



Evropski center za spremljanje drog
in zasvojenosti z drogami

ISSN 1830-0812

LETTEN POPCILLO PORR 2011

STANJE NA PODROČJU PROBLEMATIKE DROG V EVROPI



Evropski center za spremljanje drog
in zasvojenosti z drogami

LETNI POROČILO 2011

STANJE NA PODROČJU PROBLEMATIKE DROG V EVROPI

Pravno obvestilo

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

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

Europe Direct je služba za pomoč pri iskanju odgovorov 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 bolgarščini, španščini, češčini, danščini, nemščini, estonščini, grščini, angleščini, francoščini, italijanščini, latvijščini, litovščini, madžarščini, malteščini, nizozemščini, poljščini, portugalščini, romunščini, slovaščini, slovenščini, finščini, švedščini in norveščini.

Vse prevode je opravil Prevajalski center za organe Evropske unije.

Kataloški podatki so navedeni na koncu te publikacije.

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2011

ISBN 978-92-9168-485-4

doi:10.2810/47674

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2011

Reprodukcija je dovoljena ob navedbi vira.

Printed in Luxembourg

TISKANO NA BELEM PAPIRJU, KI NE VSEBUJE KLORA



Evropski center za spremljanje drog
in zasvojenosti z drogami

Cais do Sodré, 1249-289 Lizbona, Portugalska
Tel. +351 211210200 • Faks +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Vsebina

Predgovor	5
Zahvale	7
Uvodna opomba	9
Komentar: Razumevanje celotne slike – uporaba drog v Evropi danes	13
Poglavje 1: Politike in zakoni	
Razvoj politik EU in mednarodnih politik • Nacionalne strategije • Javni izdatki • Nacionalna zakonodaja • Raziskave	19
Poglavje 2: Odzivi na problematiko drog v Evropi – pregled	
Preprečevanje • Zdravljenje • Socialna reintegracija • Zmanjševanje škode • Zagotavljanje kakovosti • Kazenski pregon na področju drog in kršitve zakonov o drogah • Zdravstveni in socialnovarnostni odzivi v zaporih	27
Poglavje 3: Konoplja	
Ponudba in razpoložljivost • Razširjenost in vzorci uporabe • Zdravljenje	41
Poglavje 4: Amfetamini, ekstazi, halucinogene snovi, GHB in ketamin	
Ponudba in razpoložljivost • Razširjenost in vzorci uporabe • Ukrepi v sprostivnih okoljih • Zdravljenje	51
Poglavje 5: Kokain in crack kokain	
Ponudba in razpoložljivost • Razširjenost in vzorci uporabe • Zdravstvene posledice • Problematična uporaba kokaina in povpraševanje po zdravljenju • Zdravljenje in zmanjševanje škode	63
Poglavje 6: Uporaba opioidov in vbrizgavanje drog	
Ponudba in razpoložljivost • Problematična uporaba opioidov • Vbrizgavanje drog • Zdravljenje	73
Poglavje 7: Z drogami povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri	
Nalezljive bolezni • Odzivanje na nalezljive bolezni • Smrtni primeri in umrljivost • Zmanjševanje števila smrtnih primerov	83
Poglavje 8: Nove droge in nastajajoči trendi	
Ukrepi glede novih drog • Mefedron • Druge snovi • „Dovoljene droge“ • Nadzor prodaje novih drog	95
Literatura in viri	101



Predgovor

Letos mineva petdeset let od podpisa Enotne konvencije Združenih narodov o mamilih, ki je temelj mednarodnega sistema za nadzor nad drogami. Pri predstavitvi letne ocene stanja na področju problematike drog v Evropi ne moremo ostati neprizadeti ob razvoju razsežnosti tega pojava v zadnjega pol stoletja. Na zapleteno problematiko drog, s katero se danes spoprijemamo v Evropi, vplivajo številni dejavniki, poleg tega pa problemi niso socialno ali geografsko osamljen pojav. Naše poročilo priznava to dejstvo in tudi nujno po upoštevanju širšega kulturnega dogajanja in globalnih smernic, ki lahko ravno tako precej vplivajo na vzorce uporabe drog in s tem povezano škodo, ki smo ji priča. Trenutne gospodarske težave v številnih evropskih državah so del ozadja našega poročanja, ki že daje slutiti, da je vse težje najti sredstva za storitve. Napredek v informacijski tehnologiji je spremenil skoraj vse vidike sodobnega življenja, zato ni presenetljivo, da vpliva tudi na uporabo drog. Konkretno se to kaže v načinih trženja in prodaje, pa tudi v novih možnostih preprečevanja uporabe drog in zdravljenja. Bolj povezan svet, v katerem živimo, vedno bolj izkorišča organizirani kriminal, za katerega so droge le ena od vrst prepovedanega blaga. Tudi tukaj je potreben celovit pogled, ker se posledice uporabe droge v Evropi ne zaustavijo na naših mejah. En tak primer je, da rezultate prizadevanj EU za podporo socialnemu razvoju v sosednjih državah ogrožajo spremenjene poti prometa z drogami, kar slabi rast šibkih demokratičnih institucij in spodbuja korupcijo.

Pomembno je priznati, da je to poročilo skupni dosežek, zato bi se radi zahvalili vsem, ki so sodelovali pri njegovi pripravi. Še zlasti so poročilo omogočili naši partnerji iz mreže nacionalnih kontaktnih točk Reitox in strokovnjaki iz vse Evrope, ki so s trdim in prizadevnim delom prispevali k analizam. Za analize se zahvaljujemo tudi drugim evropskim in mednarodnim agencijam. Vendar pa naša naloga ni le primerjati informacije, ki nam jih pošljejo

drugi. Zagotoviti moramo znanstveno tehtno in neodvisno analizo problematike drog v Evropi. V ta namen moramo razlagati pogosto nepopolne podatke. Pristop centra EMCDDA k analizi temelji na številnih kazalnikih in na previdnosti. Ugotovitve na podlagi enega niza podatkov je treba preveriti ob upoštevanju drugih virov informacij, pri razlagi nepopolnih informacij pa si pridržujemo pravico do konservativizma. Ne glede na navedeno se kakovost, količina in primerljivost razpoložljivih informacij o stanju na področju drog v Evropi nenehno izboljšujejo. To je resničen dosežek ter priča o pomenu sodelovanja in usklajenega delovanja v Evropski uniji.

To letno poročilo naj se ne bi bralo ločeno, ampak kot del našega celotnega letnega svežnja poročil. Podatki, na katerih temelji naša analiza, in razširjene metodološke opombe so na voljo v priloženem Statističnem biltenu. V posebnih izdajah publikacij, ki obravnavajo posamezne teme iz letošnjega poročila, so podrobno proučeni stroški in financiranje zdravljenja odvisnosti od drog, smernice za zagotavljanje zdravstvene oskrbe, trg konoplje in splošna umrljivost, povezana z uporabo drog. Informacije za posamezne države so na voljo v podrobnih nacionalnih poročilih in spletnih pregledih za posamezno državo. Naše poročanje je zasnovano tako, da je razumljivo splošnemu bralcu, strateško osredotočeno na publiko, ki ji je politika namenjena, in dovolj podrobno za potrebe raziskovalcev, študentov in znanstvenikov. Upamo, da boste, ne glede na svoje stališče, s pomočjo našega dela bolje razumeli problematiko drog v Evropi. To je naš cilj, poleg tega pa smo prepričani, da je tako razumevanje bistveno za razvoj učinkovitih politik in odzivov na področju drog.

João Goulão

Predsednik upravnega odbora EMCDDA

Wolfgang Götz

Direktor EMCDDA



Zahvale

Center EMCDDA se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

- vodjem nacionalnih kontaktnih točk Reitox in njihovemu osebju,
- službam in strokovnjakom v vseh državah članicah, ki so zbirali neobdelane podatke za to poročilo,
- članom upravnega odbora in znanstvenega odbora centra,
- Evropskemu parlamentu, Svetu Evropske unije, zlasti njegovi horizontalni delovni skupini za droge, in Evropski komisiji,
- Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), Evropski agenciji za zdravila (EMA) in Europolu,
- skupini Pempidou Sveta Evrope, Uradu za droge in kriminal pri Združenih narodih, Mednarodnemu nadzornemu svetu za droge, Regionalni pisarni za Evropo pri SZO, Interpolu, Svetovni carinski organizaciji, kanadskemu Direktoratu za nadzorovane snovi in tobak pri zveznem ministrstvu za zdravje Health Canada, ameriški upravi za nadzor nad zlorabo snovi in službami za duševno zdravje SAMHSA, študiji „Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju“ (HBSC), projektu ESPAD in švedskemu Svetu za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN),
- Prevajalskemu centru za organe Evropske unije in Uradu za publikacije Evropske unije.

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

Reitox je evropska informacijska mreža za izmenjavo podatkov 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 centru pošiljajo informacije o drogah.

Kontaktne podatke za posamezne nacionalne kontaktne točke so na voljo na spletišču centra.



Uvodna opomba

Letno poročilo temelji na podatkih, ki so jih države članice EU, državi kandidatki Hrvaška in Turčija ter Norveška poslale centru EMCDDA. Vsi tukaj uporabljeni statistični podatki se nanašajo na leto 2009 (ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki). Grafični prikazi in preglednice v tem poročilu lahko prikazujejo samo stanje v podskupini držav članic EU. Izbor lahko temelji na državah, katerih podatki so na voljo za zadevno obdobje, ali pa je namenjen ponazoritvi določenih trendov.

Analiza trendov temelji samo na državah, ki so sporočile zadostne podatke za opis sprememb v zadevnem časovnem obdobju. V analizi trendov glede na podatke o trgu prepovedanih drog so lahko manjkajoče vrednosti za leto 2009 nadomeščene s podatki za leto 2008. Pri analizi drugih trendov so manjkajoči podatki lahko interpolirani.

Osnovne informacije in opozorila, ki jih je treba upoštevati pri branju letnega poročila, so predstavljeni v nadaljevanju.

Podatki o ponudbi in razpoložljivosti drog

Sistematične in redne informacije o trgih in prometu s prepovedanimi drogami so še vedno omejene. Ocene o proizvodnji heroina, kokaina in konoplje se pridobivajo iz ocen o gojenju pridelkov, ki temeljijo na terenskem delu (vzorčenje na terenu) ter zračnih ali satelitskih raziskavah. Te ocene imajo nekaj pomembnih omejitev, ki so na primer povezane z razlikami v podatkih o pridelkih ali težavam pri spremljanju rastlin, kot je konoplja, ki se lahko goji tudi v zaprtih prostorih, ali rastlin, ki niso omejene na določeno geografsko območje.

Zasegi drog pogosto veljajo za posredni kazalnik ponudbe, preprodajalskih poti in razpoložljivosti drog. So neposrednejši kazalnik dejavnosti kazenskega pregona na področju drog (na primer prednostnih nalog, virov, strategij), kažejo pa tudi poročevalske prakse in ranljivost preprodajalcev. Za razumevanje maloprodajnih trgov z drogami se lahko analizirajo tudi podatki o čistosti ali učinku in maloprodajnih cenah prepovedanih drog. Maloprodajne cene drog, sporočene centru, so cene za uporabnika. Trendi v zvezi s ceno so prilagojeni inflaciji na nacionalni ravni. Poročila o čistosti ali učinku iz večine držav temeljijo na vzorcu vseh zaseženih drog, na splošno pa sporočenih podatkov ni mogoče povezati z določeno ravno trga s prepovedanimi drogami. Analize glede čistosti ali učinka in maloprodajnih cen temeljijo na sporočenem povprečju ali modaliteti, če ta nista na voljo, pa na srednji

Dostop do letnega poročila in virov podatkov zanj na spletu

Letno poročilo je na voljo za prenos v 22 jezikih na spletišču centra. Elektronska različica vsebuje povezave do vseh spletnih virov, navedenih v letnem poročilu.

Naslednji viri so na voljo samo na spletu. Statistični bilten za leto 2011 vsebuje izvirne preglednice, na katerih temelji statistična analiza v letnem poročilu. Poleg tega vsebuje dodatne podrobnejše podatke o uporabljeni metodologiji in približno sto dodatnih statističnih grafikonov.

Problematika drog v vsaki državi je podrobno opisana in analizirana v nacionalnih poročilih kontaktnih točk Reitox. Pregledi po posameznih državah vsebujejo najpomembnejše grafične povzetke ključnih podatkov o stanju na področju drog za vsako državo.

vrednosti. Razpoložljivost podatkov o ceni in čistosti je lahko v nekaterih državah omejena, dvomljivi pa sta lahko tudi zanesljivost in primerljivost.

Center zbira nacionalne podatke o zasegih, čistosti in maloprodajnih cenah drog v Evropi. Drugi podatki o ponudbi drog izvirajo iz informacijskih sistemov in analiz UNODC, dopolnjujejo pa jih dodatne Europolove informacije. Informacije o predhodnih sestavinah za droge zagotavljata Evropska komisija, ki zbira podatke o zasegih teh snovi v EU, in INCB, ki sodeluje pri mednarodnih pobudah za preprečevanje zlorabe kemikalij za predhodne sestavine, ki se uporabljajo pri proizvodnji prepovedanih drog.

Podatki in ocene iz tega poročila so najboljši razpoložljivi približki, vendar jih je treba razlagati previdno, saj v številnih delih sveta še vedno ni visoko razvitih informacijskih sistemov, povezanih s ponudbo drog.

Razširjenost uporabe drog, izmerjena v raziskavah med splošnim prebivalstvom

Uporaba drog med širšo ali šolsko populacijo se lahko meri z reprezentativnimi raziskavami, s katerimi se oceni delež posameznikov, ki poročajo o uporabi posamezne droge v določenih časovnih obdobjih. Pri raziskavah se pridobijo tudi koristne dodatne informacije o vzorcih uporabe, socialnodemografskih značilnostih uporabnikov ter zaznavanju tveganj in razpoložljivosti.

Center je v tesnem sodelovanju z nacionalnimi strokovnjaki pripravil sklop osrednjih elementov za raziskave med

odraslimi (evropski vzorčni vprašalnik, EMQ). Ta protokol se danes uporablja v večini držav članic EU, še vedno pa so razlike v uporabljeni metodologiji in letu zbiranja podatkov, kar pomeni, da je pri razlagi majhnih razlik, zlasti med državami, potrebna previdnost.

Izvajanje raziskav je drago in le malo evropskih držav zbira informacije vsako leto, številne pa jih zbirajo vsaki dve ali štiri leta. Podatki v tem poročilu so predstavljeni na podlagi najnovejših razpoložljivih raziskav iz vseh držav, ki so bile večinoma opravljene med letoma 2006 in 2009. Če ni navedeno drugače, se podatki o razširjenosti za Združeno kraljestvo nanašajo na Anglijo in Wales, čeprav so na voljo tudi ločeni podatki za Škotsko in Severno Irsko.

Za sporočanje podatkov iz raziskav se uporabljajo trije standardni časovni okviri, od katerih je najpogostejši razširjenost uporabe kadar koli v življenju (uporabe droge v katerem koli trenutku v življenju posameznika). To merilo ne kaže trenutnega stanja na področju uporabe drog med odraslimi, vendar je lahko koristno za razumevanje vzorcev uporabe in pojavnosti. Standardni starostni skupini, ki ju center EMCDDA uporablja za odrasle, sta 15–64 let (vsi odrasli) in 15–34 let (mlajši odrasli). Države, ki uporabljajo drugačne zgornje ali spodnje starostne meje, so Danska (16), Nemčija (18), Madžarska (18), Malta (18), Švedska (16) in Združeno kraljestvo (16–59). Osrednja časovna okvira sta zadnje leto in zadnji mesec (uporaba v zadnjih 12 mesecih ali zadnjih 30 dneh pred raziskavo; več informacij je na voljo na spletišču centra). Za šolsko mladino sta stopnji za razširjenost uporabe kadar koli v življenju in v zadnjem letu podobni, saj je uporaba prepovedanih drog pred 15. letom redka.

V evropski raziskavi o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino (ESPAD) se uporabljajo standardizirane

metode in instrumenti za merjenje uporabe drog in uživanja alkohola med reprezentativnimi vzorci šolske mladine, stare 15 in 16 let. Leta 2007 so se podatki zbirali v 35 državah, vključno s 25 državami članicami EU, Hrvaško in Norveško. Rezultati petega kroga raziskave, ki je bil opravljen leta 2011 v 23 od 27 držav članic EU ter na Hrvaškem in Norveškem, bodo objavljeni leta 2012.

Raziskava „Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju“ (HBSC) – meddržavna študija SZO, v kateri se preiskuje zdravje otrok in z njim povezano vedenje – od leta 2001 vključuje vprašanja o uporabi konoplje med 15-letnimi dijaki. V obdobju 2009–2010 je bil opravljen tretji krog te raziskave, v katerem je sodelovalo 23 od 27 držav članic EU ter Hrvaška in Norveška.

Povpraševanje po zdravljenju

V poročilih o povpraševanju po zdravljenju so „novi uporabniki storitev“ tiste osebe, ki se v koledarskem letu zdravijo prvič, „vsi uporabniki storitev“ pa vsi, ki se začnejo zdraviti v koledarskem letu. Podatki ne zajemajo uporabnikov storitev, ki so na začetku zadevnega leta vključeni v trajno zdravljenje. Kadar je naveden delež povpraševanja po zdravljenju zaradi uporabe primarne droge, je imenovalec število primerov, v katerih je primarna droga znana.

Ukrepi

Informacije o razpoložljivosti različnih ukrepov v Evropi in njihovem izvajanju, ki na splošno temeljijo na obveščeni presoji nacionalnih strokovnjakov, se zbirajo s strukturiranimi vprašalniki. Za nekatere kazalnike pa so na voljo tudi kvantitativni podatki o spremljanju.





Komentar

Razumevanje celotne slike – uporaba drog v Evropi danes

Področje drog s širšega vidika

Letošnje poročilo je v več pogledih poročilo nasprotij. Po eni strani se zdi, da je uporaba drog v Evropi razmeroma ustaljena, saj je splošna razširjenost drog v primerjavi s preteklostjo še vedno velika, vendar se ne povečuje. Na nekaterih pomembnih področjih, kot je uporaba konoplje pri mladih, se kažejo celo pozitivni znaki. Po drugi strani pa skrb vzbujajo navedbe o dogajanju na trgu sintetičnih drog in, splošneje, dejstvo, da danes uporabniki drog hkrati uporabljajo več različnih snovi. Hkratno uživanje večjega števila drog, vključno s kombinacijo prepovedanih drog in alkohola in včasih zdravil ter nenadzorovanih snovi, je postalo prevladujoči vzorec uporabe drog v Evropi. Tako stanje je izziv za evropske politike in odzive na področju drog. Večina držav članic še vedno nima celovitega okvira politike za obravnavanje uporabe psihoaktivnih snovi, službe za zdravljenje odvisnosti od drog pa bodo morale prilagoditi svoje prakse, da bodo zadostile potrebam uporabnikov, odvisnih od več snovi. Podobno ciljno usmerjanje in ocenjevanje vpliva ukrepov za zmanjševanje ponudbe drog zahtevata razmislek o celotnem trgu psihoaktivnih snovi. Brez upoštevanja tega vidika se lahko zgodi, da zmanjšano uporabo ene droge nadomesti večja uporaba drugih izdelkov. V tem poročilu so navedeni številni primeri, ki kažejo, kako je evropski trg prepovedanih drog dinamičen in inovativen ter kako hitro se prilagaja priložnostim in nadzornim ukrepom.

Spremljanje evropskega modela

Evropa ima po svetovnih standardih dobro razvit, zrel in verjetno razmeroma učinkovit pristop k odzivanju na uporabo prepovedanih drog, kar je na ravni EU razvidno iz njene sedanje strategije na področju drog in njenega akcijskega načrta, ki je edinstven primer dolgoročnega sodelovanja in izmenjave znanja na nadnacionalni ravni. Dosežki zadnje strategije EU na področju drog so trenutno v postopku pregledovanja. Večina držav članic ima razmeroma dosledne in dobro razvite strategije na področju drog, v katerih je večinoma upoštevan skupni model. Kljub temu napredku in splošnemu povečanju zagotavljanja storitev osebam, ki imajo težave z drogami, pa so razlike med državami še

vedno velike, zlasti z vidika naložb v ukrepe za zmanjšanje povpraševanja po drogah. Odpravljanje teh razlik bo pomemben izziv za prihodnje politike EU na tem področju.

Za evropski model je morda značilno, da pragmatično usklajuje cilje zmanjšanja ponudbe in povpraševanja ter priznava pomen človekovih pravic in varnosti skupnosti. Ta pristop omogoča usklajeno delovanje in sodelovanje pri kazenskem pregonu in prizadevanjih za nadzor meje za omejitev ponudbe drog, kar potrjujejo tudi trenutni programi, ciljno usmerjeni na uvozne poti heroina iz Afganistana, tihotapljenje kokaina prek Atlantika in zahodne Afrike ter proizvodnjo sintetičnih drog. Omogoča tudi inovativen razvoj na področju zdravljenja in zmanjševanja škode, primer katerega je nadomestno zdravljenje s heroinom, ki postaja vse pomembnejše v številnih evropskih državah in bo v centru EMCDDA predmet ponovnega pregleda.

