



Evropski center za spremljanje  
drog in zasvojenosti z drogami

ISSN 1830-0812

# LETTN POPCIL POP 2006

STANJE V ZVEZI S PROBLEMOVOM DROG V EVROPI





Evropski center za spremljanje  
drog in zasvojenosti z drogami

# LETNI PROČILN PO 2006

STANJE V ZVEZI S PROBLEMOM DROG V EVROPI

## Pravno obvestilo

Pričujoča 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 odseva nujno uradnih mnenj partnerjev Centra, držav članic EU ali katere koli ustanove ali agencije Evropske unije ali Evropskih skupnosti.

Veliko dodatnih informacij o Evropski uniji je na voljo na internetu.

Dostop je mogoč na strežniku 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 španskem, češkem, danskem, nemškem, estonskem, grškem, angleškem, francoskem, italijanskem, latvijskem, litovskem, madžarskem, nizozemskem, poljskem, portugalskem, slovaškem, slovenskem, finskem, švedskem, bolgarskem, romunskem, 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, 2006

ISBN 92-9168-262-4

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2006

Reprodukcija je dovoljena ob navedbi 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 • Fax: (+351) 218 13 17 11

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

## Vsebina

Predgovor	5
Zahvale	7
Uvodna opomba	9
Komentar: problem drog v Evropi	11
Poglavje 1	
<b>Politike in zakoni</b>	<b>17</b>
Poglavje 2	
<b>Odzivi na probleme drog v Evropi – pregled</b>	<b>27</b>
Poglavje 3	
<b>Konoplja</b>	<b>37</b>
Poglavje 4	
<b>Amfetamini, ekstazi in druge psihotropne droge</b>	<b>46</b>
Poglavje 5	
<b>Kokain in crack kokain</b>	<b>56</b>
Poglavje 6	
<b>Uživanje opiatov in vbrizgavanje drog</b>	<b>64</b>
Poglavje 7	
<b>Z drogo povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri</b>	<b>72</b>
Poglavje 8	
<b>Izboljšanje spremljanja problematičnega uživanja drog in uživanja več drog hkrati</b>	<b>85</b>
Literatura in viri	91



## Predgovor

Pred vami je enajsto letno poročilo Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, ki je letos na voljo v 23 jezikih. Ko primerjamo poročila, ki jih je v preteklih letih izdala agencija, je naravnost osupljivo, kako zelo se je povečala natančnost danes razpoložljivih informacij, in kako te mnogo bolje odražajo zapleteno stanje v Evropi, tako kar se tiče uživanja nedovoljenih drog kot načina, kako se Evropa odziva na problem drog.

Količina informacij, ki so na voljo za naše analize, se je močno povečala. Letošnje poročilo temelji na podatkih iz 25 držav članic in Norveške ter, kjer so na voljo, tudi na podatkih iz Bolgarije, Romunije in Turčije. Naraslo ni samo število držav, ki posredujejo podatke, ampak je tudi količina primerljivih informacij iz vsake od njih čedalje večja. S pomočjo teh informacij je slika stanja in trendov v zvezi z drogami v Evropi veliko bolj natančna kot kdajkoli prej. Naloga centra EMCDDA je preučiti to zapleteno sliko, strniti podobne izkušnje ter razložiti razlike. Ob zbiranju podatkov in sodelovanju pri delu Centra so države članice spoznale, da lahko težave, ki jih imajo njihovi sosede danes, postanejo jutri njihovi lastni problemi. Da se tega zavedajo, je razvidno iz nove strategije EU za boj proti drogam ter spremljevalnih akcijskih načrtov, ki jih dodatno podpira soglasje o nujnosti zbiranja in izmenjave informacij, o potrebi prepoznavanja in razširjanja dobre prakse ter o pomembnosti sodelovanja in usklajevanja dejavnosti kot odziva na skupno grožnjo, ki jo za zdravje, dobrobit in varnost naših državljanov predstavljajo droge.

Presoja vseh razpoložljivih informacij nas opozarja tudi, da je potrebna stalna opreznost in da obstaja nevarnost, da bi bili prehitro zadovoljni z rezultati. Opozorila v tem poročilu se nanašajo na okužbe s HIV, povezane z uživanjem drog, ter na smrti zaradi drog. Evropa kot celota si izjemno prizadeva pri spopadanju s temi problemi in je pri tem že dosegla znaten napredek. To pomeni, da so oblikovalci

politike v Evropi imeli zelo težko delo pri sprejemanju odločitev, odločali pa so se večinoma po tem, ko so pazljivo preučili vse razpoložljive podatke. Takšni usmeritvi politik bi bilo treba zaploskati. Kadar razprave o problemu drog potekajo na globalni ravni, se vedno mnogo govori o potrebi po uravnoveženem in na dokazih temelječem pristopu. V Evropi so morda bolj kot kjerkoli drugje te besede postale resničnost. Kljub razlikam med državami članicami glede posameznih problemov, s katerimi se zaradi drog spopada vsaka med njimi, in kljub razlikam glede prednostnih ukrepov, vse države soglašajo, kako pomembna sta izmenjava informacij in sodelovanje za zmanjšanje dobave drog kot tudi, da je potrebno dejavnosti za zmanjšanje dobave uravnovežiti z ukrepi za zmanjšanje povpraševanja. Poleg tega pa se čedalje bolj strinjajo tudi glede tega, da je treba izbrati najboljših programov in ukrepov za naše državljane utemeljiti z dokazi. Ta evropski pristop se ne odraža samo v novi evropski strategiji o drogah, ampak tudi v nacionalnih strategijah boja proti drogam, ki so jih sprejele države članice. Odraža se tudi kot močnejši in enotnejši glas, ki se v Evropi razširja v zvezi s tem vprašanjem, ter je razviden iz dela Centra, ko si ta prizadeva izpolnjevati vlogo, ki jo ima pri spodbujanju informiranega oblikovanja politik, in sicer tako, da nudi nepristranske in znanstveno natančne analize razpoložljivih informacij o pojavu drog v Evropi.

Uživanje drog je kompleksen pojav in kot tak ne dovoljuje enostavnih zaključkov. Kljub temu pa iz evropske izkušnje jasno izhaja skupna ugotovitev – naučili smo se, da skupno delo ni samo učinkovito, ampak je hkrati tudi nujno potrebno, če se hočemo uspešno odzvati na izzive, s katerimi se spopadamo zaradi nedovoljenih drog.

**Marcel Reimen**

Predsednik upravnega odbora EMCDDA

**Wolfgang Götz**

Direktor EMCDDA





## Zahvale

Center se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

- 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) in Europolu;
- Skupini Pompidou Sveta Evrope, Uradu za droge in kriminal pri Združenih narodih, Regionalni pisarni za Evropo pri SZO, Interpolu, Svetovni carinski organizaciji, 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;
- 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 posredujejo centru EMCDDA.

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



## Uvodna opomba

Pričujoče letno poročilo temelji na podatkih, ki so jih v obliki nacionalnih poročil Centru poslale države članice EU, države kandidatke in Norveška (ki sodeluje pri delu Centra od leta 2001). Vsi tukaj uporabljeni statistični podatki se nanašajo na leto 2004 (ali na zadnje razpoložljivo leto). Grafični prikazi in tabele v tem poročilu lahko odražajo podskupino 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 naslovu <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Statistični bilten Centra za leto 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) vsebuje celoten sklop izvirnih tabel, na katerih temelji statistična analiza v letnem poročilu. Poleg tega vsebuje dodatne podrobnejše podatke o uporabljeni metodologiji in več kot 100 dodatnih statističnih grafikonov.

V profilih posameznih držav (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) se nahajajo vrhunski grafični povzetki ključnih podatkov o razmerah na področju drog za vsako državo.

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

- evropske politike drog: ali segajo prek prepovedanih drog?
- vidik spolov pri uživanju drog in odzivi na probleme drog; ter
- nove okoliščine uživanja drog v sprostivnih okoljih.

Izbrana vprašanja so na voljo v tiskani in spletni obliki (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) samo v angleščini.

Nacionalna poročila kontaktnih točk Reitox navajajo podroben opis in analizo problema drog v vsaki državi in so na voljo na spletni strani centra EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Komentar: problem drog v Evropi

### Nov evropski okvir za usklajevanje in sodelovanje

Čeprav ostaja določitev nacionalnih politik o drogah posebna pravica posameznih evropskih držav članic, obstaja sedaj trdno soglasje glede tega, kakšne so lahko prednosti, ki izhajajo iz sodelovanja na evropski ravni. To je razvidno iz mnogih nedavnih dogodkov, ki podpirajo dejavnosti usklajevanja in sodelovanja. Sem se prišteva začetek veljavnosti dveh novih uredb ES o predhodnih sestavinah in sklepa Sveta o novih drogah, ki so stopili v veljavo leta 2005. Tudi ukrepi za boj proti prometu s prepovedanimi drogami so okrepljeni z novimi pravnimi instrumenti za preprečevanje pranja denarja in za zaplembo premoženja. Vendar pa je najpomembnejši dogodek v zvezi z oblikovanjem evropskega sodelovanja in prihodnjih ukrepov v zvezi z vprašanjem drog, nova strategija EU na področju drog za obdobje 2005–2012 in njena dva spremljevalna akcijska načrta. V prvem so države članice EU podrobno določile približno 100 predvidenih posebnih ukrepov, ki naj bi se začeli izvajati do leta 2008. Za strategijo je predviden stalen program vrednotenja, skupaj z letnimi poročili o napredku in presojami vpliva na koncu vsakega dvoletnega obdobja iz obeh akcijskih načrtov.

Na strategijo lahko gledamo kot na izraz evropskega soglasja o tem, kako je treba reševati problem drog. Gre za jasen dogovor o uravnoteženem pristopu, ki združuje ukrepe glede ponudbe in povpraševanja, pri čemer je bila upoštevana potreba, da je treba ukrepe utemeljiti z dokazi o učinkovitosti in sistematično ocenjevati napredek. Med politikami evropskih držav članic so še vedno velike razlike, ki so pogosto posledica različnih nacionalnih razmer na področju drog in različne določitve odzivov. Nova strategija za področje drog predlaga, da naj bi evropsko razpravo o politikah drog vse bolj zaznamovalo dogovarjanje o skupnem okviru za dejavnosti. Skoraj vse strategije za zmanjšanje povpraševanja po drogah na primer vključujejo elemente preprečevanja, zdravljenja in zmanjševanja škode, čeprav je pomen posameznih elementov v državah članicah različen. Nekatere politične možnosti še naprej povzročajo obsežno razpravo – vendar je to na splošno v nasprotju s širokim soglasjem o temeljih, ki podpirajo evropski odziv na problem drog.

### Uživanje drog in njihova ponudba: razlikovanje, ki se vse bolj uveljavlja

Stalen trend, ki je ponovno jasno razviden iz najnovejših podatkov, sporočenih v tem letu, je zahteva po spremembi

nacionalnih zakonodaj o drogah, ki naj bi bolj poudarile razliko med kaznivimi dejanji zaradi posedovanja drog za osebno uporabo in kaznivimi dejanji, ki vključujejo promet in oskrbo z drogami. Na splošno gre za premik k večjim kaznim za slednja kazniva dejanja in zmanjšanemu poudarku na zaporni kazni za prva. Ta razvoj dogodkov je v skladu z večjim poudarkom, ki ga povsod po Evropi namenjajo večanju možnosti za zdravljenje odvisnosti od drog in intervencijam, ki osebe s težavami zaradi uživanja drog preusmerijo iz kazenskega pravosodnega sistema k možnostim za zdravljenje in rehabilitacijo. V tistih državah, ki so sprejele pravno razlikovanje med posedovanjem droge za lastno uporabo in za prodajo, se pojavlja vprašanje, ali je treba izrecno z zakonom določiti, katera količina droge pomeni zgornjo mejo za osebno uporabo. Glede tega trenutno ni prevladujočega soglasja, evropske države pa so sprejele različne pristope, ki segajo od izdaje splošnih operativnih smernic do določitve pravnih omejitev.

### Uživanje heroina: pomemben del veliko večje slike

V tem poročilu predstavljeni podatki kažejo, da je treba v Evropi kot celoti razširiti razumevanje uživanja in vbrizgavanja heroina, ki sta od nekdaj videna kot osrednja elementa problema drog, in sicer zaradi vse večje pomembnosti uživanja več različnih drog hkrati, uživanja stimulansov ter vse večjih posledic široko razširjenega uživanja konoplje za javno zdravje. V veliko državah so opiodi (v glavnem heroin) sicer še vedno glavna droga, zaradi katere osebe povprašujejo po zdravljenju, in so navedeni v približno 60 % vseh zabeleženih povpraševanj po zdravljenju leta 2004 – od tega si po poročilih nekaj več kot polovica oseb (53 %) drogo vbrizgava.

Skoraj 25 % povpraševanj po zdravljenju zaradi uživanja opiodov predstavljajo posamezniki v starosti 35 let ali več, medtem ko je tistih, ki povprašujejo po zdravljenju prvič in so mlajši od 20 let, samo 7 %. Treba je poudariti, da podatki o povpraševanju po zdravljenju izražajo število oseb, ki so povpraševale po zdravljenju v letu poročanja, in ne vključujejo oseb, ki so zdravljenje nadaljevale. Skupno število oseb, vključenih v zdravljenje, je zato znatno večje. V Evropi kot celoti veliko povečanje obsega zdravljenja z nadomestno snovjo v zadnjih letih pomeni, da je v sistem zdravljenja vključena vse večja in vse starejša populacija oseb s težavami zaradi uživanja heroina, za katere je verjetno, da bodo zahtevale oskrbo in da bodo v prihodnje še veliko let ostale največji porabniki sredstev.

Heroin, ki se porabi v Evropi, se v glavnem proizvaja v Afganistanu. V Evropi je količina heroina, zaseženega po svetu, še vedno največja, zaradi povečanega zasega v jugovzhodnih evropskih državah (predvsem v Turčiji) pa je ta regija po zaseženi količini prehitela zahodno in srednjo Evropo. To naraščanje zasegov heroina poudarja pomen usklajenih ukrepov proti prometu s prepovedanimi drogami na širši evropski ravni in zastavlja pomembna vprašanja o vplivu večje proizvodnje heroina na evropski trg. Glede povprečne čistosti ni očitnih trendov: trend, določen na podlagi gibanja cen v petletnem obdobju (1999–2004), popravljen glede na inflacijo, pa v večini držav kaže na njihovo zniževanje. Čeprav je heroin v Evropi lažje dostopen in cenejši, še ni dokazov, da to vpliva na splošno stopnjo porabe. Splošni kazalci bi lahko kazali, da se število tistih, ki začnejo uživati heroin, v Evropi še vedno znižuje, kar verjetno kaže na umiritev razmer – pri tem velik delež oseb s težavami zaradi uživanja opioidov dandanes prejema nadomestno zdravljenje, vsaj v nekaterih državah. Med osebami, ki so se na novo vključile v zdravljenje, se je število tistih, ki imajo velike težave zaradi uživanja opioidov, v večini držav zmanjšalo. Kljub temu je to področje, na katerem je bilo v preteklosti več valov epidemičnega uživanja, zato ne smemo zaspati na lovorikah.

Skrb vzbujajoči kazalci iz letošnjega poročila kažejo, da se je število z drogo povezanih smrtnih primerov, ki se je po letu 2000 na splošno zmanjšalo, leta 2004 v večini držav rahlo povečalo. Prezgodaj je soditi, ali te majhne spremembe napovedujejo dolgotrajni premik, vendar je treba spomniti, da so z drogo povezani smrtni primeri ena od najhujših posledic uživanja prepovedanih drog za javno zdravje. Čeprav se je delež z drogo povezanih smrtnih primerov pri mladih zmanjšal, kar podpira domneve, da se število oseb, ki si začnejo vbrizgavati heroin, zmanjšuje, pa razpoložljive ocene z drogo povezanih smrtnih primerov v mestnih okoljih (zaradi prevelikega odmerka in drugih vzrokov) kažejo, da se trenutno 10 % do 23 % vseh smrtnih primerov med odraslimi v starosti od 15 do 49 let lahko pripiše uživanju opioidov.

### **Vbrizgavanje in z njim povezane zdravstvene težave: stalne spremljevalke**

V mnogih državah je vbrizgavanje drog skoraj sinonim za uživanje heroina, vendar so tudi izjeme, saj nekaj držav članic EU poroča o velikih stopnjah vbrizgavanja stimulansov, predvsem med rednimi uživalci amfetaminov. V določeni meri zrcalijo sliko na področju uživanja heroina razpoložljivi podatki, ki dolgoročno kažejo na splošno zmanjšanje vbrizgavanja drog. Vendar je v mnogih novih državah članicah število tistih, ki si drogo vbrizgavajo, še vedno visoko. Pri tem je pomembno opozoriti, da je na voljo malo

nacionalnih in subnacionalnih ocen o vbrizgavanju drog. Študije o vbrizgavanju drog v nekaterih regijah poročajo celo o manjšem povečanju v zadnjem času. Najcelovitejšo sliko o tovrstnem vedenju daje spremljanje uživalcev heroina, vključenih v zdravljenje, med katerimi se je delež injicirajočih uživalcev v nekaterih državah občutno znižal, vendar ne v vseh. Predvsem stare države članice, Danska, Grčija, Španija, Francija, Italija in Združeno kraljestvo, poročajo, da je med uživalci heroina, vključenimi v zdravljenje, na splošno manj vbrizgavanja.

Povezava med vbrizgavanjem droge in zdravstvenimi težavami je dobro znana, poleg tega pa pri injicirajočih uživalcih obstaja velika nevarnost prevelikega odmerka in hude okužbe kakor tudi drugih zdravstvenih težav, kot sta septikemija in tromboza. Okužba z virusom HIV je zdravstveno tveganje, ki je spodbudilo evropski odziv na področju javnega zdravja na tovrstno uživanje droge, tako da so skoraj vse države sprejele intervencije, namenjene preprečevanju novih okužb. Oskrba z injicijami iglami in brizgami, ki je bila včasih videna kot sporna intervencija, je na primer zdaj na voljo v skoraj vseh državah članicah, čeprav se razpoložljivost med državami precej razlikuje. Večina držav poroča o nizkih stopnjah na novo ugotovljenih okužb z virusom HIV, ki se lahko pripišejo vbrizgavanju drog, delež okuženih z virusom HIV med injicirajočimi uživalci pa je po oceni nižji od 5 %. Vendar pa zopet ne smemo pozabiti na dve pomembni opozorili: prvič, dve od največjih držav, ki jih je aids najbolj prizadel, Španija in Italija, trenutno ne dajeta nacionalnih podatkov o prijavljenih primerih okužbe z virusom HIV, in drugič, poroča se, da se virus HIV v Evropi še naprej prenaša v posebnih injicirajočih skupinah, v nekaterih preučevanih populacijskih skupinah pa se celo kažejo nekateri znaki povečanja.

Veliko bolj negativno sliko dajejo stopnje okuženih z virusom hepatitisa C (HCV), ki so med injicirajočimi uživalci drog še vedno skoraj povsod visoke. Zdravljenje zdravstvenih težav zaradi HCV med injicirajočimi in nekdanjimi uživalci bo verjetno pomenilo največji zdravstveni strošek še veliko naslednjih let. Pri sprejetju sklepa, da se obseg vbrizgavanja drog morda počasi zmanjšuje in da se je Evropa ustrezno odzvala na izziv, ki ga je pomenilo epidemično širjenje virusa HIV v 90. letih prejšnjega stoletja, obstaja dejanska nevarnost, da bi lahko povzročil pretirano zadovoljstvo glede zdravstvenih nevarnosti, ki jih še vedno pomeni tovrstno vedenje. Visoke stopnje endemične okužbe s HCV, ki povzročajo nadaljnje širjenje okužbe med injicirajočimi uživalci droge, skupaj z večjo pojavnostjo, ugotovljeno pri nekaterih skupinah, ter velika in zelo ogrožena skupina injicirajočih uživalcev v nekaterih novih državah članicah kažejo na potrebo, da je treba vbrizgavanje drog in s tem povezane zdravstvene težave obravnavati kot

## Na kratko – ocene uživanja drog v Evropi

(Upoštevati je treba, da se te ocene nanašajo na odraslo populacijo in so najnovejše razpoložljive ocene. Za popolne podatke in metodološke opombe glejte spremljevalni statistični bilten.)

### Konoplja

Število tistih, ki so jo poskusili vsaj enkrat v življenju: vsaj 65 milijonov ali 1 od 5 odraslih Evropejcev

Število tistih, ki so jo zaužili v zadnjem letu: 22,5 milijona odraslih Evropejcev ali tretjina tistih, ki so jo poskusili vsaj enkrat v življenju

Število tistih, ki so jo zaužili v zadnjih 30 dneh: 12 milijonov Evropejcev

Razlike med državami pri tistih, ki so jo zaužili v zadnjem letu:

Splošen razpon od 0,8 % do 11,3 %

Tipičen razpon od 2,8 % do 7,5 % (15 držav)

### Kokain

Število tistih, ki so ga poskusili vsaj enkrat v življenju: vsaj 10 milijonov ali več kot 3 % odraslih Evropejcev

Število tistih, ki so ga zaužili v zadnjem letu: 3,5 milijona odraslih Evropejcev ali tretjina tistih, ki so ga poskusili vsaj enkrat v življenju

Število tistih, ki so ga zaužili v zadnjih 30 dneh: več kot 1,5 milijona

Razlike med državami pri tistih, ki so ga zaužili v zadnjem letu:

Splošen razpon od 0,1 % do 2,7 %

Tipičen razpon od 0,3 % do 1,2 % (18 držav)

### Ekstazi

Število tistih, ki so ga poskusili vsaj enkrat v življenju: približno 8,5 milijona odraslih Evropejcev

Število tistih, ki so ga zaužili v zadnjem letu: 3 milijone ali tretjina tistih, ki so ga poskusili vsaj enkrat v življenju

Število tistih, ki so ga zaužili v zadnjih 30 dneh: več kot 1 milijon

Razlike med državami pri tistih, ki so ga zaužili v zadnjem letu:

Splošen razpon od 0,0 % do 3,5 %

Tipičen razpon od 0,3 % do 1,5 % (15 držav)

### Amfetamini

Število tistih, ki so jih poskusili vsaj enkrat v življenju: skoraj 10 milijonov ali približno 3 % odraslih Evropejcev

Število tistih, ki so jih zaužili v zadnjem letu: 2 milijona, tretjina tistih, ki so jih poskusili vsaj enkrat v življenju

Število tistih, ki so jih zaužili v zadnjih 30 dneh: manj kot 1 milijon

Razlike med državami pri tistih, ki so jih zaužili v zadnjem letu:

Splošen razpon od 0,0 % do 1,4 %

Tipičen razpon od 0,2 % do 1,1 % (16 držav)

### Opioidi

Problematično uživanje opioidov: od 1 do 8 primerov na 1 000 odraslih prebivalcev (v starosti od 15 do 64 let)

Skoraj 7 000 smrtnih primerov zaradi akutne zastrupitve z drogo, pri čemer so pri približno 70 % primerov odkrili opioide (podatki za leto 2003)

Navedeni kot glavna droga pri približno 60 % vseh povpraševanj po zdravljenju zaradi uživanja drog. Leta 2003 je več kot pol milijona užitcev opioidov prejelo nadomestno zdravljenje

najpomembnejše vprašanje javnega zdravja v Evropi in kritično področje za budno spremljanje politike na področju drog in raziskav v zvezi s tem.

## Kokain: znaki umirjanja za drugo najpogostejšo prepovedano drogo v Evropi

Ocene uživanja kokaina (tistih, ki so ga zaužili v zadnjem letu) zdaj to drogo postavljajo malo pred amfetamin in ekstazi kot drugo najbolj uporabljano prepovedano drogo v Evropi. Po obdobju, v katerem se je število užitcev te droge znatno povečalo, je na splošno videti, da se stopnje uživanja umirjajo. Zdi se, da se je veliko povečanje razširjenosti kokaina v Španiji in Združenem kraljestvu od srede do konca 90. let po letu 2000 ali 2001 umirilo. V nekaj državah so zabeležili manjše povečanje stopenj uživanja kokaina, sicer pa o občutnem povečanju drugod ne poročajo. V Evropi so na splošno razmere glede uživanja kokaina zelo različne, precejšnje uživanje kokaina je omejeno na nekaj držav, v glavnem zahodnoevropskih.

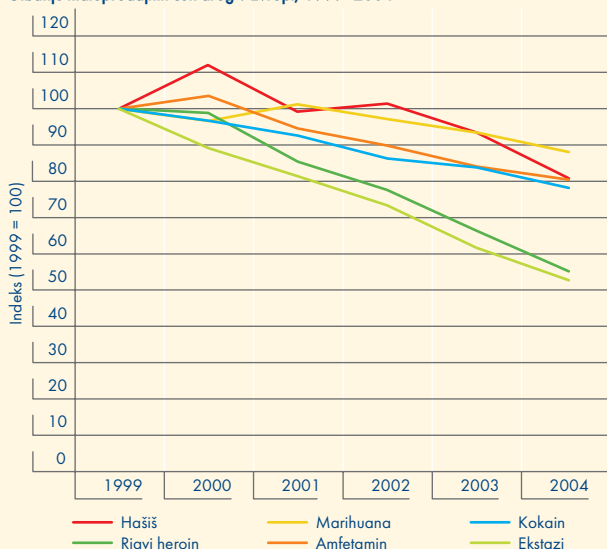
Napačno bi bilo sklepati, da se bo zaradi znakov umirjanja v uživanju kokaina nujno umiril tudi obseg problemov, povezanih z uživanjem te droge. V Evropi je bilo uživanje kokaina v preteklosti zelo razširjeno, študije pa kažejo, da je pogost vzorec za povečanje težav, povezanih z drogo, nekajletno zaostajanje za povečanjem razširjenosti. Vzrok za to je čas, ki mora preteči, preden se razvijejo intenzivni in redni vzorci uživanja droge in preden postanejo težave vidne. To se morda začne dogajati v tistih evropskih državah, kjer je uživanje kokaina danes zelo razširjeno. Na Nizozemskem in v Španiji je po poročilih vsaj eno od štirih povpraševanj po zdravljenju povezano s kokainom, na splošno pa se je v Evropi število oseb, ki se želijo vključiti v zdravljenje zaradi uživanja kokaina, med letoma 1999 in 2004 skoraj podvojilo. Čeprav je v Evropi uživanje crack kokaina še vedno omejeno, kažejo poročila o težavah v nekaterih mestih na morebitno poslabšanje razmer.

Kokain pogosto odkrijejo pri toksikoloških analizah smrtnih primerov, ki se pripišejo opioidom, v mnogih državah pa so hkratio uživanje kokaina priznali kot težavo tisti, ki rešujejo težave zaradi uživanja heroina. Čeprav so podatki omejeni, je bilo v nacionalnih poročilih za leto 2005 za več kot 400 smrtnih primerov ugotovljeno, da so bili vzročno povezani z uživanjem kokaina, hkrati pa se zdi, da se število smrtnih primerov zaradi uživanja kokaina povečuje v vseh državah, kjer je to zelo razširjeno. Podatek je skoraj zagotovo podcenjen, vpliv uživanja kokaina kot vzroka smrti zaradi kardiovaskularnih težav pa ostaja še naprej neznan. Sporočilo je jasno: če želi Evropa preprečiti povečevanje stroškov za javno zdravje, povezanih z uživanjem te droge, nobena umiritev na področju splošnega uživanja kokaina ne sme prikriti potrebe po boljšem prepoznavanju

## Uživanje drog v Evropi cenejšo kot kadar koli prej

V to poročilo je bila prvič vključena petletna analiza maloprodajnih cen prepovedanih drog, popravljenih glede na inflacijo, ki omogoča točnejšo oceno sprememb maloprodajnih cen prepovedanih drog skozi čas. Podatke o maloprodajnih cenah je težko zbrati in razložiti. Na ceno vplivajo čistost, količina in vrsta kupljene snovi skupaj z geografskimi dejavniki, kot je življenje v velemestu ali ob redni tranzitni poti za droge. Cene drog se tudi med državami precej razlikujejo in nihajo skozi čas, kar odraža motnje v ponudbi. Kljub tem odstopanjem v podatkih razpoložljivi podatki za večino vrst drog kažejo, da so se v Evropi kot celoti stroški za nakup drog znižali. Za večino

Gibanje maloprodajnih cen drog v Evropi, 1999–2004



držav velja prevladujoči petletni trend zniževanja maloprodajnih cen za konopljo, heroin, amfetamin, ekstazi in kokain (glejte grafični prikaz spodaj). Čeprav na splošno ni na voljo podatkov o maloprodajnih cenah v preteklosti (če pa so na voljo, jih je težko razložiti), je ta najnovejši trend v skladu z domnevo, da se bodo cene dolgoročno morda znižale. Podatki, ki so jih dale na voljo nekatere države z visoko stopnjo razširjenosti, na primer kažejo, da sta bila kokain in ekstazi občutno dražja konec 80. in na začetku 90. let kot danes.

**Opomba:** Gibanja so določena na podlagi razpoložljivih informacij o nacionalnih maloprodajnih cenah za posamezne droge v državah članicah EU in na Norveškem, ponderiranih s številom prebivalstva v posamezni državi, da se določi splošen evropski trend. Cene so bile prilagojene glede na nacionalne inflacijske stopnje (izhodiščno leto je leto 1999) in za vse vrste, indeksirane z osnovo 100 za leto 1999.

Veliko držav ne more predložiti teh podatkov, saj jih je težko dobiti in so pogosto nezanesljivi in nepopolni. Države, za katere ni na voljo podatkov o cenah drog za dve ali več zaporednih let, niso vključene v izračune gibanja cen drog: določitev gibanja cen za rjavi heroin temelji na 9 državah, za amfetamin tudi na 9, za kokain na 13, za ekstazi na 13, za marihuano na 13 in za hašiš na 14.

Kjer ni na voljo podatkov za leto 2004 (11 primerov), so bili uporabljeni podatki za leto 2003, za manjkajoče podatke za leto 1999 (en primer) so bile uporabljene cene za leto 2000, namesto manjkajočih podatkov za druga leta (12 primerov) so bili vstavljeni podatki iz sosednjih let.

Za dodatne podrobnosti o cenah v letu 2004 glejte tabele PPP-1, PPP-2, PPP-3 in PPP-4 v statističnem biltenu.

**Viri:** Podatki cenah: Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox  
Podatki o inflaciji in prebivalstvu:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

in razumevanju težav, povezanih z uživanjem kokaina, in potrebe po vlaganjih v razvoj učinkovitih odzivov.

## Odzivanje na vse bolj zapleten problem drog v Evropi

Skupna tema tega poročila je vse večja potreba po razvoju odzivov, ki bodo dovezetni za zapleteno in večstransko naravo današnjega problema drog. Ko se razmišlja o dejavnostih na področju preprečevanja, zdravljenja in zmanjševanja škode, je treba bolje razumeti, kaj sestavlja dobro prakso in ukrepe, utemeljene na dokazih. Od skupaj približno 380 000 povpraševanj po zdravljenju, o katerih poročajo za leto 2004, je bila konoplja primarni vzrok za napotitev na zdravljenje v približno 15 % vseh primerov, kar jo postavlja na mesto druge najpogostejše javljene droge takoj za heroinom. Zdravstvene službe se vse več ukvarjajo tudi s težavami zaradi uživanja stimulanov in več različnih drog, vključno z občutnim prekrivanjem težav zaradi uživanja prepovedanih drog in alkohola. Na ravni prebivalstva pa ne vemo dovolj o posledicah rednega in vztrajnega uživanja tovrstnih drog za javno zdravje niti o morebitnih potrebah

po intervenciji za tiste, ki jih uživajo. Za določitev odziva na probleme drog je v Evropi najmočnejša baza podatkov o dokazih za določitev odziva na težave zaradi uživanja prepovedanih opioidov, kjer znaten obseg dokazov podpira razvoj in ciljno usmerjenost storitev. Vse večje soglasje, ki usmerja politiko o verjetnih elementih ustrezne intervencije pri problematičnem uživanju heroina, je v skladu z vse večjo potrebo, da je treba enako jasno določiti naš odziv na bolj in bolj zapleten problem drog v Evropi.

## Potreba po boljši opredelitvi in razumevanju uživanja več različnih drog

Ključno vprašanje je potreba po odzivu na težave, ki jih povzroča uživanje več psihoaktivnih snovi. Uživanje več različnih drog se vse bolj priznava kot ključno področje za razvoj storitev. Vendar pa je še vedno težko določiti koncept, saj se v nekaterih pogledih lahko skoraj vse, ki uživajo droge, šteje za uživalce več različnih drog. Uživanje več različnih drog pomeni precejšen izziv tudi za sisteme spremljanja drog, ki se nagibajo k temu, da temeljijo na vedenjskih meritvah uživanja posameznih registriranih drog. Zato je treba kot prvi



korak za razumevanje posledic tovrstnega vedenja nujno razviti boljši konceptualni okvir za opis različnih vrst uživanja več različnih drog. Letošnje poročilo namenja prostor predstavitvi analitičnih vprašanj, ki jih je treba začeti reševati, če se Evropa želi spopasti z izzivom, kako bolje razumeti potrebe vse večjega števila posameznikov, katerih težave izhajajo bolj iz uživanja več različnih vrst drog in ne toliko iz odvisnosti od ene snovi.

### **Nazaj v prihodnost: predvidevanje nevarnosti in izzivov**

Kot vedno tudi letošnje poročilo skuša določiti pojavljajoče se trende, da bi lahko predvideli prihodnje probleme. Takšna analiza je že po definiciji tvegana in jo je treba narediti previdno. Droga, ki je očitno povezana s hudimi težavami na področju javnega zdravstva, je metamfetamin. Medtem ko se v svetu težave zaradi uživanja metamfetamina še naprej večajo, v Evropi ta droga ostaja omejena na nekaj držav, kjer so te težave znane že dolgo. Čeprav nam razpoložljivi podatki ne omogočajo oblikovanja trdnih sklepov glede trendov, več držav poroča o zasegih ali uživanju te droge, kar očitno poudarja potrebo po intenzivnejšem spremljanju najbolj ogroženih skupin prebivalstva.

Leta 2006 je Center objavil tehnični dokument o halucinogenih gobah in to vprašanje je zopet povzeto tudi v letnem poročilu. Kot kaže, se razpoložljivost in uživanje

halucinogenih gob širita že od konca 90. let, vendar precej neopazno. Zdi se, da je uživanje te vrste droge večinoma na ravni poskušanja, poročila o težavah pa so še vedno redka. Vendar pa so bili zaradi vse boljše obveščenosti oblikovalcev politik o razpoložljivosti halucinogenih gob, uvedeni nekateri ukrepi za boljši nadzor.

Psilocibin in psilocin, dve psihoaktivni snovi, ugotovljeni v halucinogenih gobah, ureja mednarodna konvencija. Dejstvo, da v mnogih državah gobe rasejo v naravi, še dodatno zapleta zakonsko ureditev tega vprašanja, saj po Evropi halucinogene gobe obravnavajo različno. Stalno spremljanje novih snovi, ki lahko ogrozijo javno zdravje in zato zahtevajo nadzor, podpira nov Sklep Sveta (2005/387/PNZ) o izmenjavi informacij, oceni tveganja in nadzoru novih psihoaktivnih snovi. Primer potrebe po zgodnjem opozarjanju na tem področju je bilo hitro širjenje mCPP (1-3-klorofenil piperazina) leta 2005. Pojav mCPP ponazarja dejstvo, da vpleteni v proizvodnjo prepovedanih drog nenehno iščejo novosti v obliki novih kemičnih snovi, ki bi se lahko uvedle na trg – tokrat je šlo verjetno za povečanje ali spremembo učinkov MDMA (ekstazija). Na takšno novost se je treba odzvati, ker ni znano, če lahko te snovi povzročijo hujše zdravstvene težave. Zato pomeni sistem zgodnjega opozarjanja, uveden s sklepom Sveta, pomemben mehanizem, ki posega v proces, v katerem zdravje mladih Evropejcev ogrožajo tisti, ki ustvarjajo dobiček z izogibanjem obstoječim mehanizmom za nadzor drog.



## Poglavje 1

### Politike in zakoni

#### Nacionalne strategije boja proti drogam

V poročevalnem obdobju je nacionalne strategije boja proti drogam in akcijske načrte sprejelo pet držav (tabela 1). Latvija je nacionalno strategijo boja proti drogam sprejela prvič, in sicer za obdobje 2005–2008, medtem ko so Češka, Španija, Luksemburg in Romunija sprejeli nove nacionalne strategije in načrte boja proti drogam.

Poleg tega je Finska sprejela strategijo boja proti drogam za upravljanje zaporov (2005–2006), Združeno Kraljestvo pa je v sporazumih o opravljanju javnih storitev (Public Service Agreements (PSAs)) določilo nove cilje na področju politike drog, s katerimi naj bi zmanjšali škodo, ki jo prepovedane droge povzročajo posameznikom, njihovim družinam in skupnosti.

V poročevalnem obdobju so nacionalne strategije boja proti drogam pripravljali v Italiji, Avstriji, na Poljskem, Portugalskem, Švedskem in Norveškem (tabela 2).

Nekatere države, ki so nacionalne strategije boja proti drogam in akcijske načrte prvič izvedle že pred nekaj časa (od leta 1998 dalje), zdaj preoblikujejo svoje strategije ali načrte, pri čemer večjo pozornost posvečajo določitvi jasnejših in lažje uresničljivih ciljev. Luksemburg na primer poroča, da je njegov novi akcijski načrt za obdobje 2005–

**Tabela 1: Države, ki so v letu 2005 sprejele nove strategije boja proti drogam**

Država	Dokument	Obdobje
Češka	Nacionalna strategija boja proti drogam	2005–2009
	Akcijski načrt	2005–2006
Španija	Akcijski načrt	2005–2008
Latvija	Nacionalna strategija boja proti drogam	2005–2008
Luksemburg	Nacionalna strategija in akcijski načrt boja proti drogam	2005–2009
Romunija	Nacionalna strategija boja proti drogam	2005–2012

**Tabela 2: Države, ki so v letu 2005 pripravljale strategije boja proti drogam**

Država	Dokument	Obdobje
Italija	Akcijski načrt	2004–2008
Avstrija	Nacionalna strategija boja proti drogam	
Portugalska	Nacionalni strateški in akcijski načrt	2005–2008
Švedska	Akcijski načrt	
Norveška	Akcijski načrt	

2009 preprost, jasno strukturiran in usmerjen v rezultate, da določa cilje za ukrepe, opredeljuje odgovornosti in določa proračune, pričakovane rezultate ter roke za rezultate in vrednotenje. V Belgiji so javni zdravstveni organi francoske skupnosti in Valonske regije imenovali skupino strokovnjakov, ki naj bi izdelala „uskladen načrt za preprečevanje, pomoč in oskrbo pri zasvojenosti z drogami“. Skupina je priporočila, da „bi morale vlade jasneje opredeliti prednostne naloge in cilje“, da „bi bilo treba jasno opredeliti osnovna načela skupne politike na področju drog“ in da „bi bilo treba opredeliti kronologijo izbranih strategij“. Akcijski načrt Češke za obdobje 2005–2006 gre v podobni smeri, saj opredeljuje konkretne cilje in dejavnosti, potrebne za njihovo uresničitev, ter določa odgovornosti posameznih ministrstev in pogoje ter kazalce izpolnitve za vsako področje.

#### Vrednotenje nacionalnih strategij boja proti drogam

Mnoge evropske države samodejno obnavljajo svoje nacionalne strategije boja proti drogam, s čimer sprožijo ciklični proces, v katerem rezultati prejšnje strategije ali njena ocena pomenijo pomemben prispevek k naslednji strategiji (EMCDDA, 2004a).

Leta 2005 so o takem procesu poročali Irska, Luksemburg, Madžarska in Romunija. Izvajanje madžarske strategije za boj proti problemu drog je ovrednotil nizozemski Inštitut Trimbos, kar je bilo prvič, da so strategijo boja proti drogam neke države ocenili tuji strokovnjaki. Vrednotenje

je bilo osredotočeno na vmesne rezultate strategije boja proti drogam, pripeljalo pa je do vrste priporočil glede prihodnjih strategij in glede tega, kako bi lahko okrepili strukturo usklajevanja na področju politike drog. Obstajajo podobnosti z vrednotenjem portugalske nacionalne strategije boja proti drogam za leto 1999 in akcijskega načrta za obdobje 2001–2004, ki so ga leta 2004 opravili zunanji ocenjevalci portugalskega Nacionalnega inštituta za javno upravo in notranji ocenjevalci Inštituta za droge in odvisnost od drog (IDT). Madžarska in Portugalska sta prvi državi, ki sta zaprosili za zunanjo oceno svojih nacionalnih strategij boja proti drogam.

Leta 2005 je bilo na podlagi vmesnega pregleda irske strategije boja proti drogam za obdobje 2001–2008, ki je temeljil na postopku javnega posvetovanja ter analizi ključnih nacionalnih podatkov in podatkov EU, priporočena „preusmeritev“ prednostnih nalog, ki naj bi obravnavale pojavljajoče se trende pri zdravljenju, uživanju več drog, uživanju kokaina ter širjenju virusa HIV in hepatitisa C, ter „poživitev“ uvedbe in izvajanja različnih ključnih ukrepov v preostalem obdobju strategije. V Romuniji je bila nacionalna strategija boja proti drogam za obdobje 2003–2004 ovrednotena s sodelovanjem vseh državnih ustanov, vključenih na področje drog, ugotovitve pa so bile podlaga za novo nacionalno strategijo boja proti drogam za obdobje 2005–2012. V Luksemburgu je bilo 87 % ukrepov, določenih v nacionalnem akcijskem načrtu boja proti drogam za obdobje 2000–2004, izvedenih v določenih rokih. Poročali so, da so za zamudo ukrepov, ki niso bili uvedeni (npr. program razdeljevanja heroína), krivi predvsem politični razlogi. Ukrepi, ki še niso bili izvedeni, so bili vključeni v nov akcijski načrt.

Poleg tega poročila v zadnjem letu kažejo, da so nacionalne strategije boja proti drogam začele kazati vidne učinke. Čeprav še ni mogoče dokončno reči, da so bili splošni cilji zmanjšanja povpraševanja in ponudbe doseženi, pa ni dvoma, da so nacionalne strategije boja proti drogam dosegle posebne in pomembne cilje.

Ocena portugalske strategije boja proti drogam, sprejete leta 1999, ji pripisuje povečanje razpoložljivosti zdravljenja odvisnosti od drog, zmanjšanje števila smrtnih primerov zaradi uživanja drog in razširjenosti okužbe z virusom HIV ter večje število policijskih poročil o prometu s prepovedanimi drogami. Po drugi strani pa je tudi ugotovila, da se starost, pri kateri osebe prvič poskusijo droge, znižuje in da se povečuje število smrtnih primerov, povezanih z uživanjem drugih snovi, ne samo opioidov. Ocena španske nacionalne strategije (2003), ki sicer priznava, da cilj zmanjšanja uživanja drog ni bil dosežen, razkriva, da so bili doseženi dobri rezultati na področjih pomoči in zmanjševanja škode ter zadovoljivi rezultati na drugih področjih, kot so raziskave

in izobraževanje, mednarodno sodelovanje in zmanjšanje ponudbe. Poleg tega je Ministrstvo za zdravje in potrošniške zadeve odobrilo akcijski načrt za obdobje 2005–2008 za zagotovitev sredstev in izvedbo pobud za pospešitev in poživitev nacionalne strategije boja proti drogam. V Grčiji je nacionalni akcijski načrt za obdobje 2002–2006 prinesel več vrst razpoložljivih programov zdravljenja in povečal njihovo pokritost.

Na Švedskem so se na podlagi akcijskega načrta za droge za obdobje 2002–2005 droge pomaknile višje na lestvici političnih prednostnih nalog na lokalni, regionalni in nacionalni ravni. Večina občin na Švedskem ima danes določeno obliko akcijskega načrta za droge, večja pozornost pa se posveča tudi usklajevanju in sodelovanju med interesnimi skupinami na področju drog, kar prinaša izboljšave na teh področjih. Dosežen je bil tudi napredek glede vrst in dostopnosti razpoložljivega zdravljenja za odvisnike od drog. V Združenem kraljestvu je ocenjevalna komisija, ki je sicer priznala napredek pri zdravljenju odvisnosti od drog, predlagala, da bi se dalo načine za reintegracijo in rehabilitacijo uživalcev drog, kot so nastanitev, socialno varstvo in druge podporne storitve, še izboljšati. V prihodnosti se bo uspeh vlade pri uresničevanju ciljev strategije boja proti drogam ocenjeval na podlagi ciljev, določenih v sporazumih o opravljanju javnih storitev, in z indeksom škode zaradi drog (Drug Harm Index, DHI), ki bo ocenil škodo zaradi problematičnega uživanja katere koli prepovedane droge.

Vrednotenje je v novo sprejetih nacionalnih strategijah boja proti drogam opredeljeno kot ključni element. V Latviji bo Svet za usklajevanje nadzora nad drogami in omejitve zasvojenosti z drogami vsako leto ovrednotil napredek pri izvajanju programa, v Luksemburgu pa bo končno zunanje vrednotenje rezultatov opravljeno leta 2009.

## Javni izdatki za boj proti drogam

Čeprav se izdatki pogosto merijo v različnih časovnih obdobjih in čeprav ne obstaja skupna opredelitev javnih izdatkov za boj proti drogam, razpoložljive ocene kažejo, da so se izdatki za boj proti drogam povečali v več državah, med drugim na Češkem, Danskem, v Luksemburgu, Avstriji in na Poljskem.

Med državami, ki so poročale o izdatkih za boj proti drogam za leto 2004, so Češka (11 milijonov EUR), Španija (302 do 325 milijonov EUR), Ciper (2,8 milijona EUR), Poljska (51 milijonov EUR) in Norveška (46 milijonov EUR). Dve državi sta poročali o bolj nedavnih izdatkih, predvidenih v proračunu za boj proti drogam: Luksemburg (6 milijonov EUR v letu 2005) in Združeno kraljestvo (2 milijardi EUR v letih 2004/05).

Slovaška ocenjuje, da so skupni javni odhodki na področju drog leta 2004 znašali 14,5 milijona EUR, od česar je bilo približno 8,4 milijona EUR namenjenih za kazenski pregon in 6,1 milijona EUR za socialno in zdravstveno varstvo.

Na Švedskem se ocenjuje, da so odhodki na področju politike drog leta 2002 znašali približno 0,9 milijarde EUR (nižja ocena 0,5 milijarde EUR, višja ocena 1,2 milijarde EUR). Primerjava ocen iz leta 2002 s številkami za leto 1991 kaže, da so se javni izdatki na področju politike drog precej povečali.

Na Irskem vmesni pregled nacionalne strategije boja proti drogam, objavljen junija 2005, priznava, da je „merilo izdatkov bistvenega pomena za oceno stroškovne učinkovitosti različnih elementov strategije“, zato se bo v kratkem začelo delo za oceno izdatkov za policijo. Na Portugalskem Inštitut za droge in odvisnost od drog (IDT) financira raziskavo za razvoj in preskus modela za oceno stroškov zlorabe drog, v Belgiji pa se je konec leta 2005 začelo nadaljevanje študije o javnih izdatkih iz leta 2004. Ti zanimivi podatki, čeprav redki, kažejo, da so raziskave o izdatkih za boj proti drogam vse bolj pomemben del političnih nalog nekaterih držav članic.

## Pravni razvoj in razvoj politik v EU

### Akcijski načrti

Na ravni EU dva akcijska načrta, sprejeta leta 2005, neposredno ali posredno vzpostavljata nov referenčni okvir za razvoj politike EU na področju drog v naslednjih nekaj letih. Najprej je Svet, potem ko je preučil predlog Komisije iz februarja 2005 in v celoti upošteval končno oceno strategije EU na področju drog in akcijski načrt EU (2000–2004), junija 2005 potrdil akcijski načrt EU na področju drog za obdobje 2005–2008. Novi akcijski načrt sledi strukturi in ciljem strategije EU na področju drog za obdobje 2005–2012 ter navaja približno sto posebnih ukrepov, ki naj bi jih EU in njene države članice izvedle do konca leta 2008.

Vrednotenje je pomemben del novega akcijskega načrta EU na področju drog. Zasnovano je kot stalen, inkrementalen in participativen postopek. Stalen je, ker bo Evropska komisija s podporo Centra in Europolu predložila letne preglede napredka. Vrednotenje bo tudi inkrementalno, ker bo vsak letni pregled napredka umestil rezultate zadnjega leta v okvir predhodnega leta. Nazadnje bo postopek participativen, ker bo vključeval usmerjevalno skupino za vrednotenje, ki bo zadolžena za opredelitev metodologije, rezultatov in začasnega časovnega razporeda. Kot pri

vrednotenju akcijskega načrta EU (2000–2004) bodo usmerjevalno skupino sestavljali predstavniki ustreznih služb Komisije, Centra in Europolu ter predstavniki držav članic. Organizirane bodo tudi posvetovalne obravnave za predstavnike civilne družbe. Ob koncu akcijskega načrta na področju drog za obdobje 2005–2008 bo prvič na evropski ravni izvedena presoja vplivov, na podlagi katere bi lahko predlagali nov akcijski načrt za obdobje 2009–2012. Končno vrednotenje strategije in akcijskih načrtov bo nato opravila Komisija leta 2012.

Akcijski načrt EU na področju drog je tudi sestavni del akcijskega načrta za izvajanje Haaškega programa, ki določa cilje na področju svobode, varnosti in pravice v Evropski uniji v obdobju 2005–2010. Ta akcijski načrt je predložila Komisija maja 2005, odobril pa ga je Svet junija 2005.

Akcijski načrt EU za obdobje 2005–2008 izraža uravnotežen pristop EU k pojavu drog, tj. izčrpen večdisciplinaren pristop, ki vprašanje obravnava z vseh vidikov: usklajevanje, zmanjševanje povpraševanja, zmanjševanje ponudbe, mednarodno sodelovanje, obveščanje, raziskave in vrednotenje.

### Zmanjšanje ponudbe drog

V veljavo sta 18. avgusta 2005 stopili dve leta 2004 sprejeti uredbi ES o predhodnih sestavinah, ki podrobno opisujeta dve pomembni dejavnosti na področju zmanjševanja ponudbe drog v EU. Nadzor nad kemičnimi predhodnimi sestavinami je pomemben vidik zmanjševanja ponudbe drog, saj so te sestavine nepogrešljive pri proizvodnji drog. EU na tem področju pozna dve obliki ukrepov: prvič, ureditev trgovine z nekaterimi snovmi med EU in tretjimi državami, in drugič, ureditev znotraj notranjega trga.

Prva uredba, ki je bila sprejeta leta 1990 za izpolnjevanje določbe člena 12 Konvencije Združenih narodov proti nedovoljenemu prometu s prepovedanimi drogami in psihotropnimi snovmi iz leta 1988 o nadzoru nad predhodnimi sestavinami, je določila ukrepe, ki jih je treba sprejeti za preprečevanje zlorabe nekaterih snovi za nezakonito proizvodnjo drog in drugih psihotropnih snovi <sup>(1)</sup>. Decembra 2004 jo je nadomestila nova uredba, ki je razširila okvir področja uporabe tudi na preprečevanje proizvodnje sintetičnih drog <sup>(2)</sup>.

Direktiva Sveta <sup>(3)</sup>, izdana dve leti pozneje, tj. leta 1992, je dopolnila sistem in določila ustrezne ureditve na notranjem trgu (izdelava in dajanje na trg nekaterih snovi, ki se

<sup>(1)</sup> Uredba Sveta (ES) št. 3677/90 z dne 13. decembra 1990, UL L 357, 20.12.1990, str. 1.

<sup>(2)</sup> Uredba Sveta (ES) št. 111/2005 z dne 22. decembra 2004, UL L 22, 26.1.2005, str. 1.

<sup>(3)</sup> Direktiva Sveta (EGS) št. 109/92 z dne 14. decembra 1992, UL L 370, 19.12.1992, str. 76.

uporabljajo za nezakonito proizvodnjo drog in psihotropnih snovi), vključno z nadzornimi ukrepi. Nadomestila jo je nova uredba, ki je bila sprejeta 11. februarja 2004 <sup>(4)</sup>. Zaradi širitve EU so se zakonodajalci Skupnosti odločili, da bodo direktivo iz leta 1992 nadomestili z uredbo, saj bi „vsaka sprememba navedene direktive in njenih prilog sprožila nacionalne izvedbene ukrepe v 25 državah članicah“. Novi instrument določa usklajene ukrepe znotraj Skupnosti za nadzor in spremljanje nekaterih snovi, pogosto uporabljenih za nezakonito proizvodnjo prepovedanih drog, ali psihotropnih snovi zaradi preprečevanja preusmerjanja teh snovi. Zlasti obvezuje države članice, da sprejmejo potrebne ukrepe, s katerimi svojim pristojnim organom omogočijo izvajanje nadzora in spremljanja. Poleg tega je 18. avgusta 2005 <sup>(5)</sup> začela veljati uredba o pravilih za izvajanje teh dveh uredb.

