebnost, anksioznost in motnje razpoloženja ter prehranjevalne motnje. Omenjajo se tudi shizofrenija in samomorilsko nagnjenje. Poroča se, da je soobolevnost pogostejša med uživalci heroína, predvsem tistimi, ki že dolgo uživajo droge, imajo izkušnje z več prekinitvami metadonske terapije ter katerih socialne in življenjske razmere so se poslabšale. Prav tako je odvisnost od drog pogosta med osebami z resnimi duševnimi boleznimi.

Evropski projekt Isadora („celostne storitve, usmerjene v dvojno diagnozo in optimalno zdravljenje odvisnosti“) je bil zaključen leta 2005 po triletnem raziskovalnem obdobju (!). V projekt, katerega cilj je bil opredeliti glavne institucionalne in individualne dejavnike tveganja za soobolevnost, je bilo vključenih sedem krajev v Evropi in 352 bolnikov iz oddelkov za akutne psihiatrične motnje. Slaba prognoza in kaotične poti dvojne diagnoze glede na rezultate niso samo posledica značilnosti bolnikov, ampak tudi razdrobljene ponudbe storitev, zaradi katere je oskrba pogosto neučinkovito razporejena. Eden izmed rezultatov projekta Isadora je celovit priročnik za usposabljanje na področju dvojne diagnoze.

(!) <http://isadora.advsh.net/>

uživanje drugih drog, predvsem alkohola in pomirjeval, poveča tveganje smrtnega prevelikega odmerka opioidov. Zaradi tega je uživanje več različnih drog pomembno vprašanje, ki ga je pri storitvah treba upoštevati. Opravljenih je bilo nekaj poskusov v zvezi z možnostjo, da bi uživalcem drog zagotavljali antagonist opiooidov, primer tega je škotski pilotni program razdeljevanja naloksona uživalcem drog, njihovim družinam in prijateljem. Ta pristop v Evropi do zdaj ni bil razširjen, vendar bi lahko imel možnosti. Pogostejši pristop,

čeprav ne povsod, je razpoložljivost antagonistov opiooidov v rešilnih avtomobilih, zdravstvenih ustanovah ali drugih okoljih, v katerih so možni preveliki odmerki opiooidov. Glede na učinkovitost teh zdravil, kadar so dana dovolj hitro, je gotovo treba preveriti razpoložljivost takega odziva v okviru kakršnega koli pregleda ukrepov za preprečevanje prevelikih odmerkov.

Pristop, ki je povzročil precej razprav, je zagotavljanje posebnih prostorov, v katerih lahko uživalci uživajo droge ter kjer so jim na voljo tudi zdravstvene in druge storitve. Mednarodni nadzorni svet za droge je v najnovejših letnih poročilih negativno ovrednotil prostore za uživanje drog, vendar nekatere države članice EU menijo, da so ti prostori uporaben sestavni del odzivov na nekatere oblike zelo problematičnega uživanja drog. Argumenti, ki zagovarjajo prostore za uživanje drog, so naslednji: lahko so ukrep za preprečevanje prevelikih odmerkov; zmanjšajo druga tveganja, povezana z vbrizgavanjem; pomenijo možnost za obveščanje in zagotavljajo pot do osnovnega zdravstva, zdravljenja odvisnosti ter drugih storitev, povezanih z drogami. Prostori za uživanje drog se včasih obravnavajo tudi kot možnost, da se omeji kršenje javnega reda zaradi uživanja drog. V EU in na Norveškem je trenutno več kot 70 prostorov za uživanje drog: približno 40 jih je na Nizozemskem, 25 v Nemčiji, 6 v Španiji ter po eden v Luksemburgu in na Norveškem.