Nevarnost lokalno omejene epidemije HIV med injicirajočimi uporabniki drog se morda povečuje

Po zaustavitvi vsesplošnega širjenja virusa HIV v Evropski uniji je osredotočenost na preprečevanje tega virusa, ki je bilo prednostni cilj politike na področju drog glede javnega zdravja, manj izrazita. Vendar pa letošnje analize vzbujajo skrb, da se verjetnost izbruha nove lokalno omejene epidemije virusa HIV morda povečuje. Zaradi upada gospodarske rasti, ki je prizadel številne evropske države, se je morda povečala ranljivost skupnosti, hkrati pa zmanjšala zmožnost držav članic za zagotavljanje ustreznih odzivov. V preteklosti se je jasno pokazalo, da se lahko pod pravimi pogoji okužba z virusom HIV, povezana z uporabo drog, v ranljivih skupnostih hitro razširi. Poleg tega pa v mnogih sosednjih državah, kjer je prenos virusa, povezan z vbrizgavanjem drog in nezaščitenimi spolnimi odnosi, še naprej glavna težava javnega zdravja, ni bilo zaznati koristi, ki jih je dosegla Evropska unija z zmanjšanjem širjenja virusa HIV, povezanega z uporabo drog. V zadnjem času se je zaradi političnega in gospodarskega dogajanja povečalo priseljevanje iz teh prizadetih regij v države članice EU, kar lahko še dodatno obremeni že tako obremenjene službe.

Zato vzbuja zlasti veliko zaskrbljenost, da so danes v številnih državah članicah EU, tudi v tistih, kjer prej ni bilo večjih epidemij HIV, povezanih z uporabo drog, nastali pogoji, v katerih bi bile lahko v prihodnje dovzetne za težave. Iz Grčije, kjer je bila v preteklosti raven obolevnosti nizka, so leta 2011 poročali o lokalnem izbruhu okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki drog, skrb pa vzbuja tudi stanje v številnih vzhodnih državah članicah, kot ponazarjajo vedno višje ravni okužb v Bolgariji. Prav tako slika ni rožnata v nekaterih državah, ki so dosegle napredek pri premagovanju epidemije virusa HIV/aidsa, povezane z uporabo drog, na primer Estonija in Litva, kjer so v zadnjih letih uspešno zajezili nove okužbe, trenutno pa se stanje postopno slabša, saj iz obeh držav poročajo o nedavnem povečanju števila okužb.

Trendi uporabe opioidov: nujno je razumevanje dinamike trga

Na mednarodni ravni in zlasti v Severni Ameriki narašča skrb zaradi razpoložljivosti in zlorabe opioidov na recept, predvsem protibolečinskih sredstev. Obseg tega pojava v Evropi je iz podatkov, ki so trenutno na voljo, težko opredeliti. Poleg tega je tudi težko neposredno primerjati Evropsko unijo in druge dele sveta, večinoma zaradi precejšnjih razlik pri izdajanju receptov in predpisih. Trenutno se zdi, da v Evropi uporaba prepovedanih sintetičnih opioidov v glavnem vključuje uporabo zdravil za nadomestno zdravljenje, ki so preusmerjena iz zdravljenja odvisnosti od drog. Nekatere države Severne in Srednje Evrope poročajo tudi o uporabi fentanila, ki se verjetno nezakonito proizvaja zunaj Evropske unije. Pojav te droge je še zlasti skrb vzbujajoč in, glede na stanje drugod na splošno obstaja dober razlog za izboljšanje zmogljivosti za spremljanje trendov zlorabe psihoaktivnih izdelkov, ki naj bi se uporabljali le v terapevtske namene.

Sintetični opioidi se nezakonito uporabljajo večinoma kot nadomestilo za heroin, zato lahko informacije o njihovi uporabi ponudijo vpogled v celoten heroinski trg. Trenutno je pomembno vprašanje na tem področju, koliko ukrepi za zmanjšanje ponudbe vplivajo na razpoložljivost heroina na evropskih ulicah. Verjetnost, da se zaradi ukrepov za zmanjšanje ponudbe v Evropi zmanjšuje razpoložljivost heroina, podpirajo navedbe, da je v nekaterih državah EU, a ne vseh, proti koncu leta 2010 heroina primanjkovalo, kar je morda vplivalo tudi na nekatere države, ki niso članice EU, kot sta Rusija in Švica. Druga razlaga za očitno pomanjkanje heroina je nedavni izbruh plesni na makovih rastlinah v Afganistanu. Vendar je ob natančnejši proučitvi ta povezava verjetno neprepričljiva, so pa morda svoj vpliv imeli drugi dogodki v Afganistanu in večji uspehi, ki so bili plod sodelovanja med turško policijo in policijo EU. Vse

kratkorodne težave pri ponudbi je treba upoštevati v okviru dolgoročnega in razmeroma stabilnega evropskega heroinskega trga.

Kljub pomembnosti informacij o razpoložljivosti heroina za razumevanje dinamike evropskega trga prepovedanih drog, je treba poudariti, da je to vprašanje trenutno težko zanesljivo komentirati, so pa v teku različni poskusi in morda bo izboljšanje prinesla analiza podatkov o proizvodnji in uporabi. Vendar pa je iz številnih tehničnih razlogov še vedno treba s precejšnjo previdnostjo sprejemati sklepe o tej občutljivi temi. Tako na primer v glavnem ni kakovostnih kazalnikov o razpoložljivosti heroina na evropskem trgu. Ocene proizvodnje opija v Afganistanu pogosto temeljijo na nominalni vrednosti, čeprav so taki izračuni v številnih pogledih metodološko zahtevni. Poleg tega se domneve o proizvodnji opija v drugih azijskih državah le redko upoštevajo. Vzorci heroinskih tokov pogosto tudi vključujejo obstoj „zalog“ uskladiščenega opija ali heroina, čeprav je dejanskih dokazov v podporo tej predpostavki le malo. Pojasnjevanje odnosa med proizvodnjo opija in razpoložljivostjo heroina se dodatno zaplete zaradi različnih poti prometa s prepovedanimi drogami, ki vodijo v Evropsko unijo in na njene trge, ter domnevnega precejšnjega časovnega zamika med žetvijo opija v Afganistanu in prihodom heroina na evropske ulice.

So smrti zaradi čezmernih odmerkov le vrh ledene gore?

Žrtev čezmernega odmerka v Evropi je običajno moški v poznih tridesetih letih z dolgoletnimi težavami z opiodi. Znano je, da je med udeleženci zdravljenja odvisnosti od drog, zlasti nadomestnega zdravljenja, nevarnost čezmernega odmerka manjša. Čeprav se je z leti razpoložljivost zdravljenja močno povečala, pa se število uporabnikov drog, ki v Evropi umrejo zaradi čezmernega odmerka, ni spremenilo. Zmanjšanje števila tovrstnih smrtnih primerov je zato najpomembnejši izziv evropskih služb za boj proti drogami. Trenutno se na tem področju ocenjujejo in pripravljajo nekateri inovativni programi, ki pogosto obravnavajo predvsem tiste dogodke, za katere je znano, da so še posebej nevarni za uporabnike opioidov, na primer prihod iz zapora ali opustitev zdravljenja. Čeprav je to delo pomembno, pa rešuje le del težave. Študije kažejo, da lahko smrti zaradi čezmernega odmerka pomenijo od ene do dveh tretjin vseh smrti med uporabniki drog. Drugi glavni vzroki so aids, samomor in poškodbe. Posledice te ugotovitve so podrobno obravnavane v publikaciji, priloženi temu poročilu, in jasno kažejo na visoko raven smrtnosti v tej populaciji ter vlogo, ki jo imajo lahko službe pri zmanjševanju števila žrtev pri dolgotrajnih težavah z drogami.

Se je pri kokainu stanje že umirilo?

Kokain se je v zadnjem desetletju uveljavil kot najpogosteje uporabljeno poživilo v Evropi, čeprav so visoke ravni uporabe značilne le za nekatere države. Raziskovalci so ugotovili, da je ta snov delno privlačna zaradi svoje podobe, saj se pogosto prikazuje kot del trendovskega življenjskega sloga bogatega sloja. Stvarnost redne uporabe kokaina pa je drugačna. Pozitivna podoba se vse bolj daje zaradi vedno večjega priznavanja težav, povezanih s to drogo, ki se kažejo v vedno več nujnih bolnišničnih primerih, smrtih in povpraševanju po zdravljenju. Zaradi stroškov, povezanih z redno uporabo, je kokain manj privlačen v državah, kjer se vsakodnevno spopadajo s pomanjkanjem. Na podlagi novih podatkov se postavlja vprašanje, ali je ta droga danes dosegla vrh priljubljenosti. Najnovejše raziskave kažejo rahel upad uporabe v državah z najvišjimi ravnmi razširjenosti, čeprav je slika drugje manj jasna. Dvoumni so tudi podatki o ponudbi. Zasežena količina kokaina se je od leta 2006 močno zmanjšala, na splošno pa sta se znižali tudi cena in čistost. V nasprotju s količino pa število zasegov še naprej narašča, in glede na dokaze preprodajalci nenehno prilagajajo svoje postopke in se tako odzivajo na prizadevanja za preprečevanje prometa s to drogo, pri tem pa se pojavlja tveganje, da se bo njena uporaba razširila na nova območja.

MDMA se vrača

V zadnjih letih so bile na evropskem trgu ekstazija tablete, ki vsebujejo MDMA, vse redkejšje. Tablete „ekstazi“, ki so se prodajale na trgu prepovedanih drog, so pogosto vsebovale piperazin, zaradi česar so tisti, ki so mislili, da so kupili prepovedano drogo, v bistvu kupili nenadzorovano snov. Zdi se, da je pomanjkanje MDMA v tabletah ekstazija povezano s pomanjkanjem glavne predhodne sestavine PMK, kar je morda posledica uspešnih prizadevanj za preprečevanje prometa s to snovjo. Vendar pa najnovejši podatki kažejo na povečano razpoložljivost MDMA, saj nekatera poročila opozarjajo na tablete z zelo velikimi odmerki in zelo čist prah.

Zdi se, da sedanji postopki za proizvodnjo MDMA temeljijo na safrolu, čedalje bolj pa tudi na uvoženih kemikalijah, kot so PMK-glicidat in alfa-fenilacetoacetonitril, ki so po zgradbi podobne do zdaj uporabljanim nadzorovanim sestavinam, a niso povsem enake. Tu se ponuja vzporednica s stanjem pri „neprepovedanih spletnih drogah“, kjer nenadzorovani proizvodi nadomeščajo nadzorovane. Te kemikalije so izbrane z dvema namenoma: nove snovi naj se trenutno ne bi nadzorovale in naj bi jih bilo preprosto pretvoriti

Kratek pregled – ocene uporabe drog v Evropi

Tu predstavljene ocene se nanašajo na odraslo prebivalstvo (staro od 15 do 64 let) in temeljijo na najnovejših podatkih, ki so na voljo (raziskavah, opravljenih med letoma 2001 in 2009–2010, večinoma v letih od 2004 do 2008). Za celoten niz podatkov in informacij o metodologiji glej priloženi statistični bilten.

Konoplja

Razširjenost uporabe kadar koli v življenju: približno 78 milijonov (23,2 % odraslih Evropejcev)

Uporaba v zadnjem letu: približno 22,5 milijona odraslih Evropejcev (6,7 %) ali tretjina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili

Uporaba v zadnjem mesecu: približno 12 milijonov (3,6 %)

Razlike med državami glede uporabe v zadnjem letu: skupni razpon od 0,4 % do 14,3 %

Kokain

Razširjenost uporabe kadar koli v življenju: približno 14,5 milijona (4,3 % odraslih Evropejcev)

Uporaba v zadnjem letu: približno 4 milijoni odraslih Evropejcev (1,2 %) ali tretjina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili

Uporaba v zadnjem mesecu: približno 1,5 milijona (0,5 %)

Razlike med državami glede uporabe v zadnjem letu: skupni razpon od 0,0 % do 2,7 %

Ekstazi

Razširjenost uporabe kadar koli v življenju: približno 11 milijonov (3,2 % odraslih Evropejcev)

Uporaba v zadnjem letu: približno 2,5 milijona (0,7 %) ali ena petina tistih, ki so to drogo že poskusili

Razlike med državami glede uporabe v zadnjem letu: skupni razpon od 0,1 % do 1,6 %

Amfetamini

Razširjenost uporabe kadar koli v življenju: približno 12,5 milijona (3,8 % odraslih Evropejcev)

Uporaba v zadnjem letu: od 1,5 do 2 milijona (0,5 %) ali do ena šestina tistih, ki so to drogo že poskusili

Razlike med državami glede uporabe v zadnjem letu: skupni razpon od 0,0 % do 1,1 %

Opioidi

Problematično uživanje opioidov: ocenjeno, da jih uživa od 1,3 do 1,4 milijona Evropejcev.

Leta 2009 je bilo v nadomestno zdravljenje vključenih približno 700 000 uporabnikov opioidov.

Glavna droga pri več kot 50 % povpraševanj po zdravljenju zaradi drog.

Število smrtnih primerov zaradi drog: približno 7 600, od tega so bili pri približno treh četrtninah odkriti opioidi.

v predhodno sestavino, potrebno za sintezo MDMA. To spet kaže na veliko prilagodljivost proizvajalcev sintetičnih drog. Soroden pojav je bil opažen na trgu amfetaminov, na katerem so predhodne sestavine kemično „prikrite“, da se izognejo veljavnim nadzornim mehanizmom na meji in pri prodaji. Ker so proizvajalci tehnično vse naprednejši in iščejo nove načine, kako zaobiti predpise in prizadevanja za preprečevanje prometa s snovmi, je možnost spreminjanja in pretvarjanja snovi še en izziv za sedanje pristope k nadzoru nad drogami.

Novi psihoaktivni snovi: kako se pravilno odzvati?

Hitro pojavljanje številnih novih nenadzorovanih psihoaktivnih snovi je vse večji izziv za sedanje načine nadzora nad drogami.

Leta 2010 je bilo evropskemu mehanizmu za zgodnje opozarjanje sporočenih rekordnih 41 novih snovi, predhodni podatki za leto 2011 pa ne kažejo na zmanjšanje njihovega števila. To odraža nenehno prihajanje novih snovi in izdelkov na trg ter povečano uporabo proaktivnih ukrepov za prepoznavanje novih snovi. Internet je eden od glavnih trgov za te snovi, saj predhodni rezultati zadnje spletne študije centra EMCDDA (iz julija 2011) kažejo, da se število spletnih trgovin za prodajo psihoaktivnih izdelkov nenehno povečuje. Zdi se, da so prodajne prakse na tem področju postale bolj prefinjene, saj obstaja vse več dokazov o ukrepih za omejitev dostopa in zaščito identitete kupcev in prodajalcev. Na dan so prišla tudi poročila o prodaji prepovedanih drog prek spletnih strani z omejenim dostopom. Ni še jasno, kako veliko grožnjo tak razvoj pomeni za prihodnost, vendar pa je glede na hitrost sprememb na tem področju nujna opreznost.

Izboljšanje zmogljivosti za odkrivanje novih drog

Pravni mehanizem, ki podpira evropski sistem za zgodnje opozarjanje je trenutno v pregledu. Evropska komisija je izvedla oceno, v kateri ugotavlja prednosti sedanjega sistema in potrebo po povečanju zmogljivosti Evrope za odzivanje na hiter razvoj na tem področju. Čeprav je bila Evropa na čelu odkrivanja novih psihoaktivnih snovi, pa so bile globalne razsežnosti te problematike pojasnjene na razpravi v okviru tehničnega simpozija, ki ga je center EMCDDA gostil leta 2011. Mednarodni strokovnjaki so potrdili, da so izdelki, ki vsebujejo nove psihoaktivne snovi, zdaj na voljo v številnih delih sveta, vključno z obema Amerikama, Bližnjim vzhodom, Oceanijo in deli Azije, in da je odkrivanje stalno naraščajočega števila snovi na hitro spreminjajočem se trgu skupna težava. Ob koncu srečanja so bili strokovnjaki soglasni, da bodo izzivi v zvezi

z novimi drogami zahtevali proaktivnejše spremljanje trga, izmenjavo forenzičnih informacij in boljše prepoznavanje zdravstvenih težav, ki so posledica uporabe teh snovi.

Napovedi za prihodnost: novi izdelki in medsebojno vplivanje trgov

Večina novih psihoaktivnih snovi, sporočenih sistemu za zgodnje opozarjanje, so ali poživila ali sintetični kanabinoidi, kar na splošno kaže, kakšen je evropski trg prepovedanih drog. Verjetno je, da bodo nove tovrstne snovi še naprej prihajale na trg. Zdi se, da proizvajalci proučujejo tudi druge snovi s psihoaktivnim delovanjem, ki bi lahko privabile potrošnike. Na voljo je obsežno raziskovalno gradivo, ki ga je mogoče uporabiti v ta namen, vendar pa obstaja tudi bojazen, da bi se rezultati farmacevtskih raziskav lahko izkoristili za zagotavljanje novih psihoaktivnih snovi v prihodnje.

Politika se na tem področju močno osredotoča na pravni status novih snovi, vendar pa jih je pomembno proučiti tudi v okviru celotnega trga drog. Tako na primer uporabniki poročajo, da se je mefedron (glej poglavje 8) prodajal na internetu, pa tudi prek istih mrež nedovoljene dobave, kot se uporabljajo za ekstazi in kokain. Poleg tega se lahko, kot že omenjeno, nenadzorovane psihoaktivne snovi predelajo kot tablete ekstazija in prodajo na trgu prepovedanih drog. Nasprotno pa je bila pred kratkim nadzorovana droga PMMA odkrita v nekaterih izdelkih, ki so se oglaševali kot „neprepovedana spletna droga“. Gledano v celoti, dogajanje na tem področju vzbuja zaskrbljenost, ker kaže na naraščajoče medsebojno vplivanje trgov „neprepovedanih spletnih drog“ in prepovedanih drog.

Konoplja: politične zadrege

Konoplja ostaja najbolj priljubljena prepovedana droga v Evropi, je pa tudi droga, v zvezi s katero se stališča javnosti najbolj razlikujejo. To je pokazala najnovejša raziskava Eurobarometra o stališčih mladih do uporabe drog, v kateri je bilo ugotovljeno, da so mnenja o prepovedi konoplje bolj različna kot o drugih drogah. V celoti ni jasne usmeritve pri razvoju politik v zvezi s konopljo. Zanimiva primera razvoja te politike sta ZDA in Nizozemska. V ZDA so v nekaterih državah naredili korak k liberalizaciji razpoložljivosti marihuane za medicinske namene. Za oblikovalce politike na Nizozemskem pa se zdi, da zdaj zavzemajo vse odločnejše stališče proti domačemu gojenju marihuane in se zavzemajo za operativna pravila za prodajo v posebnih prodajalnah z marihuano (coffee-shops).

O vprašanju, koliko spremembe politike vplivajo na uporabo konoplje, že dolgo poteka razprava. Iz podatkov

iz tega poročila ni mogoče sklepati o neposredni povezavi med stopnjami nedavne uporabe te droge in spremembami zvišanja ali znižanja kazni za uporabo, kar kaže na to, da so procesi bolj zapleteni. Na splošno je mogoče ugotoviti, da so si evropske politike na področju konoplje v zadnjem desetletju prizadevale usmerjati kazenski pregon bolj na prekrške, povezane s preprodajo in dobavo te droge, kot na njeno uporabo. Eden od razlogov za to je želja, da bi se izognili morebitnim negativnim posledicam izkušnje večjega števila mladih s kazenskopravnim sistemom, še zlasti če so konopljo le poskusili. Vendar pa podatki kažejo, da se v Evropi število prekrškov, povezanih z uporabo konoplje, še naprej povečuje, medtem ko se je razširjenost ustalila ali celo znižala. To opozarja na možnost, da cilji politike in praksa niso povezani. Navedeno ugotovitev je težko pojasniti, a ena od mogočih razlag je dejstvo, da podatki kažejo na učinek širšega nadzora populacije, pri katerem sprejetje več upravnih kazni zaradi uporabe povzroči večjo verjetnost, da se bodo kazni uporabljale v praksi.

Domača pridelava konoplje: vse večja težava

Evropa ostaja največji globalni trg za hašiš. V preteklosti je bil Maroko glavna država proizvajalka hašiša za uporabo v Evropi, iz najnovejših poročil pa je razvidno, da se vse bolj uvaža tudi iz drugih držav, med drugim iz Afganistana in Libanona. To ugotovitev podpirajo nedavne terenske raziskave Programa Združenih narodov za nadzor nad prepovedanimi drogami, v katerih se poroča o obsežni proizvodnji hašiša v Afganistanu. Marihuana, ki se uvaža v Evropsko unijo, prihaja večinoma iz sosednjih balkanskih držav, nekoliko manj pa tudi iz nekaterih afriških in azijskih držav. Večina držav članic EU dandanes poroča o domači pridelavi konoplje, za katero se zdi, da vse

bolj narašča, kar odraža tudi obstoj prodajaln z opremo za pridelavo. Domača pridelava je lahko manj obsežna, lahko pa poteka tudi na večjih proizvodnih območjih in jo vodijo organizirane kriminalne združbe. Posredni učinek take proizvodnje je, da danes nekatere države poročajo o povečanju nasilja in drugih kaznivih dejanj, povezanih z velikimi proizvodnimi območji. Dogajanje na evropskem trgu konoplje bo podrobno opisano v prihodnjih „Vpogledih“ (Insight) centra EMCDDA.