Ti ukrepi na področju nadzora predhodnih sestavin dopolnjujejo drug del pomembnih dejavnosti EU na področju zmanjševanja ponudbe. S tem ko je EU izkoristila nove priložnosti, zagotovljene z Maastrichtsko pogodbo, je razvila pravni okvir za boj proti prometu s prepovedanimi drogami in izboljšanje sodelovanja na področju kazenskega pregona. V letih 1995–1996 je bilo na tem področju sprejetih več skupnih ukrepov, nedavno pa sta bila sprejeta okvirni sklep za uskladitev minimalnih kazni za promet s prepovedanimi drogami in sklep o novih psihoaktivnih snoveh (glej „Ukrepi v zvezi z novimi drogami“, str. 53).

Poleg teh pravnih instrumentov je bil sprejet in izveden program policijskega in pravosodnega sodelovanja v kazenskih zadevah. Agis je okvirni program, ki naj bi pomagal policiji, drugim ustreznim organom in sodstvu iz držav članic EU in držav kandidatk sodelovati v kazenskih zadevah v boju proti kriminalu. Od leta 2003 je pomagal pri financiranju mnogih projektov. Mednarodno organizirana proizvodnja drog in promet z drogami ter preprečevanje zlorabe predhodnih sestavin so navedeni v okviru področij dejavnosti in posebnih tem delovnega programa in razpisa za zbiranje predlogov Agis za leto 2006 (ki se je zaključil januarja 2006).

## Pranje denarja in zaplemba premoženja

Tudi na področju pranja denarja in zaplembe so bile uvedene nekatere spremembe pravnih instrumentov. Direktiva 91/308 o preprečevanju uporabe finančnega sistema za pranje denarja <sup>(6)</sup>, ki je bila sprejeta leta 1991 na pravni podlagi, povezani z notranjim trgovom, in spremenjena leta 2001, je poskušala uskladiti zakonodajo na tem področju med državami članicami. Eden od razlogov za sprejetje te direktive je bil namen preprečiti, da bi države članice

zaradi odsotnosti ukrepov Evropske skupnosti zoper pranje denarja sprejele protekcionistične ukrepe, ki bi lahko zadržali vzpostavitev in dokončno oblikovanje notranjega trga. Junija 2004 je Komisija predlagala novo direktivo, katere namen bi bil enak, vendar bi vključevala še financiranje terorizma. Omejitvev področja uporabe direktive na premoženjske koristi iz prometa s prepovedanimi drogami naj bi bila preveč ozka, zato je Komisija predlagala, da se razširi obseg kaznivih dejanj, ki jih zajema. Nova direktiva, sprejeta oktobra 2005, natančno opredeljuje huda kazniva dejanja in zajema pranje premoženjskih koristi iz takih dejanj, vključno s financiranjem terorističnih dejavnosti.

Svet je 24. februarja 2005 sprejel tudi Okvirni sklep o „zaplembi premoženjske koristi, pripomočkov in premoženja, ki so povezani s kaznivimi dejanji“. Njegov cilj je zagotoviti, da imajo vse države članice učinkovita pravila, ki urejajo zaplembo pripomočkov za kazniva dejanja in premoženjskih koristi, pridobljenih s kaznivimi dejanji, za katere je zagrožena kazen odvzema prostosti več kot eno leto. Zakonodajalca EU na tem področju je obstajala že prej, vendar je veljala za nezadostno. Ta novi okvirni sklep si prizadeva doseči učinkovito čezmejno sodelovanje glede zaplembe. Mehanizem zaplembe je razširjen na drugo premoženje, povezano s kaznivimi dejanji, če je bilo kaznivo dejanje storjeno v okviru kriminalne organizacije in če je kaznivo dejanje zajeto v enega od več drugih okvirnih sklepov EU. Med temi je Okvirni sklep 2004/757/PNZ, ki opredeljuje minimalne določbe glede elementov kaznivih dejanj in kazni na področju nedovoljenega prometa s prepovedanimi drogami. Države članice bodo sprejele potrebne ukrepe za uskladitev s tem okvirnim sklepom do 15. marca 2007.

## Javno zdravje

Zmanjševanje povpraševanja je sestavni del Evropskega uravnoveženega pristopa k drogam. Evropska komisija je leta 2005 v okviru izvajanja Programa ukrepov Skupnosti na področju javnega zdravja 2003–2008 za financiranje izbrala nekaj projektov, povezanih z drogami, s ciljem „krepitve zdravja in preprečevanja bolezni z obravnavo dejavnikov zdravja v vseh politikah in dejavnostih“. Prvi projekt, ki naj bi ga financirala na področju boja proti drogam, imenovan EU-Dap 2, je ocena učinkovitosti šolskega preventivnega programa EU-Dap, katerega cilj je dolgoročno zmanjšati uživanje tobaka, alkohola in drog. Cilj drugega projekta, imenovanega IATPAD, je izboljšati dostop do zdravljenja za ljudi s težavami, povezanimi z alkoholom in drogami. Med drugimi horizontalnimi projekti so projekti, katerih cilj je preprečevanje zlorabe drog in ki bi

<sup>(4)</sup> Uredba (ES) št. 273/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 11. februarja 2004, ULL 47, 18.2.2004, str. 1.

<sup>(5)</sup> Uredba Komisije (ES) št. 1277/2005 z dne 27. julija 2005, UL L 202, 3.8.2005, str. 7.

<sup>(6)</sup> Direktiva Sveta 91/308/EGS z dne 10. junija 1991 o preprečevanju uporabe finančnega sistema za pranje denarja. ULL 166, 28.6.1991, str. 77–83.

jih prav tako bilo treba sofinancirati, na primer „PEER-Drive clean!“, inovativen projekt, ki je namenjen mladim med 18. in 24. letom starosti in katerega cilj je preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola ali drog. Ti projekti so bili izbrani za financiranje in bi morali biti deležni sofinanciranja, če bodo postopki pogajanj z Evropsko komisijo uspešni in bo podpisan sporazum o donaciji (?).

## Uredba o Centru

Komisija je 31. avgusta 2005 sprejela nov predlog za preoblikovanje Uredbe o ustanovitvi Centra. Nova uredba je zaradi novih nalog, ki jih opredeljuje, pomemben instrument za olajšanje dela Centra. Omogoča mu zlasti, da upošteva nove vzorce uživanja drog ter nastajajoče trende uživanja več drog, vključno s kombiniranim uživanjem dovoljenih in nedovoljenih psihoaktivnih snovi, da razvija orodja in instrumente, s katerimi bo državam članicam in EU pomagal pri spremljanju in ocenjevanju njihovih politik in strategij na področju drog, in da sodeluje z državami, ki niso članice EU, kot so kandidatke za pristop k EU ali države zahodnega Balkana. Vsebuje tudi več sprememb v zvezi z znanstvenim odborom in upravnim odborom. Na podlagi člena 152 PES morata to besedilo zdaj sprejeti Svet in Evropski parlament v skladu s postopkom soodločanja.

## Novo nacionalne zakonodaje

V poročevalnem obdobju je nekaj držav bistveno spremenilo svojo zakonodajo na področju drog glede kaznivih dejanj ter kazni za posedovanje drog in promet z njimi.

V Romuniji sta nov zakon in nov kazenski zakonik uvedla razlike med kaznivimi dejanji in prekrški (prekrški se zdaj kaznujejo v glavnem z družbeno koristnim delom in denarnimi kaznimi v dnevni zneskih, katerih višina se določi glede na dnevni zaslužek obojane osebe), med uživalci in odvisniki ter med drogami z nizkim tveganjem in drogami z visokim tveganjem. Za kršitve zakonov o drogah se zdaj lahko uporabita oprostitve kazni in preložitve izvršitve kazni. Zdravljenje odvisnikov zdaj lahko poteka prek programa integrirane pomoči, nadzoruje pa ga vodja primera. Zvišale so se zaporne kazni za kazniva dejanja, povezana z zagotavljanjem prostora za uživanje drog, dopuščanjem uživanja drog v takem prostoru ali spodbujanjem uživanja drog. Kazni so se povečale tudi za nezakonito dajanje drog z visokim tveganjem osebi ali za dobavo toksičnih kemičnih inhalantov mladoletni osebi.

V Belgiji je bil junija 2004 odobren nov Zakon o nadzoru drog in predhodnih sestavin. Zakon določa naloge državnih organov pri nadzoru regulativnih postopkov za droge, izvajanju ukrepov zoper zlorabo drog in promet z drogami

ter raziskavah. Z dopolnilno spremembo je bila odpravljena oprostitve odvisnikov kazenske odgovornosti, če so jih zalotili pri posedovanju enega samega odmerka (obravnavano v nadaljevanju).

Na Slovaškem nov kazenski zakonik ponovno opredeljuje kazniva dejanja posedovanja drog za osebno uporabo in promet z njimi. V nasprotju s predhodnim kaznivim dejanjem posedovanja za lastno uporabo (opredeljeno kot posedovanje enega samega odmerka) razdelek 171 določa dve kaznivi dejanji posedovanja za lastno uporabo, odvisno od števila odmerkov (za podrobnosti glej nadaljevanje). Za ti kaznivi dejanji se lahko izrečeta tudi dve novi kazni: nadzorovan hišni pripor ali družbeno koristno delo. Posedovanje več kot 10 odmerkov je treba obravnavati na podlagi razdelka 172, ki glede na oteževalne okoliščine, določa zaporne kazni od 4 let do dosmrtno zaporne kazni. Poleg tega se je s 15 na 14 let znižala tudi starostna meja kazenske odgovornosti.

V Litvi posedovanja drog z namenom njihove prodaje ni več mogoče kaznovati z do 90 dnevi v policijskih celicah. Za to kaznivo dejanje je zdaj zagrožena mnogo hujša minimalna kazen, tj. zaporna kazen, čeprav je bila minimalna kazen znižana s 5 let na 2 leti. Najvišja kazen za krajo velike količine drog ali kraje, ki jih opravijo organizirane skupine, je bila podaljšana na 15 let.

V Italiji so bile z nedavnimi spremembami zakonodaje (februarja 2006) droge prerazporejene v dve glavni skupini namesto v predhodnih šest skupin (vse snovi, ki se ne uporabljajo v terapevtske namene, so združene, pri čemer je popolnoma odpravljen pojem trdih in mehkih drog). Opredeljena je bila meja med osebno uporabo in trgovanjem, revidirane so bile kazni, med katere spadata zdaj tudi hišni pripor in družbeno koristno delo, povečan pa je bil dostop do alternativ zaporu. Poleg tega imajo zdaj vsi uživalci drog pravico, da svobodno izberejo vrsto in lokacijo zdravljenja, ki so ga deležni, in ustanovo, ki potrdi njihov status odvisnika od drog, tj. storitve, ki jih ne opravlja več izključno javni sektor.

V Združenem kraljestvu je bila z Zakonom o drogah iz leta 2005 sprejeta vrsta pomembnih sprememb nacionalne zakonodaje, med drugim tudi pojasnilo o razvrstitvi gob, ki vsebujejo psilocin in psilocibin, med droge razreda A, domnevanje o namenu oskrbe, kadar se odkrije določena količina nadzorovanih drog, dovoljenje, da policija storilce kaznivih dejanj, povezanih z drogami, testira ob aretaciji namesto ob obtožbi, zahteva, da se pri vseh osebah s pozitivnimi rezultati testiranja, opravi tudi ocena uživanja drog, in zahteva za sodišča, da pri določitvi kazni upoštevajo oteževalne okoliščine (kot je dobava drog v bližini šol).

(?) Za več informacij glej [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm)



Sodišča lahko osebe, ki pogoltnejo paketke z drogami, pošljejo nazaj v policijski pripor do 8 dni (prej 4 dni), sodišče ali porota pa lahko zdaj sklepa na podlagi tega, ali oseba brez utemeljenega razloga zavrne intimen ali podroben telesni pregled.

Na splošno v Evropi obstaja težnja za zmanjšanje ali odpravo zapornih kazni za kazniva dejanja osebne uporabe in hkrati težnja za zvišanje kazni za kazniva dejanja, povezana z dobavo drog <sup>(8)</sup>.

## Količine

V poročevalnem obdobju je več držav sprejelo zakone o mejnih količinah drog.

Ko je ustavno sodišče v Belgiji razveljavilo člen 16 zakona iz leta 2003, nova skupna direktiva ministra za pravosodje in državnih tožilcev obravnava kršitve v zvezi s konopljo. Direktiva navaja, da bi morala policija, če ne obstajajo oteževalne okoliščine, odraslo osebo, ki poseduje majhne količine konoplje za osebno uporabo (največ tri grame ali ena rastlina), samo zapisati.

V slovaškem novem kazenskem zakoniku o kaznivih dejanjih v zvezi z drogami ima količina osrednji pomen. V razdelku 171 sta opredeljeni dve kaznivi dejanji posedovanja za lastno uporabo: za posedovanje največ treh odmerkov je zagrožena zaporna kazen do 3 let, medtem ko se za posedovanje „večje količine“ (največ 10 odmerkov) lahko odredi zaporna kazen do 5 let. Posedovanje večjih količin od zgoraj navedenih je treba obravnavati na podlagi razdelka 172. Ta določa zaporno kazen od 4 do 10 let, če ne obstajajo oteževalni dejavniki, in zaporne kazni od 10 do 15 let za posedovanje večje količine (z vrednostjo, ki na črnem trgu več kot desetkrat presega „osnovni“ znesek 8 000 Skk – približno 200 EUR), 15 do 20 let za posedovanje precejšnje količine (z vrednostjo, ki na črnem trgu več kot stokrat presega „osnovni“ znesek) in 20 do 25 let ali dosmrtno zaporno kazen za posedovanje obsežne količine (z vrednostjo, ki na črnem trgu več kot petstokrat presega „osnovni“ znesek).

Od leta 2002 do 2005 so na inštitutu Maxa Plancka v Nemčiji opravili oceno razdelka 31a nemškega Zakona o prepovedanih drogah, ki v določenih okoliščinah omogoča, da se kaznivo dejanje posedovanja „neznatnih količin“ drog oprosti kazenskega pregona. Ocena je pokazala, da se izvajanje razdelka 31a Zakona v praksi v 16 nemških deželah zelo razlikuje, tudi zaradi različnih razlag pojma „neznatni“ (Schäfer in Paoli, 2006). Marca

2005 je dežela Berlin sprejela revizijo svojih „Smernic o konoplji“, v skladu s katerimi se posedovanje do 10 gramov konoplje ne preganja kazensko, če so izpolnjeni določeni pogoji. Ta količina se lahko v posameznih primerih zviša do 15 gramov.

Litovski minister za zdravje je spremenil priporočila glede tega, kaj šteje za majhno, veliko in zelo veliko količino prepovedanih drog in psihotropnih snovi, in ponovno opredelil te količine. Zakon o drogah iz leta 2005 Združenega kraljestva zdaj ustvarja domnevo o namenu oskrbe, kadar se odkrije določena količina nadzorovanih drog, pri čemer so te količine opredeljene v predpisih iz pomladi 2006.

V Bolgariji Zakon o spremembi in dopolnitvi kazenskega zakonika (novi SG 26/04) razveljavlja razdelek 354a (3), ki je odvisnike oproščal kazenske odgovornosti, če so jih zalotili z enkratnim odmerkom. Razlogi, navedeni za uvedbo tega ukrepa, so bile težave pri opredelitvi količine enkratnega odmerka in dokazi, da se je oprostitve zlorabljala na sodiščih v korist preprodajalcev drog.

V Italiji so bile, potem ko so bile omejitve količin leta 1993 odpravljene, s spremembami, uvedenimi februarja 2006 določene nove omejitve količin, ki opredeljujejo mejo med osebno uporabo in prometom z drogami, in sicer glede na količino aktivne učinkovine v drogi. Omejitve so navedene v posebnem odloku ministra za zdravje iz aprila 2006.

Kot je pokazala že raziskava Evropske pravne zbirke podatkov o drogah (ELDD) <sup>(9)</sup>, je količina v zakonih o drogah različno pomembna. V nekaterih državah (npr. na Slovaškem) so količine, ki razmejujejo kazniva dejanja, strogo opredeljene, medtem ko so v drugih (npr. v Združenem kraljestvu) količine le smernice, na podlagi katerih se ustvari ovrgljiva domneva o namenu. Na podlagi količin se lahko razlikujejo tudi kazniva dejanja (npr. posedovanje ali ponudba) ali določijo kazni za isto kaznivo dejanje. Čeprav mnoge države v svojih zakonih navajajo količino, je ta lahko opredeljena različno (teža, vrednost) ali pa sploh ne. Zadnji očitno nasprotujoči si ukrepi Italije in Bolgarije še naprej kažejo samo to, da o tem vprašanju ni jasnega evropskega soglasja.

## Statistika o kaznovanju

Spremljanje kazni, izrečenih storilcem kaznivih dejanj, povezanih z drogami, je bilo obravnavano ali izvedeno v več državah in v nekaterih primerih so bili na podlagi rezultatov že sprejeti ukrepi.

<sup>(8)</sup> Glej letno poročilo za leto 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/sl/page013-sl.html>). Glej tudi „Illicit Drug use in the EU: legislative approaches“ (Nezakonito uživanje drog v EU: zakonodajni pristopi), tematski dokument Centra (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

<sup>(9)</sup> Glej uradno poročilo ELDD „The role of the quantity in the prosecution of drug offences“ (Vloga količine pri kazenskem pregonu kaznivih dejanj na področju drog) in tabelo 1 v tematskem dokumentu Centra „Illicit Drug use in the EU: legislative approaches“ (Nezakonito uživanje drog v EU: zakonodajni pristopi) (oba na voljo na <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).



Na Irskem je bila odobrena ustanovitev osrednje enote za statistiko o kriminalu za spremljanje statistike o aretacijah, kazenskih pregonih in naravi izrečenih kazni v skladu z nacionalno strategijo boja proti drogam.

Nemški Zakon o prepovedanih drogah tožilcu dovoljuje, da v določenih okoliščinah brez odobritve sodišča prekine postopek, sprožen zaradi posedovanja drog. Kljub priporočilom in smernicam o drogah se predpisi med deželami zelo razlikujejo. Zgoraj navedena študija o teh razlikah, ki je bila opravljena za ministrstvo za zdravje, je preučila kazni v več kot 1 800 primerih v šestih različnih deželah (Schäfer in Paoli, 2006).

V nekaterih provincah v Avstriji so poskusili standardizirati izvajanje razdelkov 12 in 35(4) Zakona o prepovedanih drogah, ki opredeljujeta poenostavljene postopke za opustitev prijave policiji v primeru nakupa ali posedovanja majhnih količin konoplje. Drugi statistični podatki o kaznovanju so pokazali, da se je število opustitev prijav kot zakonskih alternativ za kaznovanje leta 2004 povečalo, čeprav se je število prijav policiji in obsodb dodatno povečalo, medtem ko je število ustavljenih postopkov rahlo upadlo.

V Romuniji je bila preučena statistika o izrečenih kaznih sodišča, da bi spremljali uspeh socialne reintegracije uživalcev drog, vpletenih tudi v druga kazniva dejanja, ne samo uživanje drog. V večini primerov je bila kazen izrečena v obliki odloga kazni pod nadzorom. Od leta 2004 se opaža, da sodišča manjkrat odredijo obvezno zdravljenje, kar dejansko zmanjšuje vpletenost služb za pogojne obsodbe in s tem njihov prispevek k socialni rehabilitaciji uživalcev drog.

Statistika o kaznovanju ali izogibanju kaznovanju da veliko bolj natančno sliko izvajanja politike države na področju drog kot pa besedilo zakonov (glej EMCDDA, 2002a). Čeprav vse države članice ne zbirajo izčrpnih statističnih podatkov o kaznovanju, v nasprotju s statistiko o aretacijah, pa so začele poročati o večjem interesu za spremljanje tega izvajanja, kar je v skladu s trendom vrednotenja instrumentov politike <sup>(10)</sup>. Vprašanje zbiranja in analize statistike o kaznovanju je bilo obravnavano na sestanku strokovnjakov Centra leta 2006.

## Z drogo povezani kriminal

Ukrep 25.1 akcijskega načrta EU na področju drog za obdobje 2005–2008 predvideva, da bo Svet do leta 2007 sprejel skupno opredelitev „z drogo povezanega kriminala“ na podlagi predloga Komisije, ki bo temeljil na obstoječih študijah, ki jih bo predložil Center.

Čeprav opredelitev z drogo povezanega kriminala v EU še ne obstaja, običajno pomeni kazniva dejanja, storjena pod vplivom drog, kazniva dejanja, storjena zaradi pridobitve denarja za uživanje drog, kazniva dejanja, storjena v okviru delovanja trgov s prepovedanimi drogami, ter kazniva dejanja, storjena v nasprotju z zakonodajami o drogah. Rutinski podatki so v EU na voljo samo za zadnjo vrsto kaznivih dejanj – kršitve zakonov o drogah.

Podatki o prvih treh vrstah so v EU redki ali nepopolni. Nekateri izhajajo iz priložnostnih lokalnih študij, iz katerih je težko ekstrapolirati, medtem ko se drugi nanašajo samo na določeno vrsto z drogo povezanega kriminala.

Podatki o „poročilih“ <sup>(11)</sup> o kršitvah zakonov o drogah so na voljo v vseh evropskih državah, analiziranih v tem poročilu. Odražajo razlike v nacionalnih zakonodajah, prav tako pa tudi različne načine uporabe in uveljavljanja 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 zadeva postopke prijavljanja in beleženja, tj. kaj se zabeleži, kdaj in kako. Ker te razlike precej otežujejo neposredne primerjave med državami EU <sup>(12)</sup>, je bolj primerno primerjati trende kot absolutne številke.

### Poročila o povezavi med drogami in kriminalom

V letu 2005 je bila na Češkem na regionalni policijski centrali že drugo leto zapored opravljena raziskava o kriminalu, povezanem z drogo. Ocenjeno je bilo, da so leta 2004 okrog 62 % kaznivih dejanj proizvodnje/razpečevanja drog, 25 % kaznivih dejanj goljufij, 21 % kaznivih dejanj, ki so vključevala nezakonito prisvojitve denarja/lastnine, in 20 % navadnih kraj zagrešili uživalci drog, da bi pridobili denar za lastno uživanje drog (češko nacionalno poročilo).

Raziskava, opravljena leta 2004 med 15- in 16-letniki na Finskem, je pokazala, da je približno 7 % uživalcev konoplje v zadnjem letu pridobilo denar za svoje uživanje drog nezakonito; več kot polovica jih je prodajala droge, preostali pa so predvsem kradli (Kivivuori et al., 2005, navedeno v finskem nacionalnem poročilu).

Na Irskem sta raziskavi, ki ju je leta 1996 in 2000/01 opravila raziskovalna enota Garda med vzorcem policiji znanih uživalcev drog, ocenila, da so bili uživalci drog odgovorni za 66 % odkritih kaznivih dejanj leta 1996 in za 28 % leta 2000/01 (Keogh, 1997; Furey in Browne, 2003, navedeno v irskem nacionalnem poročilu). Raziskava iz leta 2000/01 je razkrila, da so bili uživalci opioidov odgovorni za 23 % odkritih kaznivih dejanj tatvin in 37 % odkritih vlovov.

<sup>(10)</sup> Glej „Nacionalne politike: vrednotenje zakonov“ (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/sl/page021-sl.html>).

<sup>(11)</sup> Izraz „poročila“ o kršitvah zakonov o drogah je v narekovajih, ker opisuje različne pojme v različnih državah. Glede natančne opredelitve za vsako državo posebej si oglejte metodološke opombe o kršitvah zakonov o drogah v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(12)</sup> Glede popolnejše obravnave metodoloških vprašanj si oglejte metodološke opombe o kršitvah zakonov o drogah v Statističnem biltenu 2006.

V petletnem obdobju od leta 1999 do leta 2004 se je število „poročil“ o kršitvah zakonov o drogah na splošno povečalo v večini držav EU (dejansko v vseh državah poročevalkah, razen v Italiji in na Portugalskem, povečanja pa so bila še posebej opazna – dvakratno ali več – v Estoniji, Litvi<sup>(13)</sup>, na Madžarskem<sup>(14)</sup> in Poljskem). Leta 2004 je bil ta trend naraščanja potrjen v večini držav poročevalk<sup>(15)</sup>, čeprav je nekoliko držav poročalo o upadu v preteklem letu – Češka, Grčija, Latvija, Luksemburg, Portugalska, Slovenija (od leta 2001), Slovaška, Finska in Bolgarija<sup>(16)</sup>).

V večini držav članic EU je večina prijavljenih kršitev zakonov o drogah<sup>(17)</sup> povezanih z uživanjem drog ali posedovanjem za uživanje<sup>(18)</sup>, v razponu od 61 % vseh kršitev zakonov o drogah na Poljskem do 90 % v Avstriji leta 2004. Na Češkem, v Luksemburgu, na Nizozemskem in v Turčiji se večina prijavljenih kršitev zakonov o drogah nanaša na preprodajo ali trgovanje, v razponu od 48 % vseh kršitev zakonov o drogah v Luksemburgu do 93 % na Češkem.

V istem petletnem obdobju se je število kaznivih dejanj uživanja/posedovanja drog za uživanje na splošno povečalo v vseh državah poročevalkah, razen v Italiji, na Portugalskem, v Sloveniji, Bolgariji in Turčiji, ki so poročale o trendu upada<sup>(19)</sup>. Delež vseh kršitev zakonov o drogah, ki so ga predstavljale te kršitve, se je v tem obdobju prav tako povečal v večini držav poročevalk, čeprav je bila stopnja povečanja na splošno nizka, razen na Cipru, Poljskem in Finskem, kjer so poročali o izrazitejših trendih navzgor. Vendar pa je v Luksemburgu, na Portugalskem in v Turčiji delež kršitev, povezanih z uživanjem/posedovanjem drog za uživanje, na splošno padel<sup>(20)</sup>.

V večini držav članic je konoplja tista prepovedana droga, ki je najpogosteje predmet<sup>(21)</sup> prijavljenih kršitev zakonov o drogah<sup>(22)</sup>. V državah, v katerih ta trditev drži, so leta 2004 s konopljo povezane kršitve zajemale 34 do 87 % vseh kršitev zakonov o drogah. Na Češkem in v Litvi so prevladovale kršitve v zvezi z amfetamini, ki so predstavljale

50 % oziroma 31 % vseh kršitev zakonov o drogah, medtem ko je najpogosteje prijavljena snov v Luksemburgu kokain (43 % kršitev zakonov o drogah).

V obdobju 1999–2004 se je število „poročil“ o kršitvah zakonov o drogah, ki so vključevale konopljo, na splošno povečalo v večini držav poročevalk, medtem ko se je zmanjšalo v Italiji in Sloveniji<sup>(23)</sup>. V istem obdobju je delež kaznivih dejanj, ki vključujejo konopljo, narasel v Nemčiji, Španiji, Franciji, Litvi, Luksemburgu, na Portugalskem, v Združenem kraljestvu in v Bolgariji, medtem ko je na Irskem in Nizozemskem ostal nespremenjen in je upadel v Belgiji, Italiji, Avstriji, Sloveniji in na Švedskem<sup>(24)</sup>. Čeprav je v vseh državah poročevalkah (razen na Češkem in v Bolgariji in nekaj let v Belgiji) konoplja bolj prisotna v kaznivih dejanjih uživanja/posedovanja kot v drugih kršitvah zakonov o drogah, se je od leta 1999 delež kaznivih dejanj, povezanih z uživanjem konoplje, zmanjšal v več državah – na Cipru (2002–2004), v Italiji, Avstriji, Sloveniji in Turčiji (2002–2004) – in v zadnjem letu (2003–2004) padel v večini držav poročevalk, kar verjetno kaže na manjšo osredotočenost organov kazenskega pregona na uživalce konoplje v teh državah<sup>(25)</sup>.

V istem petletnem obdobju sta število „poročil“ in/ali delež kršitev zakonov o drogah, povezanih s heroinom, upadla v večini držav poročevalk, razen v Belgiji, Avstriji, Sloveniji in na Švedskem, ki so poročale o trendih navzgor v številu „poročil“, povezanih s heroinom<sup>(26)</sup>, in/ali deležu s heroinom povezanih kaznivih dejanj<sup>(27)</sup>.

Nasprotni trend je opaziti pri kaznivih dejanjih, povezanih s kokainom: kazniva dejanja, povezana s kokainom, so od leta 1999 narasla v večini držav članic tako v smislu števila „poročil“<sup>(28)</sup> kot v smislu deleža vseh z drogo povezanih kaznivih dejanj<sup>(29)</sup>. Bolgarija je edina država, ki poroča o upadu kaznivih dejanj, povezanih s kokainom (v številu „poročil“ in deležu z drogo povezanih kaznivih dejanj).

<sup>(13)</sup> Povečanje v Litvi je treba pripisati uvedbi novega kazenskega zakonika maja 2003.

<sup>(14)</sup> Povečanje na Madžarskem je treba pripisati predvsem spremembi kazenskega zakonika in kazenskega postopka.

<sup>(15)</sup> Podatki o „poročilih“ o kršitvah zakonov o drogah so bili za obdobje 1999–2004 na voljo v vseh državah (čeprav včasih ne za vsako leto), razen na Cipru, Slovaškem, v Bolgariji, Romuniji, Turčiji in na Norveškem; in za leto 2004 v vseh državah, razen na Irskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem.

<sup>(16)</sup> Glej tabelo DLO-1 in sliko DLO-1 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(17)</sup> Razčlenitve po vrsti kaznivega dejanja so bile na voljo v vseh državah (čeprav včasih ne za vsako leto med 1999 in 2004), razen na Danskem, v Estoniji, Latviji, Litvi, na Madžarskem, Slovaškem in v Romuniji.

<sup>(18)</sup> Glej tabelo DLO-2 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(19)</sup> Glej tabelo DLO-4 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(20)</sup> Glej tabelo DLO-5 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(21)</sup> Razčlenitve kršitev zakonov o drogah po snoveh so bile na voljo v vseh državah (čeprav včasih ne za vsako leto med letoma 1999 in 2004), razen na Danskem, v Estoniji, Latviji, na Madžarskem, Finskem, v Romuniji in na Norveškem.

<sup>(22)</sup> Glej tabelo DLO-3 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(23)</sup> Glej sliko DLO-2 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(24)</sup> Glej tabelo DLO-6 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(25)</sup> Glej sliko DLO-3 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(26)</sup> Glej sliko DLO-4 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(27)</sup> Glej tabelo DLO-7 v Statističnem biltnu 2006; opomniti je treba, da je na Švedskem delež s heroinom povezanih kaznivih dejanj v obdobju 1999–2003 upadel.

<sup>(28)</sup> Glej sliko DLO-5 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(29)</sup> Glej tabelo DLO-8 v Statističnem biltnu 2006.

**Evropske politike drog: ali segajo dlje od prepovedanih drog?, v Letnem poročilu Centra za 2006: izbrana vprašanja**

V Evropi začenja obseg politik drog zajemati več kot samo prepovedane droge in vključevati druge snovi, ki povzročajo odvisnost, ali celo tipe vedenja. To je mogoče zaslediti v politikah drog nekaterih držav članic in v strategijah EU za boj proti drogam. Raziskave vedno pogosteje obravnavajo vprašanje odvisnosti ali vedenj, ki povzročajo odvisnost, ne glede na zadevno snov. Izbrano vprašanje o povečani pozornosti, ki se posveča nacionalnim strategijam boja proti prepovedanim drogam, dokumentom politike za dovoljene snovi ali odvisnosti kot taki, je namenjeno predstavitvi prvega vpogleda v ta vedno bolj navzoč pojav v Evropski uniji.

Čeprav se strategije boja proti drogam ne nanašajo vedno na dovoljene droge in odvisnosti, izbrano vprašanje ugotavlja, da so preventivni programi in, v nekaterih državah tudi ukrepi zdravljenja, nanašajo tako na dovoljene kot na prepovedane droge, prednostna skupina pa so otroci in mladi. Zdi se, da je počasno vključevanje, strateško ali institucionalno, dovoljenih drog v politiko in v ukrepe proti prepovedanim drogam vedno bolj običajno.

To izbrano vprašanje je na voljo v tiskani obliki in na spletu samo v angleščini („European drug policies: extended beyond illicit drugs?“, v *EMCDDA annual report 2006: selected issues*, <http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Poglavje 2

# Odzivi na probleme drog v Evropi – pregled

### Preprečevanje

Izkušnje iz nekaterih držav članic kažejo, da so lahko intervencije preprečevanja zlorabe drog na ravni posameznika učinkovitejše, če jih podpirajo regulativne politike o dovoljenih drogah, ki lahko omejijo dostop mladim do teh snovi in zmanjšajo njihovo družbeno sprejemljivost. Posledica tega je, da strategije preprečevanja v okolju, ki obravnavajo normativni in kulturni okvir uživanja snovi, pridobivajo na pomenu v delih Evrope, podpirajo pa jih prvi ukrepi na ravni EU: direktiva o tobačnem oglaševanju in okvirna konvencija SZO o nadzoru nad tobakom (glej razdelek o okoljskih strategijah v izbranem vprašanju o uživanju drog v sprostitvenih okoljih).

Od medijskih kampanj se vse bolj pričakuje, da bodo krepile ozaveščenost (da bodo za širšo javnost utemeljevale, podpirale in razlagale osnovne okoljske strategije), ne pa toliko spreminjale vedenje. V zvezi s tem najnovejši nemški pregled mednarodne literature (Bühler in Kröger, 2005, citiran v nemškem nacionalnem poročilu) priporoča, da se medijske kampanje uporabijo kot podporni in ne kot edini ukrep za doseg spremembe vedenja.

### Varovanje javnega zdravja

Medtem ko se s promoviranjem zdravja – kot osnovnim pogojem za preprečevanje – skuša ljudi spodbuditi, da prevzamejo zdrav način življenja in s tem ustvarijo zdrave življenjske razmere za vse, pa nekatere države članice (Italija, Nizozemska, Slovaška) in Norveška vse pogosteje omenjajo nov izraz „javnozdravstvena preventiva“ (public health prevention). Javnozdravstvena preventiva pomeni vrsto preventivnih ukrepov, katerih namen je izboljšati zdravstveno stanje ranljivih skupin družbe in med katere sodi tudi preprečevanje zlorabe drog. Ti ukrepi so prilagojeni zlasti potrebam mladih, katerih problematično vedenje, vključno z uživanjem drog, je močno pogojeno z ranljivostjo (socialno in osebno) in življenjskimi razmerami. Ker so selektivne in indikativne strategije preprečevanja usmerjene v družbene in osebne okoliščine tveganja, so naravno povezane z drugimi javnozdravstvenimi politikami za mlade (strategije za duševno zdravje mladostnikov glede vedenjskih težav, motnje pomanjkanja pozornosti itd.), socialnimi politikami

(zagotavljanje prostora za prosti čas in podpora ranljivim mladim ljudem ali ogroženim družinam), izobraževalnimi politikami (zmanjševanje osipa v šolah) itd. Zato se javnozdravstvena preventiva ukvarja z vsemi dejavniki ranljivosti, pomembnimi pri reševanju težav, povezanih z drogami, tako da se pritegne tudi službe in sektorje, ki se načeloma ne osredotočajo na probleme z drogami.

### Splošno preprečevanje v šolah

Pristopi preprečevanja, ki temeljijo na programih, so vse pomembnejši pri preprečevanju zlorabe drog v šolah. Na programu temelječe preprečevanje vključuje standardizirano podajanje snovi v obliki določenega števila predavanj, pri čemer ima vsako točno določeno vsebino, ter podrobno gradivo za učitelje in učence. To olajšuje spremljanje in ocenjevanje ter povečuje natančnost, zanesljivost in doslednost intervencij, katerih rezultat je kakovostno podajanje. Rezultat tega je, da se je povečalo število držav članic, ki spremljajo preventivne intervencije v šolah (Češka, Grčija, Španija, Irska, Italija, Ciper, Madžarska, Nizozemska in Združeno kraljestvo). Prvi evropski poskus preprečevanja zlorabe drog ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)) je pokazal spodbudne rezultate. Projekt, ki ga financira Evropska komisija, se izvaja in navzkrižno ocenjuje v več državah, devetih regionalnih centrih in 143 šolah, vanj pa je vključenih 7 000 dijakov (3500 v poskusni skupini in 3500 v kontrolni skupini). EU-Dap poroča, da je v primerjavi s kontrolno skupino za dijake iz poskusne skupine veljala 26 % manjša verjetnost dnevnega kajenja, 35 % nižja verjetnost pogoste vinjenosti in 23 % nižja verjetnost uživanja konoplje. Primerljiv raziskovalni pristop, ki temelji na programu, je Blueprint v Združenem kraljestvu <sup>(30)</sup>. Zdaj se več pozornosti namenja tudi doslednejšim strokovnim smernicam in širšemu vključevanju v preprečevanje zlorabe drog v šolah (npr. v Franciji in na Irskem).

### Policija v šolah

Vloga policije pri preprečevanju zlorabe drog v šolah je sporno vprašanje. V Belgiji francoska skupnost priporoča, da bi politiko promocije zdravja in preprečevanja zlorabe drog morali izvajati šolski organi in da policija ne bi smela biti vključena v te programe preprečevanja. Tudi v Združenem

<sup>(30)</sup> [www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/](http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/)

kraljestvu je dokument o politiki (Odbor za droge pri ACPO) priporočil, da naj policijska služba ukrepa samo v okviru svojih strokovnih področij (varnost, kazniva dejanja, javni red in mir) in naj se ne vključuje v posebno izobraževanje o drogah. V skladu s tem Portugalska nadaljuje izvajanje programa za varovanje javnega reda in miru v soseski, imenovanega Escola Segura (varna šola). V šolskem letu 2004/2005 je bilo skupaj 320 policistov posebej dodeljenih šolam, da bi podnevi in ponoči varovali javni red in mir v njihovi okolici ter odvrčali od kaznivih dejanj. V Franciji strokovnjaki, ki so jih usposobile službe kazenskega pregona za navezovanje stikov z mladimi ali odraslimi, obiščejo šole ali druge službe na zahtevo. Kljub priporočilom, da izobraževanja o drogah ne bi smeli izvajati uniformirani policisti, ker bi to lahko v nekaterih primerih povzročilo nasprotno učinke, so dejavnosti, ki jih izvajajo policijske službe v šolah, v več državah članicah še vedno pogoste.

## Selektivno preprečevanje

S priznanjem in razvojem selektivnega pristopa preprečevanja v večini držav članic se vse več pozornosti namenja ranljivim skupinam. Tako na primer Nemčija, Grčija, Luksemburg, Avstrija, Finska in Združeno kraljestvo poročajo o programih, namenjenih mladim storilcem kaznivih dejanj.

Več držav (npr. Poljska in Slovaška) je začelo poudarjati ranljive skupine. Na Švedskem se kaže najbolj očitno povečanje obsega dejavnosti v primerjavi s predhodnimi leti v programih za ogrožene predšolske otroke in šolsko mladino z vedenjskimi težavami. Število občin, ki izvajajo te programe, se je skoraj podvojilo. Poleg tega Norveška razvija nacionalno strategijo za zgodnje posredovanje pri problematičnem uživanju drog in alkohola, v skladu s katero bodo prizadevanja za preprečevanje usmerjena zlasti v ogrožene skupine. Pristopi, ki ne temeljijo na vzdržnosti, so učinkoviti ne samo pri zmanjšanju uživanja, temveč tudi pri zmanjševanju začetka uživanja med tistimi skupinami, v katerih se že začnajo pojavljati zametki uživanja droge. Tako ima Poljska nacionalni program za spremembo z drogami povezanega vedenja ranljivih otrok ali otrok, ki so v zgodnjih fazah uživanja droge. Poseben cilj poljskega programa je podpreti družine pri reševanju težav zaradi drog. Pri tem je koristno, da koncept selektivnega preprečevanja ni usmerjen v uživanje droge in ne ožigosa uživanja droge, temveč je usmerjen v ranljivost v širšem smislu.

Države članice vse pogosteje poročajo o usmeritvi svojih selektivnih politik preprečevanja v posebne etnične skupine, pri čemer štiri države (Belgija, Nemčija, Italija in Luksemburg) poročajo o novih projektih na tem področju. V Italiji je zdaj prednostna naloga mnogih projektov zavarovati otroke, matere in priseljske družine in tiste, ki pripadajo etničnim

manjšinam. Luksemburg poroča, da posebno pozornost namenjajo mladim in največji priseljski skupnosti, pri čemer se osredotočajo na jezikovne in socialnokulturne posebnosti.

## Selektivno preprečevanje v šolah

Selektivno preprečevanje v šolah se vse bolj ukvarja z mladimi, ki jim grozi izpis iz šole in/ali imajo vedenjske težave, na primer v Italiji, kjer je približno 15 % intervencij preprečevanja v šolah namenjenih ranljivim podskupinam dijakov (selektivno in indikativno preprečevanje). Glavne podskupine, ki jim je namenjeno selektivno preprečevanje v šolah, so dijaki s socialnimi vedenjskimi težavami, šolskimi ali družinskimi težavami, dijaki priseljenci in pripadniki etničnih manjšin. Dejansko sta učna uspešnost in obiskovanje pouka dobra napovednika težav zaradi drog, njuno spremljanje pa omogoča zgodnjo in pravilno intervencijo.

Programi preprečevanja zlorabe drog se v več državah članicah osredotočajo na osip v šolah. Cilj projekta HUP v okrožju Storstrom na Danskem je povečati povprečno stopnjo dokončanja šolanja s 75 % na 95 %, kar je nacionalni cilj, namenjen pa je predvsem ranljivim dijakom. O podobnih projektih poročajo iz Irske, Portugalske (47 projektov), Romunije (en projekt) in Norveške (brošure za učitelje). Zmanjšanje stopnje prezgodnjega zapuščenja šole je uradni cilj irske nacionalne strategije, ki želi doseči zmanjšanje za 10 % v primerjavi s letom 2005/06 na področjih LDTF (lokalna projektna skupina za droge). Najbolj ogroženim dijakom so namenjeni programi selektivnega preprečevanja na Malti, medtem ko v Franciji in na Slovaškem zagotavljajo svetovanje v šolah na podlagi (samo-)napotitve.

## Preprečevanje v družini

Z vse večjim številom mlajših otrok, ki začnejo uživati droge, se povečuje pomen izboljšanja in okrepitve preprečevanja v družini. Pred najstniškim obdobjem je vpliv družine večji od vpliva sovrstnikov. Naloga družine pri vzpostavljanju norm in zagotavljanju podpore otrokom je za preprečevanje pomembnejša od dajanja informacij o snoveh.

V EU postaja preprečevanje v družinah vse bolj ciljno naravnano in vse bolj temelji na potrebah. Več držav članic (Nemčija, Španija, Irska, Italija in Združeno kraljestvo) je priznalo, da imajo ustanove lahko težave pri navezovanju stikov s problematičnimi družinami. Zato je v Združenem kraljestvu kampanja FRANK pripravila sveženj ukrepov za akcijske skupine za droge in alkohol in strokovne delavce za preprečevanje, kako navezati stik z družino, v več drugih državah članicah pa se izvajajo programi selektivnega preprečevanja, namenjeni ogroženim družinam. Ti programi uporabljajo več tehnik za pritegnitev ogroženih družin (npr. zagotavljanje hrane, finančne spodbude, varovanje

otrok), ki v glavnem temeljijo na Kumpferjevem programu za krepitev družin (Kumpfer et al., 1996).

Program za krepitev družin (SFP) se izvaja v Španiji (Palma de Mallorca in Barcelona), na Nizozemskem (v dveh mestih, ocenjevalna študija) in Švedskem (v dveh mestih). Usposabljanje poteka na Irskem in tudi v Italiji, kjer predvidevajo povečanje obsega delovanja in razširitev na več mest. Norveška ocenjuje podoben program MST z naključnim nadzorovanim preskusom. Ti selektivni družinski programi so si podobni v vseh državah članicah, kjer se izvajajo.

Programi za zapostavljene otroke in mlade iz disfunkcionalnih družin potekajo na Poljskem in v nekaterih avstrijskih provincih. Ti programi se izvajajo na prizoriščih lokalnih skupnosti, kot so skupni prostori za socialno terapijo, vzgojnih ustanovah, mladinskih klubih in centrih za preprečevanje.

V nekaterih državah se vse bolj osredotočajo na otroke alkoholikov (Belgija, Nemčija, Avstrija). Druge države se še vedno osredotočajo izključno na otroke uživalcev drog.

### Preprečevanje v skupnosti

Večina programov selektivnega preprečevanja poteka na ravni skupnosti. Deloma zato, ker se razne zadevne socialne službe ponavadi usklajujejo na tej ravni. V državah, v katerih imajo skupnosti moč in voljo uresničevati lokalne norme, je skupnost naravna enota okoljskih strategij. Selektivno preprečevanje v skupnosti je pogosto v nordijskih državah ter v Belgiji, na Nizozemskem, Poljskem in v Združenem kraljestvu, vse pogostejše pa je tudi v državah, ki so ta pristop v preteklosti manj uporabljale (v Franciji, Italiji, na Madžarskem in Portugalskem).

Z vzpostavitvijo norm skupnosti o razpoložljivosti in načinih uživanja dovoljenih drog ter z optimiziranjem lokalnih služb so lokalne okoljske strategije preprečevanja dobro izhodišče za učinkovite programe preprečevanja zlorabe drog.

### Obvladovanje kakovosti pri preprečevanju

Obvladovanje kakovosti pri preprečevanju je vse pomembnejše, zlasti ker so mnoge države članice prenesle pristojnosti in odgovornosti za preprečevanje na lokalno raven (Danska, Italija, Nizozemska, Poljska, Portugalska in Slovenija) ali pa so prenesle odgovornosti za preprečevanje zlorabe drog na nevladne organizacije ali polsamostojna združenja (Belgija, Nemčija, Francija, Madžarska in Finska). V skladu s tem nekatere države članice poročajo o strategijah za zagotavljanje skupnih meril in standardov kakovosti ter strokovnega svetovanja na lokalni ravni, ki so v podporo šolam ali skupnostim pri razvoju šolskih politik (Belgija, Danska, Nizozemska in Združeno kraljestvo), izvajanju

ustreznih programov preprečevanja in zagotavljanju minimalnih meril kakovosti (Danska, Francija, Litva, Madžarska, Slovaška, Združeno kraljestvo, Romunija in Norveška).

Grčija in Avstrija sta se odločili za določitev specifikacij za akreditacijo agencij ali strokovnjakov za preprečevanje.

## Odzivi na zdravljenje in zmanjševanje škode

Okvir za zbiranje podatkov centra EMCDDA o načinih zdravljenja in zmanjševanja škode zaradi težav z drogami nudi dva glavna instrumenta EU:

- Strategija EU na področju drog 2005–2012 in njen prvi akcijski načrt 2005–2008, ki predstavlja okvir za nacionalne politike in podrobna priporočila za ukrepe v državah članicah, katerih cilj je preprečevanje uživanja drog ter povečanje obsega in kakovosti storitev zdravljenja in zmanjševanja škode.
- Priporočilo Sveta z dne 18. junija 2003 <sup>(31)</sup>, ki vsebuje dodatna posebna priporočila glede ukrepov, o uvedbi katerih bi morale razmisliti države članice, če želijo preprečiti in zmanjšati škodo za zdravje, povezano z odvisnostjo od drog, in zagotoviti visoko raven varovanja zdravja. To priporočilo se je okrepilo, ko so ga vključili v akcijski načrt EU kot cilj 14.

Za oceno ravni izvajanja strategije je pomembno določiti ravni zagotavljanja storitev in obseg, v katerem se storitve uporabljajo. Na koncu bodo potrebne zanesljive ocene vključitve – v kakšnem obsegu je predvidena ciljna skupina zajeta v zdravljenje in ukrepe za zmanjšanje škode – da se ovrednotijo cilji akcijskega načrta in ustvari podlaga za oceno vpliva strategije.

V osemletnem obdobju izvajanja strategije Center podpira Komisijo v postopku vrednotenja z zagotavljanjem podatkov iz sistema EU za epidemiološke indikatorje ter razvijanjem in izvajanjem mnogih posebnih orodij za zbiranje podatkov, da se določi izvajanje storitev ter uporaba storitev zdravljenja in zmanjševanja škode. V primerjavi z dobrim pregledom epidemiološkega stanja, ki je bil dosežen z razvojem in izvajanjem spremljanja na podlagi indikatorjev, katerega pobudnik je bil Center, je standardizirano poročanje o načinih zdravljenja in zmanjševanja škode omejeno.

### Zdravljenje z opiodi kot nadomestno snovjo

Metadonsko vzdrževalno zdravljenje so za uživalce heroina v Evropi prve uvedle Švedska (leta 1967), Nizozemska in Združeno kraljestvo (1968) ter Danska (1970), vendar je bila njegova uporaba več let omejena.

<sup>(31)</sup> Priporočilo Sveta 2003/488/ES.



Ko se je ugotovilo, v kako velikem obsegu se je epidemija HIV razširila med uživalci drog v zahodnoevropskih državah, so se začeli v mnogih državah terapevtski cilji in pristopi preusmerjati od vzdržnosti, ki je bila prvotni cilj, k sprejemu intervencij, ki so bile bolj usmerjene k zmanjševanju škode, povezane z uživanjem drog. Potreba po ponavljajočih se zdravstvenih intervencijah je bila potrjena, prednosti vzdrževalnega zdravljenja z drogo za stabilizacijo in izboljšanje zdravstvenega stanja in socialnega položaja uživalcev opioidov kakor tudi družbe kot celote pa priznane.

Po koncu 80. let prejšnjega stoletja se je metadonsko vzdrževanje kot način zdravljenja vse hitreje uvajalo. Do leta 2001 ga je uvedlo že 24 držav EU ter Bolgarija, Romunija in Norveška (prikaz 1). Vendar se obseg in pokritost med državami znatno razlikujeta (glej poglavje 6).

Leta 1966 je bila prvič vzpostavljena pravna podlaga za uporabo zdravil, ki vsebujejo buprenorfin, pri zdravljenju uživalcev heroina v državi članici EU (glej izbrano vprašanje o buprenorfinu v letnem poročilu 2005). Danes je na voljo in se uporablja v večini držav članic. Ker buprenorfin ureja manj strog seznam konvencij ZN o drogah, države zagotavljajo večje možnosti za njegovo predpisovanje. V nekaterih državah se je zaradi te možnosti zdravljenja hitro povečalo število zdravljenih uživalcev. Poleg zdravljenja z agonisti se raziskujejo tudi novi načini farmakoterapevtskega zdravljenja, znanstvena pozornost pa se zdaj usmerja v razvoj načinov zdravljenja za uživalce kokaina in cracka,

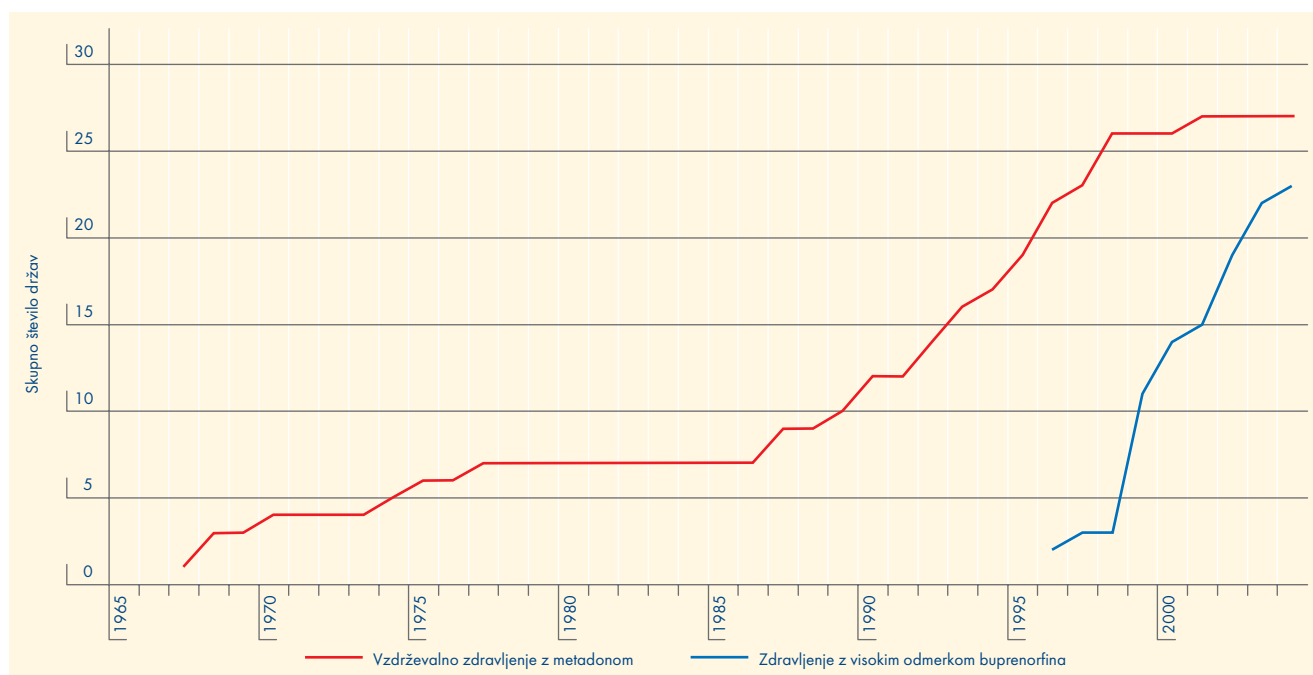
od katerih mnogi uživajo ali so v preteklosti uživali tudi heroin (glej tudi poglavje 5).