V vsej Evropi se pri pobudah, katerih cilj je zmanjševati število z drogami povezanih smrtnih primerov, uporabljajo tehnike obveščanja, izobraževanja in komunikacije. Več držav poroča, da se uživalcem drog, njihovim vrstnikom in družinam ali policiji deli posebej pripravljeno informativno gradivo. Poleg tečajev prve pomoči za osebe v uradih za droge ali za same uživalce drog pa sta v Evropi vedno pogostejša tudi ocenjevanje tveganja glede prevelikih odmerkov in svetovanje o obvladovanju tveganja. Navajajo ga na primer poročila iz Romunije, z Nizozemske in Malte. Leta 2005 se je na Škotskem začel akcijski načrt za zmanjševanje števila z drogo povezanih smrtnih primerov, vključuje pa DVD za ozaveščanje o prevelikih odmerkih, nove raziskave, ki se bodo osredotočile na čas pred klicem na pomoč in nacionalni forum, ki bo proučil trende in opredelil področja, na katerih je treba sprejeti nadaljnje ukrepe.



Literatura in viri

Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. et al. (2004), „The influence of school culture on smoking among pupils“, *Social science and medicine* 58, str. 1767–80.

Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. et al. (2006), „VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population“, *Substance use misuse* 41, str. 1861–79.

Binnie, I., Kinver, A. in Lam, P. (2006), „Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation“, Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).

Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. et al. (2000), „Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science“, *Addictive behaviours* 25, str. 955–64.

Bühler, A. in Kröger, C. (2006), „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Canning, U., Millward, L., Raj T. in Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency (Agencija za razvoj zdravja), London.

Cho, H., Hallfors, D.D. in Sanchez, V. (2005), „Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth“, *Journal of abnormal child psychology* 33, str. 363–74.

CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komisija za droge pri Združenih narodih: Ekonomsko-socialni svet, Dunaj.

CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komisija za droge pri Združenih narodih: Ekonomsko-socialni svet, Dunaj.

Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).

Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. in Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs (Nacionalni svetovadni odbor za droge), Dublin.

Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. in Van Laar, M. (v tisku), „Estimating the total mortality among problem drug users“, *Substance use and misuse* 43.

Dasis (2006), „Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004“, *The DASIS Report*, številka 27.

Dishion, T.J. in Dodge, K.A. (2005), „Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change“, *Journal of abnormal child psychology* 33, str. 395–400.

ECDC (2007), „HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic“, tehnično poročilo, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).

EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights št. 6, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2005), *Letno poročilo 2005: stanje v zvezi s problemom drog v Evropi*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2006), *Letno poročilo 2006: stanje v zvezi s problemom drog v Evropi*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus št. 16, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).

EMA (2005), „Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion“, doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).

Eurobarometer (2004), „Young people and drugs“, *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).

Eurobarometer (2006), „Public opinion in the European Union“, *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).

- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, št. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Evropska komisija, Luxembourg.
- FESAT (2005), „Monitoring project: changes during the second half of 2005“ (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al. (2005), „Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination“, *Prevention science* 6, str. 151–75.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. in Thiblin, I. (2007), „Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings“, *Addiction* 102, str. 406–12.
- GAO (2006), „ONDCP media campaign, contractor’s national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use“, tehnično poročilo, Washington, DC, Government Accountability Office (Služba za nadzor javne porabe).
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse (Nacionalna agencija za zdravljenje zlorabljanja snovi), NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J. in Stewart, D. (2001), „NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake“, National Addiction Centre (Nacionalni center za odvisnost), London.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva.
- HDA (2004), „The effectiveness of public health campaigns“, Briefing 7, Health Development Agency (Agencija za razvoj zdravja), London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Mednarodni nadzorni svet za droge pri Združenih narodih, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Mednarodni nadzorni svet za droge pri Združenih narodih, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Mednarodni nadzorni svet za droge pri Združenih narodih, New York.
- Ives, R. (2006), „Real life is messy“, *Drugs: education, prevention and policy* 13, str. 389–91.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>)
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lizbona (neobjavljeno).
- Kouvonen, P., Skretting, A. in Rosenqvist, P. (uredniki) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research (Nordijski svet za raziskave na področju alkohola in drog), Helsinki.
- Kuntsche, E. in Jordan, M. (2006), „Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors“, *Drug and alcohol dependence* 84, str. 167–74.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. in Younoszai, T.M. (2005), „Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use“, *Journal of drug education* 35, str. 233–53.
- London Drug Policy Forum (1996), „Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues“ (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. in van de Wijngaart, G. (2007), „Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation“, *Journal of advanced nursing* 57, 422-31.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Ministrstvo za notranje zadeve, London.
- Mansfield, D. (2007), „Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season“, poročilo medresorski enoti vlade Združenega kraljestva za droge iz Afganistana.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), „Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction“, *Journal of substance abuse treatment* 31, str. 203–211.
- Mateu, G., Astals, M. in Torrens, M. (2005), „Comorbilidad psiquiatrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnostico al tratamiento“, v: Miranda, J. J. F. in Melich, M. T. (urednika), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, str. 111–21.
- McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A. in Hunt, N. (2005), „Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom“, *Addiction* 100, str. 1140–9.
- Nabben, T., Benschop, A. in Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., in Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhänger - eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin-*

- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf). NTA (2002), Research into practice No. 1 (b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Parkin, S. in McKeganey, N. (2000), „The rise and rise of peer education approaches“, *Drugs: education, prevention and policy* 7, str. 293–310.
- Reitox nacionalna poročila (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=435>).
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures“, *Addiction*, 101, str. 315–22.
- Rigter, H. (2005), „Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights“, v *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, str. 117–24.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) in (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al. (2005), „Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002“, *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, str. 343–48.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006), „Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement“, *European addiction research* 12, str. 121–27.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), „Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study“, *Addictive behaviours* 29, str. 743–52.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse (Kanadski center za zlorabo snovi), Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. in Hellwich, W.K. (2006), „Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen“, *Sucht* 52, str. S7–43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), „A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project“, *Addiction* 101, str. 813–23.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), „The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales“, *British journal of general practice* 55, str. 444–51.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. in Beynon, C. (2007), „Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)“, neobjavljeno, Centre for Public Health, John Moores University (Center za javno zdravstvo, Univerza John Moores), Liverpool, Združeno kraljestvo.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- UNODC in vlada Maroka (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- Weaver, T. (2007), „Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services“, National Treatment Agency for Substance Misuse (Nacionalna agencija za zdravljenje zlorabljanja snovi), NTA, London.
- WHO (2006), „Critical review of ketamine 2006“, 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007), „Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities“, Svetovna zdravstvena organizacija, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren P. in Ahlner, J. (2004), „A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden“, *Journal of analytical toxicology* 28, str. 67–70.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Letno poročilo 2007: stanje na področju problematike drog v Evropi

Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2007

2007 — 91 str. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-303-1

Kako do publikacij EU?

Publikacije Urada za publikacije, namenjene prodaji, so na voljo na strani EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu/>, kjer jih lahko naročite pri izbrani prodajni enoti.

Seznam prodajnih enot po vsem svetu lahko zahtevate tudi po faksu (352) 29 29-42758.

O Evropskem centru za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA – Center) je ena izmed decentraliziranih agencij Evropske unije. Ustanovljen je bil leta 1993 s sedežem v Lizboni in je osrednji vir celovitih informacij o drogah in zasvojenosti z drogami v Evropi.

Center zbira, analizira in razširja objektivne, zanesljive in primerljive informacije o drogah in zasvojenosti z drogami. Tako svojemu občinstvu zagotavlja z dokazi podprto sliko pojava drog na evropski ravni.

Publikacije Centra so primarni vir informacij za širok krog občinstev, vključno z oblikovalci politik in njihovimi svetovalci, strokovnjaki in raziskovalci, ki so dejavni na področju drog, in, s širšega vidika, mediji in javnostjo.

Letno poročilo predstavlja letni pregled pojava drog v Evropi s strani Centra in je najpomembnejša referenca za vse, ki iščejo najnovejše ugotovitve o drogah v Evropi.