Smernice, standardi in izmenjava učinkovitih praks

Zaradi zapletene in hitro spreminjajoče se sodobne problematike drog je pomembno zagotoviti čim širšo izmenjavo ugotovitev raziskav in znanja, pridobljenega pri uspešnem razvoju storitev. V ta namen so bile sprožene številne evropske pobude za opredelitev dobrih praks in pomoč pri spodbujanju njihove izmenjave. Evropska komisija je leta 2011 v sodelovanju s centrom EMCDDA organizirala konferenco o določanju minimalnih standardov kakovosti in meril uspešnosti za programe za zmanjšanje povpraševanja po drogah. Center EMCDDA je razširil tudi svoje spletne vire za razširjanje praks, ki temeljijo na dokazih. Treba pa je opozoriti, da razpoložljivost dokazov sama po sebi še ne zagotavlja prenosa v prakso. Eden takih primerov je s področja preprečevanja uporabe drog, kjer sta okoljska strategija in strategija selektivnega preprečevanja kljub vse več dokazom o učinkovitosti navadno med najmanj pogostimi ukrepi. Izhodišče za sprejetje dobrih praks mora vendarle biti razumevanje, kateri pristopi so se izkazali za učinkovite. Informacij za usmerjanje političnih odločitev je vse več in so vedno bolj razširjene, zato bo vlaganje sredstev v pristope, ki niso podprti z ustreznimi dokazi, vse težje upravičiti.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Poglavje 1

Politike in zakoni

Uvod

Leta 2012 se bo iztekla sedanja strategija EU za boj proti drogam, zato to poglavje vsebuje pregled razvoja pristopa politike EU na področju drog v zadnjih dvajsetih letih. Za ugotavljanje podobnosti in razlik v primerjavi z evropskim pristopom so bile pregledane tudi strategije, ki so jih nedavno sprejele nekatere države, ki niso članice EU, na kratko pa so opisane tudi najnovejše nacionalne strategije za boj proti drogam, ki so bile sprejete v Evropi.

V pregledu študij o javnih izdatkih držav članic EU, predstavljenem v tem poglavju, so poudarjeni različni pristopi k temu vprašanju ter potreba po boljšem in usklajenem zbiranju podatkov na tem področju. Poglavje vsebuje tudi pregled sprememb kazni za posedovanje droge, ki so bile uvedene v Evropi v zadnjih desetih letih, in najnovejši razvoj na področju raziskav o drogah.

Razvoj politik EU in mednarodnih politik

Pot k novim pobudam politike EU na področju drog

Novi okvir politike na področju drog, ki ga pripravlja Evropska komisija, bo eden od prvih dokumentov o politiki na področju drog, sprejetih na podlagi Lizbonske pogodbe (glej EMCDDA, 2010a). Pripravljalno delo vključuje končno zunanjo oceno strategije EU za boj proti drogam za obdobje 2005–2012. Ta ocena bo temeljila na razgovorih z zainteresiranimi stranmi iz držav članic, tretjih držav in mednarodnih organizacij ter analizi dokumentov o politikah in poročil o trendih. K tej dejavnosti bo prispeval tudi Forum

civilne družbe o drogah Evropske komisije z dokumentom o stališčih. Poleg tega so člani različnih političnih skupin Evropskega parlamenta organizirali sestanke in obravnave za razpravo o sedanji in prihodnji politiki EU na področju drog. Te različne razprave in prispevki bodo skupaj z oceno prispevali k razvoju celovite politike EU na področju drog za obdobje po letu 2012.

Dve desetletji politike EU na področju drog

Evropska unija je od začetka devetdesetih let prejšnjega stoletja sprejela osem strategij ali akcijskih načrtov za boj proti drogam (glej prikaz 1), pri čemer je vsak sprejeti dokument vsebinsko ustrezal razvoju evropskega pristopa do drog. V prva dva evropska načrta za boj proti drogam so bili vključeni ukrepi, usmerjeni v zmanjšanje ponudbe drog in povpraševanja po njih. Koncept celostnega pristopa, ki povezuje ta elementa, se je prvič pojavil v načrtu za obdobje 1995–1999. V strategiji, sprejeti leta 2000, je bil pristop EU opredeljen kot celosten in uravnotežen, ker je bil ukrepom za zmanjšanje povpraševanja in ponudbe pripisan podoben političen pomen. Sprememba pristopa je razvidna tudi iz naslovov teh dokumentov o politiki EU, v katerih so „načrte za boj proti drogam“ nadomestili nevtralneje obarvani „strategije na področju drog“ in „akcijski načrti“. Vsebinsko je bila ena od najočitnejših sprememb v dokumentih o politiki EU na področju drog v zadnjih dveh desetletjih uvedba ciljev za zmanjševanje škode na področju zmanjševanja povpraševanja.

V prvih dveh evropskih načrtih ocenjevanje politike ni bilo omenjeno, ker je bila prednostna naloga na začetku

Prikaz 1: Časovni razpored evropskih dokumentov o politiki na področju drog

Evropski načrt za boj proti drogam		Evropski načrt za boj proti drogam		Akcijski načrt EU za boj proti drogam						Strategija EU za boj proti drogam					Strategija EU za boj proti drogam									
1990		1992		1995–1999						2000–2004					2005–2012									
										Akcijski načrt EU za boj proti drogam					Akcijski načrt EU za boj proti drogam									
										2000–2004					2005–2008					2009–2012				
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		

devetdesetih let prejšnjega stoletja vzpostavitev zanesljivega evropskega informacijskega sistema o drogah. Ocenjevanje izvajanja je bilo uvedeno v načrtu za leto 1995, vendar je postalo del pristopa EU k drogam šele v strategiji boja proti drogam za obdobje 2000–2004. Od tedaj se ocenjujejo vse strategije in akcijski načrti EU za boj proti drogam, rezultati pa se uporabljajo za usmerjanje poznejših dokumentov o politiki. To načelo bo upoštevano v novem okviru politike EU, ki bo prvič temeljil na zunanji oceni prejšnje strategije.

Mednarodni vidik

Zunaj Evropske unije je bilo pred kratkim objavljenih več nacionalnih ali regionalnih strategij, pri čemer najvidnejše prihajajo iz Avstralije, Rusije, ZDA in Organizacije ameriških držav (OAS) ⁽¹⁾. Primerjava vsebine teh dokumentov o politiki je pokazala, koliko je skupnih značilnosti med pristopi EU in drugih držav.

Strategija ZDA za nadzor nad drogami iz leta 2010 je bila predstavljena kot nova usmeritev v politiki na področju drog, v skladu s katero se uporaba drog šteje predvsem za vprašanje javnega zdravja, povpraševanje po drogah pa za glavni vzrok problematike drog v državi. V tej strategiji so poudarjeni preprečevanje, zdravljenje in okrevanje po zasvojenosti, prinaša pa tudi zahtevo za vključitev zdravljenja zasvojenosti – tako kot drugih kroničnih bolezni – v uveljavljene medicinske veje. Strategiji ZDA sledi hemisferska strategija OAS za boj proti drogam, v kateri je odvisnost od drog opisana kot kronična bolezen ponavljajoče se uporabe, ki jo je treba kot tako tudi zdraviti. V prvi ruski strategiji za boj proti drogam (2010–2020) je kot osnova prepoznani obseg problematike

drog, za katero je značilno povečevanje uporabe in posledično širjenje nalezljivih bolezni. V strategijah OAS, Rusije in ZDA je poudarjen pomen uravnoteženega pristopa. Avstralska strategija za boj proti drogam (2010–2015) je najboljše od vseh štirih dokumentov o politiki, saj zajema vse psihoaktivne snovi, ki lahko povzročijo zasvojenost in zdravstvene težave: alkohol, tobak, prepovedane droge in druge droge. Glavni pristop v tej strategiji je zmanjševanje škode.

Za strategije OAS, Avstralije in ZDA je značilen pristop na podlagi dokazov o zmanjšanju povpraševanja v kombinaciji z ocenjevanjem rezultatov. Države, ki so sprejele hemisfersko strategijo za boj proti drogam, so se zavezale, da bodo izvajale redne neodvisne ocene nacionalnih politik in ukrepov ter dodeljevale sredstva na podlagi njihovih rezultatov. Sto šest točk strategije ZDA bo letno pregledanih in posodobljenih za izpolnitev njenih ciljev, ki vključujejo 15-odstotno zmanjšanje razširjenosti uporabe drog med od 12- do 17-letniki in 10-odstotno zmanjšanje med mlajšimi odraslimi do leta 2015. Učinkovitost avstralske strategije bo ocenjena glede na tri merila: onemogočanje ponudbe prepovedanih drog, uporabe drog in s tem povezane škode. V ruski strategiji je poudarek na boljših orodjih za spremljanje in zbiranje podatkov, izrecno pa je zavrnjeno nadomestno zdravljenje z opioidi, kar je ukrep, ki se v strategiji EU šteje za ključni pristop na podlagi dokazov. Omembe vredno je tudi, da ruska in ameriška strategija vključujeta kampanje v množičnih medijih, čeprav je malo dokazov o njihovi učinkovitosti.

Na splošno se zdi, da imajo mednarodne strategije o boju proti drogam nekaj skupnih točk. Medtem ko je v prvi ruski

Preglednica 1: Nedavno sprejeti nacionalni dokumenti o politiki na področju drog

Država	Naslov dokumenta o politiki	Časovni okvir	Osrednji poudarek	Opombe
Češka	Strategija	2010–2018	Prepovedane droge	Dokument dopolnjen z akcijskim načrtom za obdobje 2010–2012
Danska	Akcijski načrt	Od 2010	Prepovedane droge	
Italija	Akcijski načrt	2010–2013	Prepovedane droge	Dokument dopolnjuje projektni načrt za leto 2010
Latvija	Program	2011–2017	Prepovedane droge	
Litva	Program	2010–2016	Prepovedane droge	Dokument dopolnjujejo letni akcijski načrti
Luksemburg	Strategija in akcijski načrt	2010–2014	Prepovedane droge	V strategiji so obravnavani tudi alkohol, tobak, zdravila in odvisniške oblike vedenja
Poljska	Program	2011–2016	Prepovedane droge	
Portugalska	Akcijski načrt	2009–2012	Prepovedane droge	Drugi akcijski načrt v okviru strateškega načrta za obdobje 2005–2012
Romunija	Akcijski načrt	2010–2012	Prepovedane droge	Drugi akcijski načrt v okviru strategije za obdobje 2005–2012
Združeno kraljestvo	Strategija	Od 2010	Prepovedane droge	Nadomešča strategijo za obdobje 2008–2018, ki jo je sprejela prejšnja vlada
Turčija	Akcijski načrt	2010–2012	Prepovedane droge, alkohol, tobak	Drugi akcijski načrt v okviru nacionalne strategije za obdobje 2006–2012

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

(1) OAS je regionalna organizacija, ki združuje vseh 35 neodvisnih držav obeh Amerik in je glavni forum medvladnega sodelovanja.

strategiji za boj proti drogam, v kateri je sicer priznana težava in poudarjen pomen spremljanja, sprejeto ideološko stališče, ki jo loči od drugih strategij, se zdi, da se strategiji ZDA in OAS približujeta modelu EU. Čeprav je avstralski pristop v številnih elementih podoben politiki EU, pa se od nje razlikuje predvsem po številu obravnavanih snovi.

Nacionalne strategije za boj proti drogam

Osrednji element evropskega modela politike na področju drog je sprejemanje nacionalnih strategij in akcijskih načrtov za boj proti drogam, ki jih danes najdemo v skoraj vseh 30 državah, ki jih spremlja center EMCDDA. V večini teh držav je zadnji dokument o politiki na področju drog star manj kot tri leta. Ti dokumenti opisujejo stanje na področju drog in vladne cilje na tem področju, pri čemer navajajo ukrepe in strani, pristojne za njihovo izvajanje. Pogosto so predstavljena merila za merjenje uspešnosti posameznih ukrepov in vse pogosteje se opravlja končna ocena strategije ali akcijskega načrta.

Novi dosežki

Enajst držav je pred kratkim sprejelo nove nacionalne strategije ali akcijske načrte za boj proti drogam (preglednica 1), ki zajemajo obdobja od treh do devetih let. Tri od teh držav (Portugalska, Romunija, Turčija) so svoje politične dokumente časovno uskladile s sedanjo strategijo EU za boj proti drogam (2005–2012). Čeprav sta alkohol in tobak včasih navedena, se v večini dokumentov o politiki na področju drog glavna pozornost namenja prepovedanim drogam, številne države pa imajo za boj proti alkoholu in tobaku ločene nacionalne akcijske načrte. Ena od redkih izjem je združena strategija za boj proti drogam in alkoholu, ki bo sprejeta na Irskem, vendar je bilo njeno sprejetje odloženo zaradi parlamentarnih volitev na začetku leta 2011.

O zamudi pri sprejemanju novega dokumenta o politiki na področju drog je zaradi zamenjave vlade poročala tudi Nizozemska⁽²⁾, medtem ko je novoizvoljena madžarska vlada izrazila namero o zamenjavi strategije za boj proti drogam, ki jo je leto prej sprejela njena predhodnica. Štiri druge države (Nemčija, Estonija, Slovenija, Švedska) so poročale, da so leta 2011 v postopku priprave in sprejemanja novih dokumentov o politiki na področju drog, medtem ko je Norveška svoj akcijski načrt (2007–2010) podaljšala do leta 2012.

Javni izdatki

Javni izdatki za vse vidike pojava drog v Evropi so bili zadnjem desetletju temeljito nadzorovani (EMCDDA, 2008c). V tem poglavju so proučene

Razvoj politike na področju drog

V Združenem kraljestvu so pred nedavnim začeli preusmerjati cilje politike na področju drog k spodbujanju okrevanja, pri čemer bodo prihodnji dokumenti o politiki na področju drog osredotočeni na izide zdravljenja in socialno reintegracijo uporabnikov drog⁽¹⁾ ter vzpostavitev cilja okrevanja kot ključnega elementa politike na področju drog⁽²⁾. Cilj prejšnjih politik je bil zlasti povečati število oseb, ki jim je omogočen dostop do zdravljenja odvisnosti, zlasti nadomestnega zdravljenja z opiodi, medtem ko so nekatere nove politike bolj osredotočene na kakovost storitev. Ni pa še znano, kako se bodo zaradi teh novih političnih usmeritev spremenile storitve zdravljenja odvisnosti od drog in socialne reintegracije. Poraja se tudi vprašanje, ali to pomeni korenitejše spremembe politike na področju drog v prihodnosti. V pregledu dokazov o okrevanju je bilo ugotovljeno, da več ključnih dejavnikov za življenje brez drog in dejavno udeležbo v skupnosti ne spada več na področje politike na področju drog, povezani pa so z individualnimi značilnostmi in širšimi socialnimi politikami (Best idr., 2010). Vlade bodo te politike v času zmanjševanja javnih izdatkov morda težko spremenile, zlasti če to zahteva dodatna finančna sredstva.

Sedanja portugalska politika na področju drog je stara več kot deset let, vendar je v zadnjih letih deležna vse večje pozornosti, najprej analitikov politike na področju drog in zagovorniških skupin, zdaj pa tudi vlad v Evropi in zunaj nje. Osrednji del portugalske politike je dekriminalizacija uporabe drog in vloga „komisij za odvratanje od zlorabe drog“ (CDT) pod okriljem ministrstva za zdravje (EMCDDA, 2011b). Ti organi ocenijo položaj uporabnikov drog in so pooblaščen za zagotovitev podpore ali izrekanje kazni. Medtem ko tega modela še ni sprejela nobena druga država, je odbor, ki ga je vzpostavila norveška vlada, pred kratkim predlagal razvoj podobnih meddisciplinarnih razsodišč na Norveškem.

⁽¹⁾ Strategija Združenega kraljestva za leto 2008.

⁽²⁾ Strategija Škotske za leto 2008 in strategija Združenega kraljestva za leto 2010.

razpoložljive celovite ocene nacionalnih javnih izdatkov, povezanih z drogami, v Evropi. Cilj je pridobiti vpogled v dve ključni vprašanji o javnih izdatkih. Prvič, kolikšen delež bruto domačega proizvoda (BDP) države namenijo problematiki drog, in drugič, kako so ta sredstva razdeljena med različna področja dejavnosti, zlasti kar zadeva razdelitev sredstev med ukrepe za zmanjševanje ponudbe in zmanjševanje povpraševanja.

Količina in kakovost informacij, ki so na voljo o javnih izdatkih, povezanih z drogami, se po državah močno razlikujeta. Razpoložljive študije zajemajo različna leta, uporabljajo vrsto različnih metodologij in se nanašajo na države z različno strukturiranimi javnimi sektorji. Razlike v računovodskih metodah knjiženja izdatkov, povezanih

⁽²⁾ Nova strategija je bila leta 2011 predložena parlamentu v obliki „pisma o drogah“.

z drogami, močno omejujejo obseg primerjav med državami. Nekatera sredstva, ki jih vlade dodelijo za izdatke za naloge, povezane z drogami, so kot taka opredeljena v nacionalnih proračunih („izrecno namenjena“), pogosto pa je večji del z drogami povezanih javnih izdatkov „neopredeljen“ in ga je treba oceniti s pristopi modeliranja.

V zadnjem desetletju je vsaj 12 držav poskušalo oblikovati celovite ocene izdatkov, povezanih z drogami (preglednica 2). Te države so poročale o javnih izdatkih za problematiko drog, ki so znašali od 0,04 % do 0,48 % BDP.

Kot je bilo ugotovljeno na drugih področjih socialne politike, se delež BDP, ki ga vlade porabijo za dejavnosti, povezane z drogami, povečuje sorazmerno s stopnjo blaginje v državi (OECD, 2006; Prieto, 2010). Ocenjuje se, da je bilo v Belgiji, na Češkem, v Nemčiji, Luksemburgu, na Nizozemskem, Švedskem in v Združenem kraljestvu za težave, povezane z drogo, namenjenega najmanj 0,1 % BDP, v Franciji, Latviji (samo izrecno namenjeni izdatki), na Madžarskem in Slovaškem pa je ta delež znašal od 0,1 % do 0,04 % BDP. Ob upoštevanju, da so bile uporabljene različne metode in da stopnje celovitosti niso enake, se te vrednosti ne razlikujejo veliko od ocene za ZDA (0,42 %) (Reuter, 2006) in Avstralijo (0,41 % BDP) (Moore, 2008).

V študijah o javnih izdatkih se poskuša oceniti tudi dodeljevanje sredstev za različne vrste vprašanj, povezanih z drogami. Vendar je pri primerjavah med državami potrebna previdnost, saj države morda različno razvrščajo izdatke. Pri 12 državah, ki so predložile popolne ocene, so dejavnosti zmanjševanja ponudbe – „kazenski pregon“ ali „javni red in varnost“ – pomenile od 48 % do 92 %

vseh dodeljenih sredstev. Najpogostejši so izdatki za pravosodje, policijo, carino in zapore.

Evropske države razvrščajo izdatke za zmanjševanje povpraševanja na zelo različne načine. V Belgiji, Franciji in Luksemburgu je približno 40 % ali več vseh izdatkov namenjenih za zdravljenje ali zdravje. V petih državah znaša poraba sredstev za zmanjševanje škode od 0,1 % do 28,8 % vseh ocenjenih izdatkov, povezanih z drogami. Sedem držav je ocenilo, da od 1 % do 12 % vseh izdatkov, povezanih s problematiko drog, nameni za preprečevanje.

Podatke o javnih izdatkih nekaj evropskih držav že uporablja kot orodje za načrtovanje in ocenjevanje izvajanja politik na področju drog, medtem ko druge, na primer Portugalska in Slovaška, tovrstno uporabo podatkov šele načrtujejo. Kako na evropski ravni pridobiti jasno in popolno sliko o nacionalnih javnih izdatkih, povezanih z drogami, ostaja izziv, saj za zdaj ni soglasja, kako oceniti posebne vrste izdatkov, povezanih z drogami. Za izboljšanje natančnosti in primerljivosti med državami bo treba natančno določiti javne organe, ki financirajo politiko na področju drog, ter uskladiti koncepte in opredelitve pojmov.

Nacionalna zakonodaja

Posedovanje drog za osebno uporabo: deset let sprememb kazni v Evropi

V zadnjem desetletju je 15 evropskih držav spremenilo kazni za posedovanje majhnih količin droge. Člen 3(2) Konvencije Združenih narodov proti nedovoljenemu

Preglednica 2: Javni izdatki, povezani z drogami

Država	Leto	Dodelitev sredstev za javne izdatke, povezane z drogami (v %)		Delež BDP (v %) ⁽¹⁾	Raven oblasti
		Zmanjševanje povpraševanja	Zmanjševanje ponudbe		
Belgija	2004	43,4	56,2	0,10	Zvezni, regionalni, provincialni in občinski organi
Češka ⁽²⁾	2006	8,2	91,8	0,20	Osrednja, regionalna in lokalna vlada ter socialno varstvo
Francija	2005	51,6	48,4	0,07	Osrednja vlada
Nemčija	2006	35,0	65,0	0,22–0,26	Zvezni, državni, lokalni organi in socialno zavarovanje
Madžarska	2007	25,0	75,0	0,04	Osrednja vlada
Latvija ⁽²⁾	2008	40,9	51,3	0,04	Osrednja vlada in en lokalni program
Luksemburg	2009	43,0	57,0	0,10	Osrednja vlada in socialno varstvo
Nizozemska	2003	25,0	75,0	0,46	Osrednja in lokalna vlada
Slovaška	2006	30,0	70,0	0,05	Osrednja vlada in socialno varstvo
Finska	2008	45,0	55,0	0,07	Osrednja in lokalna vlada
Švedska	2002	25,0	75,0	0,28	Neopredeljeni javni sektorji (vključene samo agencije)
Združeno kraljestvo	2005/2006	41,3	58,7	0,48	Osrednja in regionalna vlada

⁽¹⁾ Zaradi razlik med državami v metodologiji, kakovosti in popolnosti podatkov so vrednosti za javne izdatke, povezane z drogami, kot delež bruto domačega proizvoda (BDP) samo okvirne in jih ne gre razumeti, kot da predstavljajo celoten obseg nacionalnih javnih izdatkov za problematiko drog.