Ocenjuje se, da je leta 2003 v EU več kot pol milijona uživalcev opioidov prejelo zdravljenje z nadomestno snovjo, kar po trenutnih ocenah pomeni eno tretjino od 1,5 milijona problematičnih uživalcev opioidov (EMCDDA, 2005a). Nove države članice in države kandidatke pomenijo v evropski regiji samo majhen delež uživalcev v nadomestnem zdravljenju, kar se deloma lahko pojasni z manjšim obsegom uživanja opioidov v teh državah. Čeprav je na splošno zagotavljanje zdravljenja z nadomestno snovjo v teh državah še vedno na nizki ravni, pa v Estoniji, Litvi in Bolgariji nekateri kazalci kažejo na njegovo povečanje.

Predloženi podatki kažejo, da se je v nekaterih državah obseg zdravljenja z metadonom dodatno povečal, v osmih državah pa se je število oseb, ki prejemajo takšno zdravljenje, umirilo ali zmanjšalo <sup>(32)</sup>. Za štiri od teh držav, Dansko, Španijo, Malto in Nizozemsko, je značilno dolgoročno uživanje heroina in zelo lahko dostopni programi nadomestnega zdravljenja z metadonom. Za druge štiri države, Latvijo, Madžarsko, Poljsko in Romunijo, je za zdravljenje z metadonom značilno majhno geografsko pokritje, ponekod pa imajo čakalne liste za zdravljenje.

Težko je reči, ali zmanjševanje števila uživalcev, ki prejemajo zdravljenje z metadonom, pomeni, da so se ti uživalci preusmerili v zdravljenje z buprenorfinom, kjer je na voljo.

**Prikaz 1:** Uvedba vzdrževalnega zdravljenja z metadonom in zdravljenja z visokim odmerkom buprenorfina v državah članicah EU, državah kandidatkah in na Norveškem



Viri: Nacionalne kontaktne točke.

<sup>(32)</sup> Glej tabelo NSP-7 v Statističnem biltenu 2006.



Pogosto tudi ni znano, v kakšnem obsegu izvajajo zdravljenje odvisnosti od drog osebni zdravniki na nacionalni ravni.

## Zagotavljanje in vrsta zdravljenja odvisnosti od drog

Raziskava, ki je leta 2005 potekala med nacionalnimi kontaktnimi točkami, je ocenila splošne značilnosti zagotavljanja zdravljenja v Evropi. Nacionalnim strokovnjakom je bilo postavljeno vprašanje, ali je več uživalcev opioidov vključenih v programe zdravljenja brez drog ali v zdravljenje, podprto z zdravili, ali pa sta oba načina enako razširjena.

Rezultati kažejo razmerje, ki se precej bolj nagiba k zdravljenju, podprtemu z zdravili, pri čemer se kot glavna nadomestna snov uporablja metadon (razen na Češkem in v Franciji, za podrobnosti glej poglavje 6). Rezultati še kažejo, da se zdravljenje odvisnosti od drog v večini držav zagotavlja pretežno v izvenbolnišničnih okoljih – samo Latvija in Turčija nudita več bolnišničnega zdravljenja. Tradicionalne oblike psihoterapevtskega zdravljenja (psihodinamična, kognitivno-vedenjska, sistemska/družinska terapija ali terapija Gestalt) so najpogosteje uporabljeni načini izvenbolnišničnega zdravljenja na Irskem ter v Latviji, Združenem kraljestvu, Bolgariji in Turčiji. Devet držav poroča o nujenju pretežno „podpornih“ metod (med katerimi so lahko svetovanje, socialno-izobraževalna in okoljska terapija, motivacijski pogovori ali tehnike sproščanja in akupunktura), deset držav pa pri svojem izvenbolnišničnem delu združuje različne metode.

Na področju bolnišničnega zdravljenja se na Irskem, v Litvi, na Madžarskem in v Turčiji pri zdravljenju v nastanitvenih ustanovah pogosto uporablja 12-stopenjski model Minnesota, medtem ko šest držav uporablja pretežno psihoterapevtske načine zdravljenja, pet držav „podporne“ metode in deset kombinacijo teh pristopov.

V zadnjem desetletju, še bolj pa v zadnjih petih letih, je veliko evropskih držav „odprlo vrata“ zdravljenju z razširivijo svojega obsega zdravljenja z nadomestno snovjo in zmanjšanjem omejitev glede njegove dostopnosti. Še nikoli prej ni bilo tako veliko uživalcev drog vključenih v sistem varstva. Mnogi, vendar ne vsi, potrebujejo pomoč, ki presega samo zdravljenje njihove odvisnosti, za mnoge pa se zdi, da za svojo reintegracijo potrebujejo skrb iz nizkopražnih programov in znatno podporo.

## Odzivi v zvezi z zmanjševanjem škode

Ko sta vzpostavitev in ohranitev stika z uživalcem postala cilj sama po sebi, so tudi nizkopražne storitve in terensko delo dobili potrebno priznanje in podporo, in postali bistven del celovitega odziva v mnogih državah članicah. V Evropi so opazne skupne značilnosti odziva v zvezi s preprečevanjem nalezljivih bolezní med uživalci drog in zmanjševanjem števila smrti zaradi drog (glej tudi poglavje 7).

Zmanjšanje števila z drogo povezanih smrtnih primerov je bilo prvič opredeljeno kot cilj 6 evropske politike o drogah pred šestimi leti, danes pa je to tudi cilj trenutnega akcijskega načrta EU<sup>(33)</sup>. Število držav, ki so vključile neposredno sklicevanje na cilj zmanjšati število z drogo povezanih smrtnih primerov v svoje nacionalne politike, se je v zadnjih letih še naprej povečevalo. V letih 2004 in 2005 je takšne strategije sprejelo osem držav (zaradi česar se je skupno število povečalo na 15). Poleg nacionalnih politik so pogosti tudi komplementarni pristopi na ravni mest: več prestolnic (med njimi Atene, Berlin, Bruselj, Lizbona in Talin) pa tudi širša polmestna območja (npr. vzhodno območje Irske, okolica Dublina) ima svoje strategije za zmanjšanje števila z drogo povezanih smrtnih primerov. Češka, Italija, Nizozemska in Združeno kraljestvo poročajo o sprejetju lokalnih ali regionalnih politik, v Bolgariji pa so pripravili strategije na lokalni ravni v devetih mestih.

Tako kot v prejšnji strategiji in akcijskem načrtu Evropske unije za droge je tudi v sedanji strategiji preprečevanje širjenja nalezljivih bolezní še vedno pomemben cilj, ki je naveden kot cilj 16 v akcijskem načrtu za obdobje 2005–2008. S tem je poudarjen stalen pomen, ki ga evropske vlade in Komisija pripisujejo posledicam uživanja drog za zdravje<sup>(34)</sup>.

Velika večina držav EU in Norveška so jasno razložile svoj pristop k preprečevanju širjenja nalezljivih bolezní med uživalci drog, v svoje nacionalne strateške dokumente o drogah pa so vključile konkretne cilje ali naloge, ali pa sprejele samostojno besedilo politike, v katerem so določile, kako bodo začele preprečevati širjenje nalezljivih bolezní med uživalci drog (Španija, Latvija, Luksemburg, Švedska) ali pa so naredile oboje (Estonija, Francija, Združeno kraljestvo). Malta in Avstrija načrtujeta pripravo posebnih politik za svoj pristop na tem področju.

V Nemčiji in Grčiji so konkretni ukrepi, namenjeni preprečevanju širjenja nalezljivih bolezní, sestavni del nacionalne strategije o drogah, medtem ko preprečevanje nalezljivih bolezní kot cilj ni izrecno določeno.

<sup>(33)</sup> Cilj 17 akcijskega načrta EU 2005–2008 zahteva, da se zmanjšanje števila z drogo povezanih smrtnih primerov vključi kot poseben cilj na vseh ravneh, skupaj s intervencijami, posebej zasnovanimi za ta namen.

<sup>(34)</sup> Zlasti cilj 16 akcijskega načrta 2005–2008 se nanaša na preprečevanje nalezljivih bolezní. Cilj 14 zahteva izvajanje Priporočila Sveta glede preprečevanja in zmanjševanja škode za zdravje, povezane z odvisnostjo od drog, ki je bilo sprejeto leta 2003 (Priporočilo Sveta 2003/488/ES). Poročilo Komisije o izvajanju tega priporočila, vključno z informacijami, ki jih bodo zbrali oblikovalci politik in nacionalne kontaktne točke Reitox, je predvideno v letu 2007 kot prispevek k oceni strategije EU za droge.

### Ukrepi in intervencije v zvezi z uživalci drog v zaporih v novih državah članicah

Trenutni podatki temeljijo na skupnem projektu zbiranja podatkov Centra in evropske sekcije Svetovne zdravstvene organizacije, ki je bil izveden leta 2005 <sup>(1)</sup>.

O testiranju uživanja drog v zaporih poročajo iz večine novih držav članic. Vendar pa se države razlikujejo glede programov testiranja uživanja drog. Zapornike ob prihodu testirajo samo na Češkem, Malti in v Sloveniji. Malta in Slovenija sta tudi edini državi, ki zapornike testirata, preden gredo na dopust. Naključna testiranja uživanja drog izvajajo v vseh zaporih na Češkem, Malti, v Sloveniji in na Slovaškem ter v manj kot 50 % zaporov na Madžarskem.

V novih državah članicah pri intervencijah v zaporih prevladujejo pristopi zdravljenja brez drog, vendar takšne intervencije pokrivajo omejeno območje. O razpoložljivosti zdravljenja brez drog ob psihološki podpori poročajo v manj kot 50 % zaporov na Češkem, v Estoniji, Litvi, na Madžarskem, Poljskem in Slovaškem. V večini držav obstajajo enote brez drog, vendar le Češka in Slovenija poročata, da imata takšne zmogljivosti v več kot 50 % zaporov. Nekoliko bolj je na voljo razstrupljanje z zdravili (v vseh zaporih v Latviji, na Madžarskem, Malti, v Sloveniji in na Slovaškem).

Število zapornikov v novih državah članicah, ki imajo dostop do zdravljenja z antagonistami in nadomestnega zdravljenja, je

na splošno nizko. Zdi se, da zdravljenje z antagonistami obstaja le v nujnih primerih, in malo držav poroča o razpoložljivosti nadomestnega zdravljenja z opioidi za akutno razstrupljanje v zaporu (Madžarska, Malta, Poljska in Slovenija). Z drogami povezane intervencije pred izpustitvijo iz zapora so predvsem v obliki svetovanja in zagotavljanja informacij (Češka, Latvija, Litva, Madžarska, Poljska, Slovenija in Slovaška). Nadomestno zdravljenje kot intervencija pred izpustitvijo iz zapora je na voljo v vseh zaporih v Sloveniji in v manj kot 50 % zaporov na Poljskem.

Le nekaj zaporov v novih državah članicah poroča o ukrepih za zmanjševanje škode pri injicirajočih uživalcih drog. Programov izmenjave igel in brizg ne izvajajo v nobenih zaporih novih držav članic in le Estonija, Litva in Slovenija poročajo o razpoložljivosti dezinfekcijskih sredstev za čiščenje brizg. V zaporih pa obravnavajo z drogami povezane nalezljive bolezni. Cepiva proti hepatitisu B so na voljo v vseh zaporih v šestih novih državah članicah (Češka, Estonija, Madžarska, Malta, Slovenija in Slovaška), pet držav pa poroča o razpoložljivosti protivirusnega zdravljenja za zapornike s hepatitisom C v vseh zaporih (Češka, Litva, Poljska, Slovenija in Slovaška). O protiretrovirusnem zdravljenju zapornikov, okuženih z virusom HIV, poročajo iz vseh novih držav članic <sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Podatke so zagotovile Češka, Estonija, Latvija, Litva, Madžarska, Malta, Poljska, Slovenija in Slovaška. Za nadaljnje reference glej EMCDDA (2005c).

<sup>(2)</sup> Za Ciper ni podatkov.

Te strategije preprečevanja širjenja nalezljivih bolezni so večinoma dokaj nove, čas njihovega sprejetja pa v mnogih državah sovпада s prejšnjo strategijo EU na področju drog (2000–2004), v kateri je zmanjšanje pogostosti nalezljivih bolezni med uživalci drog prvič postalo evropski cilj.

Po poročilih nacionalnih kontaktnih točk <sup>(35)</sup> kažejo cilji in ciljne skupine v nacionalnih strategijah tudi visoko stopnjo sinergije na evropski ravni. Ciljna skupina so poleg injicirajočih uživalcev tudi spolne delavke in zaporniki. Zlasti v novih srednjeevropskih državah članicah, pa tudi na Norveškem, so mladi in neinjicirajoči uživalci drog jasno obravnavani kot naslednja pomembna ciljna skupina, kjer je treba ukrepati, kar se tiče preprečevanja nalezljivih bolezni. Danska in estonska politika sta še bolj razširili ciljne skupine in vanje vključili tudi skupine, ki so z uživalci drog tesno povezane.

V mnogih državah EU so strategije, katerih cilj je zmanjšati razširjenost nalezljivih bolezni, jasno osredotočene na HIV/AIDS, zlasti v Estoniji, Španiji, na Cipru, v Latviji in Litvi. V desetih državah (37 %) strategije za nalezljive bolezni

izrecno navajajo preprečevanje okužbe s hepatitisom C med uživalci drog <sup>(36)</sup>. Irska je leta 2004 začela postopek posvetovanja za pripravo takšne strategije, v Nemčiji pa so izdali priporočila za preprečevanje in zdravljenje. Strokovno in javno razpravo v Avstriji je spodbudila mednarodna konferenca na to temo, ki je potekala leta 2005 na Dunaju.

Danes so pomemben sestavni del evropskega odziva na uživanje drog strategije za zmanjševanje škode, večja dostopnost storitev za preprečevanje in zmanjševanje škode za zdravje pa je glavna prednostna naloga strategije EU na področju drog 2005–2012. Skupno strateško izhodišče za zmanjševanje škode za zdravje, predvideno v strategiji EU na področju drog, se odraža v mnogih nacionalnih politikah po vsej EU in podpira vključevanje na dokazih temelječih odzivov na tem področju.

Leta 2004 je bilo dokumentirano izboljšanje spremljanja razpoložljivosti brizg na evropski ravni. Vendar pa so informacije o zagotavljanju, uporabi in vključitvi širokega razpona dodatnih pomembnih storitev, ki jih nudijo

<sup>(35)</sup> Ta analiza temelji predvsem na nacionalnem poročanju s strukturiranim vprašalnikom (SQ 23), dopoljenem z informacijami, ki so jih zagotovile nacionalne kontaktne točke v svojih nacionalnih poročilih.

<sup>(36)</sup> Vključno s Francijo in Anglijo, od katerih sta obe sprejeli strategiji za preprečevanje povsem razvite oblike hepatitisa C: Plan National Hepatitis Virales C et B (2002–2005) (<http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/hepatites/situation.htm>) in Hepatitis C: Action plan for England (Akcijski načrt za Anglijo), 2004 (<http://www.dh.gov.uk/>).

### Nizkopražne agencije kot pomemben vir podatkov

Nizkopražne agencije imajo bistveno vlogo pri povečevanju dostopa uživalcev drog do oskrbe. Za populacije uživalcev drog, ki so „skrite“, ki jih je težje doseči ali ki so izgubile stik s sistemom oskrbe, so te agencije lahko kontaktna točka ter okolje za nudenje zdravstvenih in socialnih storitev.

Čeprav imajo nizkopražne agencije nekakšen sistem evidentiranja svojih storitev in bi lahko zagotovile obsežno spremljanje in poročanje, so te dejavnosti usmerjene predvsem v odgovornost do organov, ki jih financirajo, in manj v interno obvladovanje kakovosti ali načrtovanje in vrednotenje storitev. Dragocene zbrane informacije preveč pogosto ostanejo na ravni agencije. Kljub potencialni pomembnosti pri spremljanju vzorcev in trendov uživanja drog ter dostopa do storitev se zdi, da je nizkopražno okolje večinoma premalo izkoriščeno. Glavna ovira je pomanjkanje standardizacije in primerljivosti zbranih informacij.

Za izboljšanje kakovosti razpoložljivih podatkov o zagotavljanju in uporabljanju storitev za zmanjševanje škode je pomembno, da obstaja orodje za zbiranje podatkov, ki je ustrezno za agencije in hkrati daje ustrezne rezultate za namene spremljanja na nacionalni in evropski ravni. Pobuda v tej smeri je skupni projekt EMCDDA–Correlation, ki ga podpirajo strokovnjaki iz nacionalnih kontaktnih točk Francije, Irske, Madžarske in Norveške. Mreža Correlation (Evropska mreža za socialno vključenost in zdravje, [www.correlation-net.org](http://www.correlation-net.org)) predstavlja vladne in nevladne organizacije iz 27 evropskih držav, financirana pa je v okviru programa javnega zdravja Evropske komisije (GD SANCO).

nizkopražne agencije, na nacionalni ravni v večini držav komajda zabeležene. Ni lahko določiti, kakšno je stanje v Evropi. Projekt za izboljšanje stanja glede podatkov je opisan v polju „Nizkopražne agencije kot pomemben vir podatkov“.

### Ciljno usmerjeno zdravljenje in upravljanje kakovosti

Sedanji akcijski načrt EU zahteva tudi visokokakovostne storitve na področju zdravljenja in zmanjševanja škode.

Rezultat uporabe orodij za vodenje kakovosti na ravni načrtovanja zdravljenja in zmanjševanja škode so storitve, ki so bolj prilagojene ciljni skupini, npr. upoštevanje različnih potreb spolov (glej tudi izbrano vprašanje o spolu).

Enote ali programi za zdravljenje, ki oskrbujejo izključno eno določeno ciljno skupino, so pogost pojav v EU. Otroci in mladi, mlajši od 18 let, se zdravijo v specializiranih agencijah v 23 državah, zdravljenje uživalcev drog s psihiatrično komorbidnostjo poteka v specializiranih agencijah v 18 državah, o zagotavljanju storitev, namenjenih posebej

ženskam, pa poročajo iz vseh držav, razen s Cipra, iz Latvije, Litve, Bolgarije in Turčije. Storitve, zasnovane za izpolnitev potreb uživalcev drog priseljencev ali skupin s posebnimi jezikovnimi zahtevami ali verskim ali kulturnim ozadjem, so manj pogoste, vendar o njih poročajo iz Belgije, Nemčije, Grčije, Španije, Litve, Nizozemske, Finske, Švedske in Združenega kraljestva.

O enotah, specializiranih za zdravljenje uživalcev konoplje ali kokaina, poročajo iz 13 držav, v osmih državah pa izvajajo za te skupine posebne programe zdravljenja v agencijah za droge. Ocenjuje se, da sta razpoložljivost in dostopnost takšnih storitev v večini držav na nizki ravni. O podobnem specializiranem programu za uživalce amfetamina poročajo iz Španije, Slovaške in Združenega kraljestva.

Nadaljnji konkretni ukrepi za izboljšanje kakovosti zdravljenja in varstva so vodenje posameznih primerov, posredovanje storitev strokovnjakov (npr. zdravljenje komorbidnosti) in presoje uživalcev pred zdravljenjem, da se čim bolj uskladijo značilnosti uživalcev in ponujeno zdravljenje z namenom doseči daljše zadržanje v zdravljenju in povečati njegovo učinkovitost.

Kljub splošnemu povečanju možnosti zdravljenja ostaja vključitev nekaterih skupin uživalcev drog, zlasti tistih z dolgoročnimi in kroničnimi težavami, izziv za službe za zdravljenje odvisnosti od drog. Terensko delo in nizkopražne intervencije so pogost pristop pri poskusu navezovanja stikov in ukvarjanju s to težko dosegljivo populacijo. Spornejši je pristop nekaterih držav, ki razvijajo nadzorovane prostore za uživanje drog, namenjene predvsem injicirajočim uživalcem, včasih pa se ponudba razširi tudi na kajenje crack kokaina ali heroina (glej EMCDDA, 2004c). Drugo sporno področje razvoja storitev in eksperimentiranja je uporaba heroina v nekaterih državah kot nadomestne snovi pri zdravljenju. Čeprav dejavnosti na tem področju na splošno ostajajo zelo omejene v primerjavi z drugimi možnostmi zdravljenja, so nekatere študije priporočile, da bi predpisovanje heroina lahko imelo morebitne koristi za uživalce, pri katerih je bilo metadonsko vzdrževalno zdravljenje neuspešno. Na primer, v zvezi z nedavnim nemškimi ključnim nadzorovanim preskusom na področju zdravljenja, podprtega s heroinom (Naber in Haasen, 2006), se poroča o pozitivnih rezultatih tako glede zdravstvenega stanja kot glede zmanjšanja uživanja prepovedanih drog. Vendar pa trenutno v Evropi ni jasnega soglasja glede stroškov in koristi tega pristopa, zato ostaja to področje obsežne politične in znanstvene razprave.

Z večjo razpoložljivostjo in kakovostjo zdravljenja se je v nekaterih evropskih mestih poudarek preusmeril v zmanjševanje vpliva uživanja drog na skupnost. Odločno terensko delo in zanimiv razpon nizkopražnih storitev sta

se v nekaterih lokalnih okvirih izkazala za obetavna (glej „Pristopi za zmanjševanje škode“ v poglavju 5) in bi lahko postala koristen in učinkovit model, ki bi se širše uporabljal za ponovno vzpostavitev komunikacije z marginaliziranimi skupinami in njihovo morebitno usmeritev v zdravljenje.

Razvoj „varnejših“ nadomestnih snovi (npr. snovi, za katere bi bilo manj verjetno, da se bodo preusmerile na črni trg) obeta, da se bo zdravljenje odvisnosti od drog še bolj približalo ordinacijam osebnih zdravnikov. To je tudi proces normalizacije, ki omogoča, da se odvisnost od drog zdravi kot kronična bolezen, kot na primer sladkorna bolezen.

Nekatere države poročajo, da velike skupine uživalcev heroina, vključenih v zdravljenje z nadomestno snovjo, ustvarjajo ustrezno povpraševanje po podpori pri socialni reintegraciji, zlasti po plačanem delu. V trenutnih gospodarskih razmerah je v mnogih državah morda težko izpolniti potrebe po poklicni reintegraciji starejših uživalcev heroina, četudi so se ti stabilizirali v vzdrževalnem zdravljenju. Takšne razmere še poslabšuje visoka stopnja obolevnosti v tej skupini.

## Socialna reintegracija

Vsa razpoložljiva literatura ter dejstva in številke iz držav članic se nagibajo k isti resnici: življenjske razmere uživalcev drog so veliko bolj problematične in negotove od razmer celotnega prebivalstva. Zato je bila v zadnjih dveh akcijskih načrtih EU za droge socialna reintegracija eden od končnih ciljev, da se izboljša zdravstveno stanje in socialni položaj uživalcev drog.

Akcijski načrt 2005–2008 od držav članic zahteva, da „izboljšajo dostopnost in povečajo število vključenih v programe rehabilitacije in socialne reintegracije“. Kljub temu da so socialni ukrepi še vedno manj uveljavljeni odziv na problematično uživanje drog kot zdravljenje, strokovnjaki priznavajo, da so intervencije, ki združujejo zdravljenje ter zdravstvene in socialne ukrepe, najboljši način za rehabilitacijo uživalcev drog.

Podatki o socialni reintegraciji <sup>(37)</sup> so v Evropi redki, predvsem zaradi ovir pri zbiranju kvantitativnih podatkov

s tega področja. Zato večina spodaj navedenih informacij temelji na kakovostni oceni, usmerjeni v politiko, izvajanje in zagotavljanje kakovosti v državah članicah <sup>(38)</sup>.

V letih 2004/05 je 20 od 28 držav poročevalk kot odziv na akcijski načrt EU sprejelo strategijo za socialno reintegracijo, povezano z drogami <sup>(39)</sup>. Druge štiri države tega vprašanja niso izrecno obravnavale v svojih nacionalnih strategijah o drogah ali drugih dokumentih o politiki drog, so pa uvedle regionalne in lokalne strategije, tri države pa niso ukrenile nič.

V enajstih državah se sredstva zagotavljajo predvsem na državni/nacionalni ravni, v osmih pa predvsem na regionalni/lokalni ravni. V drugih osmih državah se sredstva zagotavljajo enakomerno iz obeh strani, ali iz sistemov zdravstvenega zavarovanja.

V državah članicah EU imajo problematični uživalci drog dostop do socialnih ukrepov prek zmogljivosti, ki so namenjene izključno uživalcem drog ali socialno ogroženim skupinam. Med temi ukrepi je eden od ključnih stebrov stanovanje. Storitve, ki se najpogosteje ponuja brezdomnim problematičnim uživalcem drog, je dostop do „splošnih stanovanjskih storitev“ (v 21 državah), medtem ko v 18 državah ponujajo stanovanjske zmogljivosti izključno problematičnim uživalcem drog, v 13 pa oba sistema združujejo. Obstaja pa dvom o učinkovitem dostopu brezdomnih problematičnih uživalcev drog do teh zmogljivosti. Med težavami, o katerih se poroča, so majhna razpoložljivost, lokalni odpor do zagotavljanja novih zmogljivosti uživalcem drog, omejena merila za dostop in težave brezdomnih problematičnih uživalcev pri upoštevanju pravil.

Zagotoviti brezdomnim problematičnim uživalcem drog stalno nastanitev je prvi korak na poti k stabilizaciji in rehabilitaciji. Na podlagi ocene števila problematičnih uživalcev drog in razmerja brezdomcev med uživalci, vključenimi v zdravljenje, je v Evropi približno od 75 600 do 123 000 brezdomnih problematičnih uživalcev drog. Ker so zmogljivosti trenutno na voljo v večini držav in ker nekatere države nadaljujejo uveljavljanje novih struktur, bo uspeh teh ukrepov odvisen od zagotavljanja dostopnosti teh storitev brezdomnim problematičnim uživalcem drog.

<sup>(37)</sup> Socialna reintegracija je opredeljena kot „katerakoli socialna intervencija, katere cilj je vključitev bivših ali trenutnih problematičnih uživalcev drog v skupnost“. Socialna reintegracija ima tri stebre: (1) stanovanje, (2) izobraževanje in (3) zaposlitev (vključno s poklicnim usposabljanjem). Lahko se uporabijo tudi drugi ukrepi, kot so svetovanje in prostočasne dejavnosti.

<sup>(38)</sup> Za več informacij glej <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>

<sup>(39)</sup> Države članice ter Bolgarija, Romunija, Turčija in Norveška, za Estonijo pa informacije niso na voljo.

**Vidik spolov pri uživanju drog in odzivanju na probleme z drogami, v Letnem poročilu Centra za 2006: izbrana vprašanja**

Na splošno je med uživalci drog veliko več moških. V državah članicah EU moški niso le pogostejši uživalci prepovedanih drog, temveč pri njih obstaja tudi večja verjetnost, da bodo zabredli v težave, poiskali zdravstveno pomoč in umrli zaradi uživanja drog.

To izbrano vprašanje obravnava uživanje drog in s tem povezane probleme z vidika spolov. Med pomembnejšimi obravnavanimi

vprašanji so: Kakšne so razlike med uživanjem drog pri moških in ženskah ter ali se razkorak med spoloma zmanjšuje? Kako so države članice razvile za spol specifične pristope k preprečevanju uživanja drog, zdravljenju, socialni rehabilitaciji in zmanjševanju škode? Ali so za spol specifični odzivi enako pomembni za moške in ženske?

To izbrano vprašanje je na voljo v tiskani obliki in na spletu izključno v angleščini („A gender perspective on drug use and responding to drug problems“, v *EMCDDA annual report 2006: selected issues*, <http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Poglavje 3

### Konoplja

#### Ponudba in razpoložljivost

##### Proizvodnja in trgovanje

Konoplja je še vedno najbolj proizvajana in prodajana prepovedana rastlinska droga na svetu (CND, 2006).

Obsežna proizvodnja hašiša (konopljne smole) je osredotočena v nekaj državah, zlasti v Maroku, pa tudi v Pakistanu in Afganistanu. Skupna svetovna proizvodnja hašiša se ocenjuje na 7 400 ton letno (CND, 2006). Večina v EU zaužitega hašiša prihaja iz Maroka in se največkrat pretihotapi prek Iberskega polotoka, čeprav je tudi Nizozemska pomemben center za nadaljnje razpečevanje v države EU. Druga raziskava o gojenju konoplje v Maroku je potekala leta 2004, ugotovitve pa so razkrile 10-odstotno zmanjšanje v primerjavi z letom 2003, predvsem zaradi posredovanja vlade. Leta 2004 je obsegala celotna obdelana površina na pogorju Rif 120 500 hektarjev, kar ustreza potencialni proizvodnji 2 760 ton hašiša (Urad za

##### Razlaga podatkov o zasegih in drugih tržnih podatkov

Zasegi drog v državi običajno veljajo za posredni kazalec ponudbe in razpoložljivosti drog, čeprav odražajo tudi viro, prednostne naloge in strategije kazenskega pregona, občutljivost preprodajalcev za nacionalne in mednarodne dejavnosti za zmanjšanje ponudbe in prakse poročanja. Zasežene količine se lahko od enega do drugega leta precej razlikujejo, na primer, če je v enem letu nekaj zelo velikih zasegov. Zato je število zasegov včasih boljši kazalec trendov. V vseh državah vključuje število zasegov velik del majhnih zasegov na maloprodajni ravni (na cesti). Kjer sta izvor 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 vrste različnih virov, ki niso vedno primerljivi, zaradi česar so natančne primerjave med državami otežene.

droge in kriminal pri Združenih narodih (UNODC) in maroška vlada, 2005).

Druge države, navedene leta 2004 kot izvirne države hašiša, zaseženega v EU, so Albanija, Portugalska, Senegal, Afganistan, Pakistan in države Srednje Azije (nacionalna poročila Reitox, 2005; WCO (Svetovna carinska organizacija), 2005; INCB, 2006a).

Potencialna svetovna proizvodnja marihuane je bila leta 2003 ocenjena na več kot 40 000 ton (CND, 2005), z izvornimi državam po vsem svetu. Marihuana, ki je bila zasežena v EU leta 2004, naj bi izvirala iz več različnih držav, predvsem iz Nizozemske in Albanije, pa tudi iz Angole, Južne Afrike, Jamajke in Tajske (nacionalna poročila Reitox, 2005, WCO, 2005, INCB, 2006). Poleg tega se nekaj proizvodov iz konoplje vzgoji in pridelava lokalno (v zaprtih prostorih ali na prostem) v večini držav članic EU.

##### Zasegi

V svetovnem merilu je bilo leta 2004 zaseženo skupaj 1 471 ton hašiša in 6 189 ton marihuane. Večina hašiša je bila še vedno zasežena v zahodni in srednji Evropi (74 %), jugozahodni Aziji ter bližnjem in srednjem Vzhodu (19 %), medtem ko je bilo največ marihuane še vedno zasežene v Severni Ameriki (54 %) in Afriki (31 %) (UNODC, 2006).

Leta 2004 je bilo v EU po ocenah opravljenih 275 000 zasegov hašiša, kar je znašalo 1 087 ton. O največjem številu zasegov še vedno poročajo iz Španije (iz katere je približno polovica vseh zasegov in približno tri četrtine celotne zasežene količine v EU), sledita ji Francija in Združeno kraljestvo<sup>(40)</sup>. Čeprav se je število zasegov hašiša v EU kot celoti med letoma 1999 in 2003 zmanjšalo, kažejo trendi v državah poročevalkah za leto 2004 povečanje na ravni EU<sup>(41)</sup>. Skupna količina prestreženega hašiša v EU kaže na stalno povečevanje v obdobju 1999–2004, čeprav je leta 2004 večina držav (z izjemo Španije) poročala o zmanjševanju<sup>(42)</sup>.

<sup>(40)</sup> To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2004. Podatki o številu zasegov konoplje in količini zasežene konoplje leta 2004 niso bili na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo, podatki o številu zasegov konoplje leta 2004 niso bili na voljo za Nizozemsko. Pri oceni so bili manjkajoči podatki za leto 2004 nadomeščeni s podatki za leto 2003. Podatki o zaseženih količinah leta 2004, ki jih je zagotovila Nizozemska, so bili samo ocenjeni in jih ni bilo mogoče vključiti v analizo trendov do leta 2004.

<sup>(41)</sup> Glej tabelo SZR-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(42)</sup> Glej tabelo SZR-2 v Statističnem biltenu 2006.



Število zasegov marihuane je v EU manjše, leta 2004 je bilo po oceni 130 000 zasegov, kar je zneslo 71 ton, večina zasegov pa se je zgodila v Združenem kraljestvu <sup>(43)</sup>. Število zasegov marihuane v EU je po letu 1999 stalno naraščalo <sup>(44)</sup>, čeprav se je zasežena količina v državah poročevalkah po letu 2001 zmanjševala <sup>(45)</sup>. Takšna slika je predvsem odraz tega, da podatki iz Združenega kraljestva za leto 2004 še niso na voljo.

Leta 2004 je ocenjeno število 12 800 zasegov v EU in državah kandidatkah pomenilo zaseg približno 22 milijonov rastlin konoplje in 9,5 tone rastlin konoplje, pri čemer je bila v Turčiji zasežena največja količina <sup>(46)</sup>. Število zasegov rastlin konoplje se je po letu 1999 povečevalo in se je po podatkih iz držav poročevalk povečevalo vse do leta 2004.

### Cena in moč

Leta 2004 je bila povprečna maloprodajna cena hašiša v EU med 2,3 EUR za gram na Portugalskem in nad 12 EUR za gram na Norveškem, medtem ko je bila cena marihuane med 2,7 EUR za gram na Portugalskem in 11,6 EUR za gram na Malti, po poročanju pa so bile cene za proizvode iz konoplje v večini držav med 5 in 10 EUR za gram <sup>(47)</sup>.

Povprečne cene hašiša, popravljene glede na inflacijo <sup>(48)</sup>, so se v obdobju 1999–2004 znižale v vseh državah poročevalkah <sup>(49)</sup>, razen v Nemčiji in Španiji, kjer so cene ostale stabilne, in v Luksemburgu, kjer so se rahlo zvišale. Povprečne cene marihuane, popravljene glede na inflacijo <sup>(50)</sup>, nedoločene vrste ali uvožene, so se v istem obdobju v večini držav poročevalk prav tako znižale, stabilne so ostale v Španiji in na Nizozemskem, povečale pa so se v Nemčiji, Latviji, Luksemburgu in na Portugalskem. Samo dve državi, Nizozemska in Združeno kraljestvo, sta sporočili povprečno ceno lokalno pridelane marihuane, ki se je v obeh primerih znižala.

Moč proizvodov iz konoplje se določi glede na njihovo vsebnost  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinola (THC), ki je glavna

aktivna snov (EMCDDA, 2004b). Leta 2004 je povprečna vsebnost THC v hašišu na ravni prodaje na drobno znašala od manj kot 1 % (v Bolgariji) do 16,9 % (na Nizozemskem), medtem ko je znašala moč marihuane od 0,6 % (na Poljskem) do 12,7 % (v Angliji in Walesu) <sup>(51)</sup>. Moč lokalno pridelane marihuane naj bi po poročilih znašala 17,7 % na Nizozemskem <sup>(52)</sup>.

### Razširjenost in vzorci uživanja konoplje

Konoplja je najbolj pogosto uporabljena prepovedana snov v Evropi. Njena uporaba se je v devetdesetih letih prejšnjega stoletja povečevala skoraj v vseh državah EU, zlasti med mladimi, vključno z dijaki.

Po ocenah naj bi približno 65 milijonov odraslih Evropejcev, to je približno 20 % oseb v starosti od 15 do 64 let, snov poskusilo vsaj enkrat v življenju <sup>(53)</sup>, čeprav je treba opozoriti, da večina od njih te snovi danes ne uživa. Nacionalni podatki se zelo razlikujejo in segajo od 2 % do 31 %, z najnižjimi stopnjami na Malti, v Bolgariji in Romuniji, ter najvišjimi na Danskem (31 %), v Španiji (29 %), Franciji (26 %) in Združenem kraljestvu (30 %) <sup>(54)</sup>. Od 25 držav, za katere so na voljo podatki, jih je 13 navedlo, da znaša odstotek tistih, ki so konopljo že kdaj poskusili, od 10 % do 20 % <sup>(55)</sup>.

Odstotek tistih, ki so konopljo zaužili v zadnjem letu, je očitno nižji od odstotka tistih, ki so jo že kdaj poskusili. Po ocenah je približno 22,5 milijona odraslih Evropejcev užilo konopljo v zadnjem letu, približno 7 % oseb v starosti od 15 do 64 let. Nacionalni podatki se gibljejo od 1 % do 11 %, pri čemer so najnižje številke sporočile Grčija, Malta in Bolgarija, najvišje pa Španija (11,3 %), Francija (9,8 %) in Združeno kraljestvo (9,7 %) <sup>(56)</sup>.

Ocene razširjenosti v zadnjem mesecu natančneje predstavljajo redno uživanje droge. Po ocenah je 12 milijonov odraslih Evropejcev užilo drogo v zadnjih 30 dneh, kar je 4 % vseh odraslih. Podatki za države se gibljejo od 0,5 % do 7,5 %, kar je 15-kratna razlika.

<sup>(43)</sup> Glej sprotno opombo (40). Podatki o številu zasegov marihuane v letu 2004 niso bili na voljo za Poljsko.

<sup>(44)</sup> Glej tabelo SZR-3 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(45)</sup> Glej tabelo SZR-4 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(46)</sup> Glej sprotno opombo (40).

<sup>(47)</sup> Glej tabelo PPP-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(48)</sup> Leto 1999 se v vseh državah vzame kot izhodiščno leto za vrednost denarja.

<sup>(49)</sup> V obdobju 1999–2004 so bili podatki o cenah hašiša/marihuane vsaj za tri zaporedna leta na voljo za Belgijo, Ciper, Češko, Nemčijo, Španijo, Francijo, Irsko, Latvijo, Litvo, Luksemburg, Nizozemsko, Poljsko, Portugalsko, Slovenijo, Švedsko, Združeno kraljestvo, Bolgarijo (samo za marihuano), Romunijo, Turčijo in Norveško. Vendar pa se trendi na Češkem niso analizirali zaradi metodoloških omejitev, ki so vplivale na predložene podatke.

<sup>(50)</sup> Leto 1999 se v vseh državah vzame kot izhodiščno leto za vrednost denarja.

<sup>(51)</sup> Glej prikaz PPP-2 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(52)</sup> Glej tabelo PPP-5 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(53)</sup> 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 so bili podatki pripisani. Tukaj navedene številke so verjetno minimalne, saj so lahko nekatere države sporočile prenizke podatke.

<sup>(54)</sup> V tem besedilu so podatki za Združeno kraljestvo iz praktičnih razlogov utemeljeni na Britanskem pregledu kaznivih dejanj (British Crime Survey) (za Anglijo in Wales). Na voljo so še dodatne ocene za Škotsko, Severno Irsko in združena ocena za Združeno kraljestvo (predstavljeno v statističnem biltenu).

<sup>(55)</sup> Glej tabelo GPS-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(56)</sup> Glej tabelo GPS-3 v Statističnem biltenu 2006.



### Ocenjevanje uživanja drog med prebivalstvom

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

Center je v povezavi z nacionalnimi strokovnjaki razvil sklop skupnih osrednjih elementov („evropski vzorčni vprašalnik“, EMQ) za raziskave med odraslimi, ki se uporabljajo v večini držav članic EU. Podrobnosti o EMQ so vključene v „Priročnik za raziskave o uživanju drog med splošnim prebivalstvom“ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Vendar pa še vedno obstajajo razlike med državami pri metodologiji in letu zbiranja podatkov, majhne razlike med državami pa bi bilo treba razlagati previdno <sup>(1)</sup>.

„Uživanje kadar koli v življenju“ ima omejeno vrednost pri ocenjevanju trenutnega uživanja drog med odraslimi (čeprav velja za sprejemljiv kazalec med šolsko mladino), lahko pa da vpogled v vidike uživanja drog. „Uživanje v zadnjem letu“ in „uživanje v zadnjem mesecu“ točneje odražata sedanji položaj, s tem da zadnje bolj velja za ljudi, ki drogo uživajo pogosto.

Evropska raziskava o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino (ESPAD) je pomemben vir informacij o uživanju drog in alkohola med evropskimi dijaki in je neprecenljiv za evidentiranje trendov prek daljšega časovnega obdobja. Raziskave ESPAD so bile opravljene v letih 1995, 1999 in 2003. Naslednja bo izvedena leta 2007.

ESPAD uporablja standardizirane metode in instrumente pri nacionalno reprezentativnem vzorcu dijakov v starosti 15 do 16 let, da omogoči primerljivost rezultatov. Sodelovanje z ESPAD se je z vsako raziskavo povečevalo. Leta 1995 je sodelovalo 26 evropskih držav, leta 1999 30 in leta 2003 35, vključno z 22 državami članicami EU in štirimi državami kandidatki (Bolgarijo, Hrvaško, Romunijo in Turčijo). Vprašanja v raziskavi so osredotočena na uživanje alkohola in prepovedanih drog, s standardnimi časovnimi okviri in pogostostjo uživanja.

Informacije o ESPAD in razpoložljivosti poročil so na voljo na spletni strani ESPAD ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

<sup>(1)</sup> Za več informacij o metodologiji raziskav med prebivalstvom in metodologiji, ki je bila uporabljena v vsaki nacionalni raziskavi, glej Statistični bilten 2006.

Najnižje vrednosti so sporočile Litva, Malta, Švedska in Bolgarija, najvišje pa Češka (4,8 %), Španija (7,6 %) in Združeno kraljestvo (5,6 %) <sup>(57)</sup>.

Uživanje prepovedanih drog, vključno s konopljo, je najbolj razširjeno predvsem med mladimi. Po poročilih za leto 2004 je od 3 % do 44 % Evropejcev v starosti od 15 do 34 let že poskusilo konopljo, od 3 % do 20 % jo je zaužilo v zadnjem letu in od 1,5 % do 13 % jo je zaužilo v zadnjem mesecu, pri čemer najvišje vrednosti prihajajo iz Češke, Španije in Združenega kraljestva. Evropsko povprečje za to starostno skupino znaša 32 % tistih, ki so jo že kdaj zaužili, 14 % tistih, ki so jo zaužili v zadnjem letu (v primerjavi z 2 % za stare od 35 do 64 let) in nad 7 % tistih, ki so jo zaužili v zadnjem mesecu (v primerjavi z 1 % za stare od 35 do 64 let) <sup>(58)</sup>.

Uživanje konoplje je še bolj razširjeno med 15- do 24-letniki, pri katerih znaša delež tistih, ki so konopljo že kdaj poskusili, od 3 % do 44 % (večina držav je sporočila podatke v razponu med 20 % in 40 %), tistih, ki so jo zaužili v zadnjem letu, v razponu od 4 % do 28 % (v večini držav od 10 % do 25 %) (prikaz 2) in tistih, ki so jo zaužili v zadnjem mesecu, v razponu od 1 % do 15 % (v večini držav od 5 % do 12 %), pri čemer so odstotki za moške višji kot za ženske. V novih državah članicah se odstotek uživanja konoplje med mladimi v starosti od 15 do 24 let ponavadi giblje v enakem razponu kot v državah članicah EU-15, vendar se v starejših starostnih skupinah odstotki uživanja bistveno zmanjšajo <sup>(59)</sup>.

Za primerjavo podatek, da je leta 2004 v nacionalni raziskavi Združenih držav o uživanju drog in zdravju <sup>(60)</sup> 40,2 % odraslih (v starosti 12 let in več) izjavilo, da so konopljo že kdaj poskusili, v primerjavi s povprečjem EU, ki znaša približno 20 %. To je celo več kot v evropskih državah z najvišjim odstotkom tistih, ki so konopljo že kdaj poskusili (Danska 31,3 % in Združeno kraljestvo 29,7 %), čeprav so razlike med ocenami odstotka tistih, ki so jo zaužili v zadnjem letu, manj opazne: v Združenih državah znaša ta podatek 10,6 % v primerjavi z evropskim povprečjem, ki znaša 7 %, več evropskih držav pa je sporočilo podatke, podobne podatkom iz Združenih držav.

Pet držav članic EU (Belgija, Španija, Ciper, Italija in Združeno kraljestvo) je sporočilo nove podatke iz nacionalnih raziskav, izvedenih med šolsko mladino, Bolgarija pa je sporočila podatke iz raziskav, ki so jih izvedli med šolsko mladino v dveh velikih mestih. Na splošno ostaja slika uživanja konoplje med dijaki v Evropi nespremenjena. Najvišji odstotek dijakov v starosti 15 in 16 let, ki so konopljo že kdaj poskusili, imata Češka in Španija (44 % oziroma 41 %). Med države z nad 25 % sodijo Nemčija, Italija, Nizozemska, Slovaška in Slovenija (27 % do 28%) ter Belgija, Francija, Irska in Združeno kraljestvo, kjer se giba

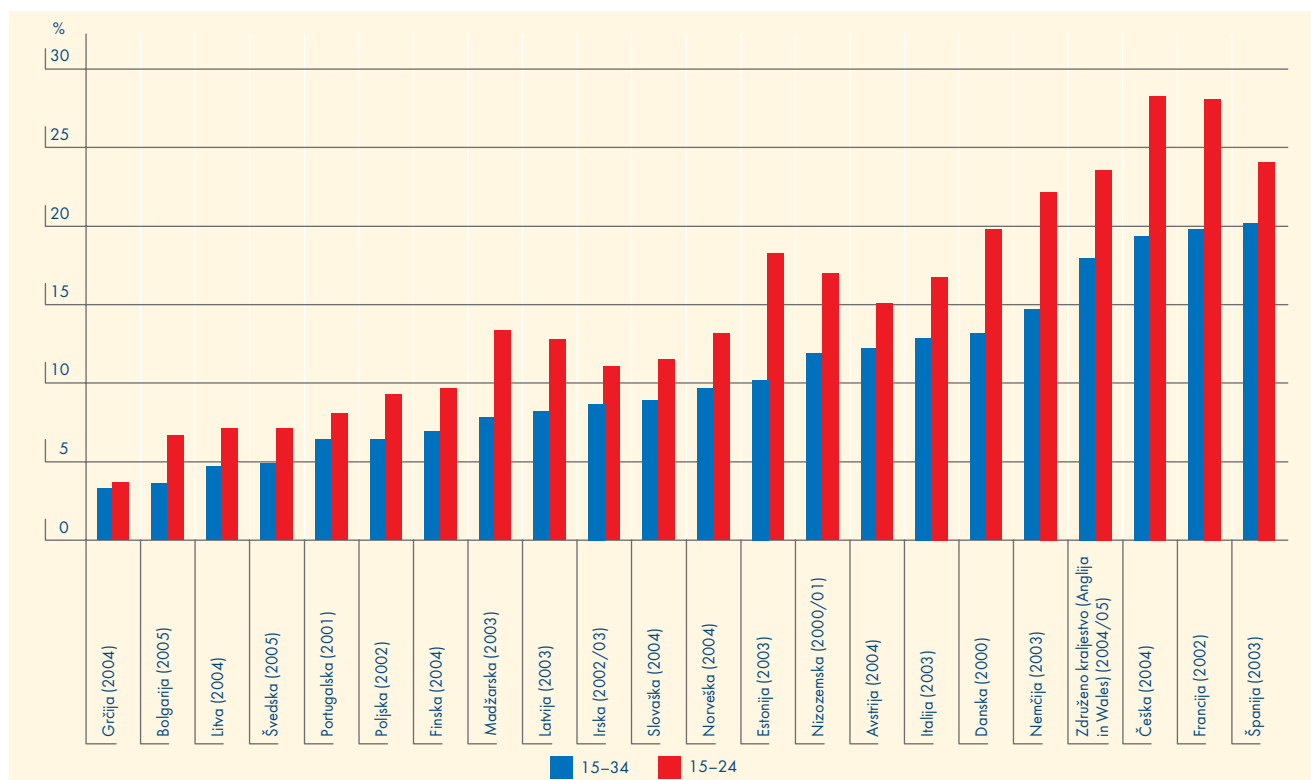
<sup>(57)</sup> Glej tabelo GPS-5 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(58)</sup> Glej tabele GPS-2, GPS-4 in GPS-6 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(59)</sup> Glej tabele GPS-14, GPS-15 in GPS-16 ter prikaze GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 in GPS-26 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(60)</sup> Vir: SAMHSA, Urad za uporabne študije, Nacionalna raziskava o uživanju drog in zdravju (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Vedeti je treba, da je starostni razpon za „vse odrasle“ v ameriški raziskavi (12 let in več) širši od običajnega starostnega razpona v evropskih raziskavah (15–64).

**Prikaz 2:** Razširjenost uživanja konoplje v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 in 15 do 24 let)



Opomba: Podatki izhajajo iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so bile v času poročanja na voljo v vsaki državi. Za nadaljnje informacije glej tabele GPS-8, GPS-11 in GPS-18 v Statističnem biltenu 2006.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2005), sestavljena iz raziskav med prebivalstvom, poročil ali strokovnih člankov.

odstotek tistih, ki so konopljo že kdaj poskusili, od 32 % do 40 %. Najnižji odstotek tistih, ki so konopljo že kdaj poskusili (manj kot 10 %), imajo Ciper, Grčija, Švedska, Romunija, Turčija in Norveška <sup>(61)</sup>.

Ocene razširjenosti med 15- in 16-letnimi dijaki se ne sme splošiti na starejše dijake, ker se lahko pojavijo pri zelo majhnih starostnih povečanjih velika povečanja glede razširjenosti. Na Češkem, v Španiji in Franciji je nad 50 % 17- in 18-letnikov že poskusilo konopljo <sup>(62)</sup>. Na Švedskem, kjer je razširjenost v primerjavi z mnogimi drugimi državami članicami nizka, znaša delež dijakov v starosti 17 in 18 let, ki so že kdaj poskusili konopljo, 14 %, kar je več kot dvakrat toliko kot pri 15- in 16-letnikih (6 %) <sup>(63)</sup>.

### Vzorci uživanja konoplje

Konoplja se ponavadi uživa občasno ali pa se uživanje nekaj časa po začetku njenega uživanja prekine. Povprečno je 33 % Evropejcev, ki so kdaj poskusili konopljo, to zaužili tudi v zadnjem letu, medtem ko jih je samo 16 %, ki so jo zaužili v zadnjih 30 dneh. Ti deleži, znani kot „deleži nadaljevanja

uživanja“, se med državami razlikujejo in segajo od 20 % do 45 % za nadaljevanje v zadnjem letu ter od 10 % do 25 % za nadaljevanje v zadnjih 30 dneh <sup>(64)</sup>.

Čeprav je uživanje konoplje razširjeno predvsem med mladimi, nekateri podatki iz Španije in Združenega kraljestva kažejo, da ljudje morda nadaljujejo uživanje droge v svoja 30. in 40. leta. To bi lahko pomenilo pomembno dolgoročno spremembo vzorcev uživanja konoplje, ki si zasluži dodatno pozornost.

Uživanje konoplje je podobno kot pri drugih prepovedanih drogah znatno bolj razširjeno med moškimi kot med ženskami. Razlika je še opaznejša pri tistih, ki so jo zaužili v zadnjem letu ali mesecu, kot pri tistih, ki so jo že kdaj poskusili, vendar so razlike med mladimi manjše kot med starejšimi odraslimi (glej izbrano vprašanje o spolu). Uživanje konoplje je tudi pogostejše na mestnih območjih ali območjih z veliko gostoto prebivalstva. Predpostavlja se, da se uživanje lahko razširi v manjša mesta ali na podeželje, ta trend je dokumentirala Poljska v svojem nacionalnem poročilu za leto 2005.

<sup>(61)</sup> Glej tabelo EYE-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(62)</sup> Raziskava med mladimi ESCAPAD, v katero so bili vključeni 17- in 18-letniki, ki ne obiskujejo šole.

<sup>(63)</sup> Glej tabelo EYE-3 in prikaz EYE-1 (del i) v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(64)</sup> Glej prikaz GPS-24 v Statističnem biltenu 2006.

Kljub vse večji zaskrbljenosti glede rednih ali intenzivnih oblik uživanja konoplje <sup>(65)</sup> so podatki na evropski ravni zelo omejeni. Groba ocena iz letnega poročila 2004 (EMCDDA, 2004a) kaže, da bi lahko 1 % odraslih Evropejcev, kar pomeni približno tri milijone ljudi, vsak dan ali skoraj vsak dan užival konopljo. Več držav poroča o povečanju rednega ali intenzivnega uživanja konoplje, razen Španije, ki je edina sporočila podobne podatke o vsakodnevnem uživanju, s povečanjem v letih 1997–1999 (0,7 % do 0,8 % odraslih) in leta 2001 (1,5 %), ki mu je sledila umiritev leta 2003 (1,5 %). Koristno bi bilo imeti informacije iz drugih držav in to po določenih starostnih skupinah (npr. 15- do 24-letniki). Francoska študija ESCAPAD 2003 je ugotovila, da se lahko v skladu s posebno lestvico (CAST) 14 % 17- in 18-letnikov (9 % deklet in 18 % fantov) šteje med tiste, ki jim grozi problematično uživanje. Tudi druge države si prizadevajo oblikovati lestvice za oceno intenzivnih oblik uživanja konoplje (Nemčija, Nizozemska, Poljska in Portugalska), in Center spodbuja sodelovanje na tem področju.

### Trendi uživanja konoplje med odraslimi

Spremljanje dolgoročnih trendov uživanja drog v Evropi otežuje pomanjkanje zanesljivih enotno časovno razporejenih podatkov. Od 90. let prejšnjega stoletja se povečuje število držav, ki izvajajo raziskave, nekatere od njih pa že nudijo koristne vpogleds v trende v nekem časovnem obdobju.

Na splošno velja, da se je uživanje konoplje v nekaterih evropskih državah začelo širiti v 60. in postalo priljubljeno v 70. in 80. letih prejšnjega stoletja. Najnovejše nacionalne raziskave kažejo velik odstotek tistih, ki so konopljo že kdaj poskusili, med 45- do 54-letniki na Danskem, v Nemčiji, Španiji, Franciji, na Nizozemskem, Švedskem in v Združenem kraljestvu, kar kaže, da se je začela konoplja na veliko uživati konec 60. in v 70. letih. Analiza začetka uživanja konoplje je ugotovila znatno razširitev uživanja v Španiji v 70., v Nemčiji (Zahodni) v 80. in Grčiji v 90. letih prejšnjega stoletja <sup>(66)</sup>. Švedski podatki dokumentirajo sorazmerno visoko raven eksperimentiranja v 70. letih prejšnjega stoletja med naborniki (15 % do 20 %).

Nacionalne ali lokalne raziskave v gospodinjstvih ter raziskave med naborniki in šolsko mladino so pokazale, da se je v skoraj vseh državah EU uživanje konoplje znatno povečalo v 90. letih prejšnjega stoletja, zlasti med mladimi. To povečevanje se je v skoraj vseh državah nadaljevalo do

### Zdravstveni učinki uživanja konoplje

V zadnjih letih se je povečala zaskrbljenost zaradi potencialnih socialnih in zdravstvenih posledic zaradi uživanja konoplje. Čeprav razpoložljivi dokazi ne dajejo jasne slike o teh vprašanjih, je mogoče oblikovati nekaj sklepov. Očitno je, na primer, da je intenzivno uživanje konoplje povezano z mentalnimi boleznimi, vendar pa je vprašanje komorbidnosti prepleteno z vprašanji vzroka in učinka. Zapletenost te medsebojne odvisnosti bo predmet raziskav in razprav v naslednji monografiji Centra.

Obstajajo praktične posledice dejstva, da se intenzivno uživanje konoplje pogosto pojavlja skupaj s psihičnimi težavami, ki za drogo niso specifične. Pri oblikovanju načrta zdravljenja uživalcev konoplje se lahko zdravniki znajdejo v precepu, ali naj začnejo zdraviti uživanje droge ali problem psihičnega zdravja. Študije učinkov zdravljenja problema uživanja konoplje so še vedno pičle in tistih nekaj, kar jih je, obravnava izključno specifična psihosocialna zdravljenja. Vsi drugi načini zdravljenja bodisi sploh niso bili preučeni ali pa so bili nezadostno preučeni, dokazov o učinkovitosti in uspešnosti zato primanjkuje.

nedavnega, čeprav se pojavljajo znamenja, ki kažejo na umiritev ali celo zmanjšanje v nekaterih primerih.

V Združenem kraljestvu je bilo nedavno uživanje med mlajšimi odraslimi (v starosti od 15 do 34 let) na začetku 90. let najvišje v Evropi, ki pa se je od leta 1998 do 2004/5 počasi zmanjševalo <sup>(67)</sup>, medtem ko so v Španiji in Franciji odstotki pred kratkim (2002 ali 2003) dosegli odstotke iz Združenega kraljestva (prikaz 3). O podobno visokih odstotkih razširjenosti poročajo tudi iz Češke.

Stopnje uživanja so nižje na Danskem, v Nemčiji, Estoniji, Italiji, na Nizozemskem in Slovaškem, vendar pa vse te države poročajo o zvišanju uživanja med mlajšimi odraslimi v zadnjem letu, kar velja tudi za Madžarsko, čeprav v manjšem obsegu. Treba je opozoriti, da so danski (2000) in nizozemski (2001) podatki danes že sorazmerno zastareli, zato je trenutno stanje manj jasno.

Na Finskem in Švedskem so stopnje razširjenosti sorazmerno nizke, čeprav se tudi zanje zdi, da se povečujejo, vendar je razliko, opaženo na Švedskem med letom 2000 (1,3 %) in 2004 (5,3 %) zaradi metodoloških sprememb težko pojasniti <sup>(68)</sup>.

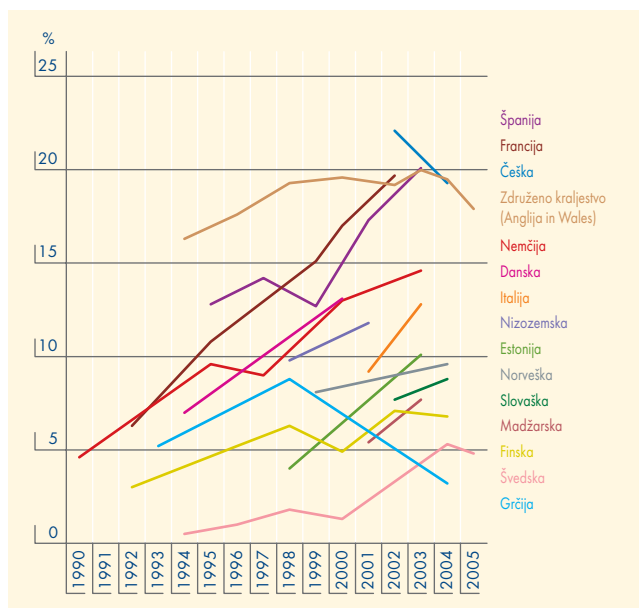
<sup>(65)</sup> Še vedno ni na valjo splošno sprejete opredelitve za „intenzivno uživanje konoplje“, zato se ta opredelitev v različnih študijah razlikuje. Gre za širok izraz, ki pomeni uživanje konoplje, ki presega določen prag pogostosti. Ne pomeni nujno „odvisnosti/zlorabe“ ali drugih težav, vendar pa zanj 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 od zadnjih 30 dneh). To merilo se je pogosto uporabljalo v študijah in lahko izhaja iz vzorca evropskega vprašalnika. Tveganje za odvisnost je med manj pogostimi uživalci manjše.

<sup>(66)</sup> Glej prikaz 4 v letnem poročilu 2004.

<sup>(67)</sup> Od leta 1994, ki je bilo prvo leto s podatki na podlagi Britanskega pregleda kaznivih dejanj za Anglijo in Wales.

<sup>(68)</sup> Glej prikaza GPS-4 in GPS-14 v Statističnem biltenu 2006.

**Prikaz 3:** Trendi razširjenosti uživanja konoplje v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (starimi 15 do 34 let)



Opomba: Podatki izhajajo iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so bile v času poročanja na voljo v vsaki državi. Za nadaljnje informacije glej tabelo GPS-4 v Statističnem biltenu 2006.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2005), sestavljena iz raziskav med prebivalstvom, poročil ali strokovnih člankov.

Tudi odstotek razširjenosti v zadnjem mesecu se je v zadnjem desetletju na splošno povečal, čeprav se je izrazito povečanje pojavilo samo v Belgiji in Španiji. Iz Združenega kraljestva so pred kratkim poročali o zmanjšanju odstotka tistih, ki so konopljo zaužili v zadnjem mesecu, še prej pa so predstavili najvišje stopnje v Evropi po začetku 90. let. Tudi Slovaška poroča o zmanjšanju med letoma 2002 in 2004. Na Češkem in v Franciji trenda ni bilo mogoče oceniti.

Tudi raziskave, izvedene med šolsko mladino, lahko dajo koristne informacije o trendih uživanja drog med mlajšimi pripadniki prebivalstva, ki lahko napovejo prihodnje trende med mlajšimi odraslimi. Po letu 1995 se je v večini držav število dijakov, ki so kdaj poskusili konopljo, na splošno povečalo. Vendar so v trendih precejšnje geografske razlike. Trendi uživanja konoplje med dijaki v starosti od 15 do 16 let, ki so jo že kdaj poskusili, se lahko razvrstijo v tri geografske skupine. Na Irskem in v Združenem kraljestvu, ki imata dolgo zgodovino uživanja konoplje, je število tistih, ki so jo že kdaj poskusili, veliko, vendar se v zadnjem desetletju

ni spremenilo (približno 37 % do 39 %). V vzhodno- in srednjeevropskih državah ter na Danskem, v Španiji, Franciji, Italiji in na Portugalskem je bil leta 2003 odstotek tistih, ki so konopljo že kdaj poskusili, bistveno večji kot leta 1995. V tretji skupini držav članic (Finska in Švedska na severu ter Grčija, Ciper in Malta na jugu) je ostal odstotek dijakov, ki so vsaj enkrat v življenju poskusili konopljo, na sorazmerno nizki ravni (približno 10 % ali manj) <sup>(69)</sup>.

## Podatki o povpraševanju po zdravljenju <sup>(70)</sup>

Od skupaj približno 380 000 povpraševanj po zdravljenju, o katerih poročajo za leto 2004 (na voljo so podatki iz 19 držav), je bila konoplja primarni vzrok za napotitev na zdravljenje v približno 15 % vseh primerov, kar jo postavlja na drugo najpogosteje javljeno drogo takoj za heroinom <sup>(71)</sup>.

Na splošno je konoplja tudi druga najpogosteje navedena droga v poročilih o uživalcih, ki se prvič vključijo v zdravljenje, in sicer predstavlja 27 % novih uživalcev, zabeleženih za leto 2004, čeprav so med državami znatne razlike, saj konopljo navaja samo manj kot 5 % novih uživalcev v Litvi, na Malti in v Romuniji in več kot 40 % novih uživalcev v Nemčiji, na Danskem, Madžarskem in Finskem <sup>(72)</sup>. V obdobju 1999–2004 se je delež vseh novih uživalcev, ki iščejo zdravljenje zaradi konoplje, povečal v večini držav, ki so sporočile podatke <sup>(73)</sup>.

V skoraj vseh državah, za katere so na voljo podatki, je zabeležen delež novih uživalcev, ki iščejo zdravljenje zaradi uživanja konoplje, večji od deleža vseh uživalcev, samo v nekaj državah je delež približno enak <sup>(74)</sup>. Največje povpraševanje po zdravljenju zaradi uživanja konoplje je v izvenbolnišničnih okoljih <sup>(75)</sup>.

S povečanim povpraševanjem po zdravljenju zaradi uživanja konoplje so verjetno povezani mnogi dejavniki, zato bi bilo treba to področje znanstveno preveriti. Med možne vzroke za povečanje sodijo stopnjevanje intenzivnega uživanja konoplje in s tem povezane težave prebivalstva, boljše zaznavanje tveganja uživanja konoplje, več napotitev na zdravljenje iz kazensko sodnega sistema, ki je v nekaterih državah očitno pomemben, in spremembe sistema poročanja in/ali njegovo pokritje <sup>(76)</sup>.

<sup>(69)</sup> Glej tabelo EYE 5 (del i) in prikaz EYE 1 (del ii) v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(70)</sup> Analiza splošne razdelitve 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 pa temelji na podatkih iz izvenbolnišničnih centrov za zdravljenje odvisnosti od drog. Posebno analizo po spolu vsebuje izbrano vprašanje o spolu, objavljeno v letnem poročilu Centra za leto 2006.

<sup>(71)</sup> Glej tabelo TDI-2 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(72)</sup> Glej tabelo TDI-4 (del ii) v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(73)</sup> Glej tabelo TDI-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(74)</sup> Glej tabele TDI-3 (del iii) in TDI-4 (del iii) v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(75)</sup> Glej tabelo TDI-25 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(76)</sup> Monografija Centra o konoplji bo objavljena leta 2007, tri poglavja bodo namenjena vprašanju povečanega povpraševanja po zdravljenju zaradi uživanja konoplje.

Na splošno se uživalci konoplje lahko razdelijo v tri skupine: tiste, ki jo uživajo občasno (34 %), tiste, ki jo zaužijejo enkrat do večkrat na teden (32 %), in tiste, ki jo uživajo vsakodnevno (34 %). Med državami so opazne razlike v pogostosti uživanja konoplje med novimi uživalci, pri čemer o največjem deležu vsakodnevnih uživalcev konoplje poročajo iz Nizozemske in Danske, največji delež občasnih uživalcev ali tistih, ki niso zaužili konoplje v mesecu pred zdravljenjem, pa je bil ugotovljen v Nemčiji, Grčiji in na Madžarskem. To odstopanje verjetno odraža razlike v napotitvah na zdravljenje (npr. več napotitev iz kazensko sodnega sistema ali socialne mreže) (77).

V kakšnem obsegu uživalci konoplje, vključeni v zdravljenje, izpolnjujejo diagnostična merila za odvisnost ali škodljivo uživanje droge, je pomembno vprašanje. Trenutno je to področje, ki bi ga bilo treba dodatno raziskati. Ker se prakse pri napotitvah med državami razlikujejo, bi bilo treba opraviti študije za dokumentiranje različnih kliničnih značilnosti oseb, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje.

Nekateri uživalci iščejo zdravljenje zaradi uživanja konoplje v povezavi z drugimi težavami zaradi drog ali alkohola, včasih pa se zahteva za zdravljenje nanaša na splošnejše težave, kot so vedenjske težave med mladimi. Poleg tega nekatere najnovejše študije poročajo o povečanju števila mladostnikov, ki iščejo zdravljenje zaradi uživanja konoplje in imajo hkrati težave v duševnem zdravju, kar bi bil lahko pomemben dejavnik, ki vpliva na povpraševanje po zdravljenju (78).

Pomembno je tudi bolje razumeti potrebe uživalcev konoplje na ravni prebivalstva. Center ocenjuje, da je v EU približno tri milijone intenzivnih uživalcev konoplje (opredeljeno kot vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje konoplje). Čeprav število tistih, ki zahtevajo intervencije, ni znano, je število povpraševanj po zdravljenju zaradi konoplje majhno v primerjavi s to številko.

Razpoložljivi podatki kažejo, da so uživalci konoplje v izvenbolnišničnih centrih za zdravljenje sorazmerno mladi, dejansko so vsi uživalci konoplje, ki se na novo vključijo v zdravljenje, mlajši od 30 let. Pri mladostnikih v specializiranem zdravljenju odvisnosti od drog je večja verjetnost, da bo zabeležen primarni problem konoplje kot pri zdravljenih osebah v drugih starostnih skupinah, pri čemer je delež konoplje pri povpraševanju po zdravljenju med osebami, mlajšimi od 15 let, 75 % in 63 % med osebami, starimi od 15 do 19 let (79).

Večina uživalcev navaja, da so prvič poskusili konopljo, ko so bili v najnižjih starostnih skupinah, pri čemer jih je 36,8 %

prvič poskusilo drogo pred 15. letom starosti. Po poročilih skoraj nihče, ki je iskal zdravljenje, ni prvič poskusil konoplje po 29. letu starosti (80).

## Preprečevanje

Ustrezno izvajani programi splošnega preprečevanja lahko zadržijo ali zmanjšajo uvajanje mladih v uživanje snovi, kot so tobak, alkohol in konoplja. Pomen tega poudarja dejstvo, da je pri uživalcih, ki so zgodaj začeli uživati te snovi (od predadolescenco do srednje adolescence), bistveno višje tveganje za razvoj težav z drogami, vključno z odvisnostjo (Von Sydow et al., 2002; Chen et al., 2005). Dodaten dejavnik pri prizadevanjih za preprečitev ali odložitev začetka uživanja konoplje je dejstvo, da so mladostniki dovzetnejši za toksičnost konoplje.

Profil mladih uživalcev konoplje se vsaj v zgodnjih fazah uživanja ne razlikuje od profila mladih uživalcev alkohola ali tobaka. To podpira zamisel, da se splošno preprečevanje pri mladih ne bi smelo usmeriti samo v konopljo, temveč bi moralo biti usmerjeno tudi v preprečevanje uživanja alkohola in tobaka.

Pri preprečevanju uživanja konoplje je spol pomembno vprašanje (glej izbrano vprašanje o spolu). Pri fantih je tveganje za napredovanje v intenzivnejše uživanje večje, morda zato, ker se deklice bolj odzivajo na neodobravanje staršev in so previdnejše pri izbiri sovrstnikov. Vendar pa se to spreminja, saj se tradicionalne vloge moških in žensk v sodobnih družbah spreminjajo. V več evropskih državah se skušajo projekti, namenjeni preprečevanju uživanja konoplje in alkohola (Bagmaendene, Danska; Beer-Group, Nemčija; in Risflecting, Avstrija) odzvati na problem pomanjkljivih komunikacijskih sposobnosti pri fantih. Znano je, da je eden od vzrokov za intenzivno uživanje alkohola in konoplje med fanti to, da se jim zdi težko približati dekletom, in zato ti projekti ponujajo usposabljanje iz spogledovanja.

Selektivno preprečevanje v šolah je usmerjeno v dejavnike tveganja, povezane z uživanjem drog, kot so prezgodnje zapuščanje šole, antisocialno vedenje, nezadovoljiv učni uspeh, težko vzpostavljanje vezi, neredno obiskovanje pouka in slabo učenje zaradi uživanja drog.

Nemški projekt Stoned at School („Zadet v šoli“) je namenjen usposabljanju učiteljev za zgodnje odkrivanje in posredovanje, preprečevanje uživanja konoplje ter vzpostavitev stika med šolo in centri za svetovanje o drogah. Kot pri podobnih projektih v Avstriji gre za program usposabljanja, ki poteka v desetih modulih, njegov cilj pa je

(77) Glej tabelo TDI-18 v Statističnem biltenu 2006.

(78) <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

(79) Glej tabelo TDI-10 (del i) in (del ii) v Statističnem biltenu 2006.

(80) Glej tabelo TDI-11 (del ii) in (del ix) v Statističnem biltenu 2006.



izboljšati poučenost učiteljev glede uživanja konoplje in jih usposobiti za prepoznavanje ogroženih učencev.

Posebni centri za svetovanje o drogah so pogosti v Nemčiji, Franciji in na Nizozemskem. Od januarja 2005 je bilo na francoskem ozemlju ustanovljenih več kot 250 klinik za „svetovanje o konoplji“. Ker so ti centri namenjeni mladostnikom, ki se spopadajo s težavami zaradi uživanja konoplje ali drugih drog, in njihovim staršem, so anonimni, brezplačni in vsem dostopni. Zaradi lažje dostopnosti so v velikih francoskih mestih. Svetovanje izvajajo strokovnjaki, usposobljeni za uporabo orodij za vrednotenje in kratke intervencije, ki se ukvarjajo z zasvojenostjo, lahko pa tudi poiščejo socialne, zdravstvene ali psihiatrične službe, ustrezne za uživalce, ki potrebujejo specializirano oskrbo. Ta nova vrsta organiziranosti bo predmet naknadne študije. Prvi razpoložljivi podatki iz prvih dveh ali treh mesecev delovanja kažejo, da jih je obiskalo od 3 500 do 4 000 oseb na mesec, od tega od 2 000 do 2 500 uživalcev konoplje (drugi so bili starši, sorodniki in osebe, ki delajo z mladimi). Druge strategije ponujajo kratke, vendar strukturirane tečaje s približno 10 skupinskimi predavanji (Nemčija, Danska, Nizozemska, Avstrija). Spremljajoči priročnik SKOLL (samonadzorovano usposabljanje) je bil izdan v okviru nizozemsko-nemškega projekta EUREGIO.

Pogosto „tečaj usposabljanja“, namenjeni izključno konoplji, temeljijo na dejstvu, da je uživanje ali posedovanje konoplje protizakonito, udeležence pa napotijo prek

kazensko-sodnega sistema. Motivacija za udeležbo izhaja predvsem iz dejstva, da je udeležba na takšnih tečajih obvezen del sodne kazni. Kljub temu te metode omogočajo navezavo stikov vsaj z delom ogrožene skupine.

Mnoge evropske intervencije selektivnega preprečevanja težijo k zagotavljanju informacij o konoplji. Več z dokazili podprtih pristopov, vključno z normativnim prestrukturiranjem (npr. spoznanje, da večina sovrstnikov ne soglaša z uživanjem), učenjem samozavesti, motivacijo in postavljanjem ciljev ter popravljanjem mitov (o koristih, povezanih s konopljo), mora še postati standardni sestavni del programov za preprečevanje uživanja konoplje. Nedavna meta-analiza programov preprečevanja za ranljive mlade (Roe and Becker, 2005) je ugotovila, da z informacijami podprti pristopi malo ali nič ne vplivajo na vedenje pri uživanju, niti v splošnem niti v selektivnem preprečevanju. Isti avtorji so ugotovili, da obsežni programi družbenega vpliva pomembno vplivajo na ranljive mlade ljudi.

Pomembno spoznanje, ki izhaja iz nekaj razpoložljivih ocen evropskih projektov selektivnega preprečevanja uživanja konoplje (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants and others, glej zgoraj in EDDRA na <http://eddra.emcdda.europa.eu>), je učinkovitost poglobljenih tehnik družbenega vpliva. Med pozitivnimi učinki, doseženimi s temi tehnikami, so zmanjšanje uživanja, izboljšano samozaznavanje problematičnega uživanja, zmanjšanje glavnih dejavnikov tveganja in s tem povezanih težav ter večji samokontrola in motivacija.

### Kratka intervencija za uživalce konoplje

Kratka intervencija je pristop, katerega cilj je pripraviti ljudi, da začnejo razmišljati o svojem uživanju drog, in jih opremiti z védenjem kako uživanje nadzorovati. Koncept precej temelji na motivacijskih pogovorih, pristopu, kjer se ne sodi ali sooča, temveč raziskuje strankine vrednote in cilje, samoocenjuje uživanje in daje povratno informacijo o razkorakih med samopodobo posameznika in dejanskim stanjem.

Kratka intervencija je pogosto usmerjena v zelo zgodnjo fazo posameznikovega uživanja alkohola ali droge, da bi preprečili kasnejši razvoj resnega problema z drogo. Obstajajo dokazi o učinkovitosti kratke intervencije pri preprečevanju zlorabe alkohola in tobaka, vedno večje pa je tudi zanimanje za vrednost tega pristopa pri drugih snoveh.

Ugotovljeno je bilo, da je kratka intervencija zelo koristna pri selektivnih preventivnih ukrepih, namenjenih uživalcem konoplje, ki običajno ne bi prišli v stik z okolji zdravljenja. Pri intenzivnih uživalcih konoplje programi, ki temeljijo na izobraževanju in poudarjajo vzdržnost, morda ne bi bili učinkoviti.

Kratke intervencije so stroškovno učinkovite in bi lahko bile še posebej primerne za uživalce konoplje, saj so se izkazale za uspešne pri uživalcih drog, ki:

- se soočajo z le nekaterimi problemi zaradi uživanja drog,
- imajo nizko stopnjo odvisnosti,
- imajo kratko zgodovino uživanja drog,
- imajo stabilno ozadje (socialno, akademsko, družinsko),
- so negotovi ali razdvojeni glede spremembe pri uživanju drog.

Takšen pristop zdaj uporabljajo v več državah, med drugim v Nemčiji, na Nizozemskem, v Avstriji in Združenem kraljestvu, kjer so intervencije lahko v obliki svetovanja, „tečajev o konoplji“ ali celo spletnih strani za samopomoč. Nemški spletni svetovalni program Quit the Shit ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)), je primer inovativnega pristopa, ki uporablja telematiko in je namenjen uživalcem konoplje, ki želijo uživanje zmanjšati ali prekiniti. Med podobnimi spletnimi stranmi s sestavinami samopomoči so [www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html](http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html), ki jo pripravlja Jellinek (Nizozemska), in [www.knowcannabis.org.uk/](http://www.knowcannabis.org.uk/), ki jo pripravlja HIT (Združeno kraljestvo).



## Poglavje 4

# Amfetamini, ekstazi in druge psihotropne droge

V veliko evropskih državah je druga najpogosteje uporabljena prepovedana snov določena oblika sintetično pridobljene droge. Stopnja uživanja teh snovi med prebivalstvom je običajno nizka, vendar pa so stopnje razširjenosti med mlajšimi starostnimi skupinami znatno 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 sintetičnimi drogami.

Amfetamin in metamfetamin stimulirata osrednji živčni sistem. Od teh dveh drog je daleč najpogostejši v Evropi amfetamin. Po svetu vzbujajo precejšnje zaskrbljenost vse večje stopnje uživanja metamfetamina, ker je droga povezana z vrsto hudih zdravstvenih težav. Zdi se, da je v Evropi znatno uživanje metamfetamina omejeno na Češko.

Izraz ekstazi se nanaša na sintetične snovi, ki so kemično sorodne z amfetamini, vendar se nekoliko razlikujejo po učinkih. Najbolj znan član skupine ekstazija je 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA), vendar pa je včasih v tabletah ekstazija mogoče najti tudi druge podobne snovi (MDA, MDEA itd.). Te droge se včasih imenujejo entaktogeni zaradi njihovih zelo specifičnih učinkov na spreminjanje razpoloženja. Včasih izzovejo učinke, ki se jih načeloma bolj povezuje s halucinogenimi snovmi.

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

Za odkrivanje novih drog, ki se pojavljajo na evropskem prizorišču drog, je EU vzpostavila sistem zgodnjega opozarjanja. Ta sistem spremlja tudi potencialno nevarne nove trende v uživanju psihoaktivnih snovi.

## Ponudba in razpoložljivost <sup>(81)</sup>

Proizvodnjo amfetaminov in ekstazija je težko količinsko opredeliti, ker se „vse skupaj začne z lahko razpoložljivimi

kemikalijami v laboratorijih, ki jih je lahko prikriti“ (UNODC, 2003a). Po zadnjih ocenah znaša letna svetovna proizvodnja amfetaminov in ekstazija približno 520 ton (UNODC, 2003b). Največ teh snovi je bilo po svetu zaseženih leta 2000, in sicer 46 ton. Po zmanjšanju v letih 2001 in 2002 se je zasežena količina leta 2003 zopet povečala na 34 ton, leta 2004 pa malo zmanjšala na 29 ton. Leta 2004 je od celotne zasežene količine amfetaminov in ekstazija po svetu na metamfetamin odpadlo 38 % (leta 2003 66 %), ekstazi 29 % in amfetamin 20 % (CND, 2006).

## Amfetamin

Jedro svetovne proizvodnje amfetamina ostaja še naprej v zahodni in srednji Evropi, zlasti v Belgiji ter na Nizozemskem in Poljskem. V tej podregiji imajo pomembno vlogo pri nedovoljeni proizvodnji amfetamina tudi Estonija, Litva in Bolgarija, nekoliko manjšo pa Nemčija, Španija in Norveška, na kar kaže odkritje laboratorijev za amfetamin leta 2004 v teh državah (UNODC, 2006) <sup>(82)</sup>. Zunaj Evrope se amfetamin proizvaja predvsem v Severni Ameriki in Oceaniji (CND, 2006). Promet z amfetaminom je leta 2004 še vedno potekal predvsem znotraj regij. Večina amfetamina, ki so ga našli na trgih s prepovedanimi drogami, je izhajala iz Belgije, Nizozemske in Poljske, pa tudi iz Estonije in Litve (v nordijskih državah) (nacionalna poročila Reitox, 2005; WCO, 2005).

Od šestih ton zaseženega amfetamina po svetu leta 2004 je bilo približno 97 % zaseženega v Evropi, predvsem v zahodni/srednji ter jugovzhodni Evropi (67 % oziroma 26 % zasežene svetovne količine) (CND, 2006).

Leta 2004 je bilo v EU po ocenah opravljenih 33 000 zasegov amfetamina, kar je znašalo 5,2 tone in 9,6 milijona enot. Po številu zasegov in količini zaseženega amfetamina je bilo Združeno kraljestvo vedno država, kjer se je zaseglo največ amfetamina v EU <sup>(83)</sup>. Turčija je poročala o 9,5 milijona zaseženih enot amfetamina leta 2004. Kljub nekaterim nihanjem se je na ravni EU po letu 1999 povečalo

<sup>(81)</sup> Glej „Razlaga podatkov o zasegih in drugih tržnih podatkov“, str. 37.

<sup>(82)</sup> Število prijavljenih odkritih laboratorijev v različnih državah je poleg števila proizvodnih enot, dejavnosti na področju odkrivanja in pregona ter prednostnih nalog tudi odraz praks poročanja.

<sup>(83)</sup> To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo podatki za leto 2004 iz Združenega kraljestva. Podatki o številu zasegov amfetamina in količini zaseženega amfetamina leta 2004 niso bili na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo, podatki o količini zaseženega amfetamina za leto 2004 niso bili na voljo za Slovenijo, podatki o številu zasegov amfetamina za leto 2004 niso bili na voljo za Nizozemsko. Pri oceni so bili manjkajoči podatki za leto 2004 nadomeščeni s podatki za leto 2003. Podatki o zaseženih količinah leta 2004, ki jih je zagotovila Nizozemska, so bili samo ocenjeni in jih ni bilo mogoče vključiti v analizo trendov do leta 2004.



tako skupno število zasegov amfetamina <sup>(84)</sup> kot zasežena količina <sup>(85)</sup>, na podlagi ugotovitev iz držav poročevalk pa je mogoče sklepati, da se je ta trend povečevanja leta 2004 nadaljeval.

Leta 2004 je povprečna maloprodajna cena amfetamina znašala od 4 EUR za gram v Sloveniji do 64 EUR za gram na Malti <sup>(86)</sup>. V obdobju 1999–2004 so se cene amfetamina, popravljene glede na inflacijo <sup>(87)</sup>, na splošno znižale v Nemčiji, Španiji, na Irskem, v Latviji, Litvi, na Švedskem, v Združenem kraljestvu, Bolgariji, Turčiji in na Norveškem <sup>(88)</sup>.

Povprečna čistost amfetamina je leta 2004 segala od 5 % do 6 % v Bolgariji do 44 % na Norveškem <sup>(89)</sup>. Razpoložljivi podatki <sup>(90)</sup> o povprečni čistosti amfetamina za obdobje 1999–2004 kažejo splošne trende zniževanja v Latviji, Litvi, Luksemburgu ter na Finskem in Norveškem, in zviševanja v Belgiji, Nemčiji, Franciji, Italiji, na Madžarskem in v Avstriji.

## Metamfetamin

V svetovnem merilu je z vidika proizvedene in prodane količine metamfetamin še vedno pomembnejši od amfetamina ali ekstazija, čeprav se je njegov delež v zasegih po svetu leta 2004 zmanjšal. Še vedno se ga proizvede največ v vzhodni in jugovzhodni Aziji (Kitajska, Filipini, Mjanmar, Tajska), sledita ji Severna in Srednja Amerika (Združene države, Kanada, Mehika). Leta 2004 je bilo po svetu zaseženo 11 ton metamfetamina, od tega 59 % v vzhodni in jugovzhodni Aziji in 37 % v Severni Ameriki (CND, 2006). V Evropi je proizvodnja metamfetamina omejena predvsem na Češko republiko, kjer se od srede 80. let prejšnjega stoletja proizvaja pod lokalnim imenom „pervitin“. Leta 2004 so o njegovi proizvodnji poročali tudi iz Slovaške in Bolgarije, kjer so odkrili laboratorije (nacionalna poročila Reitox, 2005; UNODC, 2006). Večina češke proizvodnje metamfetamina je namenjena lokalnemu trgu, nekaj pa se ga pretihotapi v Nemčijo in Avstrijo ter na Slovaško (nacionalna poročila Reitox, 2005). Leta 2004 so o zasegih metamfetamina

poročali iz Belgije, Češke, Danske, Estonije, Grčije, Francije, Latvije, Litve, Madžarske, Avstrije, Slovaške, Švedske, Romunije in Norveške, pri čemer je bilo v zadnji največ zasegov in največja zasežena količina <sup>(91)</sup>.

Leta 2004 je po poročilih maloprodajna cena <sup>(92)</sup> metamfetamina na Češkem znašala med 12 in 63 EUR za gram, medtem ko je njegova povprečna čistost <sup>(93)</sup> segala od 43 % na Slovaškem do 50 % na Češkem.

## Ekstazi

V svetovnem merilu ostaja Evropa glavno središče proizvodnje ekstazija, čeprav se zdi, da njena sorazmerna pomembnost upada, saj se njegova proizvodnja v zadnjih letih širi na druge konce sveta, predvsem v Severno Ameriko (Združene države, Kanada) ter vzhodno in jugovzhodno Azijo (Kitajska, Indonezija, Hongkong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Čeprav je Nizozemska leta 2004 ostala glavni vir ekstazija za Evropo in svet kot celoto, so laboratorije ekstazija odkrili tudi v Belgiji, Estoniji, Španiji in na Norveškem (nacionalna poročila Reitox, 2005; UNODC, 2006). Po poročilih je ekstazi, zasežen v EU, izhajal iz Nizozemske in Belgije, v manjšem obsegu pa iz Poljske in Združenega kraljestva (nacionalna poročila Reitox, 2005).

Trgovanje z ekstazijem je še vedno močno osredotočeno na zahodno Evropo, čeprav se je, podobno kot proizvodnja, v zadnjih letih razširilo po vsem svetu. Od 8,5 tone leta 2004 po svetu zaseženega ekstazija je bilo 50 % zaseženega v zahodni in srednji Evropi, 23 % v Severni Ameriki in 16 % v Oceaniji (CND, 2006).

Po oceni je bil rezultat 24 000 zasegov približno 28,3 milijona zaseženih tablet ekstazija v EU leta 2004. Do leta 2003 je največje količine ekstazija zaseglo Združeno kraljestvo, sledile so mu Nemčija, Francija in Nizozemska <sup>(94)</sup>.

Po hitrem povečanju v obdobju 1999–2001 se je število zasegov ekstazija <sup>(95)</sup> na ravni EU v letih 2002 in 2003

<sup>(84)</sup> Glej tabelo SZR-11 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(85)</sup> Glej tabelo SZR-12 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(86)</sup> Glej tabelo PPP-4 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(87)</sup> Leto 1999 se v vseh državah vzame kot izhodiščno leto za vrednost denarja.

<sup>(88)</sup> V obdobju 1999–2004 so bili podatki o cenah amfetamina vsaj za tri zaporedna leta na voljo za Belgijo, Nemčijo, Španijo, Francijo, Irsko, Latvijo, Litvo, Poljsko, Švedsko, Združeno kraljestvo, Bolgarijo, Turčijo in Norveško.

<sup>(89)</sup> Glej tabelo PPP-8 v Statističnem biltenu 2006. Upoštevajte, da lahko javljene povprečne stopnje čistosti amfetamina prikrivajo velike razlike v čistosti analiziranih vzorcev.

<sup>(90)</sup> V obdobju 1999–2004 so bili podatki o čistosti amfetamina vsaj za tri zaporedna leta na voljo za Belgijo, Nemčijo, Estonijo, Francijo, Italijo, Latvijo, Litvo, Luksemburg, Madžarsko, Nizozemsko, Poljsko, Portugalsko, Finsko, Združeno kraljestvo, Turčijo in Norveško.

<sup>(91)</sup> Podatki za leto 2004, ki so jih zagotovili Nemčija, Italija, Luksemburg in Nizozemska, ne navajajo ločeno zasegov metamfetamina in zasegov amfetamina, medtem ko Irsko in Združeno kraljestvo za leto 2004 nista predložila podatkov o zasegih drog, tako da je težko vedeti, ali je bilo leta 2004 v teh petih državah kaj zasegov metamfetamina.

<sup>(92)</sup> Glej tabelo PPP-4 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(93)</sup> Glej tabelo PPP-8 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(94)</sup> To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo podatki za leto 2004 iz Združenega kraljestva. Podatki o številu zasegov ekstazija in količini zaseženega ekstazija leta 2004 niso bili na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo, podatki o številu zasegov ekstazija leta 2004 niso bili na voljo za Nizozemsko. Pri oceni so bili manjkajoči podatki za leto 2004 nadomeščeni s podatki za leto 2003. Podatki o zaseženih količinah leta 2004, ki jih je zagotovila Nizozemska, so bili samo ocenjeni in jih ni bilo mogoče vključiti v analizo trendov do leta 2004.

<sup>(95)</sup> Glej tabelo SZR-13 v Statističnem biltenu 2006.

zmanjšalo, vendar podatki iz držav poročevalk za leto 2004 zopet kažejo povečanje. Količine zaseženega ekstazija<sup>(96)</sup> so se povečevale od leta 1999 do 2002, leta 2003 so se strmo spustile na najnižjo točko, razpoložljivi podatki za leto 2004 pa kažejo, da so zopet dosegle raven iz leta 2002.

Leta 2004 je bila povprečna maloprodajna cena za eno tableto ekstazija manj kot 3 EUR v Litvi in na Poljskem ter 15 do 25 EUR v Grčiji in Italiji<sup>(97)</sup>. V obdobju 1999–2004 so se povprečne maloprodajne cene ekstazija, popravljene glede na inflacijo<sup>(98)</sup>, znižale v večini držav poročevalk<sup>(99)</sup>.

Na splošno je v Evropi večina tablet, prodanih kot ekstazi, vsebovala MDMA ali drugo ekstazijo podobno snov (MDEA, MDA), ponavadi kot edino prisotno psihoaktivno snov. Na Češkem, v Grčiji, Latviji, Litvi, na Madžarskem, Nizozemskem, Slovaškem, Finskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem so takšne tablete predstavljale več kot 95 % skupnega števila tablet, analiziranih leta 2004. Izjema se je pojavila v Bolgariji, kjer je visok odstotek (61 %) analiziranih tablet kot edino psihoaktivno snov vseboval amfetamin in/ali metamfetamin. Vsebnost MDMA v tabletah ekstazija se po državah in v njih med serijami precej razlikuje (celo med tistimi z enakim logotipom). Leta 2004 je povprečna vsebnost aktivne snovi (MDMA) v tableti ekstazija po poročilih znašala od 30 do 82 mg<sup>(100)</sup> (nacionalna poročila Reitox, 2005).

## LSD

LSD se proizvaja in prodaja v manjšem obsegu kot druge sintetične droge. Leta 2004 je bilo v EU po ocenah opravljenih 700 zasegov LSD, v katerih je bilo zaseženih 220 000 enot LSD. Po letu 2002 je največje količine LSD na leto zasegla Nemčija, sledilo pa ji je Združeno kraljestvo<sup>(101)</sup>. Med letoma 1999 in 2002 se je na ravni EU zmanjšalo tako število zasegov LSD<sup>(102)</sup> kot njegova zasežena količina<sup>(103)</sup>. Vendar razpoložljivi podatki za leti 2003 in 2004 kažejo, da sta se število zasegov LSD in njegova zasežena količina prvič v devetih letih povečala, pri čemer je bila leta 2004 sorazmerno velika količina droge zasežena v Nemčiji, Franciji, Litvi ter na Nizozemskem in Poljskem.

Leta 2004 je povprečna cena za uporabnike znašala od 2,5 EUR za enoto LSD na Portugalskem do 11,6 EUR na Malti<sup>(104)</sup>. Povprečne cene LSD, popravljene glede na inflacijo<sup>(105)</sup>, so pokazale med letoma 1999 in 2004 splošen trend zniževanja<sup>(106)</sup> na Češkem, Irskem, Poljskem, v Sloveniji in na Švedskem, zvišale pa so se v Nemčiji in Franciji.

## Mednarodni ukrepi proti proizvodnji in prometu z amfetamini in ekstazijem

Na področju sintetičnih drog Europol od decembra 2004 izvaja projekt Synergy<sup>(107)</sup>. Podpira ga 20 držav članic in nekaj tretjih držav, vključuje pa delovno datoteko za analitične namene (AWF) z operativnimi podprojekti, ki se izvajajo v EU v več državah, in več instrumentov, ki se uporabljajo za analitične in strateške namene, kot sta Europolov sistem logotipov ekstazija (EELS) (vključno s katalogom logotipov ekstazija) in Europolov sistem za primerjavo nedovoljenih laboratorijev (ELICS). Europol še naprej podpira Projekt CHAIN<sup>(108)</sup> za analiziranje amfetaminov in Evropsko skupno enoto za predhodne sestavine (EUJP). V zadnjem času so se podprojekti, poleg zagotavljanja strokovne pomoči na kraju samem pri ukinjanju proizvodnje drog v nedovoljenih laboratorijih, usmerili v primerjavo ukinjenih laboratorijev, odkrivanje odlagališč kemičnih odpadkov kot izhodišč za preiskave, izsledovanje naprav za tabletiranje in raziskave prometa v EU s kemikalijami, ki se uporabljajo kot predhodne sestavine.

Projekt Prizma je mednarodna pobuda, sprejeta za preprečevanje zlorabe predhodnih sestavin, ki se uporabljajo v prepovedani proizvodnji sintetičnih drog, ki deluje prek sistema obveščanja o zakoniti trgovini pred izvozom Mednarodne uprave za kontrolo narkotikov (INCB) ter prijavljanja zaustavljenih pošilk in zasegov pri sumljivih poslih.

Efedrin in psevdofedrin sta ključni predhodni sestavini za metamfetamin, medtem ko se 1-fenil-2-propanon (P-2-P) uporablja tudi za proizvodnjo amfetamina; 3,4-metilenedioksifenil-2-propanon (3,4-MDP-2-P), safrol in s safrolom bogata olja se uporabljajo pri prepovedani

<sup>(96)</sup> Glej tabelo SZR-14 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(97)</sup> Glej tabelo PPP-4 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(98)</sup> Leto 1999 se v vseh državah vzame kot izhodiščno leto za vrednost denarja.

<sup>(99)</sup> V obdobju 1999–2004 so bili podatki o cenah ekstazija vsaj za tri zaporedna leta na voljo za Belgijo, Češko, Nemčijo, Španijo, Francijo, Irsko, Ciper, Latvijo, Lito, Luksemburg, Poljsko, Portugalsko, Slovenijo, Švedsko, Združeno kraljestvo, Bolgarijo, Turčijo in Norveško.

<sup>(100)</sup> Ta razpon temelji na podatkih iz samo nekaj držav, in sicer iz Danske, Nemčije, Francije, Luksemburga in Nizozemske.

<sup>(101)</sup> To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo podatki za leto 2004 iz Združenega kraljestva. Podatki o številu zasegov LSD in količini zaseženega LSD leta 2004 niso bili na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo, podatki o številu zasegov LSD niso bili na voljo za Ciper, Nizozemsko, Poljsko in Bolgarijo. Pri oceni so bili manjkajoči podatki za leto 2004 nadomeščeni s podatki za leto 2003. Podatki o zaseženih količinah leta 2004, ki jih je zagotovila Nizozemska, so bili samo ocenjeni in jih ni bilo mogoče vključiti v analizo trendov do leta 2004.

<sup>(102)</sup> Glej tabelo SZR-15 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(103)</sup> Glej tabelo SZR-16 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(104)</sup> Glej tabelo PPP-4 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(105)</sup> Leto 1999 se v vseh državah vzame kot izhodiščno leto za vrednost denarja.

<sup>(106)</sup> V obdobju 1999–2004 so bili podatki o cenah LSD vsaj za tri zaporedna leta na voljo za Češko, Nemčijo, Španijo, Francijo, Irsko, Lito, Poljsko, Portugalsko, Slovenijo, Švedsko, Združeno kraljestvo, Romunijo in Norveško.

<sup>(107)</sup> Projekt Synergy je združil projekta CASE in GENESIS, ki sta se začela izvajati leta 2002.

<sup>(108)</sup> Sodelovalna usklajena pobuda za amfetamine (CHAIN) je pobuda za forenzično analiziranje, ki je nadomestila pilotni projekt CASE.

proizvodnji MDMA, medtem ko se piperonal uporablja tudi za sintetiziranje MDA <sup>(109)</sup>.

Zakonita trgovina z efedrinom in psevdofedrinom je leta 2004 obsegala 526 oziroma 1 207 ton. O največjih zasegih teh kemičnih snovi so poročali iz Severne Amerike in jugovzhodne Azije, vendar pa vlada zaskrbljenost, da so se zasegi razširili v vse regije. V Evropo se efedrin in psevdofedrin tihotapita predvsem iz zahodne Azije. Leta 2004 so v Evropi zasegli 2,6 tone efedrina in 1 kg psevdofedrina <sup>(110)</sup>; šlo je predvsem za manjše zasege snovi, ki je izhajala iz veliko različnih laboratorijev, večina iz Češke, v Grčiji pa so zasegli veliko količino efedrina iz Pakistana.

Dejavnosti Projekta Prizma v Evropi so usmerjene v preprečevanje tihotapljenja 3,4-MDP-2-P in P-2-P v EU za uporabo pri prepovedani proizvodnji MDMA oziroma amfetamina. Leta 2004 so poročali o največjih zasegih 3,4-MDP-2-P in P-2-P na svetu doslej, pri čemer je bila v Evropi zasežena največja količina 3,4-MDP-2-P, v Združenih državah pa največja količina P-2-P. Leta 2004 je bilo v Evropi zaseženo skupaj 10 161 litrov 3,4-MDP-2-P (predvsem na Nizozemskem in v Belgiji) in 9 297 litrov P-2-P (predvsem na Poljskem in Nizozemskem) <sup>(111)</sup>.

Piperonal ima več zakonitih uporab, lahko pa se uporablja tudi kot predhodna sestavina pri proizvodnji 3,4-MDP-2-P, MDA ali MDMA (INCB, 2006b). Med novembrom 2004 in oktobrom 2005 je bilo pri INCB prijavljenih več kot 150 pošilk v količini 3 800 ton (2006b). Leta 2004 je o največjih zasegih piperonala poročala Kitajska (13 ton); 2,4 tone je bilo zaseženega v Evropi, skoraj ves v Romuniji <sup>(112)</sup>.

O zasegih safrola poročajo iz vseh regij po svetu, vendar so količine majhne, razen na Kitajskem, ki poroča o zasegih, ki presegajo 100 kg. V Evropi je bilo leta 2004 zaseženo 122 litrov safrola, predvsem v Latviji in tudi v Litvi.

## Razširjenost in vzorci uživanja

Raziskave med prebivalstvom največkrat kažejo, da so amfetamini in ekstazi največkrat uporabljene prepovedane snovi za konopljo, čeprav je njihovo uživanje manj splošno razširjeno kot uživanje konoplje. Uživanje ekstazija je postalo priljubljeno v 90. letih prejšnjega stoletja, medtem ko se amfetamini uživajo že mnogo dlje.

Med državami članicami EU se zdi uživanje amfetaminov <sup>(113)</sup> in ekstazija sorazmerno razširjeno samo v nekaj državah, in sicer na Češkem, v Estoniji in Združenem kraljestvu.

Najnovejše raziskave med odraslim prebivalstvom (15 do 64 let) kažejo, da je odstotek tistih, ki so že kdaj poskusili amfetamine, v Evropi med 0,1 % do 5,9 %, razen v Združenem kraljestvu (Anglija in Wales), kjer doseže 11,2 %. V povprečju je približno 3,1 % vseh odraslih Evropejcev vsaj enkrat poskusilo amfetamine. Za Združenim kraljestvom so države z naslednjimi najvišjimi odstotki Danska (5,9 %), Norveška (3,6 %) in Nemčija (3,4 %). Odstotek zaužitja v zadnjem letu je veliko nižji: povprečno 0,6 % (giblje se od 0 % do 1,4 %). Na podlagi raziskav med prebivalstvom je bilo ocenjeno, da je skoraj 10 milijonov Evropejcev že poskusilo to snov, več kot dva milijona pa je zaužilo amfetamin v zadnjih 12 mesecih <sup>(114)</sup>.

Med mlajšimi odraslimi (15 do 34 let) so po poročilih izkušnje z uživanjem amfetaminov med 0,1 % in 9,6 %, pri čemer je Združeno kraljestvo (Anglija in Wales) sporočilo, da znaša delež tistih, ki so že kdaj poskusili amfetamine, 16,5 % (kar morda odraža zgodovinski pojav, glej spodaj). V polovici držav, ki so sporočile podatke, znaša stopnja razširjenosti manj kot 4 %, pri čemer o najvišjih stopnjah za Združenim kraljestvom poročajo Danska (9,6 %), Norveška (5,9 %) in Nemčija (5,4 %). Povprečno 4,8 % mladih Evropejcev je že poskusilo amfetamine. Najvišje stopnje razširjenosti v zadnjem letu sta sporočili Danska (3,1 %) in Estonija (2,9 %) <sup>(115)</sup>. Po oceni je približno 1,4 % mladih Evropejcev zaužilo amfetamin v zadnjem letu (glej tudi prikaz 4).

Ekstazi je poskusilo 0,2 % do 7,1 % vseh odraslih (povprečno 2,6 %). Polovica držav je sporočila stopnje razširjenosti, ki znašajo 1,8 % ali manj, pri čemer sta najvišji stopnji razširjenosti sporočila Češka (7,1 %) in Združeno kraljestvo (6,7 %). Stopnja razširjenosti za zaužitje ekstazija v zadnjem letu se giblje od 0,2 % do 3,5 %, polovica držav pa poroča o stopnjah razširjenosti, ki znašajo 0,5 % ali manj. Po oceni je skoraj 8,5 milijona Evropejcev že poskusilo ekstazi, skoraj tri milijone ga je zaužilo v zadnjem letu.

Med mlajšimi odraslimi v evropskih državah jih je 5,2 % že kdaj poskusilo ekstazi, njihov delež pa znaša od 0,5 % do 14,6 %, čeprav je polovica držav sporočila stopnje, nižje od 3,6 %. Najvišje stopnje razširjenosti so sporočili Češka (14,6 %), Združeno kraljestvo (12,7 %) in Španija (8,3 %).

Ekstazi uživajo pretežno mladi. V starostni skupini od 15 do 24 let delež tistih, ki so že kdaj poskusili ekstazi, znaša od 0,4 % do 18,7 %, pri čemer sta najvišji stopnji sporočila Češka (18,7 %) <sup>(116)</sup> in Združeno kraljestvo (10,7 %); delež med moškimi (0,3–23,2 %) je višji kot med ženskami

<sup>(109)</sup> Vse snovi so razvrščene v tabeli I Konvencije iz leta 1988.

<sup>(110)</sup> Podatki o zaseženi količini ne vključujejo količin iz zaustavljenih pošilk.

<sup>(111)</sup> Podatki o zaseženi količini ne vključujejo količin iz zaustavljenih pošilk.

<sup>(112)</sup> Podatki o zaseženi količini ne vključujejo količin iz zaustavljenih pošilk.