⁽²⁾ Samo izrecno namenjeni izdatki.

Opomba: Celoten seznam virov je na voljo v preglednici PPP-10 v Statističnem biltenu 2011.

Viri: Nacionalna poročila Reitox, Eurostat.

Recesija: vpliv na ukrepe na področju drog

Gospodarska recesija, ki je leta 2008 zajela Evropo, je močno prizadela države članice EU. Njen učinek na javne finance bo morda dolgotrajen, saj je večina držav morala uvesti politike za zmanjševanje javnega primanjkljaja in dolga. Evropska komisija (2011) napoveduje, da se bodo v Evropski uniji leta 2011 prvič v tem desetletju javni izdatki (brez obresti) realno znižali.

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox so zbrale podatke o dodeljenih proračunskih sredstvih za ukrepe, povezane z drogami, da bi tako dobili prvi vtis o vplivih varčevalnih ukrepov na politiko na področju drog. Od 19 držav, ki so predložile informacije, jih je 15 poročalo, da se za nekatera področja politike na področju drog sredstva zmanjšujejo od leta 2008. Obseg zmanjšanja pa se od države do države razlikuje, saj znaša od 2 % do 44 %, odvisno od države in področja politike.

Zdi se, da fiskalno varčevanje različno vpliva na različne sektorje politike na področju drog. Najhuje prizadeta področja v zvezi z „izrecno namenjenimi“ izdatki so raziskave, preprečevanje, socialna reintegracija in organizacijske dejavnosti. Zdi se, da se je večina držav izognila zmanjšanju proračuna za zdravljenje, čeprav nekatere poročajo o reorganizaciji storitev ali zmanjšanju zagotavljanja. Po podatkih je manj tudi finančnih sredstev za programe v zaporih ali dejavnosti kazenskega pregona, povezane z drogami. Za večino držav podatki o neopredeljenih izdatkih, ki pomenijo levji delež javnih izdatkov, povezanih z drogami, niso na voljo. Zato je morda poročanje o varčevalnih ukrepih, ki vplivajo na sektorje, kot so kazenski pregon, pravosodje ali nekatera področja zagotavljanja zdravljenja, pomanjkljivo.

prometu s prepovedanimi drogami in psihotropnimi snovmi iz leta 1988 od vsake države zahteva, da posedovanje drog za osebno uporabo opredeli kot kaznivo dejanje ob upoštevanju ustavnih načel in osnovnih konceptov svojega pravnega sistema. V Evropi se to izvaja na različne načine: posedovanje katere koli prepovedane droge za osebno uporabo je lahko nekje kaznivo dejanje, drugje prekršek, morda se za konopljo lahko uporabljajo nekazenske sankcije, posedovanje drugih drog pa je še vedno kaznivo dejanje.

V zadnjih desetih letih je bilo opaziti tri vrste sprememb kazni: sprememba pravnega statusa zagrešenega dejanja (kaznivo dejanje ali prekršek), sprememba kategorije drog, kadar je kazen odvisna od kategorije, in sprememba višine najvišje mogoče kazni. Večina držav, ki je spremenila kazni za posedovanje, je uporabila kombinacijo teh sprememb, zato je vsakršna podrobnejša analiza zapletena.

Sprememba pravnega statusa kršitve je morda za zakonodajalce najpomembnejši korak, uvedle pa so jo Portugalska, Luksemburg in Belgija. Na Portugalskem je bilo z zakonom iz julija 2001 dekriminalizirano

posedovanje vseh drog za osebno uporabo. Najvišja kazen za posedovanje majhnih količin drog se je zato znižala s treh mesecev zaporne kazni na upravno globo, ki jo naložijo nove „komisije za odvracanje od zlorabe drog“, te pa dajejo prednost zdravstvenim rešitvam pred kazenskimi sankcijami⁽³⁾. V Luksemburgu je bilo maja 2001 posedovanje konoplje za osebno uporabo na novo opredeljeno kot posebna kršitev z nižjo kaznijo, pri čemer se pri prvi kršitvi brez oteževalnih okoliščin naloži le globo. Obenem so bile najvišje kazni za posedovanje vseh drugih drog za osebno uporabo znižane s treh let na šest mesecev zopora. Podobna sprememba se je zgodila maja 2003 v Belgiji. Posedovanje majhne količine konoplje za osebno uporabo brez oteževalnih okoliščin se je pred tem kaznovalo z največ petimi leti zopora, zdaj pa na področju pregona spada med najlažje kršitve in se kaznuje s policijsko globo.

Tudi v Estoniji in Sloveniji so uvedli spremembe v smeri dekriminalizacije. V Estoniji se je pred septembrom 2002 drugi upravni prekršek posedovanja droge v 12 mesecih od prvega prekrška kaznoval z do triletno zaporno kaznijo. Novi kazenski zakonik te določbe ne vsebuje več in drugi prekršek se tako kot prvi šteje zgolj za prekršek, ki se kaznuje z globo ali upravnim pridržanjem do 30 dni. V Sloveniji so bile iz zakona o prekrških iz januarja 2005 umaknjene zaporne kazni za vse prekrške, med katere spada tudi posedovanje drog za osebno uporabo. Najvišja kazen se je tako s 30 dni zopora – ali pet dni za majhno količino – znižala na globo.

Šest držav ni spremenilo pravnega statusa kršitve, temveč le način razvrstitve drog v kategorije, pri čemer je kazen odvisna od kategorije. V romunskem zakonu iz leta 2004 so bile snovi razdeljene v snovi z visokim tveganjem in tvegane snovi. Kazen za snovi z visokim tveganjem je še naprej od dve- do petletni zapor, medtem ko se za tvegane snovi zdaj uporablja nižja kazen, in sicer od šestmesečna do dveletna zaporna kazen. V Bolgariji so bile v kazenskem zakoniku iz leta 2006 uvedene posebne kazni za kršitve, ki niso povezane z distribucijo, in sicer od eno- do šestletna zaporna kazen za droge z visokim tveganjem (prej od 10 do 15 let zopora) ter do petletna zaporna kazen za tvegane droge (prej od tri do šest let zopora). V njem je bilo tudi določeno, da je mogoče prekrške kaznovati z globo. Na Češkem se od januarja 2010 v novem kazenskem zakoniku uporablja nižja najvišja kazen za konopljo (eno leto zopora) kot za druge droge (nespremenjena – dve leti zopora), in sicer za posedovanje „več kot majhne“ količine za osebno uporabo. Po drugi strani pa je Italija konec leta 2006 odpravila razlikovanje pri izrekanju kazni za različne prepovedane droge in podaljšala najdaljše mogoče upravne kazni,

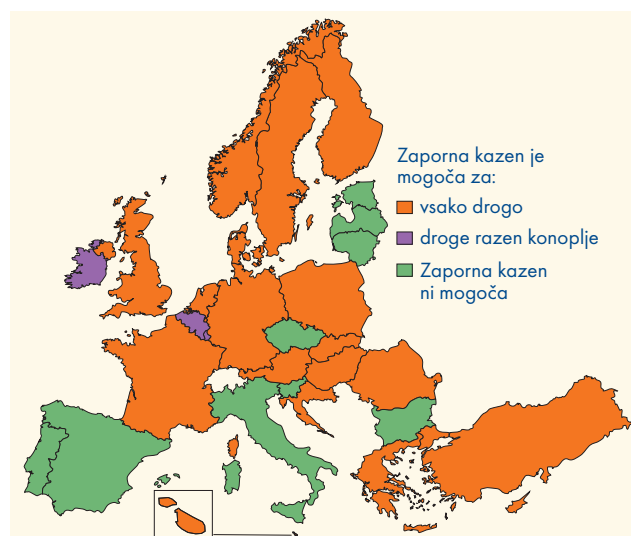
⁽³⁾ Pred kratkim je bila objavljena podrobna analiza učinkov dekriminalizacije na Portugalskem (Hughes in Stevens, 2010).

kot je odvzem vozniškega dovoljenja, na eno leto za vse prepovedane droge. V Združenem kraljestvu je bila konoplja leta 2004 prerazvrščena iz razreda B v razred C, znižane so bile najvišje kazni za posedovanje za osebno uporabo s pet let na dve leti zapora in izdane so bile nacionalne policijske smernice, naj storilcev ne aretirajo, temveč naj jim izrečejo neformalno opozorilo, če ni oteževalnih okoliščin. Januarja 2009 je bila konoplja prerazvrščena iz razreda C v razred B, zato so se najvišje kazni spet povišale na pet let zapora. V revidiranih nacionalnih policijskih smernicah se je še naprej priporočal izrek neformalnega opozorila za prvo kršitev.

Tretja skupina držav je spremenila kazni za posedovanje za osebno uporabo brez obravnave pravnega statusa ali relativne škode. Kazni za posedovanje za osebno uporabo v zvezi z vsemi drogami so bile preprosto spremenjene v štirih državah, dejansko pa tudi na Slovaškem s ponovno opredelitvijo kršitve. Na Finskem je bila leta 2001 s spremembo kazenskega zakonika znižana najvišja kazen za prekršek, povezan z drogami, z dveh let na šest mesecev zapora, tožilcu pa je bila omogočena naložitev globe za večino primerov. V Grčiji je bila leta 2003 najvišja kazen za uporabo ali posedovanje majhnih količin za osebno uporabo pri uporabnikih, ki niso odvisni od drog, znižana s pet let na eno leto zapora. Ta kršitev ne bo vnesena v kazensko evidenco, če storilec v naknadnem petletnem obdobju ne ponovi kaznivega dejanja. Na Danskem je bilo v smernici za tožilce iz maja 2004 določeno, da je običajen odziv na prekrške v zvezi s posedovanjem drog globa in ne opozorilo, kar je bilo 2007 tudi uzakonjeno. V Franciji so z zakonom iz leta 2007 razširili obseg pravosodnih možnosti in predvideli tudi „program ozaveščanja o drogah“, namenjen občasnim uporabnikom drog in mladoletnikom. Stroške udeležbe v programu krije kršilec. Leta 2005 je bila v slovaškem kazenskem zakoniku razširjena opredelitev pojma „posedovanje za osebno uporabo“ z enega na tri odmerke katere koli prepovedane snovi, pri čemer je najvišja kazen ostala nespremenjena. Tem storilcem se lahko naložita še dve novi kazni: nadzorovani hišni pripor do enega leta ali od 40 do 300 ur javnega dela. S to spremembo je bilo uvedeno tudi kaznivo dejanje „posedovanje večje količine za osebno uporabo“, ki je opredeljeno kot posedovanje do desetih odmerkov in se kaznuje z do pet let zapora. Pred tem bi se to štelo za kršitev v zvezi s preprodajo, ki se kaznuje z od dve- do osemletno zaporno kaznijo.

Motivi za spremembe so zapleteni in se po državah razlikujejo. Spremembe zakonov so bile tako na primer uvedene, da bi dosegli uporabnike drog (Portugalska), poenostavili kaznovanje (Belgija, Finska, Združeno kraljestvo v letu 2004), uskladili kazni za prekrške (Estonija, Slovenija) in opredelili ravni škode (Bolgarija, Češka,

Prikaz 2: Kazni v zakonodajah: možnost zaporne kazni za posedovanje drog za osebno uporabo (prekrški)



Opomba: Za več informacij glej evropsko pravno podatkovno zbirko o drogah (ELDD).

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox in ELDD.

Francija, Italija, Luksemburg, Romunija, Združeno kraljestvo v letu 2009).

Z vidika skupnega evropskega trenda kazni za posedovanje drog za osebno uporabo je mogoče ugotoviti, da so se kazni v prvi polovici desetletja znižale, v drugi polovici pa povišale. Vendar je pomembnejše dejstvo, da ni v desetletnem obdobju nobena država uvedla kazenskih sankcij ali povišala zapornih kazni, čeprav je večina držav ohranila možnost zaporne kazni (prikaz 2). V zvezi s tem je povsod po Evropi mogoče opaziti trend uvajanja nižjih kazni za posedovanje drog za osebno uporabo.

Raziskave v zvezi z drogami

Okrepitev raziskovalnih zmogljivosti EU

Krepitev raziskovalnih zmogljivosti na področju drog je že več let del evropskega programa. Leta 2010 je potekala prva letna izmenjava Sveta o raziskavah v zvezi z drogami, v okviru katere je Evropska komisija predstavila pregled raziskovalnih projektov, ki jih financira, in poudarila pomen dodane vrednosti tovrstnih pobud. Center EMCDDA je predstavil pregled mehanizmov in tem raziskav v zvezi z drogami v državah članicah in priporočila svojega znanstvenega odbora o prihodnjih raziskovalnih prednostnih nalogah ⁽⁴⁾.

Glavni evropski instrument za financiranje raziskav je sedmi okvirni program za raziskave in tehnološki razvoj (7. OP), ki bo potekal do leta 2013. Na podlagi programa „Sodelovanje“ iz programa 7. OP so na voljo razpisi za

⁽⁴⁾ Glej okvir „Prednostne naloge za prihodnje raziskave: priporočila znanstvenega odbora centra“.

zbiranje predlogov, ki so še zlasti pomembni za raziskave v zvezi z drogami ⁽⁵⁾. Vključujejo razpise o „vedenju, ki povzroča zasvojenost, in/ali kompulzivnem vedenju pri otrocih in najstnikih“, „razumevanju neželenih posledic svetovnih ukrepov za nadzor nad prepovedanimi drogami“ in ALICE-RAP ⁽⁶⁾.

Evropska komisija financira tudi druge študije v zvezi z drogami prek „programa za preprečevanje uporabe drog in obveščanje o drogah“, „programa za preprečevanje kriminala in boj proti kriminalu“, „programa kazenskega pravosodja“ in „programa javnega zdravja“. Projekti, kot so „študija o razvoju okvira EU glede minimalnih standardov kakovosti in meril na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah“, „nova metodološka orodja za ocenjevanje politike in programa“ in „nadaljnja analiza trga EU s prepovedanimi drogami in odzivov“, bodo zagotovili pomemben vpogled v različne izzive, s katerimi se spoprijemajo države članice na tem področju, ter prispevali k izvajanju sedanje strategije in akcijskega načrta EU za boj proti drogami.

Center v skladu z zahtevami sklepov Sveta iz leta 2009 v tesnem sodelovanju z Evropsko komisijo zagotavlja informacije in glavne ugotovitve teh projektov na svoji spletni strani za raziskave.

Informacije o raziskavah iz držav članic

V Evropi ni evidence raziskav, ki se v zvezi z drogami izvajajo na nacionalni ravni. Vse države članice EU opravljajo raziskave o problematiki drog, del teh študij pa je zajet in uporabljen v nacionalnih poročilih Reitox. Čeprav se navedki iz teh poročil nanašajo le na izbrane študije in morda ne vključujejo vseh ustreznih objav v državi, je mogoče iz števila in vrst navedenih raziskovalnih tem razbrati nekatere trende. Med letoma 2008 in 2010 se je letno število študij, navedenih v nacionalnih poročilih Reitox, povečalo s 370 na 750. Študije o odzivih na uporabo drog so bile največja kategorija (34 % vseh navedb v nacionalnih poročilih v obdobju 2008–2010), sledile so študije o razširjenosti, pojavnosti in vzorcih uporabe drog (29 %) ter študije o posledicah uporabe drog (23 %). Študije o metodologijah ter mehanizmih in učinkih drog so bile navedene le redko.

Prednostne naloge za prihodnje raziskave: priporočila znanstvenega odbora centra EMCDDA

Znanstveni odbor je prispeval k aktualni razpravi o evropskih prednostnih nalogah za raziskave na področju drog z oblikovanjem sklopa priporočil, ki zajemajo pet ključnih področij.

Ukrepi: osrednjo pozornost je treba nameniti učinkovitosti ukrepov zdravljenja, vplivu zgodnjih ukrepov in vplivu na prizadete družinske člane.

Analiza politik: potrebnih je več raziskav o oblikovanju nacionalnih in evropskih politik, odločanju o njih, njihovem izvajanju in ocenjevanju, vključno s primerjavami rezultatov v različnih državah.

Ponudba prepovedanih drog: več pozornosti je treba nameniti izboljšanju kazalnikov za proučitev tržne dinamike.

Epidemiološke raziskave: priporočljiva je izvedba več longitudinalnih kohortnih študij za razumevanje različnih vzorcev uporabe snovi v daljšem časovnem obdobju, še vedno pa so potrebne boljše metode za oceno velikosti populacije, ki uporablja droge.

Osnovne raziskave o etiologiji in poteku uporabe drog: z raziskavami na tem področju je mogoče izboljšati diagnosticiranje in terapevtske izide.

ALICE-RAP

Na podlagi sedmega okvirnega programa Evropske komisije za raziskave se financira pomembna raziskovalna pobuda o zasvojenosti v okviru programa „Sodelovanje“. Izzivi, s katerimi se sodobna evropska družba spopriema zaradi drog in drugih oblik zasvojenosti, so analizirani v okviru projekta „Oblike odvisnosti in življenjski slogi v sodobni Evropi – ponovna opredelitev oblik zasvojenosti“ (ALICE-RAP), ki združuje raziskovalce iz 25 držav. Proračun projekta v višini 10 milijonov EUR bo uporabljen za financiranje raziskav vseh vidikov zasvojenosti pod naslovi: odnos do zasvojenosti, številke o zasvojenosti, dejavniki zasvojenosti, zasvojenost kot posel, obvladovanje zasvojenosti in zasvojenost med mladimi.

Za več informacij glej spletno stran ALICE-RAP.

⁽⁵⁾ Razpisi so objavljeni v Uradnem listu Evropske unije in pozivajo raziskovalce k oddaji predlogov za projekte za posebna področja okvirnega programa.

⁽⁶⁾ Glej okvir „ALICE-RAP“.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Poglavje 2

Odzivi na problematiko drog v Evropi – pregled

Uvod

V tem poglavju je predstavljen pregled odzivov na problematiko drog v Evropi, pri čemer je posebna pozornost namenjena trendom, razvoju dogodkov in vprašanjem kakovosti. Najprej so pregledani ukrepi preprečevanja, sledijo jim ukrepi na področjih zdravljenja, socialne reintegracije in zmanjševanja škode. Vsi ti ukrepi sestavljajo celosten sistem za zmanjševanje povpraševanja po drogah, vse bolj pa se tudi usklajujejo in združujejo.

V oddelku o kazenskem pregonu na področju drog so obravnavani najnovejši podatki o kršitvah zakonov o drogah, proučena je tudi vloga tajnih operacij pri omejevanju ponudbe prepovedanih drog. Poglavje se konča s pregledom podatkov, ki so na voljo o potrebah uporabnikov drog v zaporih in o obstoječih odzivih v tem okolju.

Preprečevanje

Preprečevanje na področju uporabe drog je mogoče razdeliti na različne ravni ali strategije, ki segajo od usmerjenosti na družbo kot celoto (okoljsko preprečevanje) do osredotočenosti na ogrožene posameznike (indicirano preprečevanje). Glavna izziva politik preprečevanja sta uskladiti te različne ravni preprečevanja s stopnjami ranljivosti ciljnih skupin (Derzon, 2007) in zagotoviti, da ukrepi temeljijo na dokazih in so ustrezno razširjeni. Večina dejavnosti preprečevanja je osredotočenih na uporabo snovi na splošno in le omejeno število programov je osredotočeno na posebne snovi, na primer alkohol, tobak ali konopljo.

Okoljske strategije

Cilj strategij okoljskega preprečevanja je spreminjanje kulturnih, socialnih, fizičnih in gospodarskih okolij, v katerih se ljudje odločajo o uporabi drog. Te strategije navadno vključujejo ukrepe, kot so prepovedi kajenja, določanje cen alkohola in razvoj šol, ki spodbujajo zdravo življenje.

Dokazi kažejo, da so ukrepi okoljskega preprečevanja na družbeni ravni, ki so usmerjeni na socialno okolje v šolah in skupnostih, učinkoviti pri spreminjanju normativnih prepričanj in posledično uporabe snovi (Fletcher idr., 2008).

Z nedavno uvedbo popolne prepovedi kajenja v Španiji imajo zdaj skoraj vse evropske države vzpostavljeno neko obliko prepovedi tobaka. Okoljske strategije glede alkohola so v Evropi manj pogoste, čeprav večina nordijskih držav poroča o okrepljenem izvajanju strategij odgovorne strelžbe (7), katerih učinkovitost je bila dokazana v lokalnih študijah (Gripenberg idr., 2007).

V večini evropskih držav se je okrepilo izvajanje šolskih politik na področju drog (8), več kot tretjina držav pa poroča, da je preprečevanje uporabe drog vključeno v šolske učne načrte, na primer prek „zdravstvenih“ programov ali programov „državlanske vzgoje“. Štiri države (Luksemburg, Nizozemska, Avstrija, Združeno kraljestvo) poročajo o izvajanju „celostnih šolskih“ programov preprečevanja (9). Ta pristop je bil pozitivno ocenjen z vidika zmanjševanja uporabe snovi (Fletcher idr., 2008), med njegove dodatne koristi pa spadajo izboljšanje ozračja v šoli in krepitev socialnega vključevanja.

Vsesplošno preprečevanje

Vsesplošno preprečevanje zajema vse sloje prebivalstva, predvsem na ravni šol in skupnosti. Njegov cilj je preprečiti ali odložiti začetek uporabe drog in z njimi povezane težave tako, da mladi pridobijo védenja, na podlagi katerih se lahko izognejo uporabi snovi. Dokazi kažejo, da se z namenjanjem pozornosti kulturnemu, normativnemu in družbenemu okviru pri izvajanju pristopov vsesplošnega preprečevanja izboljšajo možnosti za sprejetost in uspešnost programov (Allen idr., 2007).

Na področju preprečevanja v šolah evropske strokovne ocene kažejo na majhen premik, in sicer od pristopov, ki se niso izkazali za učinkovite, kot so samo zagotavljanje

(7) Cilj strategij odgovorne strelžbe je preprečevanje prodaje alkohola pijanim in mladoletnim posameznikom, pri čemer se uporablja kombinacija usposabljanja strelžnega osebja in političnih ukrepov.

(8) Šolska politika na področju drog določa merila in predpise o uporabi snovi v šolskem okolju ter zagotavlja smernice za ukrepanje ob kršitvi pravil.

(9) Cilj celostnih šolskih pristopov je zagotavljanje zaščitnega šolskega okolja in pozitivnega ozračja v šoli.

informacij, informativni dnevi in testiranje za ugotavljanje prisotnosti drog, k obetavnejšim pristopom, kot so programi pridobivanja veščin za življenje na podlagi priročnikov in posebni ukrepi, namenjeni dečkom. Države poleg tega poročajo, da se več učinkovitejših ukrepov vsesplošnega preprečevanja prenaša iz ene države v drugo ⁽¹⁰⁾. A čeprav obstajajo pozitivno ocenjene metode preprečevanja, nekatere države vse bolj poročajo o nekaterih ukrepih, kot so obiski strokovnjakov in policistov v šolah, ki pa niso podprti z znanstvenimi dokazi.

Vsesplošno preprečevanje v družinah ima v glavnem obliko preprostih in poceni ukrepov, kot so starševski večeri in razširjanje letakov ali brošur. O zapletenejših ukrepih, kot so vzajemne starševske skupine (Nemčija, Italija), usposabljanje za pridobivanje osebnih in socialnih veščin (Grčija, Portugalska) ali programih za starše na podlagi priročnikov (Španija, Združeno kraljestvo) pa je le malo poročil.

Selektivno preprečevanje

Selektivno preprečevanje se izvaja v določenih skupinah, družinah ali celotnih skupnostih, za katere je zaradi šibkejših družbenih vezi in pomanjkanja sredstev morda bolj verjetno, da bodo začele uporabljati droge ali postale odvisne. Več držav članic poroča o večjem poudarku na ranljivosti v svojih strategijah, medtem ko strokovne ocene kažejo na splošno povečanje zagotavljanja ukrepov za ranljive skupine v obdobju 2007–2010, razen ukrepov za mladino v socialnovarstvenih zavodih. O največjih povečanjih se poroča v zvezi z ukrepi za učence z učnimi ali socialnimi težavami (polno ali obsežno zagotavljanje v 16 državah) in mlade kršitelje zakonov o drogah (polno ali obsežno zagotavljanje v 12 državah) (prikaz 3). Vse več ukrepov za učence z učnimi ali socialnimi težavami je morda posledica vse večje pozornosti, ki jo države članice in Evropska unija namenjajo učnemu neuspehu in zgodnjemu opuščanju šolanja, saj so pri teh dveh pojavih dejavniki tveganja enaki kot pri problematični uporabi drog (King idr., 2006). Okrepljeno zagotavljanje ukrepov za mlade prestopnike je mogoče delno pojasniti z izvajanjem programa FRED – psihosocialnega programa, ki vključuje več srečanj (EMCDDA, 2010a) – v več državah in z novimi ukrepi za prestopnike, ki so zakon prekršili prvič, v Grčiji, na Irskem in v Luksemburgu.

Poročalo se je tudi o okrepljenem zagotavljanju ukrepov, usmerjenih na ranljive družine, zlasti tiste, ki se spoprijemajo s težavami, povezanimi z uporabo snovi (polno ali obsežno zagotavljanje v 14 državah), in socialno prikrajšane družine (polno ali obsežno zagotavljanje v sedmih državah) (prikaz 3). V zvezi s tem velja opozoriti na vse

večjo priljubljenost programa „Krepitev družin“ (Kumpfer idr., 2008) v Evropi. Ta program se je pred kratkim začel izvajati v še treh državah (Nemčija, Poljska, Portugalska) in na dodatnih lokacijah v Združenem kraljestvu.

Selektivno preprečevanje se lahko izvaja s terenskim delom ali prek stacionarnih služb. Preventivno delo z etničnimi skupinami in obiskovalci plesnih zabav/ali glasbenih festivalov sta edini področji, v zvezi s katerima se poroča o povečanju terenskega dela, hkrati pa se poroča o zmanjšanju obsega storitev terenskega dela za mlade brezdomce. S socialno izključenimi skupinami, kot so osebe, ki so zgodaj opustile šolanje, priseljenci ali brezdomci, imajo na splošno službe še naprej največ stikov v svojih pisarnah.

Poleg tega je o vsebini številnih programov selektivnega preprečevanja znanega razmeroma malo ⁽¹¹⁾. Razpoložljivi podatki na splošno kažejo, da so najpogostejši ukrepi v Evropi tisti, pri katerih se namenja največ pozornosti obveščanju, ozaveščanju in svetovanju, kljub vse več dokazom o učinkovitosti pristopov, kot so postavljanje pravil, motiviranje, pridobivanje veščin in odločanje.

Indicirano preprečevanje

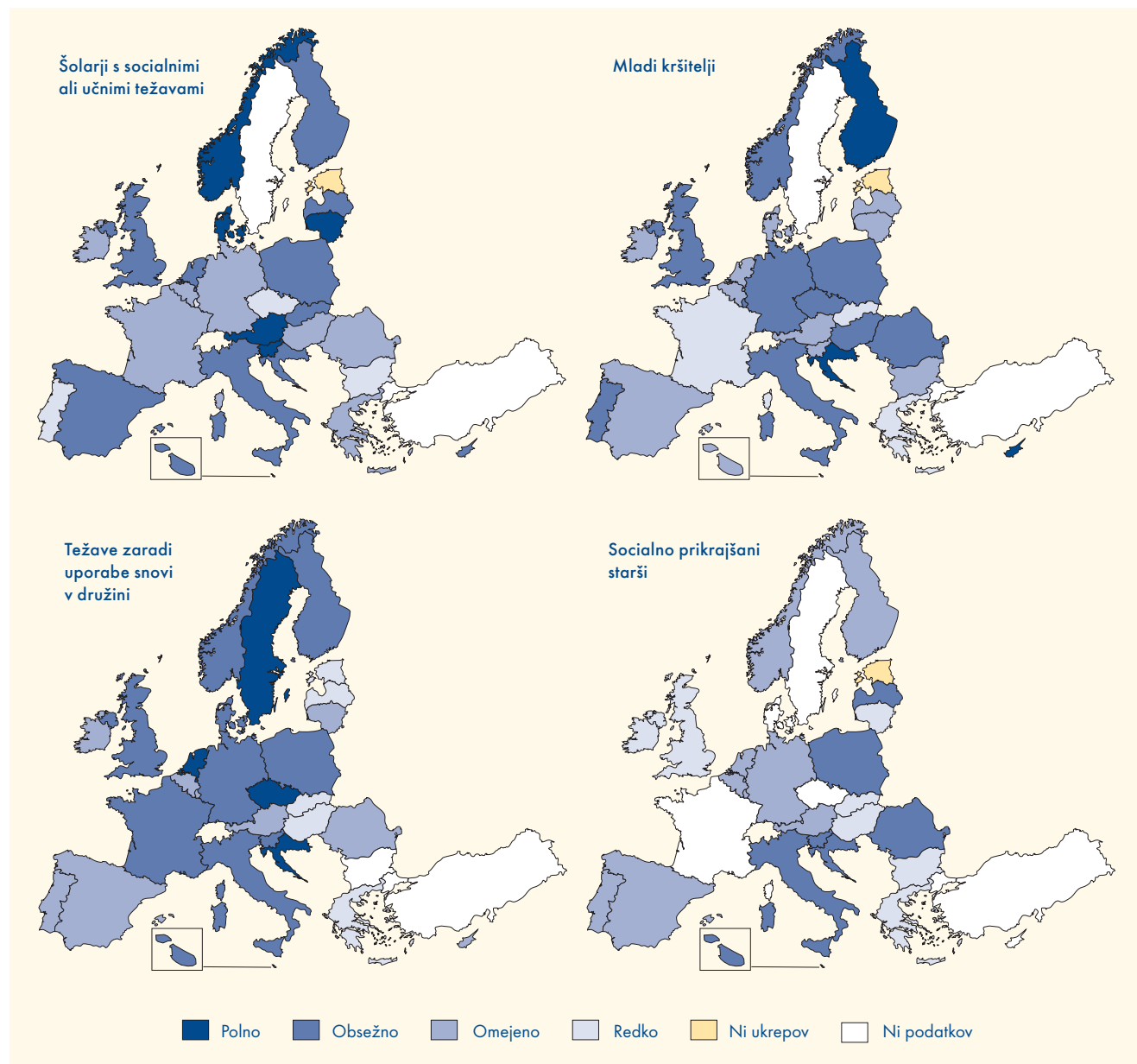
Namen indiciranega preprečevanja je opredelitev posameznikov z vedenjskimi ali psihološkimi težavami, ki lahko nakazujejo razvoj težav z uporabo snovi pozneje v življenju, in njihova individualna obravnava s posebnimi ukrepi. Več programov indiciranega preprečevanja je bilo pozitivno ocenjenih (EMCDDA, 2009c).

Samo polovica držav članic EU in Norveška poročajo o izvajanju dejavnosti indiciranega preprečevanja, le malo pa jih poroča o uporabi strukturiranih ukrepov in ukrepov na podlagi priročnikov. Vse več držav poroča, da se šolska okolja uporabljajo za odkrivanje ranljivih učencev, zlasti tistih z vedenjskimi težavami, ki se pogosto povezujejo s poznejšo uporabo drog. Belgija, Češka, Portugalska in Norveška poročajo o uporabi novih orodij za presejalne preglede ter zgodnje odkrivanje v šolskih okoljih in skupnosti.

Zgodnje ukrepanje in svetovanje v zvezi z uporabo drog sta najpogostejše sporočeni strategiji indiciranega preprečevanja, le malo pa je poročil o ukrepih, usmerjenih na zgodnje vedenjske težave, kar kaže, da Evropi niso v celoti izkoriščene možnosti indiciranega preprečevanja za pomoč pri zmanjševanju vpliva nevroloških vedenjskih težav v otroštvu, kot sta nasilnost in impulzivnost, na poznejše vedenje, povezano z uporabo drog (EMCDDA, 2009c). Indicirano preprečevanje je lahko povezovalni člen med preprečevanjem v skupnosti in specializiranim zdravljenjem v kliničnih okoljih,

⁽¹⁰⁾ Glej SFP, FRED, Preventure, EU-DAP in GBG na portalu najboljših praks.

⁽¹¹⁾ Nekaj primerov je vseeno na voljo na spletišču programa izmenjave podatkov o ukrepih za zmanjšanje povpraševanja po drogah.

Prikaz 3: Zagotavljanje selektivnih ukrepov preprečevanja po ocenah nacionalnih strokovnjakov

Opomba: Zagotavljanje se nanaša na splošno in geografsko porazdelitev ukrepov ter je ocenjeno kot: polno – zagotavlja se na skoraj vseh ustreznih lokacijah (območjih z dovolj veliko ciljno populacijo za izvajanje ukrepa); obsežno – zagotavlja se na večini ustreznih lokacij, ne pa na vseh; omejeno – zagotavlja se na kar nekaj ustreznih lokacijah, ne pa na večini; redko – zagotavlja se samo na nekaj ustreznih lokacijah; ni ukrepov – ukrepi niso na voljo. Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom.

Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

zlasti pri zagotavljanju zgodnjih ukrepov za posebne skupine, kot so ranljivi uporabniki konoplje ali alkohola.

Zdravljenje

Glavni načini zdravljenja težav z drogo v Evropi so psihosocialni ukrepi, nadomestno zdravljenje z opiodi in razstrupljanje. Na sorazmerno pomembnost različnih načinov zdravljenja v posameznih državah vpliva več

dejavnikov, vključno z organizacijo nacionalnega sistema zdravstvenega varstva. Storitve zdravljenja odvisnosti od drog se zagotavljajo v najrazličnejših ustanovah: enotah za specialistično zdravljenje, vključno z izvenbolnišničnimi in bolnišničnimi centri, klinikah za duševno zdravje in bolnišnicah, enotah v zaporih, nizkopražnih agencijah in ambulantah splošnih zdravnikov.

Opis celotne populacije uporabnikov drog, ki se trenutno zdravijo v Evropi, ni mogoč, ker ni ustreznega nabora

podatkov. Vendar so informacije o pomembni podskupini te populacije vključene v centrov kazalnik povpraševanja po zdravljenju, s katerim se zbirajo podatki o osebah, ki se vključijo v storitve specializiranega zdravljenja odvisnosti od drog v koledarskem letu, kar omogoča vpogled v njihove lastnosti in profile uporabe drog⁽¹²⁾. Leta 2009 je bilo s tem kazalnikom evidentiranih približno 460 000 oseb, ki so se vključile v zdravljenje, od tega se jih je 38 % (175 000) v zdravljenje odvisnosti vključilo prvič v življenju.

Po ocenah, ki temeljijo na različnih virih, vključno s kazalnikom povpraševanja po zdravljenju, se je v Evropski uniji, na Hrvaškem, v Turčiji in na Norveškem v letu 2009 zaradi uporabe prepovedanih drog zdravilo najmanj 1,1 milijona ljudi⁽¹³⁾. Medtem ko jih je več kot polovica prejela nadomestno zdravljenje z opiodi, je bilo veliko uporabnikov vključenih v druge oblike zdravljenja zaradi težav, povezanih z opiodi, stimulansi, konopljo in drugimi prepovedanimi drogami⁽¹⁴⁾. To oceno zdravljenja odvisnosti od drog v Evropski uniji bi bilo sicer treba še izpopolniti, a kaže na precej visoko stopnjo zagotavljanja zdravljenja, zlasti za uporabnike opiodov. To je posledica velikega povečanja števila specializiranih izvenbolnišničnih storitev v preteklih dveh desetletjih in precejšnje vključenosti osnovnih zdravstvenih služb, skupin za samopomoč, splošnih služb za duševno zdravje, ekip na terenu in nizkopražnih služb.

Zlasti v zahodni Evropi je čutili postopno oddaljevanje od stališča, da je za zdravljenje odvisnosti od drog zadolženih le nekaj specializiranih disciplin, ki zagotavljajo intenzivne kratkoročne ukrepe, in uveljavljanje večdisciplinarnega, celostnega in dolgoročnega pristopa. Eden od vzrokov za to je, da se odvisnost od drog vse bolj obravnava kot kronično stanje, pri katerem so za številne uporabnike značilni ciklusi remisije, ponovne uporabe, ponavljajočega se zdravljenja in invalidnosti (Dennis in Scott, 2007). To stališče podpirajo podatki, ki jih je zbral center in kažejo, da se je več kot polovica tistih, ki se začnejo zdraviti, pred tem že zdravila. Drugi dejavnik je, da se populacije uporabnikov drog na zdravljenju v zahodnoevropskih državah precej starajo, kar zlasti velja za dolgotrajne problematične uporabnike, ki so se pred tem že zdravili ter poročajo o več zdravstvenih in socialnih težavah (EMCDDA, 2010f).

Nekatere nacionalne in lokalne strategije za boj proti drogam se zato odločajo za pristop neprekinjene oskrbe, pri katerem je poudarjeno usklajevanje in združevanje

ukrepov med različnimi izvajalci zdravljenja odvisnosti od drog (npr. odpust iz bolnišnične ustanove v izvenbolnišnično oskrbo) ter med zdravljenjem in širšim naborom služb zdravstvenega in socialnega varstva. Neprekinjena oskrba temelji na rednem spremljanju stanja uporabnikov zdravljenja, zgodnjem odkrivanju morebitnih težav, napotitvah zdravstvenih in socialnih služb ter stalni podpori uporabnikom brez določenega časovnega okvira. Ključno vlogo na tem področju imajo splošni zdravniki. V nedavni francoski raziskavi, opravljeni med izvajalci storitev, je bila priznana vloga splošnih zdravnikov pri omogočanju dostopa do specializiranega zdravljenja za uporabnike opiodov, kar velja tako za napotitve v bolnišnice za začetek metadonskega zdravljenja, kot za nadaljevanje zdravljenja po odpustu domov. V nekem drugem primeru so nizozemska vlada in lokalni organi štirih največjih mest v tej državi sprejeli celosten pristop k zdravljenju v okviru širše strategije socialne podpore, ki vključuje veliko agencij.

Neprekinjena oskrba in celostni odzivi zdravljenja so lahko podprti s protokoli o oskrbi, smernicami in strategijami upravljanja med izvajalci (Haggerty idr., 2003). V raziskavi, ki je bila leta 2010 opravljena med nacionalnimi kontaktnimi točkami, je bilo ugotovljeno, da so v 16 državah sklenjeni sporazumi o partnerstvu med agencijami za zdravljenje odvisnosti od drog in službami socialnega varstva. V šestih državah (Francija, Nizozemska, Portugalska, Romunija, Združeno kraljestvo, Hrvaška) so strukturirani protokoli najpogosteje uporabljeni mehanizmi za medagencijsko usklajevanje, v drugih državah pa partnerstva v glavnem slonijo na neformalnih mrežah.

Izvenbolnišnično zdravljenje

V Evropi se večina zdravljenja zaradi drog zagotavlja v izvenbolnišničnih ustanovah. Na voljo so informacije

„Izbrano vprašanje“ o financiranju in stroških zdravljenja odvisnosti od drog

V sedanjem obdobju fiskalnega varčevanja je večja pozornost namenjena vsem vidikom državnih izdatkov, vključno s stroški zdravljenja. V „Izbranem vprašanju“, ki ga je letos objavil center, so prikazani glavni viri financiranja za zdravljenje odvisnosti od drog v več evropskih državah. Povzeti so razpoložljivi podatki, koliko finančnih sredstev se porabi za službe za zdravljenje odvisnosti od drog in koliko za stroške zdravljenja.

Ta publikacija je samo v angleškem jeziku na voljo v tiskani obliki in na spletišču centra.

⁽¹²⁾ Kazalnik povpraševanja po zdravljenju temelji na podatkih o specializiranih centrih za zdravljenje odvisnosti od drog iz 29 držav. Večina držav je predložila podatke za več kot 60 % svojih enot, čeprav za nekatere države delež zajetih enot ni znan (glej preglednico TDI-7 v Statističnem biltenu 2011).

⁽¹³⁾ Glej preglednico HSR-10 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹⁴⁾ Podrobnejše informacije o posebnih vrstah zdravljenja za različne snovi ter njihovi uspešnosti, kakovosti in dokazih so na voljo v ustreznih poglavjih.

o približno 400 000 uporabnikov drog v Evropi, ki so se leta 2009 začeli zdraviti izvenbolnišnično. Polovica oseb, ki so se začele zdraviti (51 %), kot primarno drogo navaja opioide, v glavnem heroin, 24 % jih navaja konopljo, 18 % kokain in 4 % stimulanse, ki niso kokain. Najpogostejša pot do zdravljenja je samostojna odločitev (37 %), sledita ji napotitev prek služb za odvisnost od drog ali socialnih in zdravstvenih služb (28 %) ter napotitev prek kazensko-sodnega sistema (20 %). Druge uporabnike storitev na zdravljenje napotijo družinski člani, prijatelji in neformalne mreže ⁽¹⁵⁾.

Uporabniki drog, ki se začnejo zdraviti v izvenbolnišničnih okoljih, so daleč največja skupina, za katero je mogoče opisati osebne in socialne značilnosti ter profile uporabe drog. To so v glavnem mladi moški, stari povprečno 32 let. Moških je skoraj štirikrat več kot žensk, kar deloma odraža prevladovanje moških med bolj problematičnimi uporabniki drog. Med uporabniki, ki se začnejo zdraviti, so primarni uporabniki konoplje skoraj deset let mlajši (25) od primarnih uporabnikov kokaina (33) in opioidov (34). V povprečju o najmlajših uporabnikih storitev zdravljenja zaradi drog (25–26) poročajo iz Poljske, Madžarske in Slovaške – držav, ki so vstopile v EU leta 2004 –, o najstarejših pa iz Španije, Italije in Nizozemske (34). Razmerje med moškimi in ženskami uporabniki storitev je visoko za vse droge, čeprav se razlikuje glede na drogo in državo. Razmerja med spoloma so najvišja v južnoevropskih državah, najnižja pa v severnoevropskih ⁽¹⁶⁾.