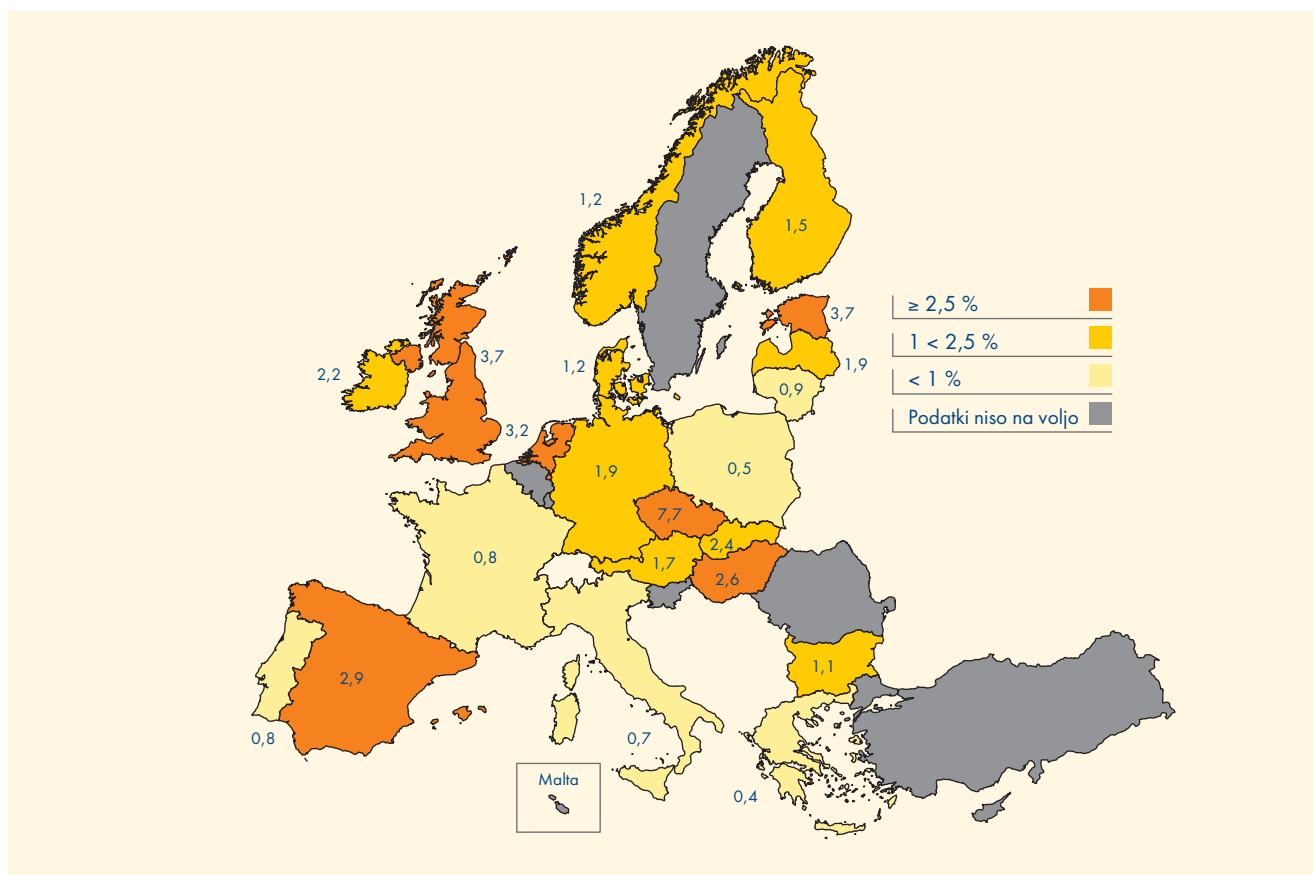
<sup>(113)</sup> V okviru raziskav med prebivalstvom so podatki o „uživanju amfetaminov“, ki vključujejo „amfetamine“ in „metamfetamine“, združeni v eni skupini.

<sup>(114)</sup> Za postopek izračuna glej sprotno opombo (53).

<sup>(115)</sup> Glej prikaza GPS-15 in GPS-16 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(116)</sup> Na Češkem je bila v raziskavo zajeta starostna skupina od 18 do 24 let.



**Prikaz 5:** Razširjenost uživanja ekstazija v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (starimi 15 do 34 let)

Opomba: Podatki izhajajo iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so bile v času poročanja na voljo v vsaki državi. Za nadaljnje informacije glej tabeli GPS-8 in GPS-11 v Statističnem biltenu 2006.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2005), sestavljena iz raziskav med prebivalstvom, poročil ali strokovnih člankov.

## Trendi

Novejše raziskave med prebivalstvom kažejo, da se je uživanje amfetaminov in ekstazija, za katera je v zadnjih letih veljal trend naraščanja, morda ustalilo ali celo zmanjšalo. V Združenem kraljestvu in dveh drugih državah članicah, v katerih je bila poraba teh drog sorazmerno visoka (Češka in Španija), se po poročilih delež mlajših odraslih, ki so amfetamine zaužili v zadnjem letu, zdaj umirja ali celo zmanjšuje (<sup>120</sup>). Podobno se zdi, da se umirja ali celo zmanjšuje uživanje ekstazija v dveh državah z visoko stopnjo razširjenosti, v Španiji in Združenem kraljestvu, ne pa tudi na Češkem (<sup>121</sup>).

## Podatki o povpraševanju po zdravljenju – amfetamini in ekstazi (<sup>122</sup>)

Čprav število povpraševanj po zdravljenju zaradi uživanja amfetaminov in ekstazija narašča, je na splošno v večini

držav ta oblika uživanja drog redko primarni vzrok za vključitev v zdravljenje zaradi odvisnosti od drog (<sup>123</sup>). Pomembna izjema je, da nekaj držav pa le poroča o znatnem deležu zahtev za zdravljenje zaradi uživanja amfetamina ali metamfetamina. Na Češkem, Slovaškem, Finskem in Švedskem je zaradi teh drog od ene četrtine do približno polovice vseh povpraševanj po zdravljenju (<sup>124</sup>). Na Češkem in Slovaškem se velik delež zabeleženih povpraševanj po zdravljenju nanaša na primarni problem odvisnosti od metamfetamina (glej polje o metamfetaminu). V državah, v katerih predstavljajo uživalci amfetaminov znaten delež zahtev za zdravljenje, si ena do dve tretjini uživalcev amfetaminov drogo vbrizgava (<sup>125</sup>).

Po poročilih znaša število povpraševanj po zdravljenju zaradi uživanja ekstazija manj kot 1 % vseh povpraševanj po zdravljenju v večini držav, razen na Cipru, Madžarskem, Irskem in v Turčiji, kjer uživalci ekstazija predstavljajo od 4 % do 6 % vseh uživalcev, ki iščejo zdravljenje.

<sup>(120)</sup> Glej prikaza GPS-6 in GPS-17 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(121)</sup> Glej prikaze GPS-8, GPS-18 in GPS-30 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(122)</sup> Glej sprotno opombo (70).

<sup>(123)</sup> Glej prikaz TDI-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(124)</sup> Glej tabelo TDI-5 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(125)</sup> Glej tabelo TDI-17 (del iii) v Statističnem biltenu 2006.



### Uživanje metamfetamina in s tem povezani problemi

Na mnogih koncih sveta, tudi v ZDA, jugovzhodni Aziji in Pacifiku ter Afriki (UNODC, 2006), poročajo o precejšnjih problemih zaradi uživanja metamfetamina. Uživanje metamfetamina lahko pripelje do resnih zdravstvenih težav, vključno s psihozo in odvisnostjo, in je lahko povezano s tveganimi vedenji, vključno z nekaterimi, ki lahko vodijo v prenašanje virusa HIV.

V preteklosti je bilo uživanje metamfetamina v Evropi osredotočeno na Češkem, kjer ocenjujejo, da imajo dvakrat več problematičnih uživalcev metamfetamina (pervitina) (20 300) kot problematičnih uživalcev opioidov (9 700). V zadnjih letih je metamfetamin postal najpogostejša primarna droga med tistimi, ki se na Slovaškem prvič odločijo za zdravljenje, visoke ravni uživanja metamfetamina pa so ugotovili tudi pri nekaterih podpopulacijah na Madžarskem. Še sedem drugih držav (Danska, Francija, Latvija, Slovenija, Združeno kraljestvo, Bolgarija in Norveška) je v svojih poročilih Reitox za leto 2005 poročalo o povečanju zasegov in/ali uživanja te droge, predvsem med pogostimi obiskovalci klubov in zabav. Trenutno razpoložljive informacije ne omogočajo, da bi oblikovali kakršne koli trdne sklepe glede trendov uživanja metamfetamina v teh državah. Vendar pa širjenje metamfetamina drugod po svetu in potencial te droge, da povzroči precejšnje zdravstvene probleme, kaže, da gre za področje, ki ga je treba stalno budno spremljati.

### Novi in pojavljajoči se trendi uživanja drog

Ocene razširjenosti uživanja novih ali pojavljajočih se drog so mnoge nižje od ocen uživanja bolj uveljavljenih prepovedanih drog. Za nove oblike uživanja drog je verjetno, da jih najprej sprejme nekaj posameznikov iz manjših podpopulacij ali omejenih geografskih lokacij ali okolij. Prepoznavanje in spremljanje pojavljajočih se trendov zato zahteva pristop, drugačen od pristopa, ki se uporablja za spremljanje glavnih vrst uživanja drog.

### Halucinogene gobe: študija primera pojavljajočega se trenda

Do nedavnega je bil LSD najpogostejše uživana halucinogena snov. To se zdaj morda spreminja, ker je vse več poročil o uživanju halucinogenih gob<sup>(126)</sup>. Zdi se, da se je konec 90. let prejšnjega stoletja razpoložljivost halucinogenih gob povečala, ko so se začele prodajati skupaj z drugimi

„naravnimi“ proizvodi v t. i. „smart shopih“ na Nizozemskem in drugod<sup>(127)</sup>. V Združenem kraljestvu se je na primer v prvih letih enaindvajsetega stoletja število trgovin, ki prodajajo halucinogene gobe, povečalo in po ocenah so se do leta 2005 začele prodajati v približno 300 trgovinah in stojnicah na tržnici v državi. Pojavila se je tudi prodaja halucinogenih gob po internetu, na straneh, ki so bile vzpostavljene predvsem na Nizozemskem, prek njih pa se prodajajo sveže gobe, kompleti za gojenje in trosi. Spletna prodaja halucinogenih gob poteka v različnih jezikih, predvsem v angleščini, francoščini in nemščini, kar morda kaže na široko mednarodno bazo kupcev.

Najnovejše raziskave med odraslimi in šolsko mladino v EU so pokazale, da delež mladih v starosti od 15 do 24 let, ki so že kdaj poskusili halucinogene gobe, znaša od manj kot 1 % do 8 %<sup>(128)</sup>. Delež dijakov v starosti od 15 do 16 let, ki so že kdaj poskusili halucinogene gobe, je v devetih državah članicah EU enak ali višji od deleža uživalcev, ki so že kdaj poskusili ekstazi (Hibell et al., 2004). Nekateri kazalci kažejo, da so stopnje nadaljevanja uživanja nižje za halucinogene gobe kot za večino drugih drog. To je skupna značilnost uživanja halucinogenih drog in odraža dejstvo, da mladi na splošno omejujejo to vrsto uživanja droge na eksperimentiranje in redko razvijejo vzorce rednega uživanja.

Poročila o akutnih ali kroničnih zdravstvenih težavah, ki so zahtevale zdravniške intervencije zaradi uživanja halucinogenih gob, so redka. Kljub temu so nekatere države zaradi uživanja takšnih halucinogenih gob pri mladih spremenile svojo zakonodajo. Čeprav aktivni sestavini gob, psilocibin in psilocin, na mednarodni ravni že od leta 1971 ureja Konvencija ZN o psihotropnih snoveh, je bila do nedavnega tožilcem prepuščena razlaga, ali in kdaj so te snovi prepovedane, če jih goba vsebuje, da se prepreči kaznovanje lastnikov zemljišč, na katerih te gobe rasejo v naravi. Šest držav je v zadnjih petih letih zaostriilo svojo zakonodajo o gobah (Danska, Nemčija, Estonija, Irska, Nizozemska in Združeno kraljestvo). Spremembe, ki so jih sprejele te države, so razširile prepoved in vanjo vključile halucinogene gobe, čeprav se pravni nadzor vedno ne uporablja za točno enake gobe ali stopnje priprave.

Leta 2004 so o zasegih halucinogenih gob poročali iz Češke, Nemčije, Estonije, Grčije, Litve, Madžarske, Nizozemske, Poljske, Portugalske, Slovenije, Slovaške, Švedske in Norveške<sup>(129)</sup>. Število zasegov in količina halucinogenih gob, ki so jih zasegli organi kazenskega pregona, sta na splošno nizka, iz teh podatkov pa ni mogoče razbrati jasnih trendov.

<sup>(126)</sup> V tem poročilu se izraz halucinogene gobe nanaša samo na gobe, ki vsebujejo psihoaktivni snovi psilocibin in psilocin. Vrste gob, ki vsebujejo druge psihoaktivne snovi, se redkeje uporabljajo. Za več informacij glej tematski dokument Centra o halucinogenih gobah ([www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)).

<sup>(127)</sup> V teh trgovinah prodajajo dovoljene in predvsem naravne proizvode, vključno s halucinogenimi gobami.

<sup>(128)</sup> Podatki Centra iz evropskega vzorčnega vprašalnika. Podatke o halucinogenih gobah je poslalo enajst držav članic (Češka, Danska, Nemčija, Francija, Irska, Litva, Madžarska, Nizozemska, Poljska, Finska, Združeno kraljestvo).

<sup>(129)</sup> Nacionalna poročila Reitox (za Nemčijo, Estonijo, Nizozemsko, Norveško) in vprašalnik Centra za zgodnje opozarjanje (za Češko, Grčijo, Madžarsko, Poljsko, Portugalsko, Slovenijo, Slovaško, Švedsko).

## GHB in ketamin

Spremljanje gamahidroksibutirata (GHB) in ketamina poteka, odkar se je leta 2000 v EU pojavila zaskrbljenost zaradi zlorabe teh drog za rekreativne namene <sup>(130)</sup>. Marca 2001 je sistem ZN za nadzor prepovedanih drog dodal GHB na seznam mednarodno nadzorovanih drog, zato so vse države članice EU dopolnile svojo zakonodajo o tej snovi. Še kasneje, marca 2006, je INCB priporočil, da SZO pospeši svoj pregled in določi, ali bi bilo treba za ketamin izvajati mednarodni nadzor (INCB, 2006a). Na nacionalni ravni se v skoraj polovici držav članic EU ketamin nadzoruje z zakonodajo o drogah, in ne s predpisi o zdravilih.

Omejeni podatki o razširjenosti, ki so na voljo za GHB in ketamin, kažejo, da se je uporaba teh snovi ustalila na nizkih ravneh v večini držav. Študije med prebivalstvom z visoko stopnjo razširjenosti kažejo, da sta celo med rednimi rekreativnimi uživalci drog ti dve drogi manj pogosti kot druge snovi, na primer amfetamini, ekstazi, LSD in halucinogene gobe.

Zelo redka so poročila o smrtnih primerih in nujnih primerih brez smrtnega izida, povezanih z uživanjem GHB in ketamina. Ker ni na voljo točnih in primerljivih sistemov za beleženje smrtnih primerov in nujnih primerov brez smrtnega izida, povezanih z uživanjem teh snovi, so razpoložljivi podatki s tega področja omejeni. Dve državi sta poročali o smrtnih primerih, povezanih z GHB, ponavadi v kombinaciji z drugimi drogami. Občinska zdravstvena služba v Amsterdamu je zabeležila povečanje letnega števila nujnih primerov brez smrtnega izida, ki se lahko pripišejo uživanju GHB, s 25 leta 2000 na 98 leta 2004, kar je več od števila nujnih zdravstvenih primerov, ki se lahko pripišejo uživanju ekstazija, amfetamina, LSD ali halucinogenih gob. Na Švedskem se je število odkritij GHB (ali njegovih predhodnih sestavin GBL in 1,4-BD) v vzorcih telesnih tekočin povečalo s 24 leta 1997 na 367 leta 2004. Iz Švedske so poročali tudi o smrtnih primerih, povezanih z GHB: med letoma 1996 in 2004 je bila droga odkrita v 36 smrtnih primerih, povezanih z drogo, devet se jih je zgodilo leta 2004. V Angliji in Walesu je bil leta 2003 GHB naveden v poročilu mrliškega oglednika za tri smrtne primere, pri enem je bil GHB edina navedena droga (ONS, 2006). Toksikološke informacije iz ene od bolnišnic v Združenem kraljestvu, ki pokriva obsežno območje, kažejo, da je bil GHB med majem in decembrom leta 2005 odkrit v petih smrtnih primerih <sup>(131)</sup>.

Ker se GHB topi v vodi in alkoholu in zaradi njegovih morebitnih onesposobitvenih učinkov, ki jim pogosto sledi izguba spomina, se je pojavila zaskrbljenost, da se uporablja pri spolnih zlorabah s pomočjo drog

(t. i. „posilstvih na zmenku«). Ker pa se primeri vedno ne prijavijo in ker so forenzični dokazi redki, takšna kazniva dejanja pa je težko dokazati, ni trdnih dokazov o razširjenosti tega pojava. Potrebne bodo torej nadaljnje raziskave, da se določi narava in obseg tega potencialno zaskrbljujočega razvoja dogodkov.

## Ukrepi v zvezi z novimi drogami

Ko je leta 2005 skupne ukrepe iz leta 1997 nadomestil Sklep Sveta (2005/387/PNZ), ni bilo zapletov pri prehodu niti prekinitvev pri izmenjavi podatkov. Center in Europol sta bila prvič uradno obveščena o skupaj 14 novih psihoaktivnih snoveh. Vse so psihotropne (sintetične) droge, podobne snovem iz seznamov snovi v tabelah I in II Konvencije ZN o psihotropnih snoveh iz leta 1971. Na novo prijavljene snovi sodijo v tri glavne kemične skupine – fenetilamini, triptamini in piperazini. Različne snovi iz teh

### Sklep Sveta o novih psihoaktivnih snoveh

Sklep Sveta 2005/387/PNZ z dne 10. maja 2005 o izmenjavi podatkov, oceni tveganja in nadzoru nad novimi psihoaktivnimi snovmi <sup>(1)</sup> določa mehanizem hitre izmenjave podatkov o novih psihoaktivnih snoveh, ki lahko pomenijo grožnjo javnemu zdravju ali socialno grožnjo, in tako omogoča institucijam EU in državam članicam, da ukrepajo glede novih narkotičnih snovi in psihotropnih drog, ki se pojavljajo na evropskem prizorišču drog. Centru EMCDDA in Europolu, v tesnem sodelovanju z njunima mrežama (mrežo nacionalnih kontaktnih točk Reitox in mrežo nacionalnih enot Europolu), je bila dodeljena osrednja vloga pri odkrivanju in prijavljanju novih psihoaktivnih snovi. Sklep določa tudi oceno tveganj, povezanih s temi novimi snovmi, tako da je mogoče ukrepe, ki se v državah članicah uporabljajo za nadzor narkotičnih in psihotropnih snovi <sup>(2)</sup>, uporabiti tudi za nove psihoaktivne snovi, če je primerno. Sklep razširja obseg skupnega ukrepa iz leta 1997 <sup>(3)</sup>, ki je bil namenjen izključno novim sintetičnim drogam, in ga nadomešča. Ohranja pa pristop v treh korakih, ki ga je uvedel skupni ukrep: izmenjava podatkov/zgodnje opozarjanje, ocena tveganja in odločanje.

<sup>(1)</sup> Sklep Sveta 2005/387/PNZ o izmenjavi informacij, oceni tveganja in nadzoru novih psihoaktivnih snovi je bil objavljen v *Uradnem listu Evropske unije* 20. maja 2005 (L 127/str. 32–37) in je začel veljati 21. maja 2005. Nanaša se na snovi, ki trenutno niso navedene na seznamih programov konvencij ZN o nadzoru drog iz let 1961 in 1971.

<sup>(2)</sup> V skladu z določbami Enotne konvencije ZN o mamilih iz leta 1961 in Konvencije ZN o psihotropnih snoveh iz leta 1971.

<sup>(3)</sup> Skupni ukrep z dne 16. junija 1997 o izmenjavi informacij, oceni tveganja in nadzoru novih sintetičnih drog (UL L 167, 25.6.1997).

<sup>(130)</sup> Poročilo o oceni tveganja v okviru skupnih ukrepov 2000.

<sup>(131)</sup> Informacije iz sistema zgodnjega opozarjanja. Sorazmerno veliko število smrtnih primerov, povezanih z GHB, v tem poročilu verjetno odraža znanstveni interes bolnišničnega laboratorija za GHB.

skupin so bile že prej prijavljene v okviru sistema za zgodnje opozarjanje, prek katerega se tudi spremljajo <sup>(132)</sup>.

Najpomembnejše novo dogajanje je bil leta 2005 pojav in hitro širjenje nove psihoaktivne snovi 1-(3-klorofenil)piperazin (mCPP). mCPP je z arilom substituiran piperazin, kot je benzilpiperazin (BZP), snov, ki se spremlja prek sistema zgodnjega opozarjanja že od leta 1999. Prva uradna obvestila o odkritju mCPP sta Center in Europol prejela februarja/marca 2005 v zvezi z vzorci, zbranimi v Franciji in na Švedskem. Do konca leta 2005 so tabletki, ki so vsebovale mCPP, zasegli organi kazenskega pregona ali pa so bile odkrite v okviru različnih priložnostnih dejavnosti (na plesnih/glasbenih festivalih na prostem, v plesnih klubih itd.) v skoraj vseh državah članicah. Skoraj vedno so bile oblikovane tako, da so bile podobne ekstaziji, in domnevno so se tudi podobno prodajale. Droga je na voljo predvsem v obliki tablet, subjektivni učinki mCPP in MDMA pa so delno primerljivi (Bossong et al., 2005). mCPP se pogosto

odkrije tudi v kombinaciji z MDMA. Ker ni verjetno, da bi šlo za naključno kontaminacijo, to kaže, da se z namernim dodajanjem mCPP morda želi povečati ali spremeniti učinke MDMA. Kaže, da sta v EU povpraševanje in trg za mCPP kot takšen omejena.

Države članice so začele mCPP odkrivati v večjem obsegu kot druge nove psihoaktivne snovi, odkar se je leta 1997 začelo s sistemom zgodnjega opozarjanja spremljati nove (sintetične) droge. V enem letu je bil odkrit v 20 državah članicah ter v Romuniji in na Norveškem.

Center in Europol sta v skupnem poročilu v skladu z določbami Sklepa Sveta priporočila, naj se uradna ocena tveganja ne opravi, ker so dokazi, da se mCPP uporablja pri proizvodnji vsaj enega medicinskega izdelka. Opozorila pa sta tudi, da je trenutno sicer na voljo malo dokazov za veliko tveganje za javno zdravje ali družbo, povezano z mCPP, a mora to vprašanje vseeno ostati odprto, ker ni na voljo temeljite znanstvene ocene tveganja.

### **Spremembe na področju uživanja drog v sprostitvenih okoljih, v Letnem poročilu Centra za 2006: izbrana vprašanja**

Uživanje drog in nekatere sprostitvene dejavnosti mladih so pogosto povezani. Zlasti raziskave med mladimi, ki se udeležujejo glasbenih in plesnih dogodkov, ves čas beležijo višje ocene razširjenosti uživanja drog kot med splošnim prebivalstvom; s tem da se pogosto poroča o posebej visokih ravneh uživanja stimulantov. Ali je razlike med državami mogoče razložiti v smislu različnosti razpoložljivih komercialnih okolij nočnega življenja, glasbene kulture ter razpoložljivih drog in dohodkov? Te teme obravnava to izbrano vprašanje.

Najnovejši razvoj dogodkov pri širjenju rekreativnih drog prek spleta in pri samem uživanju rekreativnih drog prinaša nove izzive na področjih politike, preprečevanja in zmanjševanja tveganja. Ti so raziskani v tem izbranem vprašanju, ki tudi podobno preučuje inovativne pobude za preprečevanje uživanja drog in zmanjšanje tveganja, ki so bile v EU uvedene v zadnjem desetletju, da bi se odzvali na zapleten problem medsebojnega vplivanja priložnostnih dejavnosti in uživanja drog pri mladih.

To izbrano vprašanje je samo v angleščini na voljo v tiskani obliki in na spletu („Developments in drug use within recreational settings“, v *EMCDDA annual report 2006: selected issues*, <http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(132)</sup> Od devetih novih sintetičnih drog, za katere je bila opravljena ocena tveganja med letoma 1997 in 2004 v okviru skupnih ukrepov, je vseh šest snovi, ki so se nato nadzorovale na ravni EU, sodilo med fenetilamine.





## Poglavje 5

### Kokain in crack kokain

#### Ponudba in razpoložljivost kokaina <sup>(133)</sup>

##### Proizvodnja in trgovanje

Kokain je za marihuano in hašišem droga, s katero se na svetu največ trguje. Glede na zasežene količine (578 ton po celem svetu v letu 2004) se je v glavnem trgovalo v Južni Ameriki (44 %) in Severni Ameriki (34 %), sledita pa zahodna in srednja Evropa (15 %) (CND, 2006).

Kolumbija je daleč največji vir prepovedane koke na svetu, sledita pa ji Peru in Bolivija. Po ocenah se je svetovna proizvodnja kokaina leta 2004 povečala na 687 ton, od tega je Kolumbija prispevala 56 %, Peru 28 %, Bolivija pa 16 % (UNODC, 2005). Največ kokaina, zaseženega v Evropi, prihaja neposredno iz Južne Amerike (v glavnem Kolumbije) ali prek Srednje Amerike in Karibov. Leta 2004 se je poročalo, da so Surinam, Brazilija, Argentina, Venezuela, Ekvador, Curaçao, Jamajka, Mehika, Gvajana in Panama tranzitne države za kokain, uvožen v EU (nacionalna poročila Reitox, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Nekaj kokaina je potovalo tudi prek Afrike, vedno več prek zahodne Afrike in držav v Gvinejskem zalivu (v glavnem Nigerije), nekaj pa tudi prek vzhodne Afrike (Kenije) in severozahodne Afrike prek otokov ob obali Mavretanije in Senegala (CND, 2006; INCB, 2006a). Glavne točke vstopa v EU so še vedno Španija, Nizozemska in Portugalska, prav tako pa tudi Belgija, Francija in Združeno kraljestvo (nacionalna poročila Reitox, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Čeprav imata Španija in Nizozemska še vedno pomembno vlogo kot distribucijski točki za kokain, ki prihaja v EU, so se zaradi poostrenega nadzora na severni obali Španije (v Galiciji) in politike stoodstotnega nadzora letov iz določenih držav <sup>(134)</sup> na letališču Schiphol

(v Amsterdamu) morda razvile druge poti, vedno pogosteje na primer prek Afrike, vendar tudi prek vzhodne in srednje Evrope, od koder poteka sekundarna distribucija v zahodno Evropo (nacionalna poročila Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

##### Zasegi

Ocenjuje se, da je bilo leta 2004 v okrog 60 000 zasegih v EU zaplenjenih približno 74 ton kokaina. O večini zasegov kokaina so poročale zahodnoevropske države, posebej Španija, kjer je bila opravljena približno polovica zasegov z okrog polovice celotne količine kokaina, zaplenjenega v EU v zadnjih petih letih <sup>(135)</sup>. V obdobju od leta 1999 do 2004 se je število zasegov kokaina <sup>(136)</sup> na ravni EU na splošno povečalo, zasežene količine <sup>(137)</sup> pa so nihale ob trendih povečevanja. Vendar pa je videti, da so se količine glede na države poročevalke leta 2004 zmanjšale – morda v primerjavi z izredno količino, ki jo je Španija zasegla leto prej.

##### Cena in čistost

Leta 2004 se je povprečna maloprodajna cena kokaina po EU zelo razlikovala, od 41 EUR za gram v Belgiji do več kot 100 EUR za gram na Cipru, v Romuniji in na Norveškem <sup>(138)</sup>. Povprečne cene kokaina, popravljene glede na inflacijo <sup>(139)</sup>, so v obdobju od leta 1999 do 2004 kazale trend padanja v vseh državah poročevalkah <sup>(140)</sup> razen v Luksemburgu, kjer so do leta 2002 padale in se potem spet povišale, in na Norveškem, kjer so se cene leta 2001 strmo zvišale in se potem ustalile.

V primerjavi s heroinom je povprečna čistost kokaina na ravni uživalcev visoka in je bila leta 2004 od 24 % na Danskem do

<sup>(133)</sup> Glej „Razlaga podatkov o zasegih in drugih tržnih podatkov, str. 37.

<sup>(134)</sup> Vsi leti iz Nizozemskih Antilov, Arube, Surinama, Peruja, Venezuele in Ekvadorja se stoodstotno nadzorujejo; leta 2004 je bilo zaradi takega nadzora aretiranih 3 466 tihotapcev droge, 620 pa zaradi rednih pregledov (Nizozemsko nacionalno poročilo).

<sup>(135)</sup> To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2004. Podatki o številu zasegov kokaina in o količinah zaseženega kokaina v letu 2004 niso bili na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo; podatki o številu zasegov kokaina v letu 2004 niso bili na voljo za Nizozemsko. Za namene ocenjevanja so se manjkajoči podatki za leto 2004 nadomestili s podatki za leto 2003. Podatki o količinah, zaseženih v letu 2004, ki jih je zagotovila Nizozemska, so bili samo ocene, ki jih ni bilo mogoče vključiti v analizo trendov za leto 2004.

<sup>(136)</sup> Glej tabelo SZR-9 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(137)</sup> Glej tabelo SZR-10 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(138)</sup> Glej tabelo PPP-3 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(139)</sup> Leto 1999 velja kot izhodiščno leto za vrednost valut v vseh državah.

<sup>(140)</sup> V obdobju od leta 1999 do 2004 so bili podatki o cenah kokaina za vsaj tri leta zapored na voljo v Belgiji, Češki, Nemčiji, Španiji, Franciji, Irski, na Cipru, v Latviji, Litvi, Luksemburgu, Poljski, Portugalski, Sloveniji, Švedski, Združenem kraljestvu, Bolgariji, Turčiji in Norveški.

80 % na Poljskem, večina držav pa je poročala o čistosti od 40 % do 65 % <sup>(141)</sup>. Razpoložljivi podatki za obdobje od leta 1999 do 2004 kažejo, da se je povprečna čistost kokaina v večini držav poročevalk <sup>(142)</sup> znižala, čeprav se je zvišala v Estoniji (od leta 2003), Franciji in Litvi, v Luksemburgu in Avstriji pa je ostala ustaljena.

## Mednarodni ukrepi proti proizvodnji in trgovanju s kokainom

Cilj Evropolovega projekta COLA je odkrivanje latinskoameriških in z njimi povezanih kriminalnih skupin, ki delujejo v smeri EU in znotraj nje ter trgujejo s prepovedanimi drogami, predvsem kokainom, in boj proti tem skupinam. Projekt predvsem zagotavlja operativno podporo preiskavam na terenu v sodelujočih državah članicah in izboljšuje strateško obveščevalno dejavnost. Dopolnjuje ga Europolov sistem logotipov kokaina („Europol Cocaine Logo System“), s katerim se v katalogu, ki se vsako leto posodablja, zbirajo načini delovanja, fotografske in druge informacije o zasegih kokaina ter logotipih/oznakah na drogah in embalaži, da bi ugotovili povezave med zasegi in spodbujali mednarodno policijsko sodelovanje in izmenjavo informacij (Europol, 2006).

Operacija Purple, ki poteka od leta 1999, je namenjena preprečevanju zlorabe dovoljene trgovine s kalijevim permanganatom <sup>(143)</sup> za uporabo pri prepovedani proizvodnji kokaina, posebej v Severni, Srednji in Južni Ameriki. Dovoljena trgovina s kalijevim permanganatom je obsežna: od leta 1999 je 30 držav/ozemelj, ki izvažajo kalijev permanganat, Mednarodnemu nadzornemu svetu za droge predložilo 4 380 obvestil pred izvozom, v katera je bilo vključenih več kot 136 560 ton te snovi. Od leta 1999 je bilo zaradi sumov o zakonitosti pošiljk ali namenih končnih uporabnikov ustavljenih ali zaseženih 233 pošiljk, ki so zajemale več kot 14 316 ton kalijevega permanganata, pri čemer so bile ugotovljene zlorabe. Leta 2004 je bilo v Evropi zaseženega 1,4 tone kalijevega permanganata, največ v Ruski federaciji, sledita pa ji Romunija in Ukrajina <sup>(144)</sup> (INCB, 2006).

Videti je, da so preprodajalci našli načine za izogibanje mehanizmom nadzora in spremljanja, ki so bili vzpostavljeni v okviru operacije Purple. Čeprav se prepovedana proizvodnja kokaina ne povezuje z Azijo, se povečuje bojazen, da preprodajalci zlorablajo dovoljeno trgovino s kalijevim permanganatom na tem območju. Zaskrbljujoče je tudi, da preprodajalci morda preusmerjajo kalijev

permanganat v andsko podobmočje prek Karibov. Zaradi tega je Mednarodni nadzorni svet za droge (2006b), kljub temu da je potrdil nekaj uspehov na področju ugotavljanja sumljivih transakcij in ustavljanja pošiljk, vlade pozval, naj razvijejo operativne postopke za sledenje informacijam iz zasegov laboratorijev za proizvodnjo kokaina, da bi kemikalijam sledili nazaj do virov, odkrili tranzitne države in preiskali trgovska podjetja, tako da bi imeli preprodajalci več težav s selitvijo svojih dejavnosti.

## Razširjenost in vzorci uživanja kokaina

Na podlagi nacionalnih raziskav med prebivalstvom se ocenjuje, da je približno 10 milijonov Evropejcev <sup>(145)</sup> vsaj enkrat v življenju poskusilo kokain (razširjenost uživanja kadar koli v življenju), kar je 3 % vseh odraslih prebivalcev <sup>(146)</sup>. Nacionalni podatki o zabeleženem uživanju so med 0,5 % in 6 %, na vrhu lestvice pa so Italija (4,6 %), Španija (5,9 %) in Združeno kraljestvo (6,1 %). Ocenjuje se, da je v zadnjem letu kokain uživalo približno 3,5 milijona odraslih oseb, kar je 1 % vseh odraslih oseb. Nacionalni podatki se v večini držav gibljejo med 0,3 % in 1 %, stopnja razširjenosti pa je višja v Španiji (2,7 %) in Združenem kraljestvu (2 %).

Kot pri drugih prepovedanih drogah je uživanje kokaina najbolj razširjeno med mladimi odraslimi osebami. Oseb, ki so že kdaj zaužile kokain, je največ med mladimi odraslimi, starimi od 15 do 34 let, čeprav je bilo v zadnjem letu rahlo več uživanja kokaina med osebami, starimi od 15 do 24 let. Zdi se, da je kokain droga, ki jo uživajo osebe, stare med 20 in 30 let, vendar je v primerjavi z uživanjem konoplje uživanje kokaina manj razširjeno med mlajšimi osebami. Delež oseb, starih od 15 do 34 let, ki so že kdaj zaužile kokain, znaša od 1 % do 10 %, najvišji stopnji pa imata spet Španija (8,9 %) in Združeno kraljestvo (10,5 %). Uživanje v zadnjem letu znaša med 0,2 % in 4,8 %, pri čemer vrednosti za Dansko, Irsko, Italijo in Nizozemsko znašajo približno 2 %, za Španijo in Združeno kraljestvo pa več kot 4 % (prikaz 6.). Podatki iz raziskav med šolsko mladino kažejo, da je razširjenost uživanja kadar koli v življenju zelo majhna in sicer so od 0 % na Cipru, Finskem in Švedskem do 6 % v Španiji; še nižje pa so stopnje razširjenosti uživanja crack kokaina kadar koli v življenju, in sicer od 0 % do 3% (Hibell et al., 2004).

Poraba kokaina je večja med mladimi moškimi. Raziskave med moškimi, starimi od 15 do 34 let, na Danskem, v Nemčiji, Španiji, Italiji, na Nizozemskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem so na primer pokazale, da je število oseb, ki so že kdaj zaužile kokain, od 5 % do 14 %.

<sup>(141)</sup> Glej tabelo PPP-7 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(142)</sup> V obdobju od leta 1999 do 2004 so bili podatki o čistosti kokaina za vsaj tri leta zapored na voljo v Belgiji, Češki, Danski, Nemčiji, Estoniji, Španiji, Franciji, Irski, Italiji, Latviji, Litvi, Luksemburgu, Madžarski, Nizozemski, Avstriji, Portugalski, Slovaški, Združenem kraljestvu in Norveški.

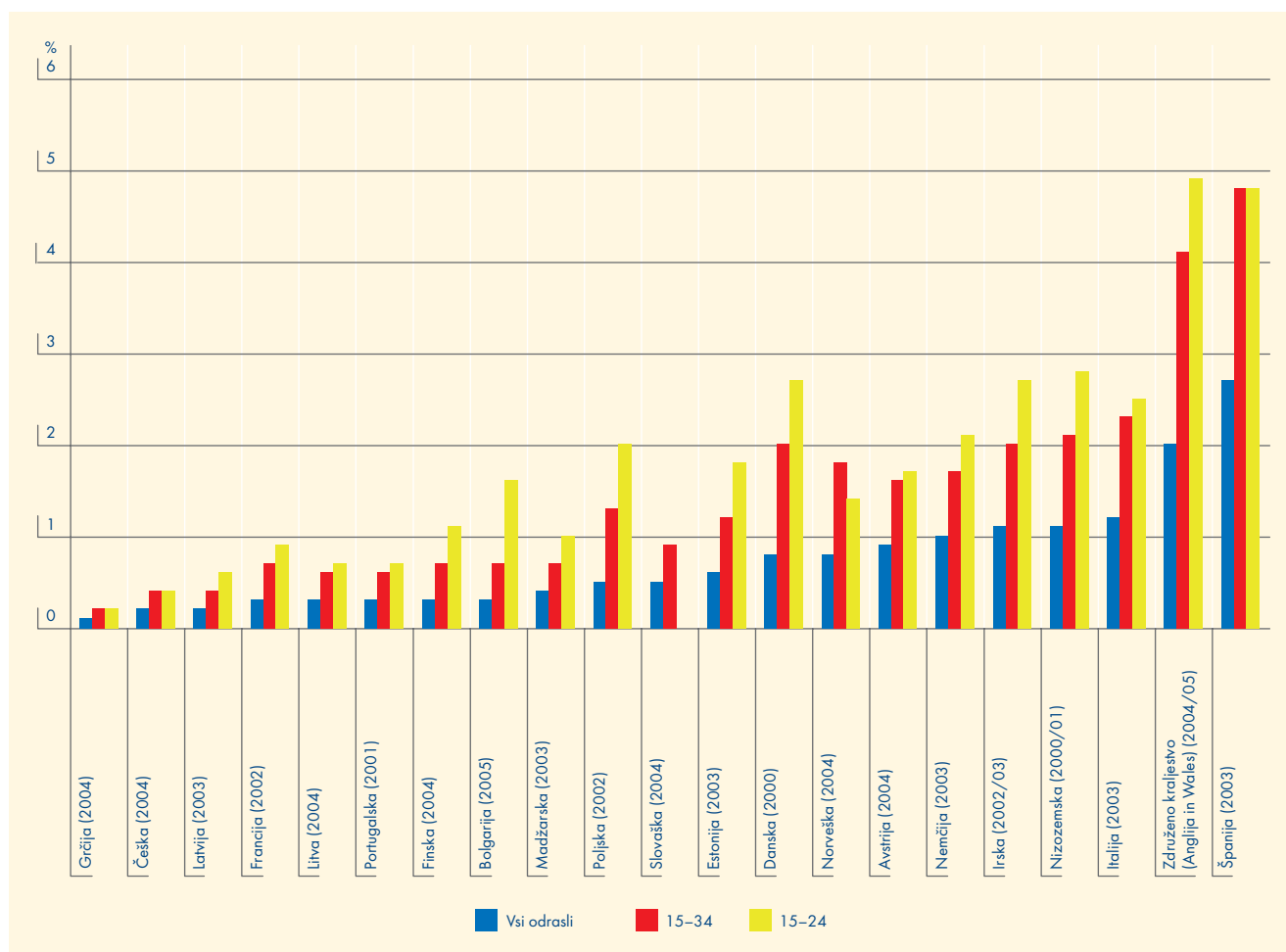
<sup>(143)</sup> Predhodna sestavina, ki se uporablja pri proizvodnji kokaina, vključen v tabelo I Konvencije iz leta 1988.

<sup>(144)</sup> Ti podatki ne vključujejo količin v ustavljenih pošiljkah.

<sup>(145)</sup> Na podlagi tehtanega povprečja nacionalnih števil; več podrobnosti v opombi (53).

<sup>(146)</sup> Za podrobnejše podatke za vsako državo glej tabelo v „Raziskave med splošnim prebivalstvom o uporabi drog“ v Statističnem biltnu 2006.

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



*Opomba:* Podatki izhajajo iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so bile v času poročanja na voljo v vsaki državi. Za nadaljnje informacije glej tabele GPS-8, GPS-11 in GPS-18 v Statističnem biltenu 2006.

*Viri:* Nacionalna poročila Reitox (2005), sestavljena iz raziskav med prebivalstvom, poročil ali strokovnih člankov.

Uživanje v zadnjem letu je bilo manjše, vendar so štiri države poročale o vrednostih, višjih od 3 %, Španija in Združeno kraljestvo pa o vrednostih v višini približno 6–7 %<sup>(147)</sup>, iz česar je razvidno, da je v teh državah približno eden od petnajstih mladih moških v zadnjem času zaužil kokain. Ta delež je znatno višji v mestnih območjih.

Zdi se, da je med prebivalstvom uživanje kokaina občasno in se v glavnem dogaja ob koncih tedna in v sprostitvenih okoljih (barih in diskotekah), kjer lahko dosega visoke stopnje. Raziskovalne študije, opravljene med mladimi osebami v plesnem in glasbenem okolju v različnih državah, razkrivajo precej višje ocene razširjenosti uživanja kokaina od ocen razširjenosti med prebivalstvom, in sicer znaša razširjenost uživanja kokaina kadar koli v življenju med 10 % in 75 % (glej izbrano vprašanje o uživanju drog v sprostitvenih okoljih). Britanska raziskava kriminala 2004/05 je na primer poročala, da je ocena razširjenosti uživanja drog iz „razreda

A“ med osebami, ki obiskujejo diskoteke ali nočne klube, vsaj dvakrat višja od stopnje razširjenosti med osebami, ki ne obiskujejo teh lokalov (Chivite-Matthews et al., 2005) (glej tudi izbrano vprašanje o uživanju drog v sprostitvenih okoljih). V povprečju je približno ena tretjina vseh odraslih Evropejcev, ki so kdaj zaužili kokain, to drogo zaužila v preteklih 12 mesecih, za primerjavo podatek, da le 13 % oseb poroča, da ga je zaužilo v preteklih 30 dneh. 2 do 4 % moških, starih od 15 do 24 let, v Španiji, Italiji, Združenem kraljestvu in Bolgariji<sup>(148)</sup> na primer poroča, da je v preteklih 30 dneh zaužilo kokain. Groba ocena trenutnega uživanja kokaina v Evropi je približno 1,5 milijona odraslih oseb, starih od 15 do 64 let (80 % v starosti od 15 do 34 let). Ta številka lahko velja za minimalno oceno glede na verjetnost nepopolnega poročanja.

Vzorci uživanja kokaina se zelo razlikujejo med različnimi skupinami uživalcev. V evropski raziskavi, ki je vključevala

<sup>(147)</sup> Glej prikaz GPS-9 v statističnem biltenu 2006.

<sup>(148)</sup> Raziskava iz leta 2001. V raziskavi iz leta 2003 ni bilo razdelitve po spolih po 10-letnih starostnih skupinah.

več mest, je bilo ugotovljeno, da uživalci kokaina, vključeni v družbo, to snov v glavnem njuhajo (95 %), le majhen delež pa jo kadi ali si jo vbrižgava, zelo pogosto pa je uživanje s konopljo in alkoholom (Prinzleve et al., 2004). Med uživalci na zdravljenju ali v socialno marginaliziranih skupinah je bilo vbrižgavanje pogosto, uživanje crack kokaina pa je bilo običajno v Hamburgu, Londonu in Parizu, manj pa v Barceloni in Dublinu. Videti je, da je uživanje crack kokaina med evropskim prebivalstvom redko. Poročila na primer kažejo, da je razširjenost uživanja crack kokaina kadar koli življenju v Španiji 0,5 % (2003), v Združenem kraljestvu pa 0,8 % (Chivite-Matthews et al., 2005). V treh državah je bila razširjenost uživanja crack kokaina kadar koli v življenju raziskana v klubskem okolju. Ugotovljeno je bilo, da je celo manjša od uživanja heroina (2 % na Češkem, 13 % v Združenem kraljestvu in 21 % v Franciji). Vendar pa je zaskrbljujoče uživanje crack kokaina v marginaliziranih skupinah ali med uživalci opiatov v nekaterih mestih. V ciljni skupini štiriindevetdesetih uličnih spolnih delavk v Amsterdamu je bila na primer ocena razširjenosti uživanja crack kokaina kadar koli v življenju zelo visoka, in sicer kar 91 % (Korf, 2005, citirano v nizozemskem nacionalnem poročilu).

Za primerjavo podatek, da je v raziskavi o uživanju drog in zdravju v Združenih državah leta 2004 14,2 % odraslih oseb (opredeljenih kot osebe, stare 12 let ali več) poročalo, da je že kdaj zaužilo kokain, kar se zelo razlikuje od evropskega povprečja, ki je 3 %. Uživanje v zadnjem letu je znašalo 2,4 % v primerjavi z evropskim povprečjem, ki je bilo 1 %, čeprav so v nekaterih državah EU, npr. v Španiji (2,7 %) in Združenem kraljestvu (2 %), vrednosti, o katerih se poroča, podobne tistim v Združenih državah <sup>(149)</sup>. Sorazmerno višji odstotki uživanja kokaina kadar koli v življenju v Združenih državah so verjetno delno povezani s tem, da se je kokain v tej državi razširil prej.

Med mladimi odraslimi osebami (starimi med 16 in 34 let) so bile vrednosti v ZDA 14,6 % (uživanje kadar koli v življenju), 5,1 % (uživanje v zadnjem letu) in 1,7 % (uživanje v zadnjem mesecu), v EU pa so bile povprečne vrednosti med osebami, starimi med 15 in 34 let, okrog 5 % (uživanje sploh kdaj v življenju), 2 % (uživanje v zadnjem letu) in 1 % (uživanje v zadnjem mesecu).

### Trendi pri uživanju kokaina

Že več let se na podlagi podatkov iz različnih virov (npr. tržni kazalci, povpraševanje po zdravljenju, smrtni primeri) opozarja na možno povečevanje uživanja kokaina v Evropi. Čeprav se razpoložljive informacije o trendih kokaina med prebivalstvom izboljšujejo, saj vedno več držav opravlja ponavljajoče se raziskave, so podatki še vedno omejeni.

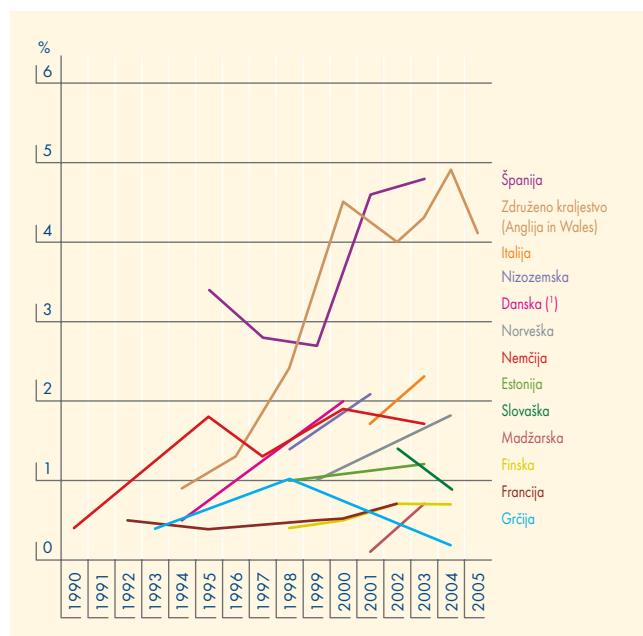
Dodatne težave se pri kokainu pojavljajo zaradi nižjih stopenj razširjenosti in verjetnega nepopolnega poročanja o uživanju.

Število mladih odraslih, ki so v zadnjem času (zadnje leto) uživali kokain, se je v Združenem kraljestvu izrazito povečalo v drugi polovici 90. let, do leta 2000, v Španiji pa do leta 2001, videti pa je, da se je v zadnjih letih število ustalilo. V Nemčiji je bilo v 90. letih opazno zmerno povečanje, vendar so številke v zadnjih letih ostale na ravneh, ki so očitno nižje od tistih v Španiji in Združenem kraljestvu (prikaz 7).

Rahlo povečanje uživanja kokaina v zadnjem letu je bilo mogoče opaziti na Danskem (do leta 2000), v Italiji, na Madžarskem in Nizozemskem (do leta 2001) in na Norveškem. Ta trend je treba razlagati previdno, ker temelji na samo dveh raziskavah v vsaki državi.

Pri kokainu in drugih snoveh (npr. ekstaziju, amfetaminih, halucinogenih gobah) bi lahko trende bolje opredelili tako, da bi analizo osredotočili na skupine, v katerih je uživanje drog večje, predvsem na mlade ljudi, ki živijo v urbanih okoljih. Te skupine so bolj podrobno obravnavane v izbranem vprašanju o uživanju drog v sprostitvenih okoljih. Poleg tega bi morali informacije, pridobljene z raziskavami,

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



(1) Na Danskem vrednost za leto 1994 ustreza „trdim drogam“.

Opomba: Podatki izhajajo iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so bile v času poročanja na voljo v vsaki državi. Za nadaljnje informacije glej tabelo GPS-4 v Statističnem biltnu 2006.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2005), sestavljena iz raziskav med prebivalstvom, poročil ali strokovnih člankov.

<sup>(149)</sup> Vir: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Upoštevati je treba, da je starostni okvir za „vse odrasle osebe“ v raziskavi v ZDA (12 let in več) širši od standardnega starostnega okvira evropskih raziskav (15 do 64 let). Številke za starostno skupino od 16 do 34 let v Združenih državah je ponovno izračunal Center.

dopolniti z osredotočenimi študijami, opravljenimi med mladimi v izbranih skupinah (prizorišča nočnega življenja).

## Podatki o povpraševanju po zdravljenju <sup>(150)</sup>

Kokain je za opiat in konopljo najpogostejša droga, o kateri poročajo kot o razlogu za zdravljenje, prisoten pa je v okoli 8 % vseh povpraševanj po zdravljenju v EU v letu 2004 <sup>(151)</sup>. Opomniti je treba, da Španija, država, v kateri ponavadi poročajo o pogostem povpraševanju po zdravljenju zaradi uživanja kokaina, še ni posredovala podatkov. Ta skupni odstotek odraža velike razlike med državami: v večini držav je povpraševanje po zdravljenju zaradi uživanja kokaina precej redko, vendar je na Nizozemskem (37 %) in v preteklosti v Španiji (26 % leta 2002) delež vseh oseb, ki zaprosijo za zdravljenje zaradi uživanja kokaina, veliko večji. V najnovejših razpoložljivih podatkih skupina držav poroča, da deleži oseb, ki se zdravijo zaradi uživanja kokaina, izmed vseh, ki se zdravijo, znašajo med 5 % in 10 % (Danska, Nemčija, Francija, Irska, Italija, Ciper, Malta, Združeno kraljestvo in Turčija), v drugih državah pa so ti deleži zelo majhni <sup>(152)</sup>. V več državah so v primerjavi z vsemi, ki se zdravijo, višji odstotki novih oseb, ki se želijo zdraviti zaradi primarnega uživanja kokaina <sup>(153)</sup>. Po poročilih je skupaj okrog 12 % vseh novih prošelj za zdravljenje povezanih s kokainom. Okrog 12 % novih oseb, ki se želijo zdraviti <sup>(154)</sup>, navaja kokain kot sekundarno drogo.

Trend povečevanja števila oseb, ki se želijo zdraviti zaradi uživanja kokaina, o katerem se je poročalo v prejšnjih letih, se nadaljuje. Za obdobje od leta 1999 do 2004 analiza, s katero se interpolirajo manjkajoči podatki, kaže, da se je delež novih oseb, ki povprašujejo po zdravljenju zaradi uživanja kokaina, v tem obdobju povečal za približno 10 % do 20 % (podatki temeljijo na 17 državah EU, Bolgariji in Romuniji <sup>(155)</sup>).