Glavna načina izvenbolnišničnega zdravljenja v Evropi sta psihosocialni ukrepi in nadomestno zdravljenje z opiodi. Psihosocialni ukrepi vključujejo svetovanje, motivacijske razgovore, kognitivno-vedenjsko terapijo, vodenje primera, skupinsko in družinsko terapijo ter preprečevanje ponovne uporabe. Te ukrepe v glavnem zagotavljajo javne ustanove ali nevladne organizacije, odvisno od države. Psihosocialni ukrepi uporabnikom drog pomagajo pri obvladovanju in premagovanju težav z drogami ter so glavna oblika zdravljenja za uporabnike stimulativnih drog, kot so kokain in amfetamini. Zagotavljajo se tudi uporabnikom opioidov, pogosto v kombinaciji z nadomestnim zdravljenjem. V skladu z raziskavo, opravljeno med nacionalnimi strokovnjaki leta 2008, večina evropskih držav poroča o razpoložljivosti izvenbolnišničnega psihosocialnega zdravljenja za tiste, ki povprašujejo po njem. Večina držav

je poročala o povprečnih čakalnih dobah manj kot mesec dni, pri čemer so v Evropi precejšnje razlike.

Nadomestno zdravljenje je prevladujoča možnost zdravljenja za uporabnike opioidov v Evropi. Na splošno se izvaja kot izvenbolnišnično zdravljenje, čeprav je v nekaterih državah na voljo tudi v bolnišničnem okolju, vedno pogosteje pa se zagotavlja tudi v zaporih ⁽¹⁷⁾. Tudi splošni zdravniki, pogosto v sodelovanju s specializiranimi centri z deljeno oskrbo, imajo vse pomembnejšo vlogo pri zagotavljanju takega zdravljenja. Nadomestno zdravljenje z opiodi je na voljo v vseh državah članicah EU, pa tudi na Hrvaškem in Norveškem. V Turčiji je bilo leta 2010 uvedeno nadomestno zdravljenje s kombinacijo buprenorfina in naloksona. Na splošno se ocenjuje, da je bilo leta 2009 na nadomestnem zdravljenju v Evropi približno 700 000 uporabnikov drog (glej poglavje 6) ⁽¹⁸⁾.

Bolnišnično zdravljenje

Na voljo so podatki o približno 44 000 uporabnikih drog v Evropi, ki so se v letu 2009 začeli zdraviti bolnišnično ⁽¹⁹⁾. Polovica uporabnikov storitev kot primarno drogo navaja opioide (53 %), sledijo jim konoplja (16 %), kokain (8 %) in stimulanse, ki niso kokain (12 %). Uporabniki storitev bolnišničnega zdravljenja so v glavnem mladi moški, stari v povprečju 31 let. Razmerje med moškimi in ženskami je približno 3 : 1 ⁽²⁰⁾.

Pri bolnišničnem zdravljenju morajo uporabniki drog v bolnišnici ostati od več tednov do več mesecev. Velikokrat je cilj teh programov omogočiti uporabnikom, da se vzdržijo drog, nadomestno zdravljenje pa ni dovoljeno. Razstrupljanje od drog je kratkotrajen zdravniško nadzorovan ukrep za odpravo simptomov odtegnitve, povezanih z opustitvijo kronične uporabe drog, in je včasih pogoj za začetek dolgotrajnega, na abstinenci temelječega bolnišničnega zdravljenja. Razstrupljanje se navadno zagotavlja kot bolnišnični ukrep v bolnišnicah, specialističnih centrih za zdravljenje ali bolnišničnih ustanovah z zdravstvenimi ali psihiatričnimi oddelki.

Pri bolnišničnem zdravljenju se uporabnikom storitev zagotovita namestitve in individualno strukturirano psihosocialno zdravljenje, poleg tega pa sodelujejo v dejavnostih za ponovno vključitev v družbo. Pri teh programih se pogosto uporablja pristop s terapevtskimi skupnostmi. Bolnišnično zdravljenje odvisnosti od drog

⁽¹⁵⁾ Glej preglednici TDI-16 in TDI-19 v Statističnem biltnu 2011.

⁽¹⁶⁾ Glej preglednice TDI-9 (del iv), TDI-21 in TDI-103 v Statističnem biltnu 2011. Za informacije o uporabnikih na zdravljenju glede na primarno snov glej ustrezna poglavja.

⁽¹⁷⁾ Glej „Pomoč uporabnikom drog v zaporu“, str. 39.

⁽¹⁸⁾ Glej preglednice HSR-1, HSR-2 in HSR-3 v Statističnem biltnu 2011.

⁽¹⁹⁾ To število je treba razlagati previdno, saj ne zajema vseh uporabnikov, ki se bolnišnično zdravijo le začasno v okviru zapletenejšega postopka zdravljenja.

⁽²⁰⁾ Glej preglednice TDI-7, TDI-10, TDI-19 in TDI-21 v Statističnem biltnu 2011.

izvajajo tudi psihiatrične bolnišnice, zlasti pri uporabnikih storitev s hkratnimi duševnimi motnjami.

V skladu z raziskavo, opravljeno med nacionalnimi strokovnjaki leta 2008, večina evropskih držav poroča o razpoložljivosti storitev bolnišničnega psihosocialnega zdravljenja in razstrupljanja za tiste, ki povprašujejo po njih. Ocene nacionalnih čakalnih dob za dostop do bolnišničnega psihosocialnega zdravljenja, ki so jih predložili strokovnjaki iz 16 držav, se po Evropi razlikujejo. O povprečnih čakalnih dobah manj kot eno leto poroča 14 držav, medtem ko je povprečna čakalna doba na Madžarskem nekaj mesecev, na Norveškem pa 25 tednov.

Socialna reintegracija

Stopnja socialne izključenosti med uporabniki storitev zdravljenja zaradi drog je na splošno visoka, kar lahko preprečuje dokončno ozdravitev posameznikov in zmanjšuje dosežke zdravljenja. Podatki o uporabnikih drog, ki so se začeli zdraviti v letu 2009, kažejo, da jih je bila večina brezposelnih (59 %), skoraj ena desetina pa je bila brez stalne nastanitve (9 %). Med uporabniki storitev zdravljenja je pogosta nizka stopnja dosežene izobrazbe, pri čemer jih ima 37 % dokončano le osnovno šolo, 4 % pa niso dosegli niti te stopnje ⁽²¹⁾. Vse bolj se spoznava, da bo razvoj storitev za odpravljanje marginalizacije in stigmatizacije izboljšal možnosti uporabnikov za uspešno socialno reintegracijo in povečal njihovo kakovost življenja (Lloyd, 2010).

Socialna reintegracija uporabnikov drog v njihove lokalne skupnosti velja za bistveni element celostnih strategij boja proti drogam, pri katerih se namenja glavna pozornost izboljšanju socialnih spretnosti, spodbujanju izobraževanja in zaposljivosti ter zadovoljevanju nastanitvenih potreb. Obravnava socialnih potreb uporabnikov, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog, lahko prispeva k zmanjševanju njihove uporabe drog in ohranjanju dolgoročne abstinence (Laudet idr., 2009).

Enaindvajset evropskih držav poroča, da imajo v nacionalnih strategijah za boj proti drogam posebne oddelke o socialni reintegraciji ⁽²²⁾, ki v glavnem obravnavajo potrebe uporabnikov drog po nastanitvi, izobraževanju in zaposlovanju. Storitve socialne reintegracije se zagotavljajo hkrati z zdravljenjem odvisnosti od drog ali po končanem zdravljenju, temeljijo pa na sodelovanju med specializiranimi službami za zdravljenje ter ustanovami za zdravstveno in socialno varstvo.

Medtem ko večina držav na splošno poroča o ukrepih na področju nastanitve, izobraževanja in udeležbe na trgu dela, pa razpoložljivi podatki kažejo, da ravni zagotavljanja ne morejo zadovoljiti potreb populacije, ki se zdravi zaradi odvisnosti od drog.

Nastanitev

Zagotavljanje dostopa do stalne nastanitve in njena ohranitev sta ključna za proces reintegracije, saj prispevata k vztrajanju uporabnikov na zdravljenju in podpirata preprečevanje ponovne uporabe (Milby idr., 2005).

Na splošno so v Evropi ravni zagotavljanja storitev, ki obravnavajo nastanitvene potrebe uporabnikov storitev zdravljenja zaradi drog, nizke. Od 29 držav, ki so sodelovale v nedavni raziskavi, jih manj kot tretjina poroča, da je večina uporabnikov storitev zdravljenja imela dostop do zasilnega bivališča (devet), prehodne nastanitve (osem) in storitev asistencije (pet).

Kljub nizki ravni zagotavljanja, o kateri poročajo evropske države, jih večina poroča o razpoložljivosti socialnih stanovanj, namenjenih ranljivim skupinam, ki so v različnem obsegu dostopna osebam na zdravljenju odvisnosti od drog. Tovrstno nastanitev običajno zagotavljajo lokalni organi ali nevladne organizacije. Dolžina bivanja je lahko različna, za dostop do take nastanitve pa je treba izpolnjevati nekatere pogoje (npr. abstinence od drog, nadzor, ki ga izvaja osebje v okviru zdravljenja). Poleg tega ima več držav prilagojeno nastanitev za osebe na zdravljenju odvisnosti od drog. Tako na primer 18 držav poroča o zagotavljanju zasilnega bivališča (npr. prenočitvena zavetišča, nastanitev z nočitvijo in zajtrkom), dvajset držav pa o nekaterih oblikah prehodne nastanitve, kot so prehodni domovi. Samostojno življenje je lahko pomemben korak k reintegraciji v družbo. V 12 državah imajo uporabniki storitev zdravljenja neko stopnjo dostopa do storitev asistencije, 15 držav pa poroča o programih za lajšanje dostopa do neodvisnega življenja na širšem stanovanjskem trgu. Specialistični centri za zdravljenje v Franciji zagotavljajo tako imenovani „drseči“ najem. Center plača najemnino za stanovanje, ki ga da v podnajem uporabniku, ta pa krije majhen delež najemnine. Uporabnik prejema podporo za najemnike pri upravnih zadevah (npr. plačevanje računov) in vodenju proračuna, po „preskusnem obdobju“ pa uradno postane najemnik.

Usposabljanje in izobraževanje

Izobraževalne potrebe uporabnikov drog na zdravljenju je mogoče obravnavati na več načinov. Čeprav je redni

⁽²¹⁾ Glej preglednice TDI-12, TDI-13 in TDI-15 v Statističnem biltenu 2011.

⁽²²⁾ Litva in Avstrija v času raziskave nista imeli nacionalne strategije za boj proti drogam.

izobraževalni sistem lahko prva možnost, pa lahko individualne in sistemske ovire, kot so majhna pričakovanja, stigmatizacija in strah pred neuspehom, uporabnikom preprečijo vključitev vanj (Lawless in Cox, 2000). Enajst držav poroča o razpoložljivosti podpornih programov, katerih cilj je lajšanje dostopa uporabnikov storitev zdravljenja zaradi drog do rednega izobraževanja. Poleg tega 15 držav poroča, da lahko uporabniki storitev zdravljenja zaradi drog dostopajo do izobraževalnih programov, namenjenih socialno ranljivim skupinam.

Posamezniki s poklicnim ali tehničnim usposabljanjem pridobijo praktične spretnosti in znanja, potrebne za zaposlitev v določenem poklicu ali panogi, in običajno tudi poklicno izobrazbo. V večini držav (20) se uporabnikom omogoča udeležba v poklicnem usposabljanju z ukrepi, usmerjenimi na socialno ranljive skupine. V 16 državah obstajajo tudi ukrepi za poklicno usposabljanje, ki so posebej namenjeni populacijam na zdravljenju zaradi odvisnosti od drog.

Zaposlovanje

Zaposljivost je ključni element socialne reintegracije in več evropskih držav v svojih nacionalnih strategijah obravnava zaposlitvene potrebe uporabnikov drog. V dejavnostih za povečanje zaposljivosti so lahko poudarjeni psihološki dejavniki (npr. osebni razvoj, samoučinkovitost, samopodoba, sposobnosti spoprijemanja s težavami) in uporabnikom drog, ki okrevajo, zagotovijo novo vrstniško skupino ter nove spretnosti in znanja, ki prispevajo k uspešni reintegraciji v širšo družbo. Iz 15 držav poročajo, da je zaposljivost oseb, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog, običajni standardni cilj individualnih načrtov oskrbe.

Dokazi kažejo, da zaposlitev in krepitev zaposljivosti izboljšata rezultate zdravljenja odvisnosti od drog (Kaskutas idr., 2004), pozitivno vplivata na zdravje in kakovost življenja ter zmanjšata kršenje zakonov (Gregoire in Snively, 2001). Podporni sistemi, kot je vmesni trg dela, ki zagotavlja plačano delo na posebej ustvarjenih začasnih delovnih mestih, lahko prispeva k premostitvi vrzeli med dolgoročno brezposelnostjo in zaposlitvijo na odprtem trgu dela. Tovrstni sistemi, ki so običajno namenjeni prikrajšanim posameznikom (npr. prek podjetij, ustanovljenih za zaposlovanje invalidov ali socialno izključenih oseb), lahko ponujajo poklicno in prostovoljno delo.

Iz 20 držav poročajo o ukrepih v zvezi z vmesnim trgom dela, ki so na voljo socialno ranljivim skupinam in do katerih lahko dostopajo tudi osebe, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog. V 11 državah so taki ukrepi na voljo

posebej za uporabnike storitev zdravljenja. Tako na primer program „Ready for Work“ (Pripravljen za delo) na Irskem pomaga brezdomcem, vključno z uporabniki drog, da se začnejo usposablјati ali zaposlijo, tako da jim zagotovi usposabljanje pred zaposlitvijo, neplačano pridobivanje delovnih izkušenj in nadaljnjo podporo. Uporabniki storitev zdravljenja zaradi drog so lahko upravičeni do drugih pobud, kot je zaščitna zaposlitev, ki invalidnim osebam ali drugim prikrajšanim skupinam pomagajo iskati in obdržati plačano zaposlitev. O ukrepih zaščitne zaposlitve, do katerih imajo dostop uporabniki storitev zdravljenja, sicer poroča 17 držav, vendar le štiri države poročajo o zadostnih ravneh izvajanja teh ukrepov.

Zmanjševanje škode

Preprečevanje in zmanjševanje škode, povezane z drogami, je javnozdravstveni cilj vseh držav članic in strategije EU za boj proti drogam ⁽²³⁾. Za načrtovanje storitev so danes na voljo pregledi znanstvenih dokazov o ukrepih za zmanjševanje škode in študije o združenem učinku teh ukrepov (EMCDDA, 2010b) ⁽²⁴⁾.

Med glavnimi ukrepi na tem področju so nadomestno zdravljenje z opiodi ter programi zamenjave injekcijskih igel in brizg, s katerimi se skuša vplivati na smrtnost zaradi prevelikega odmerka in širjenje nalezljivih bolezni. Po poročanju držav je nadomestno zdravljenje na voljo v vseh državah, programi zamenjave injekcijskih igel in brizg pa obstajajo v vseh državah, razen v Turčiji. V zadnjih dveh desetletjih se ukrepi za zmanjševanje škode v Evropi na splošno krepijo in utrjujejo ter se vključujejo v vrsto drugih zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev. Preprečevanje škode je bilo konec osemdesetih let prejšnjega stoletja sprva osredotočeno na epidemijo virusa HIV/aida, zdaj pa zajema tudi širši vidik zadovoljevanja zdravstvenih in socialnih potreb problematičnih uporabnikov drog, zlasti tistih, ki so socialno izključeni.

Leta 2009 se je v večini držav povečalo število uporabnikov drog, ki se vključujejo v nadomestno zdravljenje ⁽²⁵⁾. Poleg tega o večji uporabi storitev nizkopražnih ustanov za zmanjševanje škode poročajo iz Bolgarije, Češke, Grčije, Madžarske, Latvije, Litve, Luksemburga, Poljske, Romunije in Hrvaške, na Madžarskem pa so se programi zamenjave injekcijskih igel in brizg geografsko razširili in pokrivajo večji del države.

Večina evropskih držav zagotavlja vrsto dodatnih zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev, vključno z individualnimi ocenami tveganja in svetovanjem, usmerjenimi informacijami in izobraževanjem o varnejši

⁽²³⁾ COM(2007) 199 konč.

⁽²⁴⁾ Glej tudi portal najboljših praks.

⁽²⁵⁾ Glej preglednico HSR-3 v Statističnem biltenu 2011 in poglavje 6.

uporabi. V zadnjih letih se je povečalo razdeljevanje druge opreme za vbrizgavanje poleg igel in brizg, spodbujanje uporabe kondomov med uporabniki, ki si drogo vbrizgavajo, testiranje za nalezljive bolezni in svetovanje o njih, protiretrovirusno zdravljenje in cepljenje proti virusnemu hepatitisu. Vzorčne projekcije kažejo, da se z izvajanjem ukrepov z največjim potencialnim učinkom (programov zamenjave injekcijskih igel in brizg, nadomestnega zdravljenja in protiretrovirusnega zdravljenja) med velikim deležem ciljne populacije v daljšem časovnem obdobju zmanjša prenos virusa HIV med uporabniki, ki si drogo vbrizgavajo, in da so največji učinki doseženi, kadar so ravni okužbe še nizke (Deegenhardt idr., 2010).

Francoski nacionalni inštitut za raziskave na področju zdravja in medicine (Inserm) je leta 2010 izvedel večdisciplinarno raziskavo o dokazih glede učinkovitosti ukrepov za zmanjševanje škode pri zmanjševanju tveganja okužb med uporabniki drog. V okviru študije je bil opravljen pregled znanstvene literature, ki je zajemal medicinske, epidemiološke, sociološke, ekonomske in javnozdravstvene vidike zmanjševanja škode, organizirani pa so bili tudi nastopi strokovnjakov in javne razprave. „Kolektivno strokovno poročilo“ vsebuje priporočilo, da je treba politike za zmanjševanje škode šteti za bistveni del širše strategije za zmanjšanje neenakosti na področju zdravja. Poleg tega je treba te storitve v okviru neprekinjene oskrbe združiti z drugimi storitvami na področju boja proti drogam. Medtem ko sta prednostni nalogi še vedno preprečevanje uporabe drog in preprečevanje prehoda na uporabo z vbrizgavanjem, je treba osebam, ki si drogo vbrizgavajo, omogočiti zmanjšanje s tem povezanih tveganj. Poročilo v zvezi z zdravstvenimi in socialnimi ukrepi priporoča, da morajo biti ukrepi za zmanjševanje škode del prilagojenih načrtov pomoči.

Zagotavljanje kakovosti

V večini evropskih držav se izvajajo najrazličnejše dejavnosti za zagotavljanje kakovosti ukrepov in storitev v zvezi z drogami. Vključujejo razvoj smernic zdravljenja, primerjalno analizo storitev, usposabljanje osebja ter certifikate kakovosti in akreditacijske postopke.

Standardi kakovosti za Evropo

Cilj študije EQUUS, ki jo je naročila Evropska komisija, je doseči soglasje med evropskimi strokovnjaki in zainteresiranimi stranmi o sedanjih standardih kakovosti pri ukrepih za zmanjševanje povpraševanja. Gre za razvoj jasnejše opredelitve pojma minimalni standardi, ki zajema tako priporočila na podlagi dokazov kot organizacijske

Vključenost uporabnikov drog

Koncept vključenosti uporabnika storitev v zdravstveno politiko se je začel uveljavljati, ko je bil leta 1986 z Ottavsko deklaracijo Svetovne zdravstvene organizacije določen nov program za javno zdravstvo in zagotavljanje zdravstvene oskrbe. Dejavno vključenost uporabnikov drog v oblikovanje storitev na področju drog lahko prvič zasledimo na Nizozemskem v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja.

Evropska mreža za zmanjševanje škode je pred nedavnim začela pripravljati popis organizacij za uporabnike drog v Evropi, da bi izboljšala možnosti za vključevanje organizacij za uporabnike drog na nacionalni in evropski ravni.

Vključenost uporabnikov ima lahko različne oblike in najrazličnejše cilje (Bröring in Schatz, 2008). Dejavnosti lahko zajemajo raziskave med uporabniki storitev o dostopnosti in kakovosti storitev, zbiranje priporočil uporabnikov o zaposlovanju osebja, vodenje ciljnih skupin za razvoj novih področij storitev ter vključevanje uporabniških organizacij v dejavnosti varovanja zdravja in oblikovanje politike na področju drog. Organizacije za uporabnike drog pogosto sodelujejo v dejavnostih vrstniške podpore in izobraževanja o preprečevanju nalezljivih bolezni ter pri pripravi informativnega gradiva, ki podpira mrežno povezovanje in prispeva k ozaveščanju javnosti o glavnih težavah uporabnikov drog (Hunt idr., 2010). Vključevanje uporabnikov je lahko pragmatičen in etičen način zagotavljanja kakovosti in sprejemljivosti storitev. Vendar pa je za spodbujanje uporabnikov drog, da prispevajo k dejavnostim, in zagotavljanje njihovega uspešnega vključevanja, potrebna ustrezna podpora.