Na splošno večina povpraševanj po zdravljenju zaradi uživanja kokaina v Evropi ni povezanih s crack kokainom: okrog 80 % oseb, ki se na novo izvenbolnišnično zdravijo zaradi uživanja kokaina, uporablja kokainov hidroklorid (kokainov prah), manj od 20 % pa crack kokain. Vendar pa so lahko uživalci crack kokaina še posebej velik izziv za zdravstvene službe, ker imajo ponavadi bolj marginaliziran socialni profil od uporabnikov kokainovega prahu. Evropska študija o uživanju kokaina (v prahu in crack kokaina) je

odkrila povezavo med uživanjem crack kokaina, socialnimi težavami in težavami z duševnim zdravjem. Vendar pa študija poroča tudi, da uživanje crack kokaina samo po sebi ni dovolj, da bi z njim razložili socialne težave ali težave z duševnim zdravjem (Haasen et al., 2005). Nedavna raziskava med 585 osebami, ki se na Škotskem zdravijo zaradi uživanja kokaina in crack kokaina, je pokazala, da je pri uživalcih crack kokaina bolj verjetno, da imajo daljšo zgodovino problematičnega uživanja drog in da so večkrat vpleteni v kriminalne dejavnosti (Neale in Robertson, 2004, citirano v nacionalnem poročilu Združenega kraljestva).

Če pogledamo profil oseb, ki se zaradi uživanja kokaina zdravijo izvenbolnišnično, kaže, da so nove osebe, ki uživajo kokain kot primarno drogo, ponavadi starejše od drugih uživalcev drog: 70 % jih je v starostni skupini od 20 do 34 let, manjša pa je starostna skupina (13 %) od 35 do 39 let <sup>(156)</sup>.

Kokain se pogosto uporablja skupaj z drugimi prepovedanimi ali dovoljenimi drogami, pogosto s konopljo (31,6 %), opiat (28,6 %) ali alkoholom (17,4 %) <sup>(157)</sup>. Lokalne študije injicirajočih uživalcev drog na nekaterih območjih kažejo, da mešanica heroina in kokaina v injekciji verjetno postajala bolj priljubljena (injicirajoči uživalci drog jo včasih imenujejo „speedball“). Kombinacija opiatov in kokaina je trenutno bolj razvidna iz podatkov o zdravljenju. Od oseb, ki poročajo o primarnem uživanju opiatov, jih o sekundarnem uživanju kokaina poroča 31 % v Italiji, 42 % na Nizozemskem in 44 % v Združenem kraljestvu. Od primarnih uživalcev kokaina jih o sekundarnem uživanju opiatov poroča 28 % v Italiji in 38 % v Združenem kraljestvu.

## Zdravljenje odvisnosti od kokaina

Farmakološko zdravljenje odvisnosti od kokaina ali drugih psihostimulansov ni dovolj dobro podprto z dokazi. Vendar pa Shearer in Gowing (2004) v svojem celovitem pregledu uporabe farmakoterapije pri uživalcih psihostimulansov zaključujeta, da nadomestna terapija, ki je uspešna pri odvisnosti od opiatov in nikotina in ima možnosti, da pritegne in obdrži osebe na zdravljenju, pri uporabnikih stimulansov še ni dovolj preverjena. Pregled literature o odzivih na zdravljenje odvisnosti od kokaina in o učinkovitosti takega zdravljenja, vključno z odzivi na motnje duševnega zdravja med uživalci crack kokaina, je nedavno objavil Center <sup>(158)</sup>.

V nekaterih državah, tudi v Združenih državah in Združenem kraljestvu, se trenutno precej vlaga v razvoj možnosti

<sup>(150)</sup> Glej opombo (70).

<sup>(151)</sup> Glej prikaz TDI-2 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(152)</sup> Glej tabelo TDI-5 v Statističnem biltenu 2006; za španske podatke glej leto poročanja 2002.

<sup>(153)</sup> Glej tabelo TDI-4 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(154)</sup> Glej tabelo TDI-23 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(155)</sup> Glej prikaz TDI-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(156)</sup> Glej tabelo TDI-10 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(157)</sup> Glej tabelo TDI-24 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(158)</sup> [www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)



zdravljenja z imunoterapijo, tako da bi razvili protitelesa, ki lahko kokain v krvnem obtoku prestrežejo, preden doseže centralni živčni sistem (glej polje imunoterapija za odvisnike od kokaina).

Trenutno velja, da je najbolj obetavna možnost za uživalce kokaina in drugih psihostimulansov združevanje več posebnih psihosocialnih zdravstvenih intervencij. Izkazalo se je, da združitev pristopa krepite skupnosti („community reinforcement approach“, CRA) in obvladovanja nepredvidenih okoliščin („contingency management“) kratkoročno zmanjšuje uživanje kokaina (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004).

Pristop krepite skupnosti je intenziven način zdravljenja, ki vključuje družino, prijatelje in druge člane socialne mreže zdravljenih osebe v celotnem času zdravljenja in je sestavljen

### Imunoterapija za kokainske odvisnike

V nasprotju s heroinskimi odvisniki, ki jih je mogoče zdraviti z agonisti, kot je metadon, ali antagonisti, kot je naltrekson, trenutno ni na voljo zdravljenja za odvisnost od kokaina. Zdi se, da bi bil razlog za to lahko mehanizem delovanja, prek katerega kokain učinkuje na možganska nevrottransmitorja dopamin in serotonin. Medtem ko se heroin veže na možganske receptorje za opioide, kot so receptorji mu, in zato posnema delovanje možganom lastnih endorfinov, pa kokain zadržuje reabsorbcijo dopamina (in seveda serotonina) iz nevrnske sinapse, potem ko je dosegel svoj učinek, kar pripelje do krepite transmittorja ter s tem do podaljšanja in krepite njegovega učinka.

To ne pomeni, da ni mogoče razviti zdravljenja za kokainsko odvisnost, pomeni pa, da ga bo verjetno težje razviti in da bo morda vključevalo drugačne koncepte od tistih, ki se uporabljajo pri razvoju zdravljenja heroinske odvisnosti.

Zanimiv niz raziskav vključuje uporabo imunoterapije, tj. razvoja cepiva, ki bi učinkovito „nevtaliziralo“ delovanje kokaina, tako da drogi prepreči, da doseže možgane. Osnovni koncept je bil omejeno preskušeno. Cepivo, razvito v podjetju v Združenem kraljestvu, so 14 dni preskušali na majhnem številu kokainskih odvisnikov (18). Ugotovili so, da so tri četrtine cepljene kohorte kokainskih odvisnikov lahko tri mesece ostale brez drog brez kakršnih koli neprijetnih stranskih učinkov. Poleg tega so po šestih mesecih vsi tisti, ki so znova začeli uživati kokain, in tisti, ki ga niso, izjavili, da občutki evforije niso bili tako močni kot pred cepljenjem. Zaradi teh ugotovitev je cepivo, znano kot konjugat droge in proteina TA-CD, v drugi fazi kliničnih preskušanj. Alternativni imunoterapevtski pristop vključuje razvoj monoklonskih protiteles za kokain, vendar je bil preskušeno zgolj predklinično.

Potencialna korist kokainskega cepiva TA-CD je povečala etično zaskrbljenost glede uporabe cepiva: kdo bi ga prejel, kdo bi sprejel odločitev in po kakšnih merilih itd.

iz usposabljanja teh oseb na področju vzpostavljanja socialnih stikov, izboljševanja samopodobe, iskanja zaposlitve in zadovoljujoče zapolnitve prostega časa, da bi bile sposobne vzpostaviti drugačen življenjski slog (Roozen et al., 2004). Skupaj z obvladovanjem nepredvidenih okoliščin – načinom zdravljenja, katerega cilj je vplivati na vedenje zdravljenih oseb, tako da se jim ponudijo smiselne spodbude, npr. darila, potrdila ali posebne pravice, kadar je njihov vzorec urina brez sledov kokaina – se dosegajo pozitivni učinki na uživanje drog in psihosocialno delovanje v času zdravljenja in pri preverjanju po zdravljenju odvisnikov od kokaina, ki se zdravijo izvenbolnišnično, čeprav je bilo videti, da so učinki na uživanje kokaina omejeni na obdobje zdravljenja (Higgins et al., 2003).

V novih pristopih k zdravljenju zelo problematičnih skupin odvisnikov od heroina, ki uživajo kokain ali crack kokain, je zmanjševanje škode primarni cilj zdravljenja in uporabljajo vedenjske terapije, predvsem pristope obvladovanja nepredvidenih okoliščin, v kombinaciji z metadonskim vzdrževalnim programom ali zdravljenjem s heroinom (Schottenfeld et al., 2005; van den Brink, 2005; Poling et al., 2006).

### Pristopi za zmanjševanje škode

V Evropi je bil razvoj pristopov za zmanjševanje škode, osredotočenih na uživanje kokaina, omejen. To bi se lahko zdaj pričelo spreminjati, ker večja ozaveščenost o razširjenosti uživanja kokaina in težav, povezanih z njim, spodbuja zanimanje za razvoj odzivanja na potrebe uživalcev kokaina. Učinkovitost pristopov za preprečevanje in zmanjševanje škode, kar zadeva zmanjševanje tveganja, povezanega z uživanjem kokaina, ostaja v glavnem neraziskana, vendar bi lahko imela številna področja možnosti za razvoj tovrstnega pristopa. Uživalcem kokaina bi na primer lahko koristile intervencije, ki se ukvarjajo z vprašanji, kot so povečana toksičnost kombinacij kokaina in alkohola, možne povezave med kokainom in težavami s srcem in ožiljem ali vedenjske povezave, zaradi katerih so lahko uživalci izpostavljeni večjemu tveganju za okužbo z virusom HIV ali imajo večjo možnost, da postanejo žrtve nesreče ali nasilnega kaznivega dejanja. Ker se lahko uživanje kokaina hitro stopnjuje, je mogoče vredno raziskati kratke intervencije, ki bi lahko uživalce opozorile na dejstvo, da morda začnajo čutiti negativne posledice uživanja te droge.

Zaradi resnih zdravstvenih in socialnih težav, povezanih z uživanjem crack kokaina, obstaja več izkušenj z razvojem storitev za to skupino, čeprav so dejavnosti omejene na sorazmerno majhno število evropskih mest, ki so imela večje težave s crack kokainom. V številnih mestih so se na uživalce crack kokaina osredotočili programi dela na terenu, ki poskušajo navezati stik s skupino, za katero pogosto velja,

da je težko delati z njo. Čeprav so dokazi na splošno še vedno relativno redki, so nekatere študije nakazale, da se koristi lahko povečujejo. Študija inovativnega programa zdravljenja na terenu v Rotterdamu (Henskens, 2004, citirano v nizozemskem nacionalnem poročilu) je na primer opredelila dejavnike, ki so se pokazali za pomembne pri zdravljenju te skupine oseb, ki jih je pogosto težko vključiti v konvencionalne načine zdravljenja odvisnosti od drog.

Kompulzivne vzorce uživanja crack kokaina in kokaina je mogoče povezati s povečevanjem tveganja na področju spolnih bolezni, zato so nekateri nizkopražni programi posebej namenjeni spolnim delavkam, ki uživajo crack heroin, in jih obveščajo o varnejši spolnosti in uživanju drog ter delijo kondome in lubrikante (glej izbrano vprašanje o spolu).

Bolj sporen pristop se uporablja v nekaterih evropskih mestih, kjer se je koncept varnih prostorov za uživanje drog, ponavadi namenjen injicirajočim uživalcem, razširil na inhaliranje drog. Prostori za nadzorovano kajenje so se odprli v več nizozemskih, nemških in švicarskih mestih (EMCDDA, 2004c). Čeprav je nadzor higiene pri uživanju glavni cilj teh storitev, obstajajo nekateri dokazi, da bi lahko te storitve služile tudi kot pot do nekaterih drugih možnosti oskrbe. Spremljanje ene take storitve v Frankfurtu v Nemčiji je na primer pokazalo, da je bilo v šestmesečnem ocenjevalnem obdobju v letu 2004 nadzorovanih 1 400 uporab droge, dokumentiranih pa je bilo 332 pogovorov, 40 svetovalnih storitev in 99 napotitev na druge storitve na področju drog.





## Poglavje 6

# Uživanje opiatov in vbrizgavanje drog

### Ponudba in razpoložljivost heroina <sup>(159)</sup>

V Evropi je mogoče najti dve obliki uvoženega heroina: običajno je na voljo rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), manj pogosto pa ponavadi dražji beli heroin (oblika soli), ki navadno izvira iz jugovzhodne Azije. Poleg tega se nekateri opiatni proizvajajo v EU, vendar je proizvodnja v glavnem omejena na proizvodnjo domačih proizvodov iz vrtnega maka v majhnem obsegu (npr. koncentrat vrtnega maka iz zdrobljenih makovih stebel ali glavnic) v številnih vzhodnih državah EU, na primer v Litvi, kjer je videti, da se je trg makovih stebel in koncentrata ustalil, in na Poljskem, kjer se proizvodnja „poljskega heroina“ morda zmanjšuje (CND, 2006).

### Proizvodnja in trgovanje

Heroin, ki se porabi v Evropi, se v glavnem proizvaja v Afganistanu, ki ostaja vodilni vir ponudbe prepovedanega opija na svetu in katerega proizvodnja je leta 2005 znašala 89 % svetovne proizvodnje prepovedanega opija, nato sledi Mjanmar (7 %). Svetovna proizvodnja prepovedanega opija je bila med letoma 1999 in 2004 sorazmerno ustaljena, razen leta 2001, ko je prepoved gojenja opijskega maka, ki jo je uvedel talibanski režim v Afganistanu, povzročila krepko, vendar kratkoročno zmanjšanje, saj se ocenjuje, da je bilo leta 2005 proizvedenih 4 670 ton, kar je 4 % manj kot leta 2004 (CND, 2006). Svetovna proizvodnja heroina leta 2005 pa je bila po ocenah okoli 472 ton (leta 2004 pa 495 ton) (UNODC, 2006).

Heroin prihaja v Evropo po dveh glavnih trgovskih poteh. Zgodovinsko pomembna 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 Nizozemska deluje kot sekundarni distribucijski center za

druge zahodnoevropske države. Zasegi heroina v letu 2004 kažejo, da je postala južna veja glede pretihotapljene količine enako pomembna kot severna (WCO, 2005; INCB, 2006a). Od srede 90. let se je vedno več heroina (vendar manj kot prek balkanskih poti) v Evropo pretihotapilo po „svileni poti“ prek Srednje Azije (predvsem Turkmenistana, Tadžikistana, Kirgizistana in Uzbekistana), Kaspijskega morja in Ruske federacije, Belorusije ali Ukrajine do Estonije, Latvije, nekaterih nordijskih držav in Nemčije (nacionalna poročila Reitox, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Čeprav so te poti najbolj pomembne, so države na Arabskem polotoku (Oman, Združeni arabski emirati) postale tranzitne države za pošiljke heroina iz južne in jugozahodne Azije, namenjene v Evropo (INCB, 2006a). Poleg tega je bil heroin, namenjen v Evropo (in Severno Ameriko), v letu 2004 zasežen v vzhodni in zahodni Afriki, na Karibih, ter v Srednji in Južni Ameriki (CND, 2006).

### Zasegi

Leta 2004 je bilo po svetu zaseženih 210 ton opija (enakovredno 21 tonam heroina), 39,3 tone morfija in 59,2 tone heroina. V Aziji (50 %) in Evropi (40 %) so bile še vedno zasežene največje količine heroina po svetu. Delež Evrope se povečuje, v glavnem zaradi večjih zasegov v jugovzhodnih evropskih državah (Turčija), v kateri je količina prvič preseгла količine, zasežene v zahodni in srednji Evropi (CND, 2006).

Leta 2004 je bilo v državah poročevalkah v okrog 46 000 zasegih zaplenjenih približno 19 ton heroina. Združeno kraljestvo je bilo še vedno na prvem mestu po številu zasegov, sledili sta mu Nemčija in Italija, Turčija pa je zasegla največje količine (sledila sta ji Italija in Združeno kraljestvo), kar je bilo skoraj pol celotne količine, zasežene v letu 2004 <sup>(160)</sup>. V obdobju od leta 1999 do 2004 so zasegi heroina nihali, glede na podatke iz držav poročevalk pa je videti, da je zmanjšanje, opaženemu v letih 2002 in 2003, v letu 2004 sledilo povečanje <sup>(161)</sup>. V petletnem obdobju od leta 1999 do

<sup>(159)</sup> Glej „Razlaga podatkov o zasegih in drugih tržnih podatkov“, str. 37.

<sup>(160)</sup> To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2004. Podatki o številu zasegov heroina in o količini zaseženega heroina v letu 2004 niso bili na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo; podatki o številu zasegov heroina v letu 2004 niso bili na voljo za Nizozemsko. Za namene ocenjevanja so se manjkajoči podatki za leto 2004 nadomestili s podatki za leto 2003. Podatki o količinah, zaseženih v letu 2004, ki jih je zagotovila Nizozemska, so bili samo ocene, ki jih ni bilo mogoče vključiti v analizo trendov za leto 2004.

<sup>(161)</sup> Glej tabelo SZR-7 v Statističnem biltenu 2006.

2004 so se skupne zasežene količine nenehno povečevale in leta 2004 dosegle rekordno raven v glavnem zaradi tega, ker se je količina heroina, zaseženega v Turčiji, v letu 2004 v primerjavi s prejšnjim letom skoraj podvojila <sup>(162)</sup>.

### Cena in čistost

Leta 2004 so se povprečne maloprodajne cene rjavega heroina po Evropi zelo razlikovale, segale so od 12 EUR za gram v Turčiji do 141 EUR za gram na Švedskem, beli heroin je stal od 31 EUR za gram v Belgiji do 202 EUR za gram na Švedskem, heroin neznane vrste pa od 35 EUR za gram v Sloveniji do 82 EUR za gram v Združenem kraljestvu <sup>(163)</sup>. Razpoložljivi podatki za obdobje od leta 1999 do 2004 kažejo, da se je povprečna cena heroina, popravljena glede na inflacijo <sup>(164)</sup>, v večini držav poročevalk znižala <sup>(165)</sup>.

Povprečna čistost rjavega heroina na ravni uživalcev je bila v letu 2004 med 10 % v Bolgariji do 48 % v Turčiji, belega heroina od 20 % v Nemčiji do 63 % na Danskem, heroina neznane vrste pa od 16 % na Madžarskem do 42–50 % <sup>(166)</sup> na Nizozemskem <sup>(167)</sup>. Od leta 1999 je povprečna čistost proizvodov iz heroina v večini držav poročevalk <sup>(168)</sup> nihala, tako da je težko opredeliti kakršen koli splošen trend.

### Mednarodni ukrepi proti proizvodnji heroina in trgovanju z njim

Anhidrid očetne kisline <sup>(169)</sup> je pomembna predhodna sestavina, ki se uporablja pri prepovedani proizvodnji heroina. Operacija Topaz („Operation Topaz“) je mednarodna pobuda za spremljanje dovoljene trgovine z anhidridom očetne kisline in za raziskovanje načinov ter poti zlorabe (INCB, 2006b). Dovoljene trgovine z anhidridom očetne kisline je veliko, zato jo je težko nadzorovati. To je razvidno iz dejstva, da je od leta 2001 22 držav/ozemelj, ki to snov izvažajo, INCB predložilo 7 684 obvestil pred izvozom, v katera je bilo vključenih več kot 1 350 000 ton anhidrida očetne kisline. Zasegi v Turčiji (1 600 litrov v letu 2004) so se v zadnjih letih znatno zmanjšali, kar mogoče pomeni, da so preprodajalci našli nove poti in načine zlorabe. V letu 2004 se je prvič pokazalo, da je zaseženo blago v Evropi (v Bolgariji) prišlo iz jugozahodne Azije (INCB, 2006b).

Čeprav so se vidiki operacije Topaz, povezani s spremljanjem mednarodne trgovine, izkazali za uspešne, ni bilo veliko napredka na področju odkrivanja in prekinitve poti, ki se uporabljajo za tihotapljenje anhidrida očetne kisline v Afganistanu in sosednjih državah (INCB, 2006b).

Cilj Europolovega projekta Mustard („Project Mustard“) je odkrivanje turških in z njimi povezanih kriminalnih skupin, ki delujejo v smeri EU in znotraj nje ter trgujejo s prepovedanimi drogami, predvsem heroinom, in boj proti tem skupinam. Projekt nudi operativno podporo preiskavam na terenu v sodelujočih državah in izboljšuje strateško obveščevalno dejavnost z zagotavljanjem vpogleda v dejavnosti turškega organiziranega kriminala in z njim povezanih skupin (Europol, 2006).

### Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opiatov

Podatki v tem razdelku temeljijo na kazalcu Centra v zvezi s problematičnim uživanjem drog, ki zajema „uživanje drog z vbrizgavanjem oziroma dolgotrajno/redno uživanje heroina, kokaina in/ali amfetaminov“. V preteklosti so ocene problematičnega uživanja drog v glavnem odražale uživanje heroina, čeprav so v nekaj državah, kakor je navedeno drugje v tem poročilu, pomemben element uživalci amfetaminov.

Pri razlaganju ocen problematičnega uživanja opiatov je treba upoštevati, da vzorci uživanja postajajo bolj raznoliki. V večini držav na primer postajajo vedno bolj pomembne težave z uživanjem več različnih drog, medtem ko nekatere države, kjer je bilo v preteklosti največ težav z opiaty, zdaj poročajo o večjih težavah z drugimi drogami. Večina uživalcev heroina naj bi zdaj poleg opiatov uporabljala tudi stimulanse in druge droge, vendar je zanesljive podatke o uživanju več različnih drog na ravni EU težko pridobiti (glej poglavje 8).

Kljub splošnemu trendu raznolikosti tega pojava ocene problematičnega uživanja drog v veliko državah temeljijo izključno na problematičnem uživanju heroina ali drugih opiatov kot primarne snovi. To je mogoče ugotoviti iz ocen stopenj problematičnega uživanja opiatov (glej prikaz 8),

<sup>(162)</sup> Glej tabelo SZR-8 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(163)</sup> Glej tabelo PPP-2 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(164)</sup> Leto 1999 velja kot izhodiščno leto za vrednost valut v vseh državah.

<sup>(165)</sup> V obdobju od leta 1999 do 2004 so bili podatki o cenah heroina na voljo vsaj tri leta zapored: za rjavi heroin na Češkem, v Belgiji, Španiji, Franciji, Irski, Luksemburgu, Poljski, Portugalski, Sloveniji, Švedski, Združenem kraljestvu, Norveški, Bolgariji, Romuniji in Turčiji; za beli heroin na Češkem, v Nemčiji, Franciji, Latviji in na Švedskem in za heroin neznane vrste v Litvi in Združenem kraljestvu.

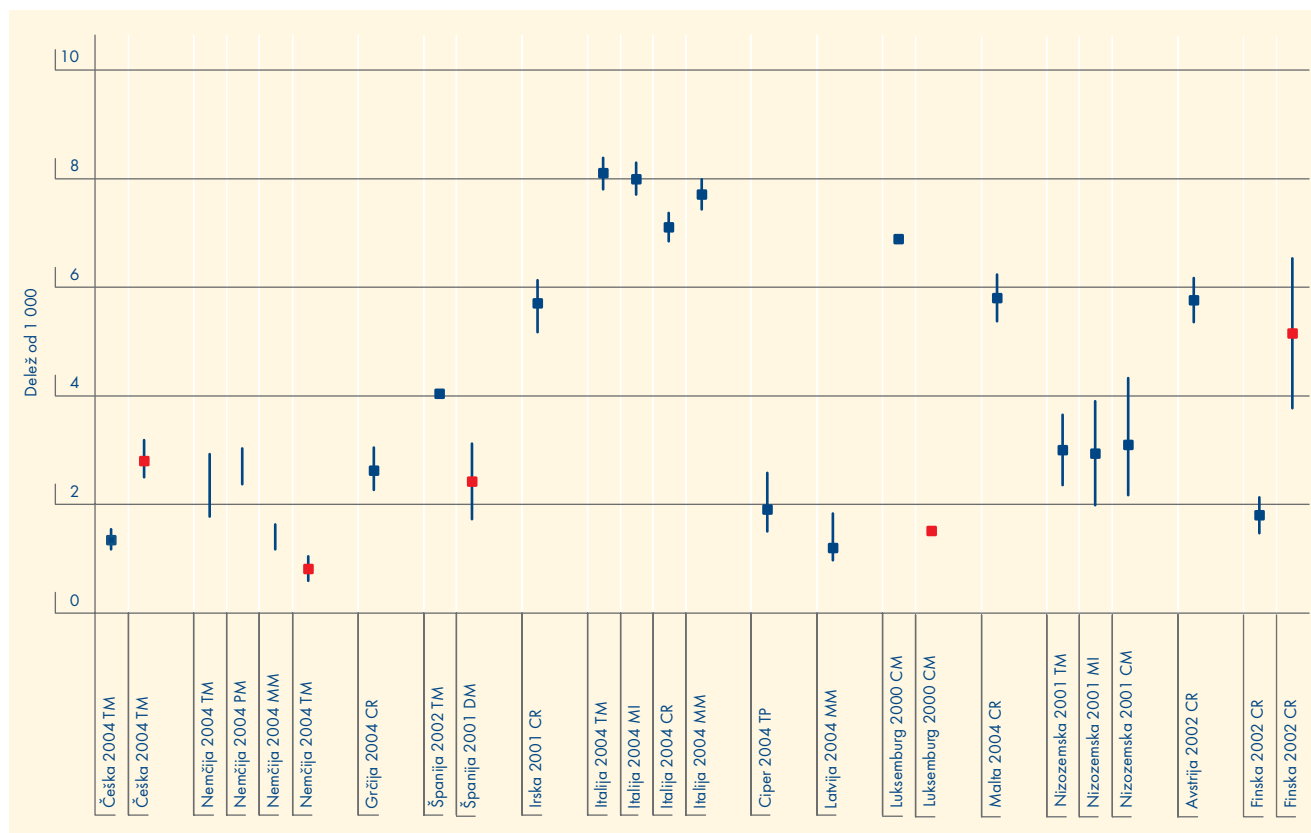
<sup>(166)</sup> Ti dve številki ustrezata podatkom iz dveh različnih sistemov spremljanja (glej tabelo PPP-6 (del iii) v Statističnem biltenu 2006); treba je biti previden, ker vrednost 50 % temelji na samo enem vzorcu.

<sup>(167)</sup> Glej tabelo PPP-6 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(168)</sup> V obdobju od leta 1999 do 2004 so bili podatki o čistosti heroina na voljo vsaj tri leta zapored: za rjavi heroin na Češkem, Danskem, v Španiji, Irski, Italiji, Luksemburgu, Avstriji, Portugalski, Slovaški, Združenem kraljestvu, Norveški in Turčiji; za beli heroin na Danskem, v Nemčiji, Estoniji, Finski in Norveški in za heroin neznane vrste v Belgiji, Litvi, Madžarski in na Nizozemskem.

<sup>(169)</sup> Vključen v tabelo I Konvencije iz leta 1988.

**Prikaz 8:** Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov in stimulansov, 2000–2004 (stopnja na 1 000 prebivalcev, starih 15 do 64 let)



**Opomba:** Rdeči kvadrati označujejo uživanje stimulansov, druge ocene se nanašajo na uživanje opioidov MM, Pomnoževalnik smrtnosti; CR, zajetje–ponovno zajetje; TM, pomnoževalnik zdravljenja; PM, pomnoževalnik policije; MI, večvrstni kazalec; TP, skrajšan Poisson; CM, kombinirane metode. Za nadaljnje informacije glej tabele PDU-1, PDU-2 in PDU-3 v Statističnem biltenu 2006. Simbol pomeni ocenjeno vrednost in črtica pomeni interval negotovosti, ki je lahko 95-odstotni interval zaupnosti ali interval na podlagi analize občutljivosti. Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo.

**Viri:** Nacionalne kontaktne točke.

ki so večinoma zelo podobne ocenam problematičnega uživanja drog<sup>(170)</sup>. Ni jasno, ali je v drugih državah razširjenost problematičnega uživanja drog, ki niso opiat, skoraj zanemarljiva, ali pa je morda znatna, vendar jo je pretežno oceniti.

Ocenjevanje števila problematičnih uživalcev opiatov je zahtevno in potrebne so zahtevne analize, da se iz razpoložljivih virov podatkov pridobijo vrednosti razširjenosti. Poleg tega so ocene pogosto geografsko omejene, ekstrapolacije za oblikovanje nacionalnih ocen pa niso nujno zanesljive.

Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opiatov na nacionalni ravni v obdobju od leta 2000 do 2004 se gibljejo med 1 in 8 primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let (na podlagi vmesnih vrednosti ocen). Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opiatov se med državami zelo razlikujejo, čeprav se rezultati v glavnem ujemajo, tudi kadar se znotraj ene države uporabijo različne metode. O višjih ocenah problematičnega uživanja opiatov poročajo iz Irske, Italije, Luksemburga in Avstrije

(od 5 do 8 primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let), o nižjih pa iz Češke, Nemčije, Grčije, Cipra, Latvije in Nizozemske (manj kot štiri primeri na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let) (prikaz 8). Nekatere od najnižjih dobro dokumentiranih ocen so trenutno na voljo za nove države EU, vendar iz Malte poročajo o večji razširjenosti (med 5,4 in 6,2 primera na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let). Iz omejenih podatkov je mogoče izpeljati splošno razširjenost problematičnega uživanja opiatov v EU, ki se giblje med dvema in osmimi primeri na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Vendar pa so te ocene še vedno daleč od tega, da bi bile zanesljive, in jih bo treba izboljšati, ko bo na voljo več podatkov.

Lokalne in regionalne ocene, ki bi veljale posebej za problematično uživanje opiatov, niso na voljo. Vendar pa razpoložljivi podatki glede problematičnega uživanja drog (vključno z uživanjem stimulansov in drugih drog) kažejo, da obstajajo velike razlike v razširjenosti med mesti in regijami. O najvišjih ocenah lokalne razširjenosti v obdobju od leta 2000 do 2004 poročajo iz Irske, Portugalske, Slovaške

<sup>(170)</sup> Glej prikaz PDU-1 (del i) v Statističnem biltenu 2006.

in Združenega kraljestva, kjer stopnje dosegajo od 15 do 25 primerov na 1 000 prebivalcev <sup>(171)</sup>. Kakor je mogoče pričakovati, tudi na lokalni ravni obstajajo geografske razlike, v različnih delih Londona je razširjenost na primer od 6 do 25 primerov na 1 000 prebivalcev. Zaradi velikih razlik med stopnjami lokalne razširjenosti je posploševanje zelo oteženo.

### Časovni trendi pri problematičnem uživanju opiatov

Zaradi pomanjkanja zanesljivih in doslednih podatkov v preteklosti je ocena trendov problematičnega uživanja opiatov skozi čas težavna. Zbrani dokazi kažejo, da se razširjenost problematičnega uživanja opiatov med državami zelo razlikuje in da trendi po EU niso enaki. Poročila iz nekaterih držav, podprta z drugimi podatki iz kazalcev, kažejo, da se je problematično uživanje opiatov od srede do konca devetdesetih še vedno povečevalo (prikaz 9), vendar je videti, da se je v zadnjih letih ustalilo ali nekoliko zmanjšalo. Ponavljajoče se ocene problematičnega uživanja opiatov v obdobju od leta 2000 do 2004 so na voljo za sedem držav (Češko, Nemčijo, Grčijo, Španijo, Irsko, Italijo in Avstrijo): v štirih državah (Češka, Nemčija, Grčija, Španija)

so zabeležili zmanjšanje problematičnega uživanja opiatov, ena pa je poročala o povečanju (Avstrija – čeprav je to težko razlagati, ker se je sistem zbiranja podatkov v tem obdobju spremenil). Dokazi na podlagi oseb, ki se prvič vključijo v zdravljenje, kažejo, da se pogostost problematičnega uživanja opiatov na splošno morda počasi zmanjšuje, zato se v bližnji prihodnosti pričakuje zmanjšanje razširjenosti.

### Uživanje drog z vbrizgavanjem

Pri injicirajočih uživalcih drog je tveganje, da bodo izpostavljeni škodljivim posledicam, na primer resnim nalezljivim boleznim ali prevelikim odmerkom, zelo veliko. Zato je pomembno, da se vbrizgavanje drog obravnava posebej.

Kljub pomembnosti teh ocen za javno zdravje le malo držav zagotavlja ocene o uživanju drog z vbrizgavanjem na nacionalni ali subnacionalni ravni <sup>(172)</sup>. V tem razdelku ocene števila injicirajočih uživalcev drog zaradi pomanjkanja podatkov niso razvrščene po primarni drogi, čeprav so trendi deleža injicirajočih uživalcev drog med zdravljenimi uživalci heroína (glej spodaj) seveda vezani na vbrizgavanje heroína.

#### Uživalci drog v zaporih

Informacije o uživanju drog med zaporniki so pomanjkljive. Mnogi podatki, ki so na voljo v Evropi, izhajajo iz priložnostnih študij, ki so včasih opravljene na lokalni ravni v ustanovah, ki niso reprezentativne za nacionalni sistem zaporov, in uporabljajo precej različno velike vzorce zapornikov. Posledično razlike glede značilnosti preučениh populacij omejujejo primerjave podatkov med raziskavami – v državah in med njimi – ter ekstrapolacijo rezultatov in analize trendov.

Podatke o uživanju drog med populacijo zapornikov v zadnjih petih letih (1999–2004) je zagotovila večina evropskih držav <sup>(1)</sup>. Kažejo, da je v primerjavi s splošnim prebivalstvom zastopanost uživalcev drog v zaporih prevelika. Delež zapornikov, ki poročajo, da so že kdaj poskusili prepovedano drogo, se med zapori in centri za pridržanje razlikuje, vendar pa se povprečne stopnje gibljejo od tretjine ali manj na Madžarskem in v Bolgariji do dveh tretjin ali več na Nizozemskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem, največ držav pa poroča o 50-odstotni stopnji tistih, ki so v življenju drogo že kdaj uživali (Belgija, Grčija, Latvija, Portugalska, Finska). Konoplja ostaja najpogosteje uživana prepovedana droga, pri katerih stopnje tistih, ki so jo že kdaj poskusili, znašajo med 4 in 86 %, v primerjavi s 3 do 57 % za kokain, 2 do 59 % za amfetamine in 4 do 60 % za heroin <sup>(2)</sup>.

Redno uživanje drog ali odvisnost pred prihodom v zapor je navedlo 8 do 73 % zapornikov, da so si že kdaj vbrizgali drogo, pa 7 do 38 % <sup>(3)</sup>.

Čeprav večina uživalcev drog po prihodu iz zapora zmanjša uživanje drog ali z njim preneha, nekateri zaporniki nadaljujejo ali pa začnejo uživati droge (in/ali vbrizgavati droge), medtem ko so v zaporu. Razpoložljive študije kažejo, da je 8 do 51 % zapornikov uživalo droge v zaporu, 10 do 42 % jih poroča o rednem uživanju drog, 1 do 15 % pa si je droge med bivanjem v zaporu vbrizgavalo <sup>(4)</sup>. To sproža vprašanja o morebitnem širjenju nalezljivih bolezni, predvsem v zvezi z dostopom do sterilne opreme za vbrizgavanje in praksami izmenjave te opreme med populacijo zapornikov.

Ponovljene raziskave, opravljene na Češkem (1996–2002), na Danskem (1995–2002), v Litvi (2003/2004), na Madžarskem (1997/2004), v Sloveniji (2003/2004) in na Švedskem (1997–2004) kažejo povečanje razširjenosti različnih vrst uživanja drog med zaporniki, medtem ko Francija (1997/2003) poroča o precejšnjem zmanjšanju deleža injicirajočih uživalcev med populacijo zapornikov <sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> Države, ki so poročale o raziskavah, opravljenih v zadnjih 5 letih (1999–2004) in ki so podale podatke o vzorcih uživanja drog pri populacijah zapornikov, so bile: Belgija, Češka, Danska, Nemčija, Grčija, Francija, Irsko, Italija, Latvija, Litva, Madžarska, Malta, Nizozemska, Avstrija, Portugalska, Slovenija, Slovaška, Finska, Švedska, Združeno kraljestvo, Bolgarija in Norveška.

<sup>(2)</sup> Glej tabelo DUP-1 in prikaz DUP-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(3)</sup> Glej tabeli DUP-2 in DUP-5 v Statističnem biltenu 2006.

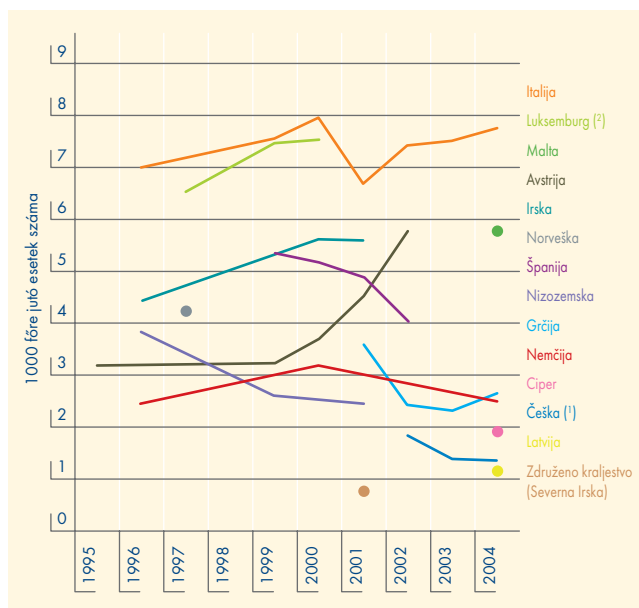
<sup>(4)</sup> Glej tabeli DUP-3 in DUP-4 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(5)</sup> Glej tabelo DUP-5 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(171)</sup> Glej prikaz PDU-6 (del i) v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(172)</sup> Glej prikaz PDU-7 v Statističnem biltenu 2006.

**Prikaz 9:** Trendi razširjenosti problema uživanja opioidov, 1995–2004 (stopnja na 1 000 prebivalcev, starih 15 do 64 let)



(¹) Ocene za starostno skupino od 18–64 let.  
 (²) Izračunano iz podatkov za starostno skupino 15–54 let.  
 Opomba: Kjer so metode prek časovnega obdobja podobne, so časovne serije kombinirane. Za nadaljnje informacije glej tabele PDU-1, PDU-2 in PDU-3 v Statističnem biltenu 2006.  
 Viri: Nacionalne kontaktne točke.

Večina razpoložljivih ocen uživanja drog z vbizgavanjem izhaja iz stopenj smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov ali iz podatkov o nalezljivih boleznih (na primer HIV). Razpoložljive ocene se precej razlikujejo med posameznimi državami: od leta 2000 so bile ocene na nacionalni ravni v glavnem od enega do šest primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let, pred letom 2000 pa je bilo nekaj višjih ocen. Od leta 2000 so o najvišjih stopnjah razširjenosti uživanja drog z vbizgavanjem na nacionalni ravni od držav, za katere so ocene na voljo, poročali iz Luksemburga in Avstrije, kjer je stopnja okrog šest primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Najnižje ocene prihajajo iz Cipra in Grčije, kjer imajo samo en primer na 1 000 prebivalcev.

Kjer so na voljo časovni trendi, ni videti splošnega vzorca in kažejo zmanjšanje v nekaterih državah in regijah (na primer na Škotskem, v Združenem kraljestvu) in povečanje v drugih. Vendar pa si zaradi pomanjkanja podatkov na tem področju ni mogoče ustvariti jasne slike.

Spremljanje deleža trenutnih injicirajočih uživalcev med uživalci heroina, ki se vključujejo v zdravljenje, pomembno dopolnjuje spremljanje razširjenosti uživanja drog z vbizgavanjem med celotnim prebivalstvom. Vendar pa je

treba opozoriti, da ni nujno, da ugotovljeni deleži odražajo trende razširjenosti vsega uživanja drog z vbizgavanjem. V državah z visokim deležem uživalcev stimulantov (Češka, Slovaška, Finska, Švedska) na primer ni nujno, da stopnje injicirajočih uživalcev med uživalci heroina predstavljajo splošen položaj.

Pri deležih injicirajočih uživalcev droge med primarnimi uživalci heroina, ki se vključujejo v zdravljenje, se spet kažejo znatne razlike v ravneh uživanja drog z vbizgavanjem med državami, prav tako pa se trendi spreminjajo skozi čas (¹⁷³). V nekaterih državah (Španija, Nizozemska in Portugalska) si relativno majhen del zdravljenih uživalcev heroina vbizgava drogo, medtem ko je v drugih državah videti, da je vbizgavanje še vedno glavna oblika uživanja heroina. V nekaterih starih državah članicah EU, za katere so na voljo podatki (Danska, Grčija, Španija, Francija, Italija in Združeno kraljestvo), se je pogostost vbizgavanja med uživalci heroina, ki se zdravijo, zmanjšala. Vendar pa v večini novih državah članic, vsaj v tistih, za katere obstajajo podatki, velik del uživalcev heroina, ki se vključijo v zdravljenje, heroin uživa z vbizgavanjem.

## Podatki o povpraševanju po zdravljenju (¹⁷⁴)

V veliko državah so opiat (v glavnem heroin) še vedno glavna droga, zaradi katere osebe povprašujejo po zdravljenju. Od vseh povpraševanj po zdravljenju, o katerih se je poročalo v letu 2004 v okviru kazalca povpraševanja po zdravljenju, so bili opiat kot primarna droga zabeleženi v okrog 60 % primerov – in malo več kot polovica teh oseb (53 %) je poročala, da si drogo vbizgavajo (¹⁷⁵). Opozoriti je treba, da kazalec povpraševanja po zdravljenju ne zajema vseh ljudi, ki se zdravijo zaradi uživanja opiatov (teh je seveda veliko več), ampak zajema samo osebe, ki so po zdravljenju povpraševale v letu poročanja.

Delež oseb, ki se željo zdraviti zaradi uživanja heroina, se razlikuje med posameznimi državami. Na podlagi najnovejših razpoložljivih podatkov je mogoče države razvrstiti v tri skupine glede na delež uživalcev drog, ki se želijo zdraviti in ki poročajo o problematičnem uživanju heroina:

- pod 50 % – Češka, Danska, Madžarska, Nizozemska, Poljska, Slovaška, Finska, Švedska;
- 50–70 % – Nemčija, Španija, Francija, Irska, Ciper, Latvija, Portugalska, Združeno kraljestvo, Romunija;
- več kot 70 % – Grčija, Italija, Litva, Luksemburg, Malta, Slovenija, Bolgarija (¹⁷⁶).

(¹⁷³) Glej prikaz PDU-3 (del i) v Statističnem biltenu 2006.

(¹⁷⁴) Glej opombo (70).

(¹⁷⁵) Glej prikaz TDI-2 in tabelo TDI-5 v Statističnem biltenu 2006.

(¹⁷⁶) Glej tabelo TDI-5 v Statističnem biltenu 2006.



Med državami, v katerih precejšen del uživalcev opiatov uporablja druge snovi kot heroin, sta Madžarska, kjer je zelo razširjeno uživanje domačih izdelkov iz vrtnega maka, in Finska, kjer največ uživalcev opiatov zlorablja buprenorfin <sup>(177)</sup>.

Večina uživalcev opiatov, tako kot uživalci drugih drog, se zdravi v izvenbolnišničnih programih, vendar pa se v primerjavi z uživalci kokaina in konoplje v bolnišničnih centrih zdravi večji delež uživalcev opiatov.

Večina držav, v katerih se vsako leto znatno poveča število novih uživalcev heroina (razen Nemčije, kjer se je razširila osnova za poročanje), poroča o zmanjšanju v zadnjih štirih do petih letih, vendar ne med uživalci, ki so se zdravili že prej. Število ponovnih povpraševanj po zdravljenju se na splošno ni zmanjšalo in v večini držav je skupno število povpraševanj po zdravljenju zaradi heroina ostalo približno nespremenjeno. Opazni izjemi sta Nemčija in Združeno kraljestvo, kjer se je povečalo zabeleženo skupno število povpraševanj. Vendar pa se je skupaj odstotek povpraševanj po zdravljenju zaradi heroina (vsa povpraševanja in nova povpraševanja) zmanjšal, glede na povečanje povpraševanj po zdravljenju zaradi konoplje in heroina se je v primeru novih povpraševanj zmanjšal s približno dveh tretjin na približno 40 % med letoma 1999 in 2004 <sup>(178)</sup>.

Že prej se je poročalo, da se populacija uživalcev, ki se želijo zdraviti zaradi uporabe opiatov, stara, in v letu 2004 se je ta trend nadaljeval. Skoraj vsi uživalci opiatov, ki se želijo zdraviti, so starejši od 20 let, in skoraj polovica jih je starejša od 30 let. Podatki, ki so na voljo na evropski ravni, kažejo, da je malo uživalcev (manj kot 7 %) mlajših od 20 let, ko si prvič poišče pomoč <sup>(179)</sup>. Občasno se poroča o zelo mladih osebah (starih manj kot 15 let), ki se želijo zdraviti zaradi uživanja heroina <sup>(180)</sup>, na primer otroci, stari od 11 do 12 let v Sofiji v Bolgariji, vendar se na splošno zdi, da je povpraševanje po zdravljenju zaradi heroina med mladimi redko.

Poroča se, da so uživalci heroina odrinjeni na rob družbe, imajo nizko raven izobrazbe, visoko stopnjo nezaposlenosti in pogosto niso nikjer stalno nastanjeni. Španija na primer poroča, da je 17 do 18 % uživalcev opiatov brezdomcev.

Večina uživalcev opiatov poroča, da so prvič vzeli te droge v starosti od 15 do 24 let, 50 % uživalcev pa jih je prvič zaužilo drogo, preden so bili stari 20 let <sup>(181)</sup>. Glede na to, da obdobje med prvim uživanjem in prvim povpraševanjem po

zdravljenju na splošno traja od 5 do 10 let ter da se ocenjuje, da med začetkom uživanja in rednim uživanjem droge mine od 1,5 do 2,5 leta (Finsko nacionalno poročilo), se lahko sklepa, da uživalci opiatov ponavadi redno uživajo drogo od 3 do 7 let, preden si prvič poiščejo specialistično zdravljenje.

V Evropi si med novimi uživalci opiatov, ki se želijo zdraviti v izvenbolnišničnih centrih in za katere je znan način uživanja, malo več kot polovica drogo vbrizgava. Na splošno so ravni vbrizgavanja med uživalci opiatov, ki se želijo zdraviti, višje v novih državah članicah (več kot 60 %) kot v 15 starih državah članicah EU (manj kot 60 %), razen Italije in Finske, kjer je delež injicirajočih uživalcev opiatov 74 % oziroma 79,3 %. Delež injicirajočih uživalcev opiatov je najnižji na Nizozemskem (13 %), najvišji pa v Latviji (86 %) <sup>(182)</sup>.

## Zdravljenje odvisnosti od opiatov

Strategija EU na področju drog 2005–2012 daje veliko prednost izboljševanju razpoložljivosti zdravljenja in dostopa do njega ter poziva države članice, naj zagotovijo obsežno ponudbo učinkovitih zdravljenj. V preteklosti je bilo bolnišnično zdravljenje pomemben način zdravljenja problematičnih uživalcev opiatov. Vendar pa se je zaradi vedno večje izbire možnosti zdravljenja in zlasti znatnega širjenja nadomestnega zdravljenja zmanjšal sorazmerni pomen bolnišnične oskrbe.

Podatki o sorazmerni razpoložljivosti različnih načinov zdravljenja težav z opiaty v Evropi so trenutno omejeni. V odgovorih na vprašalnik Centra so strokovnjaki v večini (16) držav članic navedli, da je nadomestno zdravljenje glavna oblika zdravljenja, ki je na voljo. Vendar v štirih državah (Češki, Madžarski, Poljski in Slovaški) poročajo, da je zdravljenje brez drog bolj pogosto, v dveh državah, Španiji in Švedski, pa poročajo, da sta z zdravili podprto zdravljenje in zdravljenje brez drog v ravnovesju.

Nadomestna terapija za odvisnost od opiatov (večinoma zdravljenje z metadonom ali buprenorfinom) se uporablja v vseh državah članicah EU <sup>(183)</sup>, pa tudi v Bolgariji, Romuniji in na Norveškem, in trenutno je v Evropi uveljavljeno precej široko soglasje, da gre za koristen pristop k zdravljenju problematičnih uživalcev opiatov, čeprav je to v nekaterih državah še vedno občutljiva tema (glej poglavje 2). Vloga nadomestnega zdravljenja postaja mednarodno vedno manj

<sup>(177)</sup> Glej tabelo TDI-26 v Statističnem biltenu 2006; nacionalna poročila Reitox.

<sup>(178)</sup> Glej prikaz TDI-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(179)</sup> Glej tabelo TDI-10 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(180)</sup> [www.communitycare.co.uk](http://www.communitycare.co.uk)

<sup>(181)</sup> Glej tabelo TDI-11 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(182)</sup> Glej tabelo TDI-17 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(183)</sup> Na Cipru od leta 2004 poročajo o uporabi metadona pri zdravljenju z detoksifikacijo in o začetku pilotnega projekta na področju metadonskega vzdrževalnega zdravljenja; vendar niso poročali o nobenem primeru zdravljenja. V Turčiji je metadon uradno registriran za zdravljenje odvisnosti od opiatov, vendar niso poročali o nobenem primeru zdravljenja.

sporna, sistem ZN je leta namreč 2004 sprejel skupno stališče o nadomestni vzdrževalni terapiji (SZO/UNODC/UNAIDS, 2004) in junija 2006 je SZO vključila metadon in buprenorfin na svoj seznam nujnih zdravil.

Zdaj je na voljo dovolj dokazov, ki močno govorijo v prid koristnosti nadomestnih programov, v katerih uporabljajo zdravila, kot sta metadon ali buprenorfin. Študije so pokazale, da je nadomestna terapija povezana z zmanjšano uporabo prepovedanih drog, nižjimi ravnmi vbrzganja, upadom vedenja, povezanega z velikim tveganjem za širjenje virusa HIV ali drugih nalezljivih bolezni, kot je izmenjavanje pripomočkov, in izboljšanjem družbenega delovanja ter splošnega zdravja. Raziskave so pokazale tudi, da se lahko znižajo ravni kriminalne dejavnosti in da lahko zadostno zagotavljanje nadomestnega zdravljenja vpliva na število smrti, povezanih z drogami. Najboljši rezultati so odvisni od pravočasne vključitve v program, ustreznega trajanja in nepretrganosti nadomestnega zdravljenja ter ustreznih odmerkov zdravil.

Medtem ko je terapija z metadonom še vedno najbolj pogosto predpisano nadomestno zdravljenje v Evropi, se možnosti zdravljenja še vedno širijo in buprenorfin je zdaj na voljo v 19 državah EU, na Norveškem in v Bolgariji, čeprav ni jasno, ali je uradno odobren za vzdrževalno terapijo v vseh državah, v katerih poročajo, da naj bi ga uporabljali. Glede na to, da je bilo zdravljenje z visokimi odmerki buprenorfina v Evropi uvedeno šele pred desetimi leti, je to zdravilo postalo presenetljivo hitro priljubljeno kot terapevtska možnost (glej Prikaz 1) <sup>(184)</sup>.

Dolgoročno nadomeščanje droge ni edini namen farmakoterapije pri odvisnosti od opiatov. Metadon in buprenorfin se uporabljata tudi za zdravljenje abstinenčnega sindroma zaradi prenehanja uživanja opiatov, pri čemer je terapevtski cilj pomagati posamezniku doseči abstinenco, tako da v določenem obdobju prejema vedno manjše odmerke, ki mu pomagajo čimbolj omiliti težave pri abstinenčnem sindromu. Včasih se kot pomoč pri preprečevanju ponovitve težav uporablja tudi opioidni antagonist naltrekson, averzivna farmakoterapevtska možnost za zdravljenje odvisnosti od opiatov, ker blokira učinke heroína, čeprav še vedno ni prepričljivih dokazov za uporabo tega zdravila.

Nekatere države (Nemčija, Španija, Nizozemska in Združeno kraljestvo) imajo tudi programe predpisovanja heroína na recept, čeprav je število pacientov, ki se zdravijo

na ta način zelo majhno v primerjavi z drugimi oblikami nadomeščanja drog (verjetno jih je manj kot 1 % vseh). Ta oblika zdravljenja je še vedno sporna in se v glavnem izvaja na podlagi znanstvenega preskušanja za dolgotrajne uživalce, pri katerih druge terapevtske možnosti niso bile uspešne.

Nedavna proučitev učinkovitosti zdravljenja odvisnosti od drog pri preprečevanju prenosa virusa HIV je pokazala, da lahko vedenjske intervencije okrepijo pozitivne učinke nadomestnega zdravljenja pri preprečevanju prenosa virusa HIV, medtem ko je učinkovitost psihološke terapije same spremenljiva. Zdravljenje na podlagi abstinence je pokazalo dobre rezultate, kar zadeva preprečevanje prenosa virusa HIV pri osebah, ki so ostale na zdravljenju tri mesece ali več (Farrell et al., 2005).