Glej tudi spletišče evropske mreže za zmanjševanje škode.

postopke. Študija EQUUS obravnava to nedoslednost in razlikuje med tremi vrstami standardov. Med njimi so strukturni standardi (npr. fizično okolje, dostopnost, sestavo in usposobljenost osebja), procesni standardi (npr. individualizirano načrtovanje, sodelovanje z drugimi agencijami, hramba evidence o bolnikih) in standardi, povezani z rezultatom (zadovoljstvo bolnikov in osebja, zastavljanje in merjenje ciljev zdravljenja). Evropska komisija bo rezultate študije, ki bodo na voljo do konca leta 2011, uporabila za oblikovanje soglasja EU, ki ga je Svetu treba predložiti do leta 2013 ⁽²⁶⁾.

Usposabljanje in izobraževanje osebja

Usposabljanje in stalno izobraževanje osebja v zvezi z uporabo drog sta ključni dejavnosti zagotavljanja kakovosti storitev. Rezultati nedavnega priložnostnega zbiranja podatkov kažejo, da v 27 državah poročevalkah obstajajo posebni programi usposabljanja na področju zasvojenosti z drogami, ki so namenjeni predvsem

⁽²⁶⁾ Za dodatne informacije glej portal najboljših praks.

zdravniškemu in negovalnemu osebju, psihologom in socialnim delavcem. Medtem ko so nekatere države oblikovale specializirane univerzitetne programe, druge zagotavljajo podiplomske programe ali programe stalnega izobraževanja. Najbolj strukturirane in razvite dejavnosti usposabljanja in izobraževanja so na voljo na medicinskem področju. Tri države poročajo, da so začele z medicinsko specializacijo na področju zasvojenosti. Češka je leta 1980 uvedla specializacijo za medicino zasvojenosti, leta 2008 pa nemedicinski poklic strokovnjaka za zasvojenost. Na Nizozemskem se je leta 2007 začel izvajati dveletni specialistični modul medicine zasvojenosti, Nemčija pa ima podiplomske programe o uporabi snovi in svetovanju za zasvojenost ter modul o zdravljenju s heroinom. Dokazi o učinkovitosti pristopov, kot je „stalno zdravstveno izobraževanje“, so še vedno omejeni in nedokončni. Predlagan je novejši interaktivnejši pristop, imenovan „stalni poklicni razvoj“ (Horsley idr., 2010), ki vključuje usposabljanje zdravnikov za pridobivanje najrazličnejših veščin, vključno s komunikacijo, upravljanjem in varovanjem zdravja, vendar ga je treba še preskusiti.

Kazenski pregon na področju drog in kršitve zakonov o drogah

Kazenski pregon na področju drog je pomemben del nacionalnih politik in politik EU na področju drog. Vključuje vrsto ukrepov, ki jih v glavnem izvajajo policija in policijske podobne ustanove (na primer carina). V nadaljevanju so na kratko predstavljene tajne operacije, ena od skupin takih ukrepov. Podatki o dejavnostih kazenskega pregona na področju drog so pogosto manj podrobni in dostopni, kot podatki o drugih področjih politik v zvezi z drogami. Očitna izjema od tega pravila so podatki o kršitvah zakonov o drogah, navedeni na koncu tega oddelka.

Tajne operacije

Uspešen sodni pregon kršiteljev zakonov o drogah na visoki ravni in uničenje mrež organiziranega kriminala za ponudbo drog sta ključni prednostni nalogi za zmanjšanje ponudbe v sedanjem akcijskem načrtu EU za boj proti drogam. To je izziv za organe kazenskega pregona, saj se večina kršitev zakonov o drogah odkrije le med proaktivnimi operacijami kazenskega pregona (EMCDDA, 2009a), kar še zlasti velja za resne kršitve, ki vključujejo ponudbo drog na posredniški in veleprodajni ravni ter jih običajno zagrešijo posamezniki in kriminalne združbe, katerih identiteto je težko odkriti.

Evropski organi kazenskega pregona v svojem odzivu na resni kriminal v zvezi z drogami vse bolj uporabljajo tajne tehnike, vključno s tehnologijo, kot je prestrezanje

telefonskih pogovorov ali elektronsko opazovanje, in izvajajo tajne operacije, ki lahko vključujejo policiste (tajne agente) in zasebnike pod policijskim nadzorom (informatorje). Njihova uporaba je pravno dopustna v vseh 27 državah članicah EU.

Tajne operacije zoper mreže za promet z drogami se uporabljajo za zbiranje zanesljivih informacij o identiteti in vlogah članov mrež, odkrivanje tihotapskih poti, ciljev in skladišnih zmogljivosti ter časa in kraja dostave drog. Agenti ali informatorji se morajo pogosto infiltrirati v kriminalne mreže, ki so običajno zelo zaprte, in biti sposobni ločevati med različnimi informacijami. Zbiranje obveščevalnih podatkov je v glavnem osredotočeno na delovanje mrež z drogami in vlogo njihovih članov.

Tajne operacije sprožajo pravna vprašanja, zlasti v zvezi z napeljevanjem. Evropsko sodišče za človekove pravice je oblikovalo temeljna načela v zvezi z uporabo „agentov provokatorjev“ (agents provocateurs) v sodbi iz leta 1998 (Teixeira de Castro proti Portugalski, Evropsko sodišče za človekove pravice, 1998). V njej je navedeno, da uporaba človeških tajnih tehnik ne sme posegati v pravico do poštenega sojenja, zato agencije kazenskega pregona ne smejo vplivati na subjekt v smislu napeljevanja k zagrešitvi kaznivega dejanja, ki sicer ne bi bilo storjeno. Agencije kazenskega pregona morajo zato imeti „utemeljene sume“ o ciljnih posameznikih, preden uporabijo tajne tehnike. Napeljevanje tretjih strani k storitvi kaznivega dejanja je prepovedano v večini držav članic.

Tajne operacije urejajo nacionalne pravne in upravne določbe, njihov cilj pa je zagotoviti delovanje pravne države in varnost tajnih agentov. Nacionalni zakoni in spremni predpisi se razlikujejo, vendar običajno zagotavljajo splošen okvir, ki je podrobneje določen v spremnih predpisih, ki pa so le redko objavljeni. Tudi druge informacije, kot je na primer število operacij, opravljenih vsako leto, običajno javnosti niso na voljo. Raziskave pa so pokazale, da je bilo leta 2004 na Nizozemskem izvedenih 34 tajnih operacij, od tega jih je 12 prispevalo k preiskavam ali sodnim postopkom (Kruisbergen idr., 2011).

V večini držav članic EU je za začetek tajne operacije potrebno dovoljenje pravosodnega organa, večina operacij pa zahteva spremljanje, ki ga izvaja višji organ, običajno tožilec ali sodišče. Trinajst držav članic ima določena pravila sorazmernosti in subsidiarnosti, v skladu s katerimi mora biti ukrep sorazmeren s kršitvijo zakona o drogah, ki se preiskuje in ki mora biti dovolj resna, da je potrebna tajna operacija. Poleg tega mora biti pred začetkom tajne operacije jasno, da noben drug manj invaziven ukrep kazenskega pregona ne bi bil enako uspešen.

Uporaba lažnih identitet med izvajanjem operacij, vključno z lažnimi osebnimi dokumenti in „slamnatimi“ organizacijami, ustanovljenimi za zagotavljanje verodostojnih zaposlitev in virov dohodkov tajnih agentov, je pravno dopustna v večini držav članic.

Pri tajnih operacijah se uporabljajo najrazličnejše tehnike. Tako se na primer tajni nakupi drog uporabljajo predvsem za aretacijo posameznikov pri dejanju prodaje prepovedanih drog. Nadzorovane pošiljke so tehnika, pri kateri se omogoča prevoz prepovedanih pošiljk čez mejo in znotraj nacionalnih meja z vednostjo in pod nadzorom pristojnih organov. Pošiljke lahko vključujejo droge ali predhodne sestavine, orožje, cigarete, denar iz nezakonitih dejavnosti ali celo ljudi. Večina nadzorovanih pošiljk v Evropi vključuje pošiljke drog (Svet Evropske unije, 2009), lahko jih – odvisno od nacionalne zakonodaje – spremljajo tajni agenti ali informatorji, ali pa se nadzirajo s tehnološkimi sredstvi ⁽²⁷⁾.

Kršitve zakonov o drogah

Začetna poročila o kršitvah nacionalnih zakonov o drogah, predvsem policijska poročila, so edini podatki, ki so v Evropi običajno na voljo o kriminalu, povezanem z drogo ⁽²⁸⁾. Ti podatki se po navadi nanašajo na kršitve zakonov, povezane z uporabo drog (uporabo in posedovanjem drog) ali ponudbo drog (proizvodnjo, preprodajo in trgovino), čeprav se lahko v nekaterih

državah poroča tudi o drugih vrstah kršitev (npr. povezanih s predhodnimi sestavinami drog).

Podatki o kršitvah zakonov o drogah so neposreden kazalnik dejavnosti kazenskega pregona, saj zadevajo privolitvena kazniva dejanja, ki jih potencialne žrtve navadno ne prijavijo. Pogosto veljajo za posredne kazalnike uporabe drog in trgovine z drogami, čeprav vključujejo samo dejavnosti, s katerimi so organi kazenskega pregona seznanjeni. Poleg tega se v njih verjetno kažejo nacionalne razlike v zakonodaji, prednostnih nalogah in sredstvih. Razlikujejo se tudi nacionalni informacijski sistemi po Evropi, zlasti v povezavi s praksami evidentiranja in poročanja. Zaradi tega je težko opraviti tehtne primerjave med državami in zdi se, da je ustreznejše primerjati trende kot absolutne številke.

Na splošno se je povečevanje števila prijavljenih kršitev zakonov o drogah iz prejšnjih let v letu 2009 upočasnilo. Indeks EU, ki temelji na podatkih iz 21 držav članic, v katerih živi 95 % prebivalcev Evropske unije, starih od 15 do 64 let, kaže, da se je število prijavljenih kršitev zakonov o drogah med letoma 2004 in 2009 po ocenah povečalo za 21 %. Če upoštevamo vse države poročevalke, podatki za to obdobje kažejo povečanje v 18 državah in ustalitev ali splošno upadanje v enajstih državah ⁽²⁹⁾.

Kršitve zakona, povezane z uporabo in ponudbo drog

V primerjavi s prejšnjimi leti ni bilo nobene večje spremembe razmerja med kršitvami zakona, povezanimi z uporabo drog, in kršitvami, povezanimi z njihovo ponudbo. V večini (22) evropskih držav kršitve zakona, povezane z uporabo ali posedovanjem drog, v letu 2009 še naprej pomenijo večino kršitev zakonov o drogah, pri čemer Estonija, Španija, Francija, Madžarska, Avstrija in Švedska poročajo o največjih deležih (81–94 %) ⁽³⁰⁾.

Povečevanje števila kršitev, povezanih z uporabo drog, o katerem se je poročalo v prejšnjih letih, se je leta 2009 upočasnilo. Med letoma 2004 in 2009 se je število kršitev zakonov o drogah, povezanih z njihovo uporabo, povečalo v 15 državah poročevalkah, o zmanjšanju v tem obdobju pa so poročale le Bolgarija, Nemčija, Estonija, Malta, Avstrija in Norveška. Na splošno se je med letoma 2004 in 2009 število kršitev zakonov o drogah, povezanih z njihovo uporabo, v Evropski uniji po ocenah povečalo za 29 %.

Število kršitev, povezanih s ponudbo drog, je že od leta 2007 ustaljeno, čeprav se je v obdobju 2004–2009 v Evropski uniji po ocenah povečalo za 7 %. Za to obdobje 15 držav

Usposabljanje evropske policije

Evropska policijska akademija (CEPOL) je agencija Evropske unije, ki deluje kot mreža nacionalnih policijskih akademij in univerz. Ena od njenih glavnih nalog je organizirati približno 100 dejavnosti usposabljanja na leto, predvsem za visoke policijske uradnike, o ključnih temah, ki so pomembne za evropske policijske organe. Splošni cilj je spodbujati enoten evropski pristop k vprašanju policijske dejavnosti.

Akademija CEPOL je za podporo lastnim dejavnostim usposabljanja in dejavnostim usposabljanja držav članic EU razvila enotne učne načrte za različne ciljne skupine, vključno z visokimi uradniki, preiskovalci in vodji primerov ter predstavniki nacionalnih vlad in policijskih akademij. Enotni učni načrt o trgovini z drogami zagotavlja pregled mednarodnega stanja na področju drog, zakonodaje o drogah, osnovnih informacij o prepovedanih snoveh, mednarodnega sodelovanja, sedanjih strategij policijskih dejavnosti in taktičnih možnosti za določeno vrsto kriminala, kot so tajne operacije in izzivi, ki vključujejo kriminal, povezan z drogo, preprečevanje drog in zmanjšanje povpraševanja po njih.

⁽²⁷⁾ Za pregled pravnih vidikov nadzorovanih pošiljk v Evropi glej evropsko pravno zbirko podatkov o drogah.

⁽²⁸⁾ Za razpravo o razmerju med drogami in kriminalom ter opredelitev izraza „z drogami povezan kriminal“ glej EMCDDA (2007b).

⁽²⁹⁾ Glej prikaz DLO-1 in preglednico DLO-1 v Statističnem biltenu 2011.

⁽³⁰⁾ Glej preglednico DLO-2 v Statističnem biltenu 2011.

poroča o povečanju števila kršitev zakonov, povezanih s ponudbo droge, tri države pa o splošnem zmanjšanju ⁽³¹⁾.

Trendi po posameznih drogah

Konoplja je še vedno tista prepovedana droga, ki je najpogosteje predmet prijavljenih kršitev zakonov o drogah v Evropi ⁽³²⁾. Leta 2009 so v večini evropskih držav s konopljo povezane kršitve pomenile od 50 do 75 % vseh prijavljenih kršitev zakonov o drogah. Samo v treh državah število kršitev, povezanih z drugimi drogami, presega število kršitev, povezanih s konopljo – na Češkem in v Latviji je več kršitev, povezanih z metamfetaminom (55 % in 27 %), na Malti pa s kokainom (36 %).

V obdobju 2004–2009 se je število s konopljo povezanih kršitev zakonov o drogah povečalo v 11 državah poročevalkah, kar je v Evropski uniji po ocenah povzročilo 20-odstotno povečanje (prikaz 4). O zmanjševanju poročajo Francija, Italija, Ciper, Malta in Nizozemska ⁽³³⁾.

Število kršitev, povezanih s kokainom, se je v obdobju 2004–2009 povečalo v 11 državah poročevalkah, medtem ko so Bolgarija, Nemčija, Italija, Avstrija in Hrvaška poročale o zmanjšanju. Na splošno se je v istem obdobju število kršitev, povezanih s kokainom, v Evropski uniji povečalo za približno 39 %, pri čemer se rast v zadnjih dveh letih umirja ⁽³⁴⁾.

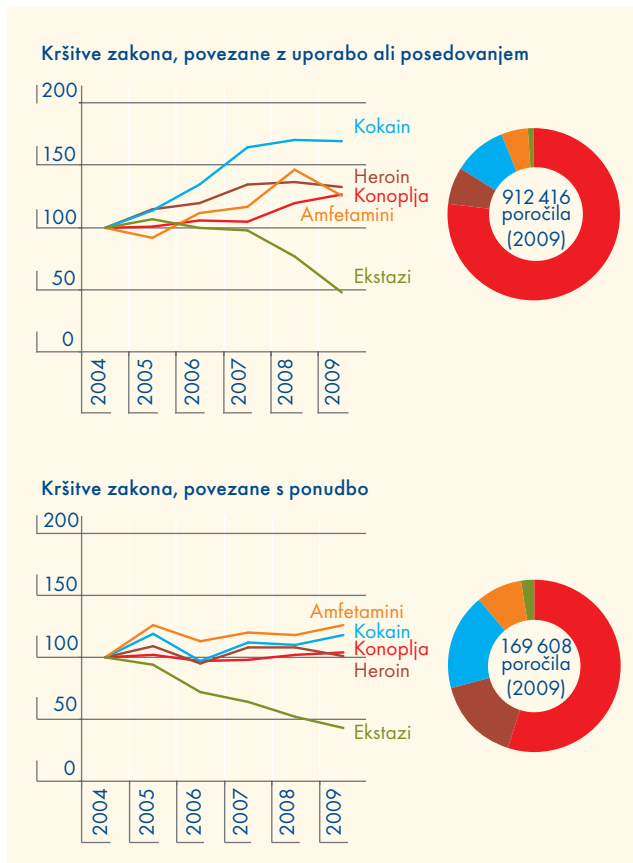
Število kršitev, povezanih s heroinom, se je v letu 2009 nekoliko zmanjšalo. V EU se je število takih kršitev zakonov v obdobju 2004–2009 povečalo za 22 %. Število kršitev, povezanih s heroinom, se je povečalo v 11 državah poročevalkah, medtem ko so Bolgarija, Nemčija, Malta, Nizozemska in Avstrija med letoma 2004 in 2009 poročale o upadanju ⁽³⁵⁾.

Število z amfetamini povezanih kršitev, o katerih se je poročalo v Evropski uniji, se je leta 2009 nekoliko zmanjšalo, čeprav se je splošni trend od leta 2004 po ocenah na splošno povečal za 16 %. V nasprotju s tem se je število kršitev, povezanih z ekstazijem, v istem obdobju zmanjšalo za polovico (54-odstotno zmanjšanje).

Zdravstveni in socialni odzivi za uporabnike drog v zaporih

V Evropski uniji je obsojenih zapornikov, zaprtih zaradi kršitev zakonov o drogah, od 3 % do 53 %, pri čemer

Prikaz 4: Poročila o kršitvah zakonov, povezanih z uporabo drog ali posedovanjem za uporabo in ponudbo v državah članicah EU: indeksirani trendi za obdobje 2004–2009 in razčlenitev poročil za leto 2009 glede na posamezno drogo



Opomba: Trendi temeljijo na razpoložljivih informacijah o številu poročil o kršitvah zakonov, povezanih z drogami (kaznivih dejanjih in prekrških), o katerih poročajo države članice EU; splošni trend EU je izdelan tako, da so vsi nizi indeksirani na osnovo 100 leta 2004 in tehtani s številom prebivalcev posamezne države; razčlenitev po vrsti droge je izdelana na podlagi skupnega števila poročil za leto 2009. Za več informacij glej prikaza DLO-4 in DLO-5 v statističnem biltenu 2011.

Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

polovica držav poroča o deležu od 9 % do 25 % ⁽³⁶⁾. V to niso zajeti uporabniki, ki so bili obsojeni zaradi premoženjskih kaznivih dejanj, storjenih v podporo odvisnosti od drog, ali drugih z drogami povezanih kršitev.

Uporaba drog med zaporniki

Metodologija, ki se uporablja v študijah o uporabi drog v zaporih (Carpentier idr., 2011), še vedno ni dovolj standardizirana, čeprav raziskave kažejo, da je uporaba drog še vedno bolj razširjena med zaporniki, kot med splošnim prebivalstvom. Podatki iz več študij, opravljenih

⁽³¹⁾ Glej prikaz DLO-1 in preglednico DLO-5 v Statističnem biltenu 2011.

⁽³²⁾ Glej preglednico DLO-3 v Statističnem biltenu 2011.

⁽³³⁾ Glej prikaz DLO-3 in preglednico DLO-6 v Statističnem biltenu 2011.

⁽³⁴⁾ Glej prikaz DLO-3 in preglednico DLO-8 v Statističnem biltenu 2011.

⁽³⁵⁾ Glej prikaz DLO-3 in preglednico DLO-7 v Statističnem biltenu 2011.

⁽³⁶⁾ V kazenskih zavodih v Evropski uniji je bilo 1. septembra 2009 več kot 640 000 oseb. Kazenski statistični podatki v zvezi z Evropo so na voljo pri Svetu Evrope.

Razvoj kazalnikov o trgih z drogami, z drogami povezanih kaznivih dejanjih in zmanjševanju ponudbe drog v Evropi

Okrepitev spremljanja ponudbe prepovedanih drog v Evropi je prednostna naloga v sedanjih strategiji in akcijskem načrtu EU za boj proti drogam. Po objavi delovnega dokumenta Evropske komisije o izboljšanju zbiranja podatkov o ponudbi drog oktobra 2010 ⁽¹⁾ se je na prvi evropski konferenci o kazalnikih ponudbe drog, ki sta jo skupaj organizirala Evropska komisija in center EMCDDA, začel razvoj kazalnikov za spremljanje ponudbe drog v Evropi ⁽²⁾.

Skupni konceptualni okvir za spremljanje ponudbe prepovedanih drog v Evropi bo združeval tri elemente: trge z drogami, kriminal, povezan z drogami, in zmanjšanje ponudbe drog. V letu 2011 bodo tri delovne skupine s podporo centra EMCDDA oblikovale časovni načrt za ta področja, ki bo osredotočen na kratko-, srednje- in dolgoročne cilje nadzora. Glavna pozornost bo namenjena možnostim za standardizacijo, širitev in izboljšanje sedanjih sistemov za zbiranje podatkov na posameznih področjih, opravljene bodo tudi ciljne raziskave.