### Spremljanje oskrbovanja z metadonom

Metadon je nadzorovana droga v skladu s seznamom snovi v tabeli I Enotne konvencije o mamilih iz leta 1961 in Mednarodni nadzorni svet za droge letno spremlja ravni domače porabe.

Po podatkih Centra je bilo po najnižji oceni v državah članicah EU, na Norveškem, v Bolgariji in Romuniji med letom vključenih v nadomestno zdravljenje več kot 500 000 oseb (glej tabelo 4 v letnem poročilu 2005). Razen Češke in Francije, kjer se poroča, da je najbolj pogosto zdravljenje z visokimi odmerki buprenorfina, se pri več kot 90 % zdravljenj v vseh drugih državah uporablja metadon.

EU in ZDA imata skupaj 85 % svetovne porabe metadona in v zadnjem desetletju je poraba metadona v teh državah stalno rasla. Porabljene količine so se med letoma 1997 in 2000 ustalile v obeh regijah, vendar so se od takrat v Združenih državah naglo povečale. Trenutno so ravni porabe metadona v EU približno pol manjše od porabe v ZDA <sup>(185)</sup>.

Praviloma opazno povečanje porabe sledi uvedbi te možnosti zdravljenja na nacionalni ravni. V Franciji je na primer splošna uvedba nadomestnega zdravljenja z metadonom leta 1995 povzročila hitro povečanje porabe z 31 kg v letu 1995 na 446 kg v letu 2004.

V zadnjem času so opazni znaki ustalitve ravni porabe metadona iz statističnih podatkov za Dansko, Španijo, Malto, Nizozemsko in morda Nemčijo. To ustreza zabeleženim trendom glede števila oseb na zdravljenju (glej poglavje 2).

<sup>(184)</sup> Glej izbrano vprašanje o buprenorfinu v letnem poročilu 2005.

<sup>(185)</sup> Glej prikaz NSP-2 v Statističnem biltenu 2006.





## Poglavje 7

# Z drogo povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri

### Nalezljive bolezni, povezane z drogami

Ena od bolj nevarnih posledic za zdravje pri uporabi prepovedanih drog in zlasti vbrizgavanju drog je prenos virusa HIV in drugih nalezljivih bolezni, predvsem hepatitisa C in B. Za povezavo med vbrizgavanjem drog in prenosom nalezljivih bolezni obstajajo trdni dokazi. Zmanjševanje vbrizgavanja drog in izmenjevanja pripomočkov za vbrizgavanje je zato postalo najpomembnejši cilj intervencij javnega zdravstva na tem področju. Študije kažejo tudi na povezavo med uporabo drog in zelo tveganim spolnim vedenjem, kar kaže na vedno večji pomen povezovanja intervencij na področju uporabe drog s strategijami javnega zdravstva, namenjenimi spolnemu zdravju. V smislu spremljanja na evropski ravni se podatki o nalezljivih boleznih redno zbirajo iz uradnih obvestil, pri čemer je lahko vbrizgavanje drog zabeleženo kot dejavnik tveganja, in med posebnimi študijami populacij uživalcev drog v različnih okoljih.

#### HIV in AIDS

##### Najnovejši trendi pri novo prijavljenih primerih okužbe z virusom HIV

V zadnjem času večina držav poroča o nizkih stopnjah novo ugotovljenih okužb z virusom HIV zaradi vbrizgavanja drog. Države, ki dosledno ohranjajo nizke ravni okužb z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog, omogočajo priložnost raziskati, kateri dejavniki lahko prispevajo k temu. To je vprašanje, ki ga zastavlja trenutni akcijski načrt EU na področju drog, in je trenutno osrednji cilj študije, ki jo usklajuje Center. Vendar ne moremo biti zadovoljni, saj Španija in Italija, ki sta imeli epidemijo virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog, ne posredujeta nacionalnih podatkov o prijavljenih primerih okužbe z virusom HIV, kar zelo negativno vpliva na pomen, ki ga imajo ti podatki za opisovanje celotne slike v EU. Poleg tega podatki, ki prihajajo iz nekaterih držav, zaskrblyujoče kažejo, da se okužbe z virusom HIV morda povečujejo, vsaj med nekaterimi populacijami injicirajočih uživalcev drog.

V Franciji, kjer se primeri okužbe z virusom HIV beležijo šele od leta 2003, se je pojavnost virusa HIV med injicirajočimi

uživalci drog povečala (čeprav z nizke stopnje) z ocenjenega 2,3 primera na milijon prebivalcev v letu 2003 na 2,9 primera v letu 2004. Kljub temu da se to v glavnem ujema z razpoložljivimi podatki iz študij (glej spodaj), je treba opozoriti, da so novi sistemi poročanja na začetku pogosto nezanesljivi. Na Portugalskem je navidezno zmanjšanje novo ugotovljenih primerov okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog, ki je bilo predhodno zabeleženo, postalo vprašljivo zaradi podatkov iz leta 2004, ki kažejo, da je pojavnost okužbe z virusom HIV 98,5 primera na milijon prebivalcev, kar je največ v EU <sup>(186)</sup>. V Združenem kraljestvu se je pojavnost virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog počasi povečevala, zdaj pa se je ustalila na malo manj kot 2,5 primera na milijon prebivalcev na leto. Na Irskem se je pojavnost povečevala proti koncu devetdesetih let in dosegla najvišjo vrednost 18,3 primera na milijon na leto v letu 2000, se zmanjšala na 9,8 primera na milijon v letu 2001 in se nato povečala na 17,8 primera na milijon v letu 2004.

Izbruhi virusa HIV, povezani z vbrizgavanjem drog, so se v Estoniji in Latviji pojavili nedavno, in sicer leta 2001, v Litvi pa 2002. Od tedaj so se stopnje precej zmanjšale, po začetni epidemični fazi se namreč pričakuje zmanjšanje stopenj novo prijavljenih primerov, ko se vzpostavi endemična stopnja okužbe (glej spodaj).

##### Seroprevalenca HIV med testiranimi injicirajočimi uživalci drog

Podatki o seroprevalenci med injicirajočimi uživalci drog (odstotek okuženih v vzorcih injicirajočih uživalcev drog) so pomembno dopolnilo k prijavljenim primerom okužbe z virusom HIV. Zaporedne seroprevalenčne študije in redno spremljanje podatkov iz diagnostičnih testov lahko podprejo zaključke, ki izhajajo iz podatkov o prijavljenih primerih, in zagotovijo podrobnejše informacije o posameznih regijah in okoljih. Vendar pa podatki o seroprevalenci prihajajo iz različnih virov in jih je v nekaterih primerih težko primerjati, zato jih je treba razlagati pazljivo.

Nedavna povečanja števila okužb z virusom HIV v nekaterih državah, zabeležena v podatkih o prijavljenih primerih, so večinoma potrjena z razpoložljivimi podatki

<sup>(186)</sup> Glej prikaz INF-2 (del i) in INF-2 (del ii) v Statističnem biltenu 2006.

o seroprevalenci, čeprav ti kažejo, da te države niso edine, kjer bi bila potrebna dodatna previdnost.

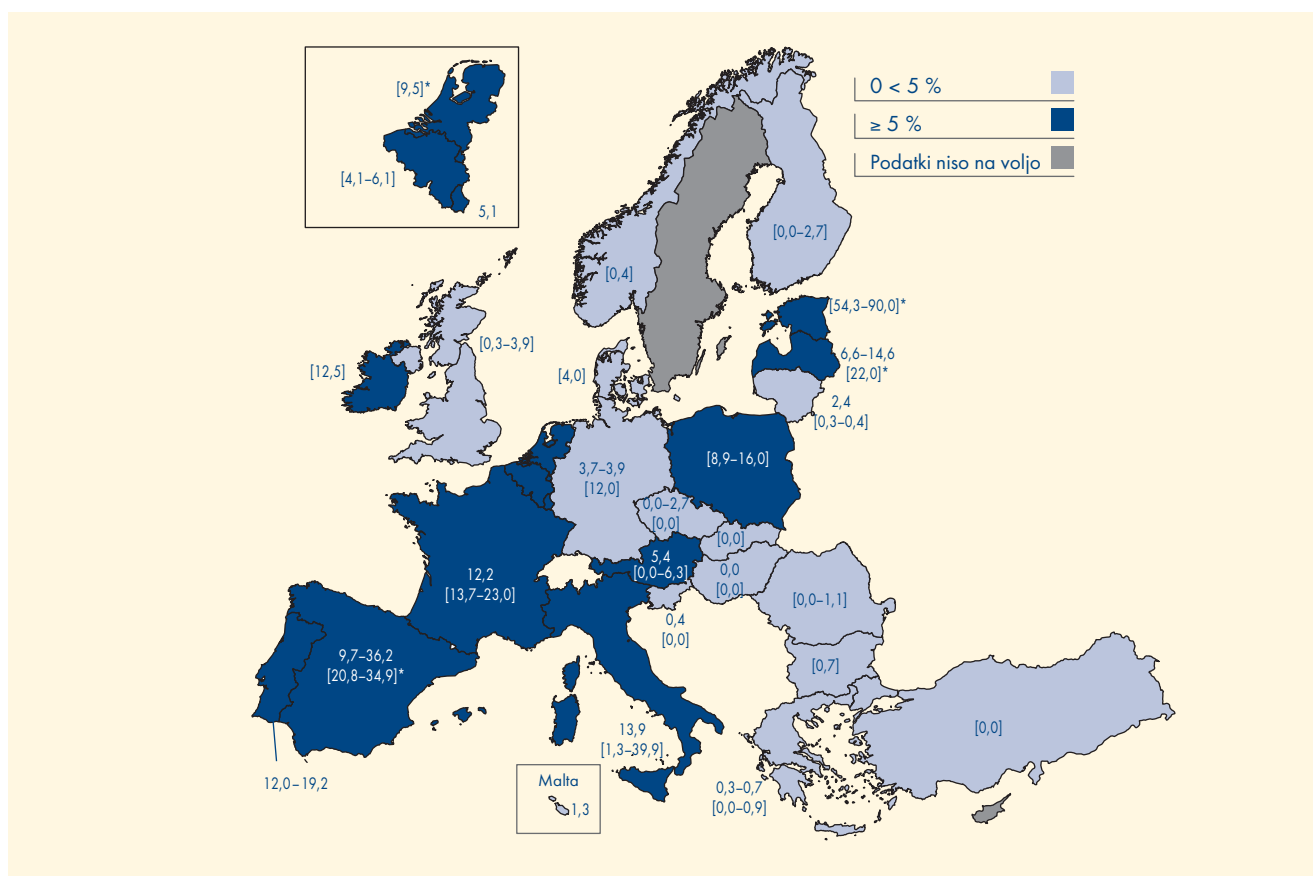
V baltskih državah razpoložljivi podatki o seroprevalenci kažejo, da prenos med injicirajočimi uživalci drog najbrž še vedno ni pod nadzorom (prikaz 10). Nedavna študija kaže, da se v Estoniji razširjenost med injicirajočimi uživalci drog povečuje v eni regiji (Talin: z 41 % pri vzorcu 964 oseb leta 2001 na 54 % od 350 oseb v letu 2005) in je izredno visoka v drugi (Kohtla-Järve: 90 % od 100 oseb). V Latviji dva časovna niza podatkov o seroprevalenci med injicirajočimi uživalci drog kažeta nenehno naraščanje do obdobja 2002/03, tretji niz pa kaže zmanjševanje od vrha leta 2001. V Litvi podatki za leto 2003 kažejo, da se je število okužb z virusom HIV med testiranimi injicirajočimi uživalci drog na zdravljenju zaradi drog, v programih zamenjave injekcijskih igel in v bolnišnicah povečalo z vrednosti, ki je bila med 1,0 % in 1,7 % v obdobju 1997–2002, na 2,4 % (27/1 112) v letu 2003.

V državah, ki so imele v preteklosti visoke stopnje okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog (Španija,

Francija, Italija, Poljska in Portugalska), so se pojavili novi znaki nenehnih prenosov na nacionalni ravni ali v posameznih regijah ali med posameznimi podskupinami injicirajočimi uživalcev drog<sup>(187)</sup>. Pomembno je opozoriti, da v teh državah velika razširjenost v okolju, ki je posledica obsežne epidemije iz osemdesetih in devetdesetih let prejšnjega stoletja, povečuje možnost okužbe zaradi zelo tveganega vedenja.

V Španiji in Italiji nacionalni podatki o prijavljenih primerih niso na voljo. Podatke iz rutinskih diagnostičnih testov je težko razlagati, saj nanje lahko vplivajo različne pristranskosti pri izbiri, vendar pa so razlog za zaskrbljenost v teh državah. V Španiji je bila razširjenost HIV med mladimi injicirajočimi uživalci drog (mlajšimi od 25 let), testiranimi na zdravljenju odvisnosti od drog, do leta 2002 ustaljena, in sicer nekaj čez 12 %, med novimi injicirajočimi uživalci drog (opredeljenimi kot osebe, ki si vbrizgavajo droge manj kot dve leti) pa se je povečala s 15 % na 21 % v obdobju 2000–2001, kar kaže na visoko pojavnost do leta 2002. V Italiji se trendi razširjenosti med injicirajočimi uživalci drog zelo razlikujejo med regijami in nekatere regije še vedno

**Prikaz 10:** Razširjenost virusa HIV pri testiranih injicirajočih uživalcih drog, 2003–2004



Opomba: Številke v oklepajih so lokalni podatki. Barva kaže vmesno vrednost nacionalnih podatkov ali, če niso na voljo, lokalnih podatkov.

\* Podatki za Italijo in Portugalsko vključujejo tiste, ki si droge ne vbrizgavajo, in verjetno prenizko ocenjujejo razširjenost pri tistih, ki si jo vbrizgavajo.

Viri: Nacionalne kontaktno točke Reitox. Za primarne vire, podatke iz študij in podatke pred letom 2003 ali po 2004, glej tabelo INF-8 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(187)</sup> Glej prikaz INF-5 (del ii) in (del vi) v Statističnem biltenu 2006.

kažejo izrazito in nedavno povečevanje (Bolzano, Ligurija, Molise, Toskana in Umbrija).

Lokalne študije na Poljskem kažejo, da se je širjenje HIV nadaljevalo vsaj do nedavnega, na podlagi visokih stopenj razširjenosti med mladimi injicirajočimi uživalci drog (15 % leta 2002 v eni regiji, 4 do 11 % v dveh drugih regijah leta 2004). V raziskavi leta 2002 so bili prijavljeni štirje primeri (9 %) HIV med 45 novimi injicirajočimi uživalci drog v vzorcu, vendar pa v raziskavi iz leta 2004 v uporabljenem vzorcu ni bilo odkritih primerov med 20 novimi injicirajočimi uživalci.

V nekaterih državah, ki nikoli niso imele obsežne epidemije med injicirajočimi uživalci drog, nekateri nedavni podatki o razširjenosti kažejo, da je previdnost utemeljena. Takšni primeri so Luksemburg, Avstrija in Združeno kraljestvo, kljub temu da povečevanje ostaja omejeno in ga podatki o prijavljenih primerih ne potrjujejo.

### Države z majhno razširjenostjo virusa HIV

Razširjenost virusa HIV med testiranimi injicirajočimi uživalci drog se še vedno zelo razlikuje med državami v EU (prikaz 10). V številnih državah se je razširjenost virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog v zadnjem času povečala ali pa je velika že več let. V nasprotju s tem je ostala v nekaterih državah razširjenost virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog zelo majhna v obdobju 2003–2004: razširjenost virusa HIV je bila manj kot 1 % ali okoli 1 % na Češkem, Madžarskem, Malti, v Sloveniji (na podlagi nacionalnih vzorcev) in na Slovaškem, Norveškem, v Bolgariji, Romuniji in Turčiji (na podlagi subnacionalnih vzorcev). V nekaterih od teh držav (npr. na Madžarskem) sta razširjenost virusov HIV in hepatitisa C (HCV) med najnižjimi v Evropi, kar kaže na nizke stopnje vbrizgavanja (glej „Hepatitis B in C“, spodaj), čeprav v nekaterih državah (npr. Romunija) obstajajo dokazi, da se povečuje razširjenost hepatitisa C.

### Razlike med spoloma pri razširjenosti virusa HIV med testiranimi injicirajočimi uživalci drog

Razpoložljivi podatki o seroprevalenci za obdobje 2003–2004 kažejo razlike med moškimi in ženskimi testiranimi injicirajočimi uživalci drog <sup>(188)</sup>. Iz združenih podatkov iz Belgije, Estonije (2005), Španije (2002), Francije, Italije, Luksemburga, Avstrije, Poljske in Portugalske je nastal skupni vzorec 124 337 moških in 20 640 žensk, testiranih v glavnem v centrih za zdravljenje odvisnosti od drog ali na drugih mestih, ki nudijo storitve v zvezi z odvisnostmi od drog. Skupna razširjenost je bila 13,6 % med moškimi in 21,5 % med ženskami. Razlike med državami so izrazite, največje število žensk v primerjavi z moškimi je okuženih v Španiji, Estoniji, Italiji, Luksemburgu in na

Portugalskem, medtem je v Belgiji nasproten trend in je razširjenost večja med moškimi.

### 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 kazalec prenosa virusa HIV. Vendar pa vseeno kažejo skupno breme simptomatične bolezni in so poleg tega pomemben kazalec uvajanja in razširjenosti terapije HAART med injicirajočimi uživalci drog.

SZO ocenjuje, da je bila leta 2003 razširjenost terapije HAART med bolniki, ki potrebujejo zdravljenje, velika v zahodnoevropskih državah (več kot 70 %), v večini vzhodnoevropskih držav pa bolj omejena, vključno z Estonijo, Litvo in Latvijo <sup>(189)</sup>. Novejši podatki o vključenosti v terapijo HAART kažejo, da se je stanje izrazito izboljšalo in da vsa EU ter države kandidatke zdaj dosegajo vsaj 75-odstotno vključenost. Vendar pa posebni podatki o razpoložljivosti terapije HAART med injicirajočimi uživalci drog niso na voljo in sčasoma se bo še pokazalo, ali bo izboljšana vključenost povzročila zmanjšanje pojavnosti aidsa med injicirajočimi uživalci drog v Estoniji in Latviji.

V vseh štirih zahodnoevropskih državah, ki so najbolj prizadete zaradi aidsa, in sicer v Španiji, Franciji, Italiji in na Portugalskem, se je pojavnost zmanjševala, in sicer v prvih treh državah približno od leta 1996, na Portugalskem pa šele od leta 1999. Portugalska je še vedno država z največjo pojavnostjo aidsa v zvezi z injicirajočimi uživalci drog z 31 primeri na milijon prebivalcev v letu 2004. Vendar pa je v Latviji pojavnost podobna, in sicer 30 primerov na milijon.

Podatki EuroHIV do leta 2004 (popravljeni zaradi zamude pri poročanju) kažejo, da se pojavnost aidsa v zvezi z injicirajočimi uživalci drog povečuje v Estoniji in Latviji <sup>(190)</sup>.

## Hepatitis B in C

### Hepatitis C

Razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) med injicirajočimi uživalci drog je na splošno zelo velika, čeprav se v posameznih državah in med državami pojavljajo velike razlike. O stopnjah razširjenosti, višjih od 60 %, med različnimi vzorci injicirajočih uživalcev drog, testiranih v obdobju 2003–2004, se poroča iz Belgije, Danske, Nemčije, Grčije, Španije, Irske, Italije, Poljske, Portugalske, Združenega kraljestva, Norveške in Romunije, medtem ko so bile stopnje razširjenosti, nižje od 40 % odkrite v vzorcih iz Belgije, Češke, Grčije, Cipra, Madžarske, Malte, Avstrije, Slovenije, Finske in Združenega kraljestva <sup>(191)</sup>.

<sup>(188)</sup> Glej prikaz INF-3 (del v) v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(189)</sup> Glej prikaz INF-14 (del iii) in (del iv) v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(190)</sup> Glej prikaz INF-1 (del i) v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(191)</sup> Glej prikaz INF-6 (del i) v Statističnem biltenu 2006.

Podatki o razširjenosti protiteles proti HCV med mladimi injicirajočimi uživalci drog (starimi manj kot 25 let) so na voljo iz 14 držav, čeprav so v nekaterih primerih velikosti vzorcev majhne. Pri rezultatih so velike razlike, države poročajo tako o velikih kot o majhnih številih primerov iz različnih vzorcev. Najvišje stopnje razširjenosti med mladimi injicirajočimi uživalci drog v obdobju od leta 2003 do 2004 (več kot 40 %) so bile odkrite v vzorcih iz Belgije, Grčije, Avstrije, Poljske, Portugalske, Slovaške in Združenega kraljestva, najmanjša razširjenost (manj kot 20 %) pa je bila odkrita v vzorcih iz Belgije, Grčije, Cipra, Madžarske, Malte, Avstrije, Slovenije, Finske, Združenega kraljestva in Turčije. Če se upoštevajo samo študije mladih injicirajočih uživalcev drog z nacionalnim obsegom, ima najvišjo stopnjo razširjenosti (več kot 60 %) Portugalska, najnižje stopnje (manj kot 40 %) pa imajo Ciper, Madžarska, Malta, Avstrija in Slovenija. Kljub temu da se lahko zgodi, da so uporabljeni postopki vzorčenja usmerjeni na bolj kronične skupine, je velika razširjenost protiteles proti HCV, odkritih v nacionalnem vzorcu na Portugalskem (67 % od 108 injicirajočih uživalcev drog, mlajših od 25 let), še vedno zaskrbljujoča in je lahko kazalec stalnega zelo tveganega vedenja mladih injicirajočih uživalcev drog (glej tudi „Najnovejši trendi pri novo prijavljenih primerih okužbe z virusom HIV“, str. 72).

Podatki o razširjenosti protiteles proti HCV med novimi injicirajočimi uživalci drog (tistimi, ki si vbrizgavajo droge manj kot dve leti) so nezadostni, velikosti vzorcev pa so majhne, vendar lahko zagotovijo boljše nadomestne kazalce za najnovejše stopnje razširjenosti kot podatki o mladih injicirajočih uživalcih drog. Informacije, ki so na voljo za obdobje 2003–2004, kažejo, da je bila najvišja stopnja razširjenosti med mladimi injicirajočimi uživalci drog (več kot 40 %) odkrita v vzorcih iz Grčije, Poljske, Združenega kraljestva in Turčije, najmanjša razširjenost (manj kot 20 %) pa je bila odkrita v vzorcih iz Belgije, Češke, Grčije, Cipra in Slovenije. Nizke stopnje razširjenosti so bile odkrite v majhnih, a nacionalnih vzorcih novih injicirajočih uživalcev drog na Cipru (samo dva od triindvajsetih injicirajočih uživalcev sta imela pozitivne rezultate pri testiranju protiteles proti HCV, kar je 9-odstotna stopnja) in v Sloveniji (dva od dvaintridesetih sta bila pozitivna, kar je 6 %).

## Hepatitis B

Označevalci razširjenosti virusa hepatitisa B (HBV) se tudi zelo razlikujejo v okviru posameznih držav in med državami. Najbolj popolni so podatki o anti-HBc, iz katerih je razvidna zgodovina okužbe. V obdobju od leta 2003 do 2004 iz Italije in Poljske poročajo o stopnjah razširjenosti med vzorci injicirajočih uživalcev drog, višjih od 60 %, medtem ko so bili vzorci s stopnjami razširjenosti, nižjimi od 20 %, zabeleženi v Belgiji, na Irskem, Cipru, v Avstriji, na

Portugalskem, v Sloveniji, Slovaški in Združenem kraljestvu. Podatki o prijavi hepatitisa B za obdobje 1992–2004 kažejo v tistih državah, za katere so na voljo, zelo raznoliko sliko <sup>(192)</sup>. V nordijski regiji se velika večina prijavljenih akutnih primerov hepatitisa B pojavi med injicirajočimi uživalci drog in izbruhi hepatitisa B sovpadajo s povečanjem vbrizgavanja drog v več državah. Podatki za Norveško kažejo veliko povečevanje razširjenosti okužb s hepatitisom B med injicirajočimi uživalci drog med letoma 1992 in 1998, nato pa zmanjševanje. Na Finskem so se prijave okužb s hepatitisom B med injicirajočimi uživalci drog v zadnjih letih naglo zmanjšale, najbrž zaradi programov cepljenja in celovitega sistema zamenjave injekcijskih igel in brizg.

## Preprečevanje nalezljivih bolezni

### Učinkoviti odzivi

Številne intervencije javnega zdravstva so se izkazale za koristne pri zmanjševanju širjenja nalezljivih bolezni med uživalci drog, uveljavlja pa se tudi vedno večje soglasje, da ima celovit pristop k zagotavljanju storitev na tem področju veliko možnosti za uspeh. V preteklosti je bila razprava v glavnem osredotočena na preprečevanje okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog, vendar se je hitro uveljavila potreba po učinkovitih ukrepih za preprečevanje širjenja hepatitisa in potreba po preprečevanju širjenja nalezljivih bolezni med uživalci drog, ki si drog ne vbrizgavajo.

Treba je opozoriti, da so najboljši dokazi o učinkovitosti preprečevanja okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog. Številni razpoložljivi dokazi kažejo, da intervencije lahko veljajo za učinkovite in da dostop do vseh vrst zdravljenja zagotavlja zaščito (Farrell et al., 2005; SZO, 2005). Od sredine devetdesetih let je bilo za evropski odziv značilno vedno večje nudenje zdravljenja odvisnosti od drog (glej poglavje 2) in v celoti se zdi, da je to eden od elementov, ki je pripomogel k precej spodbudnemu trenutnemu stanju v Evropi, kar se tiče širjenja epidemije HIV med injicirajočimi uživalci drog.

Zdravljenje je le del celovitega pristopa k preprečevanju HIV. Drugi elementi vključujejo niz informacijskih, izobraževalnih in komunikacijskih pristopov, prostovoljno svetovanje in testiranje v zvezi z nalezljivimi boleznimi, cepljenje in razdeljevanje sterilnih pripomočkov za vbrizgavanje ter drugih profilaktičnih sredstev. Ti ukrepi in zagotavljanje zdravstvenih storitev v nizkopražnih agencijah ali včasih celo na ulici lahko pomagajo vzpostaviti ali izboljšati komunikacijo z aktivnimi uživalci drog in njihovimi spolnimi partnerji, kar zadeva tveganje in preprečevanje posledic, ki jih ima uživanje drog za zdravje.

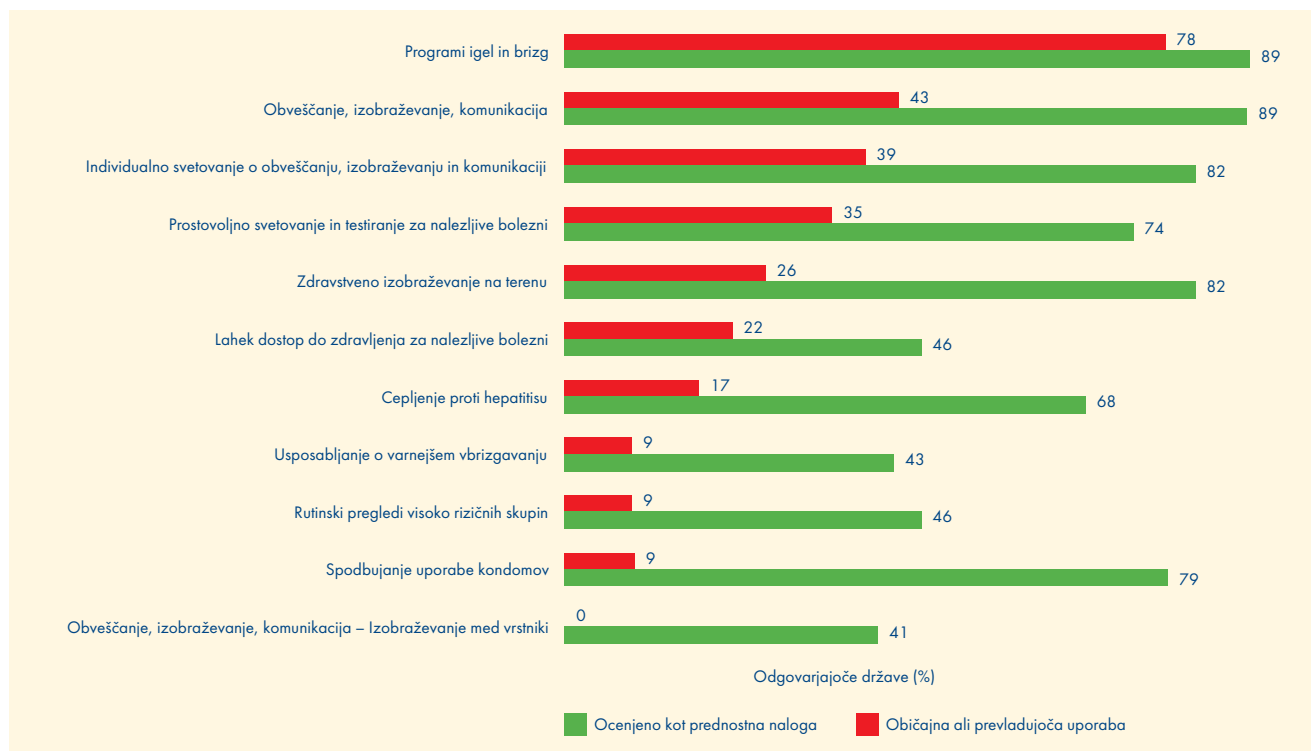
<sup>(192)</sup> Glej prikaz INF-12 (del i) v Statističnem biltenu 2006.

Splošno prizadevanje za celovit pristop ne pomeni, da so vse te storitve enako razvite ali podprte na nacionalni ravni. Vendar pa se zdi, da se uveljavlja nekakšno soglasje. V anketi med nacionalnimi kontaktnimi točkami so trije od štirih anketirancev opredelili programe injekcijskih igel in brizg v povezavi s svetovanjem kot prednostno nalogo nacionalne politike, ki preprečuje širjenje nalezljivih bolezni med injicirajočimi uživalci drog (prikaz 11). Dejstvo, da tako veliko držav zdaj jasno priznava vlogo zagotavljanja čistih pripomočkov za vbizgavanje kot del svoje strategije preprečevanja širjenja virusa HIV, kaže, kako je ta vrsta ukrepa postala prevladujoča v večini Evrope in v večini držav ne velja več za sporno. To pa ne pomeni, da se vsi strinjajo o koristnosti tega ukrepa. Grčija in Švedska ga na primer nista uvrstili med prednostne naloge politike, vendar je v EU stanje vseeno precej enotno, kar zadeva izvajanje intervencij na tem področju <sup>(193)</sup>, saj vse države razen Cipra poročajo o vzpostavljenih programih zamenjave ali razdeljevanja sterilnih injekcijskih igel in brizg <sup>(194)</sup>.

### Vrste programov injekcijskih igel in brizg v evropskih državah

Čeprav zdaj večina evropskih držav razdeljuje sterilne pripomočke za vbizgavanje, se vrsta in obseg tega ukrepa med državami razlikujeta. Najpogostejši model je zagotavljanje storitve na določenem kraju, ponavadi v specializiranih službah za pomoč uživalcem drog, vendar to vrsto ukrepa pogosto dopolnjujejo mobilne službe, ki poskušajo doseči uživalce drog v njihovem okolju. Zamenjava brizg ali prodajni avtomati dopolnjujejo razpoložljive programe injekcijskih igel in brizg v osmih državah <sup>(195)</sup>, čeprav se zdi, da je ta ukrep omejen na malo krajev in samo Nemčija in Francija poročata o večjem obsegu (približno 200 oziroma 250 avtomatov). Španija je edina država v EU, kjer je zamenjava injekcijskih igel in brizg redno na voljo v zaporih, in sicer je bil ta ukrep leta 2003 na voljo v 27 zaporih. Edina druga država v EU, ki poroča o dejavnosti na tem področju, je Nemčija, kjer je ta ukrep omejen na en zapor.

**Prikaz 11:** Prednostna lestvica in razširjenost uporabe izbranih ukrepov za preprečevanje nalezljivih bolezni med uživalci drog v skladu z mnenjem nacionalnih strokovnjakov: povzetek za države, ki so se odzvale



Opomba: Prednostna lestvica iz 23 držav EU ter Bolgarije in Norveške. Države, ki te lestvice niso posredovale so Irska, Ciper, Litva in Nizozemska. Ocene o „razširjenosti uporabe“ so posredovali strokovnjaki iz vseh 25 držav EU ter iz Bolgarije in Norveške. Francoska in flamska skupnost v Belgiji sta posredovali vsaka svojo lestvico, tako da je skupno število odgovorov 28.  
 Viri: Strokovna raziskava nacionalnih kontaktnih točk, SQ 23 (2004) vprašanje 5.

<sup>(193)</sup> Glej prikaz NSP-3 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(194)</sup> Glej letno poročilo 2005 za kratek povzetek dokazov o učinkovitosti programov injekcijskih igel in brizg (str. 68).

<sup>(195)</sup> Glej tabelo NSP-2 v Statističnem biltenu 2006.

Programi zamenjave v lekarnah tudi pripomorejo razširiti geografsko pokritost tega ukrepa in poleg tega lahko prodaja čistih brizg v lekarnah izboljša njihovo razpoložljivost. Prodaja brizg brez recepta je dovoljena v vseh državah EU razen Švedske, čeprav nekateri lekarnarji tega niso pripravljani početi in nekateri celo dejavno odvrčajo uživalce drog od rednega obiskovanja njihovih lekarn. Mreže za zamenjavo ali razdeljevanje brizg v lekarnah so uradno organizirane v devetih evropskih državah (Belgija, Danska, Nemčija, Španija, Francija, Nizozemska, Portugalska, Slovenija in Združeno kraljestvo), čeprav se udeležba v teh programih precej razlikuje, od skoraj polovice lekarn (45 %) na Portugalskem do manj kot 1 % v Belgiji. Na Severnem Irskem je zamenjava injekcijskih igel in brizg trenutno organizirana izključno prek lekarn.

Kupovanje igel v lekarnah bi lahko bil glavni vir stika z zdravstvenimi storitvami za nekatere injicirajoče uživalce drog, obstaja pa tudi jasna možnost uporabe te kontaktne točke za pot do drugih storitev. Delo na področju motiviranja in podpiranja lekarnarjev, da bi razvili storitve, ki jih ponujajo uživalcem drog, bi lahko pomembno prispevalo k razširitvi vloge lekarn, vendar zaenkrat kaže, da samo Francija, Portugalska in Združeno kraljestvo znatno napredujejo v tej smeri.

## Smrtnost in z drogo povezani smrtni primeri

### Smrtnost med problematičnimi uživalci drog

Večina informacij o smrtosti med problematičnimi uživalci drog v Evropi se nanaša na uživalce opioidov. Smrtnost, povezana z drugimi oblikami uživanja drog, je manj poznana, vendar ostaja pomembno vprašanje javnega zdravja.

Sodelovalna študija, ki se je začela v okviru projekta Centra, je preučila smrtnost med uživalci opioidov, vključenimi v zdravljenje na osmih evropskih lokacijah <sup>(16)</sup>. Ugotovila je zelo visoko smrtnost med uživalci opioidov v primerjavi z njihovimi sovrstniki: 6- do 20-krat višjo med moškimi in 10- do 50-krat višjo med ženskami. Ocenjeno je bilo, da bi lahko na šestih lokacijah (Amsterdam, Barcelona, Dublin, London, Rim in Dunaj) lahko 10 do 23 % celotne smrtosti med odraslimi v starosti 15 do 49 let pripisali uživanju opioidov, predvsem prevelikim odmerkom, aidsu in zunanjim vzrokom (nezgode, samomori). Približno tretjina teh z drogo povezanih smrtnih primerov je bila posledica prevelikih odmerkov, čeprav je bil ta delež višji v mestih z nizko razširjenostjo okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci

### Razpoložljivost brizg v Evropi: ali je zadostna?

Čeprav skoraj vse države članice poročajo o določeni razpoložljivosti programov za izmenjavo igel in brizg (NSP), je učinek te vrste intervencije odvisen od tega, ali raven nudenja te storitve ustreza potrebam injicirajočih uživalcev drog.

Sveže ocene števila injicirajočih uživalcev drog ter števila brizg in igel, razdeljenih prek programov za izmenjavo igel in brizg, so na voljo za devet evropskih držav. Iz teh podatkov je mogoče na grobo oceniti letno število brizg, ki so na voljo na injicirajočega uživalca drog <sup>(1)</sup>. Najnovejši razpoložljivi podatki kažejo, da se stopnje pokritosti programov za izmenjavo igel in brizg precej razlikujejo, saj število razdeljenih brizg na ocenjenega injicirajočega uživalca drog znaša od 2 do 3 v Grčiji do 60 do 90 na Češkem, v Latviji, Avstriji in na Portugalskem ter približno 110 na Finskem, 210 na Malti in več kot 250 v Luksemburgu in na Norveškem. Poleg tega so brizge na voljo v lekarnah in podatki iz Češke in Finske omogočajo oceno celotne razpoložljivosti brizg. Kombinacija podatkov o razdeljevanju in prodaji kaže, da v enem letu injicirajoči uživalci drog dobijo povprečno 125 brizg na Češkem in 140 na Finskem.

Znani so mnogi dejavniki, ki vplivajo na pogostost vbrizgavanja pri uživalcih drog, vključno z vzorci uživanja, stopnjo odvisnosti in vrsto uporabljenih drog. Nedavna študija, ki je raziskovala odnos med razširjenostjo virusa HIV in razdeljevanjem brizg, kaže, da vedenjski dejavniki, npr. pogostost vbrizgavanja in osebna ponovna uporaba brizg, močno vplivajo na raven razdeljevanja brizg, ki je potrebna za doseg znatnega zmanjšanja razširjenosti virusa HIV (Vickerman et al., 2006).

Merjenje razpoložljivosti brizg je pomembna sestavina pri razumevanju verjetnih učinkov razdeljevanja brizg pri preprečevanju bolezni in ocenjevanju nezadovoljenih potreb. Vendar pa je pri razlagi teh podatkov pomembno upoštevati razpoložljivost brizg prek prodaje v lekarnah (cene, gostota lekarniške mreže) ter vedenjske vzorce injicirajočih uživalcev drog in okoljske dejavnike. To vprašanje je nadalje obravnavano v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(1)</sup> Za tehnične opombe glej Statistični bilten 2006.

drog in se bo verjetno povečal, potem ko bo širše na voljo visoko aktivna antiretroviralna terapija (HAART).

Raziskava smrtosti v kohorti, opravljena na Češkem, je ugotovila, da je bila smrtnost uživalcev stimulansov 4- do 6-krat višja (standardizirana stopnja smrtosti – SMR) kot pri splošni populaciji, medtem ko je bila pri uživalcih opioidov 9- do 12-krat višja. Francoska študija kohorte, ki je spremljala posameznike, aretirane zaradi uživanja heroina, kokaina ali cracka, je ugotovila, da je bila smrtnost pri moških petkrat, pri

<sup>(16)</sup> Amsterdam, Barcelona, Dublin, Danska, Lizbona, London, Rim in Dunaj. Ocene smrtosti prebivalstva ne vključujejo Lizbone in Danske. Glej EMCDDA (2002b).



ženskah pa 9,5-krat višja kot pri splošni populaciji, vendar z upadajočim trendom.

S starostjo pri uživalcih opioidov smrtnost, ki je posledica kroničnih obolenj (ciroze, raka, bolezni dihal, endokarditisa, aidsa), prispeva k smrtnosti zaradi zunanjih vzrokov, ki niso preveliki odmerki, kot so samomor in nasilje (nizozemski nacionalni poročili iz let 2004 in 2005 mestne zdravstvene službe v Amsterdamu). K visoki smrtnosti v tej skupini lahko precej prispevajo tudi življenjske razmere uživalcev drog (na primer brezdomstvo, duševne bolezni, nasilje, slaba prehrana).

Poleg tega je aids, povezan z uživanjem drog z vbizgavanjem, povzročil 1528 smrtnih primerov v letu 2002 <sup>(197)</sup>, čeprav je to število verjetno prenizko ovrednoteno. Druge vzroke za smrtne primere, povezane z drogo, kot so bolezen (npr. hepatitis), nasilje in nezgode, je težje oceniti, vendar pa po vsej verjetnosti povzročijo precej smrti. 10 do 20 % smrtnih primerov med mladimi odraslimi v evropskih mestih je po ocenah mogoče pripisati uživanju opioidov (glej zgoraj). K temu bi bilo treba prišteti smrtne primere, povezane z drugimi oblikami uživanja drog, čeprav je vse skupaj zelo težko kvantitativno opredeliti.

## Z drogo povezani smrti primeri

Z drogo povezan smrti primer je precej kompleksen koncept. V nekaterih poročilih se nanaša le na smrtne primere, ki jih je neposredno povzročilo delovanje psihoaktivnih snovi, medtem ko v drugih vključuje tudi smrtne primere, pri katerih je imelo uživanje drog posredno ali postransko vlogo (prometne nezgode, nasilje, infekcijske bolezni). Po oceni nedavnega poročila, ki je analiziralo vrste škode, povzročene z uživanjem prepovedanih drog v Združenem kraljestvu, so bili z drogo povezani smrti primeri na prvem mestu škod, ki jih povzroča uživanje drog (MacDonald et al., 2005).

V tem poglavju, in v protokolu Centra, se izraz „smrti primeri zaradi uživanja drog“ nanaša na tiste smrtne primere, ki jih je neposredno povzročilo uživanje ene ali več drog in ki na splošno nastopijo kmalu po zaužitju snovi. Drugi izrazi, uporabljeni za opis takšnih smrtnih primerov, vključujejo „prevelike odmerke“, „zastrupitve“, „smrti, ki jih povzročijo droge“ ali „akutne smrti zaradi uživanja drog“ <sup>(198)</sup>.

Med letoma 1990 in 2003 so države EU vsako leto poročale o od 6 500 do več kot 9 000 smrtnih primerih, kar je skupaj v tem obdobju pomenilo več kot 1 13 000 smrtnih primerov. Te številke lahko veljajo za minimalno oceno zaradi verjetnega pomanjkljivega poročanja v mnogih državah <sup>(199)</sup>.

Stopnje smrtnosti prebivalstva zaradi z drogo povezanih smrtnih primerov so se med evropskimi državami zelo razlikovale, saj so segale od 0,2 do več kot 50 smrtnih primerov na milijon prebivalcev (povprečje 13). V večini držav je ta številka v razponu od 7 do 30 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, na Danskem, v Estoniji, Luksemburgu, na Finskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem pa presega 25 smrtnih primerov. Med moškimi v starosti 15 do 39 let so stopnje smrtnosti značilno trikrat višje (povprečno 40 smrtnih primerov na milijon), v sedmih državah pa presegajo 80 smrtnih primerov na milijon. Z drogo povezani smrti primeri so v letih 2003–2004 predstavljali 3 % vseh smrti med Evropejci v starosti 15 do 39 let, na Danskem, v Grčiji, Luksemburgu, na Malti, v Avstriji, Združenem kraljestvu in na Norveškem pa več kot 7 %. Te številke štejejo za minimalne ocene, upoštevati pa je treba tudi, da kljub izboljšanjem še vedno obstajajo precejšnje razlike v kakovosti poročanja med državami, tako da je pri neposrednih primerjavah potrebna previdnost <sup>(200)</sup>.

## Smrti primeri zaradi uživanja opioidov

Opioidi so navzoči v večini primerov „z drogo povezanih akutnih smrtnih primerov“ zaradi prepovedanih snovi, zabeleženih v EU, čeprav toksikološka preiskava v mnogih primerih razkrije tudi navzočnost drugih snovi, predvsem alkohola, benzodiazepinov in, v nekaterih državah, kokaina. V Evropi je večina smrtnih primerov zaradi uživanja opioidov povezana s heroinom, vendar pa imajo svojo vlogo tudi drugi opioidi (glej spodaj) <sup>(201)</sup>.

Prevelik odmerek opioidov je eden glavnih vzrokov smrti med mladimi v Evropi, zlasti med moškimi v mestnih območjih. Trenutno je prevelik odmerek tudi glavni vzrok smrti med uživalci opioidov v EU kot celoti, predvsem v državah z nizko prevalenco okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog (glej „Celotna smrtnost med problematičnimi uživalci drog“, str. 70).

Večina uživalcev drog, ki vzamejo prevelik odmerek, je moških <sup>(202)</sup>, 65 do 100 % primerov, in v večini držav ta delež

<sup>(197)</sup> Glej EuroHIV (2005). Podatek se nanaša na zahodna in osrednja območja WHO Europe, ki vključujejo nekatere države nečlanice EU, in skupno število smrtnih primerov za Estonijo, Latvijo in Litvo (vzhodno območje).

<sup>(198)</sup> To je dogovorjena skupna definicija skupine nacionalnih strokovnjakov Centra. Trenutno je večina nacionalnih definicij primerov enaka ali zelo podobna definiciji Centra, čeprav nekatere države še vedno vključujejo primere, ki so posledica psihoaktivnih zdravil, ali smrti, ki niso posledica prevelikega odmerka, na splošno v omejenem deležu (glej metodološko opombo v Statističnem biltenu 2006 „Povzetek z drogo povezanih smrtnih primerov: definicije in metodološka vprašanja“. Poglavje 1: Definicija Centra in Poglavje 2: Nacionalne definicije in „DRD Standardni protokol, različica 3.0“).

<sup>(199)</sup> Glej tabele DRD-2 (del i), DRD-3, DRD-4 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(200)</sup> Glej tabelo DRD-1 (del iii) in (del iv) v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(201)</sup> Glej prikaz DRD-1 v Statističnem biltenu 2006.

<sup>(202)</sup> 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.

znaša med 75 in 90 %, največji delež žensk je na Češkem, Poljskem in Finskem, najnižji pa v Grčiji, Italiji in na Cipru. Pri razlagi te ugotovitve je treba upoštevati različne stopnje uživanja opioidov in vbrizgavanja med moškimi in ženskami.

Večina žrtev prevelikega odmerka je starih od 20 do 40 let, v večini držav pa je povprečna starost sredi tridesetih let (vendar v razponu od 20 do 44 let). Povprečna starost žrtev prevelikega odmerka je najnižja v Estoniji, Sloveniji, Bolgariji in Romuniji, najvišja pa na Češkem, Nizozemskem, Poljskem in Finskem. Zelo malo je poročil o smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka med mlajšimi od 15 let (17 od skupaj 7 516 smrtnih primerov, na podlagi najnovejših razpoložljivih podatkov za vsako državo), čeprav je možno, da so poročila o smrtnih primerih zaradi uživanja drog v tej starostni skupini pomanjkljiva. Podatki centra vključujejo nekaj smrti med starejšimi od 65 let, o več kot 5 % primerov iz te starostne skupine pa poroča le sedem držav <sup>(203)</sup>.

V več novih državah članicah in državah kandidatkah je povprečna starost ob smrti sorazmerno nizka (Ciper, Estonija, Latvija, Slovaška, Bolgarija in Romunija) in imajo visok delež

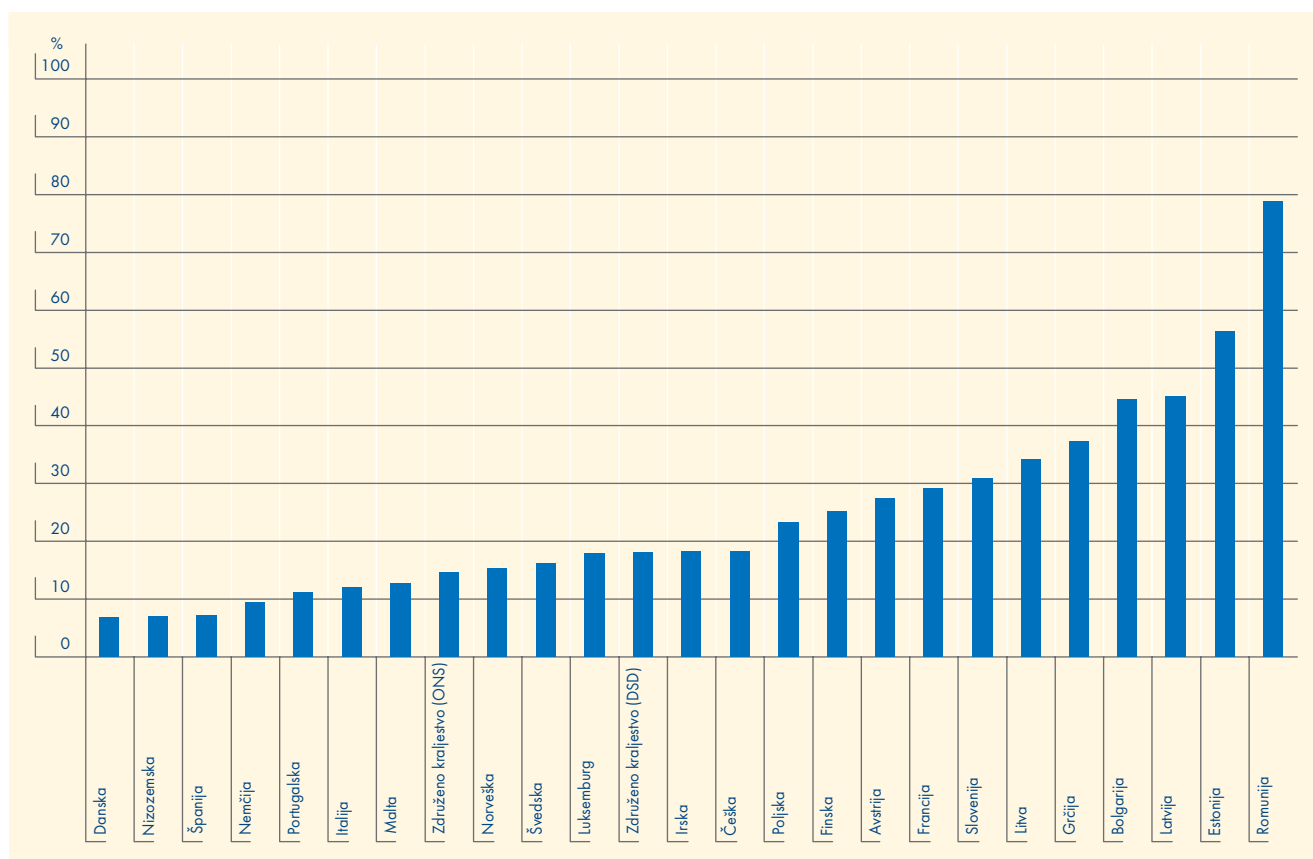
smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka med mlajšimi od 25 let, kar lahko kaže na mlajšo populacijo uživalcev heroina v teh državah. Povprečna starost na Češkem je visoka zato, ker so prišteti številni smrtni primeri zaradi uživanja psihoaktivnih zdravil (prikaz 12).

V mnogih državah članicah se starost žrtev prevelikega odmerka povečuje, kar kaže na zniževanje starosti na začetku uživanja heroina med mladimi. Ta trend je skupen vsem državam članicam EU-15 in ga je opaziti od začetka devetdesetih let, čeprav je na Švedskem in v Združenem kraljestvu manj izrazit. V novih državah članicah je ta trend manj jasen in v mnogih primerih je celo opaziti zniževanje povprečne starosti <sup>(204)</sup>.

### Smrtni primeri zaradi uživanja metadona

Več držav je v svojih poročilih Reitox za leto 2005 poročalo o navzočnosti metadona v precejšnjem deležu z drogo povezanih smrtnih primerov. Uporabljena terminologija se med državami razlikuje in v nekaterih primerih je težko ugotoviti, kakšno vlogo je imel pri smrti metadon.

**Prikaz 12:** Delež akutnih, z drogo povezanih smrtnih primerov pred 25. letom v letu 2002



Opomba: Urad za nacionalno statistiko (Office of national statistics, ONS), Definicija strategije drog (Drug strategy definition, DSD). Leto 2002 je bilo vzeto kot referenčno, saj so zanj na voljo informacije za večino držav.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2005), sestavljena iz podatkov nacionalnih registrov smrtnih primerov ali posebnih registrov (sodnomojinskih ali policijskih). Na podlagi „nacionalnih definicij“, predstavljenih v metodoloških opombah o smrtnih primerih zaradi drog v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(203)</sup> Glej tabelo DRD-1 v Statističnem biltnu 2006.

<sup>(204)</sup> Glej prikaza DRD-3 in DRD-4 v Statističnem biltnu 2006.

Danska je poročala, da je bil metadon vzrok zastrupitve (sam ali v kombinaciji) pri 44 % smrtnih primerov (95 od 214 v letu 2004), kar je podobno deležu v letu 2003, vendar z očitnim povečanjem od leta 1997. Nemčija je poročala, da so 345 primerov pripisali „nadomestnim snovem“ (46 izključno metadonu in 299 metadonu v kombinaciji z drugimi narkotičnimi drogami v letu 2004) z očitnim zmanjšanjem od leta 2002, Združeno kraljestvo pa je poročalo o 216 primerih z „omembo“ metadona (Anglija in Wales, v letu 2003), tudi z očitnim zmanjšanjem od leta 2002. Španija je poročala, da so imeli malo smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, ki so vključevali izključno metadon (2 %), v kombinaciji pa je bil metadon pogosto navzoč pri smrtnih primerih zaradi uživanja opioidov (42 %) in kokaina (20 %). Druge države niso poročale o smrtnih primerih zaradi uživanja metadona ali pa so bile sporočene številke zelo nizke. Ni jasno, kateri dejavniki so v ozadju teh razlik in ali so nekatere države o smrtnih primerih poročale pomanjkljivo <sup>(205)</sup>.

Čeprav raziskava kaže, da nadomestno zdravljenje zmanjšuje tveganje smrtnega prevelikega odmerka, je pomembno spremljati število smrtnih primerov, povezanih z metadonom, in okoliščine smrti (vir snovi, ali je bila zaužita v kombinaciji z drugimi snovmi, stopnja v procesu zdravljenja, na kateri je nastopila zastrupitev) v okviru spremljanja zagotavljanja kakovosti za programe nadomestnega zdravljenja.

### Smrtni primeri zaradi uživanja buprenorfina in fentanila

Zdi se, da so smrtni primeri zaradi zastrupitve z buprenorfinom redki, dejstvo, ki se ga pripisuje agonistično-antagonističnim farmakološkim značilnostim tega zdravila. Vseeno pa so evropske države poročale o nekaterih smrtnih primerih.

V nacionalnih poročilih za leto 2005 sta le Francija in Finska navedli smrtne primere, povezane s to snovjo. Na Finskem so buprenorfin našli pri 73 z drogo povezanih smrtnih primerih, kar je enaka številka kot v letu 2003, na splošno pa je bil v kombinaciji z benzodiazepini, pomirjevali ali alkoholom. Te visoke številke ustrezajo vzporednim povečanjem zdravljenja z buprenorfinom na Finskem, čeprav so obdelane številke veliko nižje od 70 000 do 85 000 oseb, ki predvidoma prejemajo buprenorfin v Franciji. Zato je zanimivo, da so v Franciji poročali le o štirih smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka buprenorfina v letu 2004 (v primerjavi z osmimi v letu 2003). Celo ob upoštevanju možnega pomanjkljivega poročanja o zastrupitvah v Franciji je razpon razlik osupljiv. Poleg Francije in Finske so še tri države poročale o smrtnih primerih (v vsakem primeru le o dveh ali

treh), povezanih z buprenorfinom, vendar brez dokaza, da je bila ta snov glavni povzročitelj.

V prejšnjih letih so o smrtnih primerih zaradi fentanila poročali v državah okrog Baltskega morja, vendar pa nacionalna poročila za leto 2005 takšnih primerov niso navajala.

### Trendi pri akutnih, z drogo povezanih smrtnih primerih

Nacionalni trendi z drogo povezanih smrtnih primerov lahko dajo nekaj vpogleda v razvoj vzorcev problematičnega uživanja drog v vsaki državi, kot so epidemija heroina in visoko tvegana vedenja (npr. vbrizgavanje), pa tudi v zagotavljanje zdravljenja in celo v razlike na področju razpoložljivosti heroina. Seveda pa lahko odražajo tudi uspešnost politik zdravstvenih služb za nujno pomoč pri preprečevanju prevelikih odmerkov, ki povzročijo smrt <sup>(206)</sup>.

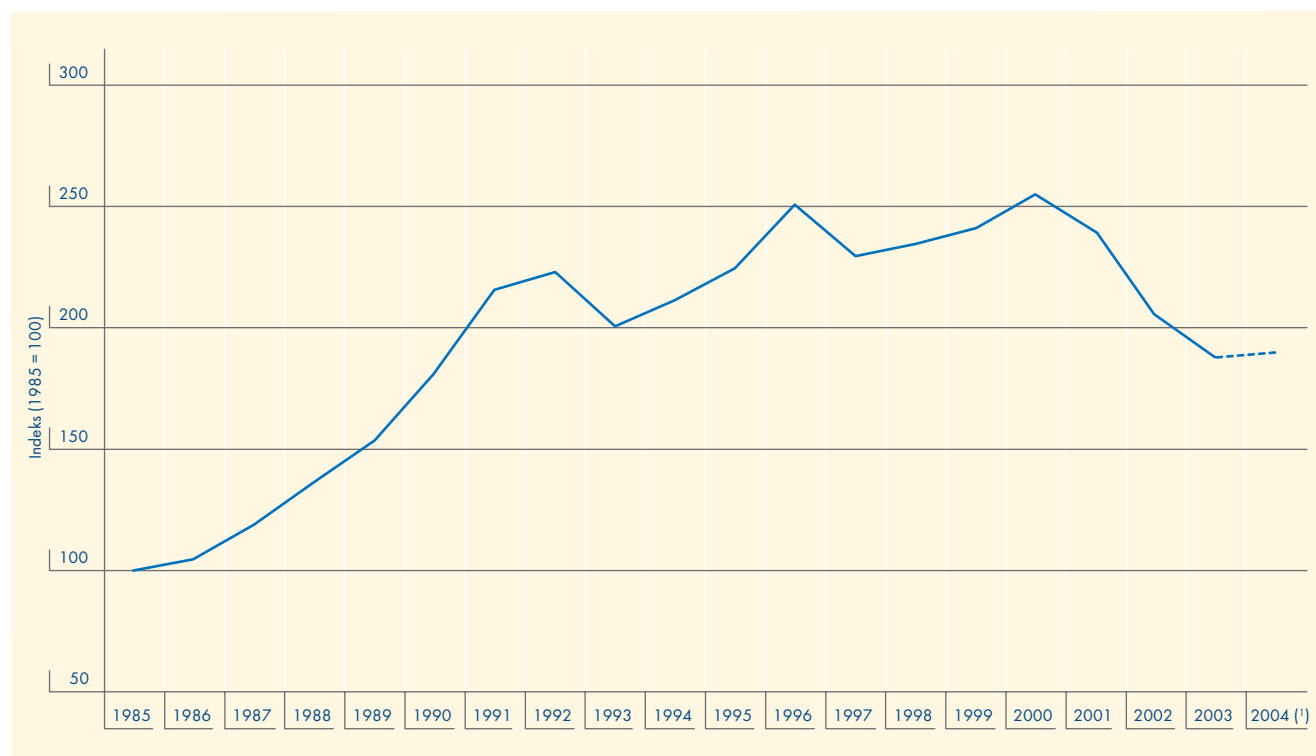
Razpoložljivi podatki iz EU kažejo nekatere splošne trende smrtnih primerov, povezanih z drogo. Med državami članicami EU-15 je bilo v osemdesetih letih in na začetku devetdesetih očitno izrazito povečanje, ki je verjetno potekalo vzporedno s povečanjem uživanja in vbrizgavanja heroina. Število z drogo povezanih smrtnih primerov se je med letoma 1990 in 2000 še naprej povečevalo, vendar manj strmo (prikaz 13). Skupno število z drogo povezanih smrtnih primerov letno se je v tistih državah, ki so posredovale informacije (skoraj vse države članice, tako stare kot nove), povečalo za 14 %, z 8 054 v letu 1995 na 9 392 v letu 2000.

Od leta 2000 so mnoge države EU poročale o zmanjšanju števila z drogo povezanih smrtnih primerov, kar je morebiti povezano s povečano razpoložljivostjo zdravljenja in pobudami za zmanjševanje škode, čeprav je lahko pomembno tudi upadanje razširjenosti uživanja drog. Na evropski ravni se je število z drogo povezanih smrtnih primerov zmanjšalo za 6 % leta 2001, za 13 % leta 2002 in za 7 % leta 2003. Kljub tem izboljšanjem so leta 2003 še vedno poročali o skoraj 7 000 z drogo povezanih smrtnih primerih (manjkajo podatki iz Belgije, Španije in Irske). V državah, ki so sporočile podatke za leto 2004 (19), je prišlo do manjšega, 3-odstotnega povečanja. Pri oblikovanju sklepov za leto 2004 je sicer potrebna previdnost, vendar pa so v 13 od 19 primerov sporočene informacije pokazale rahlo povečanje.

Razlika med trendi v starih in novih državah članicah pri številu smrtnih primerov med mlajšimi od 25 let je izrazita. Med državami članicami EU-15 je od leta 1996 opaziti stalno upadanje, kar kaže na zmanjševanje števila mladih injicirajočih uživalcev opioidov, v novih državah članicah pa

<sup>(205)</sup> Stalno preskušanje na terenu, ki ga opravlja Center, je namenjeno izboljšanju kakovosti zagotovljenih informacij o snoveh, vpletenih v smrtne primere zaradi droge, vključno z nadomestnimi snovmi.

<sup>(206)</sup> Glej prikaz DRD-7 v Statističnem biltenu 2006.

**Prikaz 13:** Dolgoročni trend pri akutnih, z drogo povezanih smrtnih primerih, 1985–2004

(<sup>1</sup>) Deset držav je posredovalo informacije za leto 2004, šest pa ne. Zato je podatek za leto 2004 začasen in temelji na primerjavi podatkov za leti 2003 in 2004 samo za tiste države, ki so posredovale informacije za obe leti.

Opomba: Nove države članice in države kandidatke v ta podatek niso vključene zaradi pomanjkanja podatkov za preteklost v večini primerov. Za število smrtnih primerov v vsaki državi in opombe o metodologiji glej tabelo DRD-2 v Statističnem biltenu 2006.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2005), sestavljena iz splošnih registrov smrtnih primerov ali posebnih registrov (sodnomoedicinskih ali policijskih).

je bilo do obdobja 2000–2002 opaziti strmo povečevanje, očitni upad pa se je začel šele v letu 2003 (<sup>207</sup>).

Opazne so tudi razlike med spoloma. Številno smrtnih primerov pri moških se je od 1990 do 2000 progresivno povečevalo, temu pa je sledil očitni upad (30-odstotno zmanjšanje do leta 2003), medtem ko je število prijavljenih smrtnih primerov med ženskami med letoma 1990 in 2000 ostalo približno stabilno, saj se je gibalo med 1 700 in 2 000 primeri letno in se je od takrat zmanjšalo zgolj za 15 %. To bi lahko bila posledica številnih dejavnikov, med drugim tudi različne učinkovitosti intervencij ali razlike pri dejavnih tveganja med spoloma (<sup>208</sup>).

V državah, ki podatke zbirajo dlje, je mogoče odkriti različne vzorce z drogo povezanih smrtnih primerov. V nekaterih državah so z drogo povezani smrtni primeri dosegli vrhunec na začetku devetdesetih let, njihovo število pa se je pozneje zmanjšalo, na primer v Nemčiji, kjer so z drogo povezani smrtni primeri dosegli vrhunec v letih 1991–1992, Španiji (1991), Franciji (1994) in Italiji (1991). V drugih državah, na primer v Grčiji, na Irskem, Portugalskem, Finskem, Švedskem in Norveškem, so z drogo povezani smrtni primeri dosegli

vrhunec med letoma 1998 in 2001, njihovo število pa se je pozneje zmanjšalo. V drugih državah je bil vzorec manj jasen ali pa se številke niso spreminjale. Čeprav je pri razlagah zaradi relativno nizkih števil z drogo povezanih smrtnih primerov v nekaterih državah potrebna previdnost, je te vzorce mogoče povezati s trendi vbrizgavanja heroina (<sup>209</sup>).

### Smrtne primeri, povezani z uživanjem ekstazija in amfetaminov

O smrtnih primerih, povezanih z uživanjem ekstazija, so v Evropi začeli poročati v devetdesetih letih, ko je ta droga postala priljubljena. Smrtne primeri zaradi uživanja ekstazija povzročajo precejšnjo zaskrbljenost, saj se pojavljajo nepričakovano med socialno integriranimi mladimi ljudmi.

Informacije o smrtnih primerih zaradi uživanja ekstazija so omejene, vendar pa podatki iz nacionalnih poročil Reitox za leto 2005 kažejo, da smrtni primeri zaradi ekstazija ostajajo relativno redki v primerjavi s smrtnimi primeri zaradi uživanja opioidov, čeprav v nekaterih državah številka ni zanemarljiva. V Evropi kot celoti je bilo prijavljenih 77 smrtnih primerov, kar velja za minimalno oceno (<sup>210</sup>).

(<sup>207</sup>) Glej prikaz DRD-5 v Statističnem biltenu 2006.

(<sup>208</sup>) Glej prikaz DRD-6 v Statističnem biltenu 2006.

(<sup>209</sup>) Glej prikaz DRD-7 v Statističnem biltenu 2006.

(<sup>210</sup>) Odvisno od države, podatki se nanašajo na leto 2003 ali 2004, za ekstazi in kokain.

O primerih so poročali iz Danske (2), Nemčije (20), Francije (4), Madžarske (3) in Združenega kraljestva (48 primerov z „navedbami“ – 33 v Angliji in Walesu), kjer je poročanje verjetno boljše kot v drugih državah. V Španiji je bil ekstazi navzoč pri 2,5 % zastupitev z drogami.

Pogosto se sproža vprašanje tveganja pri uživanju ekstazija. Zavedajoč se dovoljenega odstopanja pri ocenah razširjenosti, ki temeljijo na raziskavah, in težav pri poročanju o smrtnih primerih zaradi uživanja drog, z deljenjem števila zabeleženih žrtev s številom užívalcev na leto <sup>(211)</sup> (potencialno ogroženi ljudje) pridemo do 5 do 8 primerov in 2 do 5 primerov na 100 000 užívalcev v dveh državah, za kateri je mogoče opraviti ta izračun.

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), kar ustreza povečanju ugotovljenega števila problematičnih užívalcev pervitina in povpraševanju po zdravljenju. Glede smrtnih primerov zaradi gamahidroksibutirata (GHB) glejte poglavje 4.

### Smrtni primeri, povezani z uživanjem kokaina

Zaskrbljenost glede tveganj za zdravje užívalcev kokaina narašča zaradi povečanja rekreativnega uživanja, opaženega v nekaterih državah med mladimi ljudmi, med ljudmi, ki se zdravijo zaradi zasvojenosti, in marginaliziranimi populacijami.

Kokain pogosto uživajo užívalci opioidov in običajno se ga najde pri toksikoloških analizah prevelikih odmerkov opioidov in drugih snovi, kot so alkohol in benzodiazepini. Kokain se pogosto uživa skupaj z alkoholom, kar je kombinacija, ki ima lahko za posledico povečano toksičnost.

Trenutni statistični podatki v Evropi so omejeni, odstopanje meril, uporabljenih za ugotavljanje s kokainom povezanih primerov, pa pomeni, da podatki niso primerljivi; poleg tega nekateri s kokainom povezani smrtni primeri morebiti ostanejo neprepoznani oziroma se o njih ne poroča, kar ima za posledico pomanjkljivo poročanje. Obstoječi podatki kažejo, da so pri mnogih smrtnih primerih, ki vključujejo kokain, navzoči tudi opiodi.

Države, ki so poslale podatke, so v nacionalnih poročilih za leto 2005 navedle 400 smrtnih primerov zaradi uživanja kokaina, kar je minimalna ocena. Zdi se, da je bil v večini teh primerov vzrok smrti kokain, čeprav to iz poročil ni vedno popolnoma razvidno. Devet držav ni izrecno navedlo obstoja ali neobstoja smrtnih primerov zaradi uživanja kokaina. Kokain je bil vzrok za 0 do 20 % zabeleženih akutnih smrtnih primerov zaradi uživanja drog, povzročil je 10 do 20 %

takšnih smrtnih primerov v Nemčiji, Franciji, Španiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu. O smrtnih primerih, ki jih je povzročil kokain (sam ali v kombinaciji), so poročali Francija (14), Nemčija (166), Nizozemska (20), Španija (53) in Združeno kraljestvo (142 „navedb“ – 113 v Angliji in Walesu). Devet drugih držav je poročalo o nič do dveh primerih. Poleg tega v nekaterih državah kokain pogosto najdemo pri toksikoloških analizah prevelikih odmerkov opioidov. Iz omejenih razpoložljivih podatkov je težko zagotovo ugotoviti trende, zdi pa se, da se ti povečujejo v vseh državah z večjim številom primerov, tj. v Nemčiji, Franciji, Španiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu, čeprav na Nizozemskem v zadnjih dveh letih ni bilo povečanja.

Poleg tega lahko kokain prispeva k smrtim zaradi srčno-žilnih težav (aritmije, miokardnega infarkta, cerebralne hemoragije), zlasti pri užívalcih, ki so za to bolj dovzetni, izpostavljeni dejavnikom tveganja (tobak, hipertenzija, angiomi) ali so starejši. Zaradi pomanjkanja ozaveščenosti ostane veliko teh primerov neopaženih. Na tem področju so potrebne nadaljnje raziskave.

### Zmanjševanje števila z drogo povezanih smrtnih primerov

#### Učinkoviti odzivi

Doseganje nezdravljenih populacij užívalcev drog in vzpostavljanje povezav za komunikacijo sta predpogoji za izobraževanje o tveganju in njegovo obvladovanje ter za posredovanje pri dostopu do služb, vključno z zdravljenjem.

Raziskovanje okoliščin, ki so pripeljale do prevelikih odmerkov, je podprlo razvoj intervencij, katerih cilj so visoko tvegane situacije ali posamezniki. Takšni ukrepi lahko pomembno prispevajo k zmanjšanju števila smrtnih primerov, ki jih je mogoče pripisati neposrednim učinkom uživanja drog. Vloga različnih intervencij pri zmanjšanju prevelikih odmerkov, povezanih z uživanjem drog, je bila povzeta v nedavnem poročilu o politiki Centra (EMCDDA, 2004d).

Ker večina smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka vključuje heroin, je mogoče vedno večji delež užívalcev heroina na zdravljenju obravnavati kot preventivni ukrep proti prevelikim odmerkom. Nedavni skromni obrati trenda smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, ki so jim bili priča v nekaterih državah članicah, so lahko posledica številnih dejavnikov. Med drugim zmanjšanja stopenj razširjenosti in vbrizgavanja, večjih preventivnih prizadevanj, večje razpoložljivosti zdravljenja ter sprejemov na zdravljenje in vztrajanja v njem ter morebitnega zmanjšanja tveganega vedenja.

<sup>(211)</sup> Raziskave med prebivalstvom glede uživanja v zadnjih dvanajstih mesecih.

## Profil odzivov

V večini držav strokovnjaki glede uporabe različnih intervencijskih strategij za zmanjšanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka menijo, da je najbolj koristen pristop nadomestno zdravljenje z opiodi (<sup>212</sup>). Na Madžarskem in Švedskem je ta vrsta zdravljenja sicer na voljo, vendar pa ni upoštevana kot sredstvo za zmanjševanje smrtnih primerov zaradi uživanja drog. V Estoniji in na Poljskem nizka raven zagotavljanja nadomestnega zdravljenja pomeni, da nadomestno zdravljenje z metadonom trenutno ne šteje kot pomembnejši odziv za zmanjšanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka.

Odzivi, usmerjeni v obveščanje, izobraževanje in komunikacijo (IEC), so nadaljnji pomembni ukrepi v večini evropskih držav. Širjenje sporočil za ozaveščanje o tveganju in navodil o obvladovanju prevelikih odmerkov prek posebej za to razvitih tiskanih gradiv ali drugih sredstev (letakov, spletnih strani, kampanj sredstev javnega obveščanja) je v 19 državah običajno ali prevladujoče. Vendar pa sedem držav (Estonija, Francija, Irska, Latvija, Madžarska, Malta, Finska) takšne ukrepe redko uporablja, ena (Švedska) pa sploh ne.

Po poročanju nacionalnih kontaktnih točk je pristop sistematičnega vključevanja posamične ocene tveganja v rutino svetovanja in zdravljenja ter organizacijo skupinskih sestankov zaradi izobraževanja o tveganju in odziva za uživalce drog manj običajen.

Široko kategorijo dejavnosti je mogoče opredeliti kot „intervencije pred izpustitvijo iz zapora“. Segajo od preprostega širjenja informacij prek svetovanja o tveganjih prevelikega odmerka in preventivi, do začetka ali nadaljevanja nadomestnega zdravljenja v zaporu. Vendar pa dejavnosti, ki sodijo v ta spekter odzivov, v 13 državah redko uporabljajo, v petih pa sploh ne (Latvija, Madžarska, Poljska, Romunija in Švedska). V Španiji, Italiji in Združenem kraljestvu so intervencije v zaporih med prevladujočimi pristopi za zmanjšanje akutnih smrtnih primerov zaradi uživanja drog.

Lokalni pogoji tveganja, povezanega z vbizgavanjem na javnih mestih, so pripeljali do odprtja strokovno nadzorovanih prostorov za uživanje drog v štirih državah EU in na Norveškem (<sup>213</sup>). Njihove ciljne skupine so visoko marginalizirani in tveganju izpostavljeni uživalci, ki si drogo vbizgavajo na cesti (EMCDDA, 2004c).

(<sup>212</sup>) Rezultati temeljijo na raziskavi, opravljeni prek 27 nacionalnih kontaktnih točk v letu 2004. Dokument je mogoče prenesti s spletne strani <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

(<sup>213</sup>) Te države EU so Nemčija, Španija, Luksemburg in Nizozemska.





## Poglavje 8

# Izboljšanje spremljanja problematičnega uživanja drog in uživanja več drog hkrati

Zasvojenost z drogami, odvisnost od drog, zloraba drog, škodljivo uživanje, problematično uživanje: to so različni koncepti, povezani s Centrovim kazalcem problematičnega uživanja drog, od katerih je po zdravstveni in socialni razsežnosti vsak malce drugačen. Centrov kazalec problematičnega uživanja drog (PDU) spremlja „uživanje drog z vbrizgavanjem ali dolgotrajno/redno uživanje heroína, kokaina in/ali amfetaminov“. V definicijo je po dogovoru vključeno tudi uživanje drugih opioidov, kot je metadon.

Ta definicija problematičnega uživanja drog je popolnoma vedenjska; temelji na vzorcih uživanja drog in v nobenem smislu ne meri problemov eksplicitno. Povezana pa je z različnimi koncepti odvisnosti s predpostavko, da je za nekoga, ki se obnaša na določen način, zelo verjetno, da bo sodil v bolj splošen koncept „problematičnega uživalca“. V zvezi s tem je pomembno omeniti, da kazalec problematičnega uživanja drog oceni le pomembno podskupino posameznika, za katerega bi lahko veljalo, da ima neko obliko problema z drogo. Kljub temu pa je ta pristop koristen. Ker gre za vedenjsko opredeljen koncept, so njegove vrednote naslednje:

- Omogoča nadaljevanje spremljanja, ne da bi bili vezani na definicije zasvojenosti, odvisnosti, škode in samega problema.
- V raziskovalnih študijah ga je relativno lahko uporabljati.
- Združuje različne vrste drog in načinov uživanja kot alternativ, brez posebnega razlikovanja med njimi.

Zgodovinsko gledano je bil Centrov kazalec za spremljanje otrok svojega časa – v osemdesetih in precej tudi v devetdesetih sta uživanje heroína in uživanje drog z vbrizgavanjem veljala za ključni sestavini problema z drogami, ki sta zahtevali oceno. Poleg tega teh oblik uživanja drog ni bilo mogoče prepričljivo meriti z anketnimi tehnikami. Zaradi pojava amfetaminov je definicija postala primerna za nekatere nordijske države, kjer je bilo vbrizgavanje amfetaminov pomemben način uživanja, in čeprav je bil kokain vključen, je bil v praksi redko pomembnejši sestavni del kakršnih koli ocen. Čeprav nam kazalec problematičnega uživanja drog še vedno zagotavlja

koristen pogled na pomemben element problema drog, je vedno bolj očitno, da potrebuje nadaljnji razvoj, če želi izpolnjevati zahteve spremljanja današnjega bolj raznolikega položaja na področju drog v Evropi. Priča smo vedno bolj zapleteni sliki kroničnih problemov z drogo v Evropi. Da bi spremljanje še naprej ustrezalo spreminjajočemu se svetu prepovedanih drog, se mora premakniti naprej in zadovoljiti izzive pokrivanja širokega spektra drog, poleg tega pa podrobneje obravnavati njihovo uživanje.

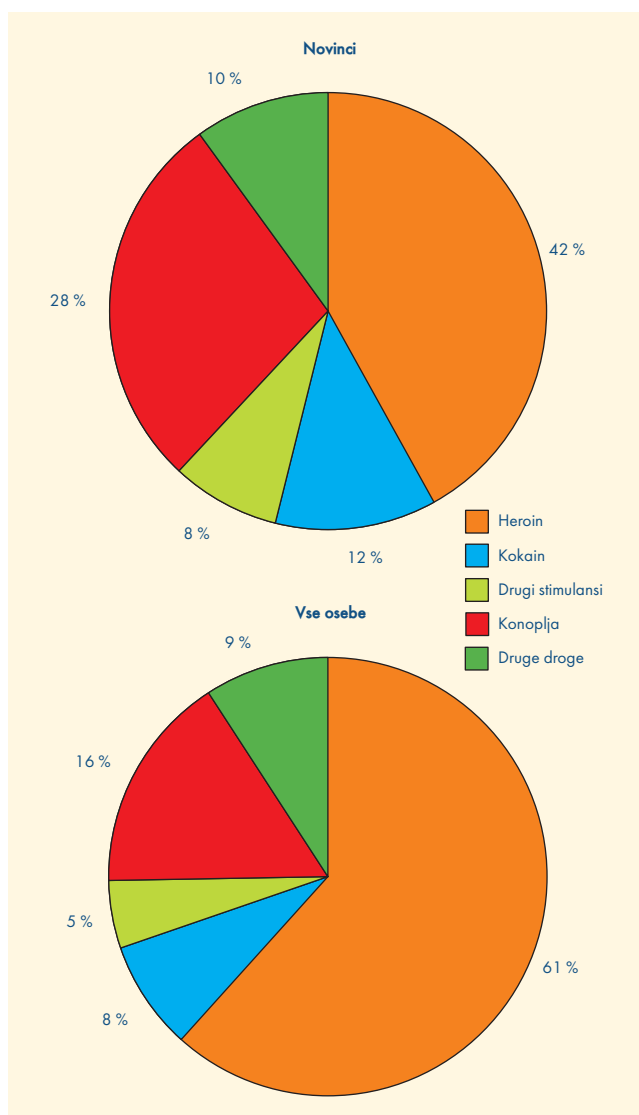
Širitev EU je zajela veliko različnih socialnih vedenj, med katerimi uživanje prepovedanih drog ni nobena izjema. Razvoj dogodkov znotraj kulture drog, vzpon sintetičnih drog in prepovedane uporabe zdravil, premik v smeri kokaina in splošno visoka razširjenost uživanja konoplje so dejstva, ki se jih je treba zavedati pri razumevanju potreb ljudi s problemi, povezanimi z uživanjem drog. Čeprav uživalci heroína še vedno jasno prevladujejo pri povpraševanju po zdravstvenih storitvah zaradi uživanja drog, je iz prejšnjih poglavij tega poročila mogoče opaziti, da se spreminja slika glede tistih, ki se v zdravljenje vključijo prvič, saj se med njimi povečuje število prijavljenih problemov s konopljo in stimulansi (prikaz 14).

Ta spreminjajoči se položaj je treba obravnavati glede na precej razširjeno ponudbo zdravljenja za ljudi, katerih problemi so povezani z opiodi, in boljše pokritosti poročil, ki jih zagotavljajo zdravstvene službe. Zlasti nadomestno zdravljenje z opiodi, ki ljudi vključi v dolgoročno nepretrgano oskrbo (kar ni prikazano v teh diagramih, saj prikazujejo le posameznike, ki so se začeli zdraviti v tekočem letu), poudarja vlogo opioidov v trenutnem obsegu zdravljenj v primerjavi s tistimi, ki se za zdravljenje odločijo na novo. V mnogih državah se zdi, da bo skupina tistih, ki se danes v Evropi začenjajo srečevati s problemom drog, vsaj glede snovi, ki jih uživajo, verjetno bolj raznolika kot v preteklosti.

## Kazalec problematičnega uživanja drog in upoštevanje skritih populacij uživalcev drog

Trenutni pristop k problematičnemu uživanju drog se je izkazal za izredno dragocenega pri zagotavljanju boljših ocen pomembne skupine uživalcev drog, ki so

**Prikaz 14:** Porazdelitev „novih“ in „vseh“ udeležencev zdravljenja, ki iščejo zdravljenje zaradi primarne droge



*Opomba:* Na podlagi podatkov iz Češke, Danske, Nemčije, Grčije, Italije, Cipra, Madžarske, Malte, Nizozemske, Slovenije, Slovaške, Finske, Švedske, Združenega kraljestva, Bolgarije, Romunije in Turčije.

*Viri:* Nacionalne kontaktne točke Reitox.

glavni uporabniki storitev zdravljenja odvisnosti od drog v Evropi. Ta pristop je spodbudil razvoj cele vrste metod in statističnih postopkov za oceno velikosti te pretežno skrite populacije. Pri vseh teh pristopih merjenje temelji na pojmovanju, da je določen odstotek problematičnih uživalcev drog „administrativno viden“, saj so v stiku s številnimi zdravstvenimi in pravnimi službami, službami za nujno pomoč in socialnimi službami, in če je ta odstotek znan, je iz te vidne manjšine mogoče oceniti velikost populacije. Takšne posredne statistične metode dopolnjujejo izvajanje raziskav med prebivalstvom, ki je zaradi vrste metodoloških in praktičnih razlogov manj primerno za ocenjevanje razširjenosti uživanja drog, ki ima nizko prevalenco, je stigmatizirana in večinoma skrita.

Glede sedanje uporabe kazalca problematičnega uživanja drog po EU so države prilagodile definicijo, da bi zajele praktične vidike svojih lokalnih razmer, zaradi česar je položaj zelo raznolik. Devet držav se načeloma drži definicije Centra takšne, kot je, 11 držav ocenjuje le število uživalcev opioidov (ali heroina), štiri nadaljnje države pa ne izključujejo problema uživalcev konoplje, čeprav ti na splošno predstavljajo le zelo majhen del njihovih ocen (merila za upoštevanje uživalcev konoplje so precej stroga, saj štejejo le odvisne ali zelo intenzivne uživalce).

Širše razširjeno uživanje kokaina, crack kokaina in stimulansov na splošno, skupaj s prekrivanjem problemov z drogo s problemi, povezanimi z alkoholom in predpisanimi zdravili, pomeni, da bi ocene celo z dosledno uporabo kazalca zdaj zajele več različnih vrst uživanja drog kot prej, kar prinaša možnost raznovrstnejših posledic in problemov. Zato je treba poleg spremljanja splošnega obsega problematičnega uživanja drog ločeno spremljati različna vedenja, ki sestavljajo kazalec problematičnega uživanja drog, tj. vbrizgavanje in vrsto droge v okviru definicije problematičnega uživanja drog. To bi lahko bilo posebej pomembno zaradi dokazov iz nekaterih držav o povečanem uživanju kokaina in vzorcih uživanja amfetaminov, omogočilo pa bi podrobno spremljanje trendov pri uživanju opioidov. Če se o vseh teh vedenjih poroča zgolj skupaj, to pomeni jasno možnost prikrivanja pomembnega dogajanja in izgubljeno priložnost za boljše razumevanje trendov.

V začetnem delu tega poročila je bila prvič predstavljena ločena ocena uživanja in vbrizgavanja heroina v Evropi. Poleg tega na podlagi ocene, da je v Evropi več kot pol milijona primerov nadomestnega zdravljenja z opiodi, opazamo povečano razpoložljivost zdravljenja za probleme z opiodi. To pomeni, da je lahko delež uživalcev in injicirajočih uživalcev heroina, ki imajo ali so imeli stik z zdravstvenimi službami v mnogih državah precej velik. Center s svojimi nacionalnimi tehničnimi skupinami trenutno raziskuje, kakšno vrednost je mogoče dodati, če se združijo informacije o potrebi po zdravljenju, razpoložljivosti zdravljenja ter ocene o uživanju heroina in uživanju drog z vbrizgavanjem.

### Odmik od kazalca problematičnega uživanja drog

Nadaljnji korak v razvoju naše zmožnosti, da bi bolje razumeli evropski problem drog, je raziskati obseg, v katerem je intenzivno uživanje drog mogoče vključiti v spremljanje, ki ne sodi v spremljanje problematičnega uživanja drog. Obseg, v katerem je intenzivno uživanje drog, kakor koli je že opredeljeno, povezano z odvisnostjo, ravnimi in vrstami problemov, zahteva nadaljnjo razčlenitev. Kandel in Davis (1992) sta na primer ocenila, da bi v ZDA za približno tretjino vsakodnevnih uživalcev konoplje lahko rekli, da so

odvisni. Nadaljnja pot na tem področju zahteva formalizacijo koncepta pogostega, intenzivnega uživanja konoplje in drugih prepovedanih drog kot specifičnega cilja spremljanja. Pogosto ali intenzivno uživanje je mogoče meriti s podatki raziskave, da se njegova ocena dopolni s posrednimi statističnimi metodami. Trenutno nudijo podatki raziskave koristen vpogled v različne vzorce uživanja konoplje, vendar gre večinoma za omejena merila vedenja in pogostosti uživanja. Podatki raziskave so verjetno pomembni, če želimo dobiti grobe ocene števila uživalcev drog, kot je konoplja, ki bi jih lahko opisali kot odvisne ali škodljive uživalce, vsaj sodeč po njihovih lastnih poročilih.

Ta premik v smeri formalnejše opredelitve pogostega, intenzivnega uživanja za številne droge bi tudi pomagal razviti raziskovalna orodja za oceno ravni problemov in odvisnosti, povezane z različnimi ravni in vzorci uživanja konoplje. Številne evropske države razvijajo metodološka orodja za merjenje intenzivnejšega uživanja ter ravni odvisnosti in problemov, Center pa spodbuja sodelovanje na tem področju.

Težava pri ugotavljanju intenzivnega uživanja kot kazalca tistih, ki so verjetno v nevarnosti, da postanejo odvisni ali izkusijo probleme, je v tem, da je pojmovanje tega, kaj je intenzivno uživanje, do določene mere specifično za posamezno drogo. Čeprav so za problematično uživanje opioidov značilni vsakodnevni vzorci uživanja, to za stimulanse pogosto ne drži. Za te droge je bolj pogosto „kampanjsko“ uživanje, ki doseže vrh za kratka obdobja in se potem zmanjša, uživalci pa se pogosto obrnejo na druge droge ali alkohol, da omilijo posledice abstinence. Pri vplivanju na vzorce intenzivnega uživanja drog so lahko pomembni tako farmakološki kot kontekstualni dejavniki, vendar je jasno, da bodo morala biti vedenjska merila intenzivnega uživanja občutljiva za različne vzorce uživanja drog, povezanega z različnimi vrstami drog.

### **Sprememba poročanja o problemih hkratnega uživanja več drog**

Zaradi dobrih praktičnih in metodoloških razlogov gre pri večini poročanja o uživanju drog za ločeno opisovanje vsake snovi posebej. To zagotavlja konceptualno jasnost, ki je potrebna za olajšanje poročanja na podlagi razpoložljivih vedenjskih meril, ne upošteva pa dejstva, da so individualni uživalci drog pogosto užili oziroma uživajo vrsto prepovedanih in dovoljenih snovi ter da imajo ti uživalci lahko težave z več kot eno drogo. Eno vrsto droge lahko nadomestijo z drugo ali pa sčasoma spremenijo izbrano drogo oziroma droge uporabljajo dopolnilno. Takšna kompleksnost pomeni izreden izziv za sistem spremljanja, četudi je analiza omejena na preprosta vedenjska merila uživanja drog v različnih časovnih obdobjih. Če se vključijo

koncepti problematičnega in odvisnega uživanja, se ta kompleksnost še dodatno poveča in na evropski ravni je na voljo le malo grobih podatkov, ki bi omogočali analizo na podlagi dobre obveščенosti. Verjetno je, da imajo nekatere države kar veliko populacijo kroničnih problematičnih uživalcev drog, ki jih je težko razvrstiti po primarni snovi in ki se verjetno srečujejo s težavami zaradi uživanja dovoljenih in prepovedanih snovi. Za obravnavanje tega problema je treba bolje razumeti vzorce hkratnega uživanja več drog ter to uporabiti za izboljšanje poročanja na nacionalni in evropski ravni.

### **Polisubstitucija**

V okviru splošnega koncepta uživanja več drog hkrati je treba upoštevati več posebnih pomenov tega izraza. Ena skrajnost zajema intenzivno in kaotično uživanje več snovi, ki poteka sočasno ali zaporedno, kjer velikokrat ena droga nadomesti drugo glede na razpoložljivost. To so na primer uživalci različnih opioidov ter farmacevtskih izdelkov, kokaina, amfetaminov in alkohola.

Zdi se, da je ta vzorec uživanja navzoč pri nekaterih kroničnih uživalcih, po možnosti med marginaliziranimi skupinami ali mladimi s psihiatričnimi obolenji. V mnogih sistemih evidentiranja v Evropi bodo te primere pripisali opioidom.

Tako bodo takšni posamezniki uvrščeni v definicijo in spremljanje problema uživalcev drog. Vendar pa ostaja nadaljnje vprašanje, ali je to intenzivno, kaotično hkratno uživanje več drog samo po sebi zadosti zaokroženo – ali gre torej za nespecifično odvisnost od drog, ki zahteva ciljno usmerjena epidemiološka merjenja in zdravljenje, podporo ali zmanjšanje škode v posebej zapleteni situaciji. V teh okoliščinah bi moralo vsako spremljanje sestavnih delov problematičnega uživanja drog vključevati hkratno uživanje več drog kot enega od ločeno merjenih sestavnih delov.

### **Kombinacije drog**

Obstaja druga skupina uživalcev, ki sistematično sočasno uživajo več snovi hkrati in iščejo učinke farmakološke kombinacije, na primer „speedballing“ – hkratno uživanje heroina in kokaina z vbrižgavanjem.

Sekundarna droga, ki je funkcionalno ali farmakološko utemeljena, ni omejena na sočasno uživanje, temveč se jo lahko užije zaporedno, kot nadomestilo ali dopolnilno drogo. Benzodiazepine je na primer mogoče užiti, da se zmanjšajo odtegnitveni simptomi, kadar opioidi niso na voljo. V drugih primerih je mogoče sekundarno drogo užiti, ker ublaži farmakološki učinek: za takšen primer gre, kadar se narkotični učinek opioidov spremeni z uživanjem kokaina ali se občutek bojazni zaradi kokaina ali amfetaminov umiri z uživanjem opioidov ali drugih depresantov.

### Povečana tveganja zaradi hkratnega uživanja več drog

Okrepjeni učinek hkratnega uživanja dveh drog je včasih precejšen in tu je treba upoštevati dovoljene droge in zdravila – kot so alkohol, nikotin in antidepresanti – v povezavi z nadzorovanimi psihoaktivnimi snovmi. Raven tveganja bo odvisna od odmerjene količine obeh snovi. Zaskrbljenost je povezana s številnimi farmakološkimi pari: alkohol in kokain povečata kardiovaskularno toksičnost, alkohol in depresanti zaužiti skupaj z opiodi vodijo v povečano tveganje prevelikega odmerka, tudi opiodi ali kokain, zaužiti z ekstazijem ali amfetamini, imajo za posledico dodatno akutno toksičnost.

### Omejenost razpoložljivih podatkov o hkratnem uživanju več drog

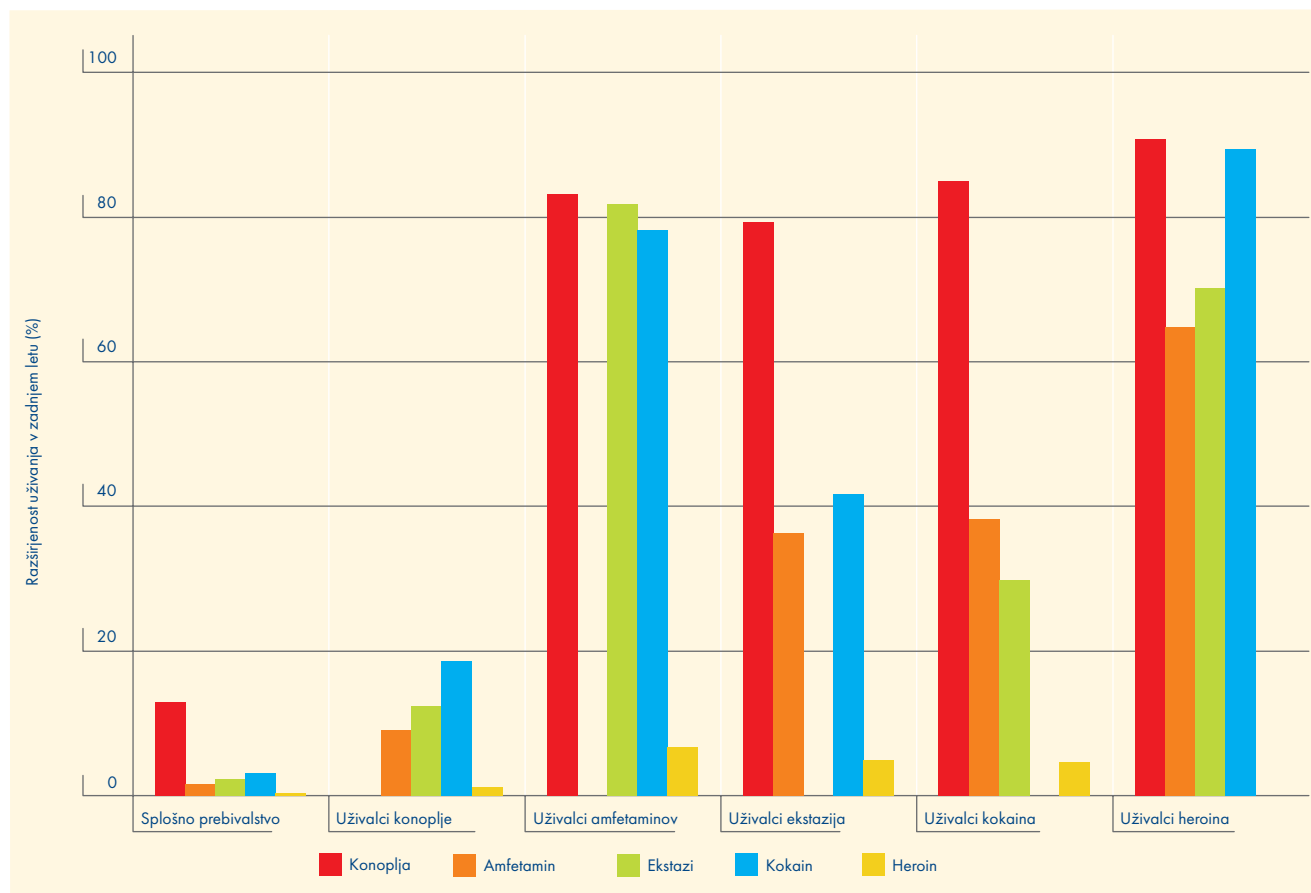
Odsotnost razpoložljivih podatkov omejuje poročanje o mnogih vidikih hkratnega uživanja več drog. Podatki so na voljo iz toksikoloških poročil o primerih prevelikega odmerka drog in samoporočil tistih, ki se udeležijo zdravljenja. Ti viri sicer omogočajo nekaj vpogleda v hkratno uživanje več drog, vendar so razpoložljive informacije pogosto omejene, treba pa je upoštevati tudi reprezentativnost podatkov.

Rezultati raziskav kažejo precejšnje uživanje dveh drog pri posameznikih v enakem obdobju. Vendar pa podatki raziskave pogosto pičlo poročajo o nekaterih oblikah uživanja drog in tudi kadar so ti podatki na voljo, je potrebnega še precej dela za razvoj primerljivih standardov poročanja. Primer obsega podatkov o hkratnem uživanju več drog, ki so na voljo iz raziskav med prebivalstvom, je na voljo v nedavnem tehničnem poročilu EMCDDA (2005b). Če vzamemo podatke iz Španije za primer, prikaz 15 kaže, da ima uživanje ene droge za posledico povečano nagnjenje, v primerjavi z nagnjenjem splošnega prebivalstva, do zaužitja druge droge, katere pa je odvisno od zadevne droge. Med uživalci heroina je na primer relativno običajno uživanje kokaina, uživanje drugih drog pa je pri uživalcih kokaina manj očitno.

### Razvoj operativne definicije hkratnega uživanja več drog: vprašanje časovne razporeditve?

Premisliti je treba, katera obdobja izbrati za oceno in poročanje o hkratnem uživanju več drog. Stopnje tistih, ki so že kdaj poskusili drogo, verjetno ne bodo tako koristne ali ustrezne za vprašanja javnega zdravja kot stopnje tistih, ki so jo zaužili v zadnjem času.

**Prikaz 15:** Uživanje drog v zadnjem letu po različnih skupinah uživalcev pri splošnem prebivalstvu v starosti 15 do 34 let



Opomba: Podatki za Španijo 1999. Za več informacij glejte Prikaz GPS-34 v Statističnem biltenu 2006  
Vir: EMCDDA (2005b).

Koristna operativna opredelitev hkratnega uživanja več drog bi lahko bila pogosto uživanje več kot ene snovi v minimalnem določenem obdobju, na primer v enem mesecu. Tu ne gre za razlikovanje različnih vrst uživanja, opisanih zgoraj, temveč za splošno sliko tega, kar bi lahko bila skupina visokega tveganja. Pri opredelitvi vedenja, za katerega je značilno hkratno uživanje več drog, je treba pri izločitvi zaužitja droge kadar koli v življenju izzvzeti zelo mlade ljudi – dijakke ali študente – pri katerih se lahko trenutno uživanje bolje odrazi ravno zaradi večkratnega zaužitja kdajkoli v življenju. Dokazi, na primer iz raziskav ESPAD, kažejo, da se med študenti bolj deviantni vzorci oziroma vzorci z nizko razširjenostjo uživanja drog (ekstazi, amfetamini, halucinogene droge, kokain, heroin) intenzivneje pojavijo med nekaj posamezniki.

## Izboljšanje spremljanja problema drog v Evropi in izboljšanje občutljivosti za hkratno uživanje več drog

Ena ključnih nalog Centra je doseči boljše razumevanje narave in obsega problema z drogami v Evropi. Vendar pa je uživanje drog zapleteno vprašanje, ki zajema vrsto vedenj, različno povezanih z več pomembnimi vprašanji javnega zdravja in socialnimi problemi. Uživalci drog lahko imajo probleme ali so v nevarnosti, da bi jih imeli. Vzorci uživanja drog segajo od poskusnega, epizodnega in občasnega do rednega, intenzivnega in nenadzorovanega. Uživalce drog je mogoče razvrstiti po kliničnih definicijah problema z drogami ali odvisnosti od njih, v raziskovalnem smislu pa je obe kategoriji mogoče razdelati v kontinuuma. Že tako

zapleteno stanje uživalci drog še poslabšajo z uživanjem več drog hkrati in spreminjanjem vzorcev uživanja s tokom časa. Te kompleksnosti ne more ustrezno zajeti noben poročevalni instrument. V praksi je pristop z več kazalci, ki ga je sprejel Center, namenjen osvetlitvi teh različnih vidikov vprašanja drog.

Kazalec problematičnega uživanja drog, ki se osredotoča na določen skupek vedenj, nudi dragocen vpogled v večino škodljivih in dragih oblik uživanja drog. Kot takšen je pomemben sestavni del pri razumevanju evropskega problema drog kot celote. Vendar pa zdaj obstaja jasna potreba po dopolnitvi splošnih ocen kazalca problematičnega uživanja drog z ocenami komponent, ki so značilne za posamično snov, da bi obravnavali vedno bolj raznolik problem drog v Evropi.

Glede na to, da veliko razpoložljivih virov podatkov temelji na vedenjskih poročilih uživanja drog, je treba na tej podlagi razviti koncept pogostega ali intenzivnega uživanja. Perspektiva za spremljanje problemov z drogami bo tako širša in bo zajela več problemov kot jih trenutno obsega kazalec problematičnega uživanja drog. Postavitev informacij o problematičnem uživanju drog ob bok temu širšemu skupku informacij bo korak naprej pri prizadevanjih Centra za izboljšanje njegovega splošnega razumevanja razpona in narave problemov z drogami v Evropi. S temi prizadevanji je treba tudi pospešiti razvoj standardov poročanja, ki omogočajo boljši opis vzorcev hkratnega uživanja več drog na evropski ravni. Prvi koraki v to smer vključujejo bolj izdelan konceptualni okvir za obravnavanje različnih vrst hkratnega uživanja več drog – vključno s sprejetjem ustreznih časovnih okvirov – in določitev ustreznih virov podatkov.



## Literatura in viri

- ACPO Odbor za droge (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers (Združenje policijskih poveljnikov), London.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. in Niesink, R.J.M. (2005), „Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?“, *Addiction biology* 10(4), str. 321–3.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention (Nacionalni center za sodelovanje pri preprečevanju uživanja drog), Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. in Anthony, J.C. (2005), „Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001“, *Drug and alcohol dependence* 79, str. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Statistični bilten Ministrstva za notranje zadeve 04/05, Ministrstvo za notranje zadeve, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komisija za narkotične droge, Ekonomsko-socialni svet pri Združenih narodih, Dunaj.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komisija za narkotične droge, Ekonomsko-socialni svet pri Združenih narodih, Dunaj.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2002b), „Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs“, Projekt CT.00.EP.13, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2004d), „Overdose: a major cause of avoidable death among young people“, *Drugs in Focus* No. 13, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2005a), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2005b), „Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use“, končno poročilo, projekt CT.03.P1.200, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2005c), „Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU“, končno poročilo, projekt CT.04.P2.329, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- Europol (2006), „Drugs 2006“ (sporočilo, namenjeno EMCDDA, z dne 16. januarja 2006, dokument št. 158448), Europol, Haag.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. Št. 71.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), „Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention“, *International journal of drug policy* 16S, str. S67–75.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. et al. (2005), „Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users“, *World psychiatry*, 4(3), str. 173–6.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Švedski svet za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN) in skupina Pempidou pri Svetu Evrope.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. et al. (2003), „Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients“, *Archives of general psychiatry* 60, str. 1043–52.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Mednarodna uprava za kontrolo narkotikov pri Združenih narodih, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Mednarodna uprava za kontrolo narkotikov pri Združenih narodih, New York.
- Kandel, D. in Davis, M. (1992), „Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use“, v: Glantz, M. in Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse* pp. 211–53. Ameriško psihološko združenje. Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. in Spoth, R. (1996), „The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations“, v: Peters, R. in McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse, and*



*delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Spletno poročilo Ministrstva za notranje zadeve 24/05. Ministrstvo za notranje zadeve, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D. in Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Urad za nacionalno statistiko, London.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. et al. (2006), „Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population“, *Archives of general psychiatry* 63, str. 219–28.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European addiction research* 10, str. 147–55.

Reitox nacionalna poročila (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E. in Becker, J. (2005), „Drug prevention with vulnerable young people: a review“, *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), str. 85–99.

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. et al. (2004), „A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction“, *Drug and alcohol dependence* 74, str. 1–13.

Schäfer, C. in Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.

Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. et al. (2005), „Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence“, *American journal of psychiatry* 162, str. 340–9.

Shearer, J. in Gowing, L.R. (2004), „Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research“, *Drug and alcohol review* 23, str. 203–11.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, 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 in maroška vlada (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.

Van den Brink, W. (2005), „Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment“, *Sucht* 51(4), str. 196–8.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. in Watts, C. (2006), „Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users“, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (v tisku).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults“, *Drug and alcohol dependence* 68(1), str. 49–64.

WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, Svetovna carinska organizacija, Bruselj.

WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva.

WHO/UNODC/UNAIDS (2004), „Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention“, dokument o stališču, Svetovna zdravstvena organizacija, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, UNAIDS ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).





Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

**Letno poročilo 2006: stanje v zvezi s problemom drog v Evropi**

Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti

2006 — 92 str. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-262-4



## PRODAJA IN NAROČANJE

Plačljive izdaje publikacij Urada za publikacije so na voljo na prodajnih mestih povsod po svetu.

### ***Kako se lahko naročim na publikacijo?***

Svoje naročilo lahko pošljete prodajnemu mestu, ki ga izberete na seznamu prodajnih mest.

### ***Kje lahko dobim seznam prodajnih mest?***

Obiščite spletno stran Urada za publikacije: <http://publications.europa.eu/>  
ali naročite izvod seznama 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 odvisnosti od drog v Evropi.

Center zbira, analizira in razširja objektivne, zanesljive in primerljive informacije o drogah in odvisnosti od drog. 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.