Prihodnje dejavnosti na področju trgov z drogami bodo usmerjene na izboljšanje podatkovnih nizov o cenah in čistosti drog ter potenciala sodnomedicinskih podatkov. Na področju kriminala, povezanega z drogami, bo poleg opredeljene prednostnih nalog za raziskave ključen razvoj standardnega evropskega instrumenta za spremljanje kršitev zakonov o drogah in kazalnikov o evropski proizvodnji drog. Policijske ustanove in organi kazenskega pravosodja bodo imeli osrednjo vlogo pri nadzoru zmanjševanja ponudbe drog. Delo na tem nezadostno raziskanem področju se bo začelo z opredeljevanjem dejavnosti zmanjševanja ponudbe drog v Evropi, na podlagi katerega bo izdelan pregled. Izhodišče pri tem bo obstoj, vloga in prakse specializiranih organov kazenskega pregona na področju drog, pri čemer bo center leta 2011 začel izvajati raziskavo.

⁽¹⁾ SEC(2010) 1216 konč. (na voljo na spletu).

⁽²⁾ Sklepne ugotovitve konference so na voljo na spletu.

od leta 2006, kažejo, da prihaja pri razširjenosti uporabe drog med zaporniki do znatnih razlik. Nekatere države poročajo, da je droge kadar koli pred prestajanjem zaporne kazni redno uporabljalo samo 8 % anketirancev, druge pa poročajo celo o 65 % takih anketirancev. Študije prav tako kažejo, da so lahko med zaporniki pogostejše najbolj škodljive oblike uporabe drog, saj od 5 % do 31 % tistih, ki so sodelovali v raziskavi, poroča, da so si droge že vbrizgali ⁽³⁷⁾.

Večina uporabnikov drog ob prihodu v zapor uporabo zmanjša ali opusti, predvsem zaradi oteženega dostopa do teh snovi. Vendar se priznava, da so prepovedane droge kljub ukrepom za zmanjševanje dostopnosti na voljo v večini zaporov. Po ocenah iz študij, opravljenih od leta 2003, v zaporih droge uporablja od 1 % do 51 % zapornikov. Najpogosteje uporabljajo konopljo, ki ji običajno sledita kokain in heroin ⁽³⁸⁾. Zapor lahko postane celo okolje za začetek uporabe ali za prehod na škodljivejše oblike uporabe. Tako je bilo v neki belgijski študiji, opravljeni leta 2008, ugotovljeno, da je več kot tretjina zapornikov, ki uporabljajo drogo, to začela uporabljati v zaporu, pri čemer je najpogosteje naveden heroin (Totds idr., 2009). Zdi se, da si injicirajoči uporabniki drog v zaporih pogosteje izmenjujejo opremo za vbrizgavanje, kot uporabniki na prostosti, kar sproža vprašanja o morebitnem širjenju nalezljivih bolezni med zaporniško populacijo.

Virus HIV in virusni hepatitis med injicirajočimi uporabniki drog v zaporih

V Evropi je malo podatkov o okužbah z virusom HIV in virusnem hepatitisu med injicirajočimi uporabniki drog v zaporih. Na voljo jih ni zlasti za države, ki poročajo o najvišjih ravneh razširjenosti okužb v zvezi z uporabo drog z vbrizgavanjem. Na splošno med osmimi državami, ki sporočajo podatke od leta 2004 (Bolgarija, Češka, Španija, Madžarska, Malta, Finska, Švedska, Hrvaška) ⁽³⁹⁾, ni mogoče opaziti velikih razlik glede razširjenosti virusa HIV med injicirajočimi uporabniki drog v zaporih in tistimi v drugih okoljih v državi, čeprav je to deloma morda posledica podatkovnih omejitev. Razširjenost virusa HIV med injicirajočimi uporabniki drog v zaporih je bila v glavnem majhna (0–7,7 %) v sedmih državah, medtem ko je Španija poročala o 39,7-odstotni razširjenosti. Podatke o razširjenosti virusa hepatitisa C (HCV) med injicirajočimi uporabniki drog v zaporih je sporočilo osem držav, v katerih je ta delež znašal od 11,5 % (Madžarska) do 90,7 % (Luksemburg). Kot kaže, je na Češkem, v Luksemburgu in na Malti virus HCV pogostejši med injicirajočimi uporabniki, testiranimi v zaporu, v primerjavi z uporabniki, testiranimi v drugih okoljih. Podatki o okužbi z virusom HBV (površinski antigen virusa hepatitisa B) med injicirajočimi uporabniki drog v zaporih so na voljo za štiri države: Bolgarijo (11,6 % v letu 2006), Češko (15,1 % v letu 2010), Madžarsko (0 % v letu 2009) in Hrvaško (0,5 % v letu 2007).

Zdravje v zaporih v Evropi

Zlasti zaporniki, ki so si v preteklosti že vbrizgavali droge, imajo pogosto večkratne in zapletene zdravstvene težave,

⁽³⁷⁾ Glej preglednice DUP-1, DUP-2 in DUP-105 v Statističnem biltenu 2011.

⁽³⁸⁾ Glej preglednici DUP-3 in DUP-105 v Statističnem biltenu 2011.

⁽³⁹⁾ Glej preglednico INF-117 v Statističnem biltenu 2011 in nacionalna poročila Reitox za Malto (2005) in Češko (2010).

ki zahtevajo večdisciplinaren pristop in specialistično zdravstveno oskrbo. Zaporniki so upravičeni do dostopa do zdravstvenih storitev, ki so sicer na voljo v državi, brez diskriminacije na podlagi njihovega pravnega položaja ⁽⁴⁰⁾, zaporniške zdravstvene službe pa so dolžne zagotavljati zdravljenje za težave v zvezi z uporabo drog v razmerah, ki so primerljive s tistimi zunaj zapora (CPT, 2006). Čeprav je to splošno načelo enakosti v Evropski uniji sprejeto v Priporočilu Sveta z dne 13. junija 2003 o preprečevanju in zmanjševanju zdravstvenega tveganja, povezanega z odvisnostjo od drog ⁽⁴¹⁾, in sedanji akcijski načrt EU za boj proti drogam vsebuje poziv k izvajanju tega načela, zagotavljanje storitev v zaporih pogosto zaostaja za zagotavljanjem storitev v skupnosti.

Pomoč uporabnikom drog v zaporu

V evropskih zaporih se lahko zagotavlja vrsta storitev v zvezi z uporabo drog in s tem povezanimi težavami. Te storitve vključujejo informacije o drogah in zdravju, zdravstveno oskrbo zaradi nalezljivih bolezni, razstrupljanje in zdravljenje odvisnosti od drog skupaj s psihosocialno pomočjo, ukrepe za zmanjševanje škode in priprave na izpustitev ⁽⁴²⁾.

Večina držav je za zagotavljanje zdravstvenega ozaveščanja in zdravljenja v zaporih ter neprekinjene oskrbe po izpustitvi vzpostavila medagencijska partnerstva med zaporniškimi zdravstvenimi službami in izvajalci

v skupnosti, vključno z nevladnimi organizacijami. Več evropskih držav je šlo še dlje: neenakosti na področju zdravja poskušajo zmanjšati tako, da so področje zdravja v zaporih prenesle pod pristojnost ministrstva za zdravje ali organizirale zagotavljanje zdravstvenega varstva v javnih zdravstvenih službah. Pionirki na tem področju sta bili Norveška in Francija, ki so jima sledile Švedska, Italija, Anglija in Wales ter Slovenija. Ta reforma se trenutno izvaja na Škotskem in v Španiji.

Nadomestno zdravljenje z opiodi je vse bolj sprejeto v skupnosti, v zaporih pa se uveljavlja počasi in stopnje pokritosti se močno razlikujejo ⁽⁴³⁾. Leta 2009 uporabniki drog po aretaciji niso mogli nadaljevati nadomestnega zdravljenja z opiodi v šestih državah EU (Estonija, Grčija, Ciper, Latvija, Litva, Slovaška). Zaradi velikega števila smrtnih primerov po izpustitvi, ki so posledica prevelikega odmerka, sta pomembna zlasti neprekinjenost in povezanost zdravljenja odvisnosti od drog v skupnosti in zaporu (Merrall idr., 2010).

Hepatitis C pri zaporniških populacijah je vse večja javnozdravstvena težava v Evropi, o posebnih programih presejalnih pregledov pa poročajo Belgija, Bolgarija, Francija, nekatere nemške zvezne države, Litva, Luksemburg, Madžarska in Finska. Kljub pomembnosti odkritja teh okužb ob prihodu v zapor (Sutton idr., 2006) in dokumentirani učinkovitosti zdravljenja HCV v zaporih (Tan idr., 2008) pa veliko zapornikov ni testiranih in se ne zdravi.

⁽⁴⁰⁾ Generalna skupščina Organizacije združenih narodov, Resolucija A/RES/45/111, Osnovna načela za ravnanje z zaporniki (na voljo na spletu).

⁽⁴¹⁾ UL L 165, 3.7.2003, str. 31.

⁽⁴²⁾ Glej preglednico HSR-7 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁴³⁾ Glej preglednico HSR-9 v Statističnem biltenu 2011.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Poglavje 3 Konoplja

Uvod

Konoplja je najširše dostopna prepovedana droga v Evropi, kamor se uvaža in kjer se tudi proizvaja. Uporaba konoplje se je v večini držav v devetdesetih letih prejšnjega in na začetku tega stoletja povečala. Evropa morda prehaja v novo fazo, saj podatki iz raziskav med splošnim prebivalstvom in šolsko mladino v številnih državah kažejo na ustalitev ali celo upadanje uporabe, vendar so v primerjavi s preteklimi standardi ravni še vedno visoke. V zadnjih nekaj letih se je izboljšalo tudi razumevanje posledic dolgotrajne in razširjene uporabe te droge za javno zdravje, višje pa so tudi ravni povpraševanja po zdravljenju zaradi težav, povezanih z njo. Ključno vprašanje v evropski razpravi o drogah zato ostaja, kaj je učinkovit odziv na uporabo konoplje.

Ponudba in razpoložljivost

Proizvodnja in trgovina

Konopljo je mogoče gojiti v zelo različnih okoljih, v naravi pa raste v številnih delih sveta. Ocenjuje se, da jo gojijo v 172 državah in ozemljih (UNODC, 2009). Težave

pri natančnem opredeljevanju svetovne proizvodnje so upoštevane v najnovejših ocenah urada UNODC, v skladu s katerimi je svetovna proizvodnja marihuane v letu 2008 znašala od 13 300 do 66 100 ton, svetovna proizvodnja hašiša pa od 2 200 do 9 900 ton.

Gojenje konoplje je v Evropi zelo razširjeno, in zdi se, da narašča. O domači proizvodnji konoplje poroča vseh 29 evropskih držav, ki sporočajo informacije centru, čeprav se zdi, da se obseg in značilnosti tega pojava zelo razlikujejo. Velik del konoplje, ki se porabi v Evropi, verjetno vseeno izvira iz trgovine med regijami. Mednarodni nadzorni svet za droge (2011b) je navedel, da konoplja, ki se uporablja v srednji in vzhodni Evropi, prihaja iz Albanije, Bolgarije, nekdanje jugoslovanske republike Makedonije, Moldavije, Črne gore, Srbije in Ukrajine.

Tudi marihuana se v Evropo uvaža, predvsem iz Afrike (npr. iz Gane, Južne Afrike, Egipta), manj pogosto pa iz obeh Amerik (predvsem s Karibov), z Bližnjega vzhoda (Libanona) in iz Azije (Tajske).

Nedavna raziskava kaže, da največji proizvajalec hašiša ni več Maroko, temveč je to postal Afganistan. Ocenjuje se, da znaša proizvodnja hašiša v Afganistanu

Preglednica 3: Zasegi, cena in moč marihuane in hašiša

	Hašiš	Marihuana	Rastline konoplje ⁽¹⁾
Svetovne zasežene količine	1 261 ton	6 022 ton	Ni podatka
Zasežene količine v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	584 ton (594 ton)	57 ton (99 ton)	1,4 milijona rastlin in 42 ton (1,4 milijona rastlin in 42 ton) ⁽²⁾
Število zasegov v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
Povprečna maloprodajna cena (EUR za gram)			
Razpon (interkvartilni razpon) ⁽³⁾	3–19 (6,8–10,2)	2–70 (6,3–10,9)	Ni podatka Ni podatka
Povprečna moč (vsebnost THC v %)			
Razpon (interkvartilni razpon) ⁽³⁾	3–17 (4,3–11,5)	1–15 (4,4–8,9)	Ni podatka Ni podatka

⁽¹⁾ Države poročajo o številu zaseženih rastlin ali o teži; navedene so skupne vrednosti obeh količin.

⁽²⁾ Skupna količina zaseženih rastlin konoplje za leto 2009 je verjetno podcenjena, predvsem zaradi pomanjkanja novejših podatkov za Nizozemsko, državo, ki je do leta 2007 poročala o razmeroma velikem številu zasegov. Ker podatkov za Nizozemsko za leti 2008 in 2009 ni, vrednosti za to državo ni mogoče vključiti v evropske ocene za leto 2009.

⁽³⁾ Razpon srednje polovice sporočenih podatkov.

Opomba: Vsi podatki so za leto 2009.

Viri: UNODC (2011) za svetovne vrednosti, nacionalne kontaktne točke Reitox za evropske podatke.

od 1 200 do 3 700 ton na leto (UNODC, 2011). Čeprav se nekaj hašiša, proizvedenega v Afganistanu, proda v Evropi, je Maroko verjetno še vedno glavni dobavitelj te droge za Evropo. Hašiš, proizveden v Maroku, se v Evropo običajno pretihotapi prek Pirenejskega polotoka, Nizozemska in Belgija pa imata vlogo sekundarnih centrov za distribucijo in skladiščenje (Europol, 2011).

Zasegi

Leta 2009 je bilo po vsem svetu po ocenah zaseženih 6 022 ton marihuane in 1 261 ton hašiša (preglednica 3), kar na splošno pomeni približno 11-odstotno zmanjšanje v primerjavi z letom prej. Največ marihuane je bilo še vedno zaseženo v Severni Ameriki (70 %), medtem ko je bilo največ hašiša še vedno zaseženega v zahodni in srednji Evropi (48 %) (UNODC, 2011).

Leta 2009 je bilo po ocenah v Evropi v 354 000 zasegih zaseženih približno 99 ton marihuane, od tega je Turčija zasegla več kot tretjino (42 ton), kar je rekordna količina. O rekordnih zasegih sta poročali tudi Grčija (7 ton) in Portugalska (5 ton) ⁽⁴⁴⁾. Skupno število zasegov se je med letoma 2004 in 2009 podvojilo, povečala se je tudi količina zasežene marihuane. Od leta 2005 se v Združenem kraljestvu opravi približno polovica vseh zasegov, v katerih je zaseženih vsaj 20 ton na leto.

Zasegi hašiša v Evropi so še naprej presegali zasege marihuane po številu in količini, čeprav se razlika zmanjšuje ⁽⁴⁵⁾. Leta 2009 je bilo opravljenih približno 405 000 zasegov hašiša, to je po ocenah 594 ton prestrežene droge, kar pomeni, da je količina zaseženega hašiša šestkrat večja od količine zasežene marihuane. Število zasegov hašiša se je med letoma 2004 in 2009 nenehno povečevalo, medtem ko se skupna zasežena količina z rekordnih 1 080 ton leta 2004 zmanjšuje. V letu 2009 je Španija podobno kot v drugih letih poročala o polovici vseh zasegov hašiša in približno treh četrtinah zasežene količine.

Število zasegov rastlin konoplje se je od leta 2004 povečalo in je leta 2009 po ocenah doseglo 25 100 primerov. Države zaseženo količino sporočijo kot oceno števila ali teže zaseženih rastlin. Število zaseženih rastlin v Evropi se je po poročilih povečalo z 1,7 milijona v letu 2004 na približno 2,5 milijona v obdobju 2005–2007 ⁽⁴⁶⁾. Razpoložljivi podatki morda kažejo na zmanjšanje na evropski ravni v letu 2008,

vendar iz sporočenega števila zaseženih rastlin konoplje ni mogoče razbrati sedanjih trendov zaradi pomanjkanja najnovejših podatkov iz Nizozemske, ki od nekdanj poročala o velikih količinah. Število zasegov, sporočenih v teži rastlin, se je od leta 2004 več kot potrojilo in leta 2009 je bilo zaseženih 42 ton, pri čemer o največjih količinah še vedno poročata Španija (29 ton) in Bolgarija (10 ton).

Moč in cena

Moč proizvodov iz konoplje se določi glede na vsebnost delta-9-tetrahidrokanabinola (THC), ki je glavna aktivna snov. Moč konoplje se med državami in znotraj držav, pa tudi med različnimi proizvodi iz konoplje in med genskimi sortami, zelo razlikuje. Informacije o moči temeljijo predvsem na forenzični analizi izbranih vzorcev zasežene konoplje. Ker ni jasno, koliko analizirani vzorci kažejo stanje na celotnem trgu, je treba podatke o moči razlagati previdno.

Povprečna vsebnost THC v hašišu je leta 2009 po poročanju znašala od 3 % do 17 %. Povprečna moč marihuane (vključno s sinsemillo – najmočnejšo vrsto marihuane) je bila od 1 % do 15 %. O povprečni moči sinsemille so poročale samo tri države: ta je bila 2-odstotna v Romuniji, 11-odstotna v Nemčiji in 15-odstotna na Nizozemskem. V obdobju 2004–2009 se je povprečna moč hašiša v 15 državah, ki so sporočile dovolj podatkov, razlikovala. Moč marihuane je ostala razmeroma ustaljena ali se je zmanjšala v desetih državah poročevalkah, povečala pa se je na Češkem, Estoniji, na Nizozemskem in Slovaškem. Večletni podatki o moči lokalno proizvedene marihuane so na voljo samo za Nizozemsko, v kateri je bilo ugotovljeno zmanjšanje povprečne moči t. i. nederwieta: z najvišje vrednosti 20 % leta 2004 na 15 % leta 2009 ⁽⁴⁷⁾.

Povprečna maloprodajna cena hašiša je leta 2009 v 18 državah, ki so predložile podatke, znašala od 3 EUR do 19 EUR za gram, pri čemer je 12 držav poročalo o cenah od 7 EUR do 10 EUR. Povprečna maloprodajna cena marihuane je znašala od 2 EUR do 70 EUR za gram v 20 državah, ki so predložile informacije, od tega jih je 12 poročalo o cenah od 5 EUR do 10 EUR. V obdobju 2004–2009 je povprečna maloprodajna cena hašiša in marihuane v večini od 18 držav, ki so predložile podatke, ostala nespremenjena ali se je povišala, razen v Latviji, na Madžarskem in Poljskem, kjer se je cena hašiša znižala.

⁽⁴⁴⁾ Podatki o zasegih drog v Evropi, navedeni v tem poglavju, so na voljo v preglednicah od SZR-1 do SZR-6 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁴⁵⁾ Zaradi razlik v velikosti pošiljk in prepotovanih razdalj ter potrebe po prečkanju mednarodnih meja je morda pri hašišu tveganje, da bo zasežen, večje kot pri marihuani domače proizvodnje.

⁽⁴⁶⁾ V analizo ni vključen zaseg 20,4 milijona rastlin v letu 2004, o katerem je poročala Turčija, ker niso na voljo podatki o zaseženih količinah za naslednja leta.

⁽⁴⁷⁾ Za podatke o moči in cenah glej preglednici PPP-1 in PPP-5 v Statističnem biltenu 2011. Za opredelitve proizvodov iz konoplje glej spletni glosar.

Razširjenost in vzorci uporabe

Uporaba konoplje med prebivalstvom

Po previdnih ocenah naj bi konopljo vsaj enkrat v življenju (razširjenost uporabe kadar koli v življenju) uporabilo približno 78 milijonov Evropejcev, kar je več kot petina oseb, starih od 15 do 64 let (za povzetek podatkov glej preglednico 4). Med državami so precejšnje razlike, pri čemer se nacionalni deleži razširjenosti gibljejo od 1,5 % do 32,5 %. Ocene razširjenosti za večino držav znašajo od 10 % do 30 % vseh odraslih.

Ocenjuje se, da je v zadnjem letu konopljo uporabilo približno 22,5 milijona Evropejcev, oziroma povprečno

6,7 % vseh oseb, starih od 15 do 64 let. V ocene razširjenosti v zadnjem mesecu so vključene osebe, ki to drogo pogosteje uporabljajo, čeprav ne nujno vsak dan ali intenzivno. Ocenjuje se, da je v zadnjem mesecu to drogo uporabilo približno 12 milijonov Evropejcev, oziroma povprečno približno 3,6 % vseh oseb, starih od 15 do 64 let.

Uporaba konoplje med mlajšimi odraslimi

Uporaba konoplje je razširjena predvsem med mladimi (15–34 let), o najvišjih ravneh uporabe v zadnjem letu pa se na splošno poroča pri osebah, starih od 15 do 24 let. To velja za skoraj vse države poročevalke, razen za Ciper in Portugalsko ⁽⁴⁸⁾.

Preglednica 4: Razširjenost uporabe konoplje med splošnim prebivalstvom – povzetek podatkov

Starostna skupina	Časovni okvir uporabe		
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto	Zadnji mesec
15–64 let			
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	78 milijonov	22,5 milijona	12 milijonov
Evropsko povprečje	23,2 %	6,7 %	3,6 %
Razpon	1,5–32,5 %	0,4–14,3 %	0,1–7,6 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (1,5 %) Malta (3,5 %) Bolgarija (7,3 %) Madžarska (8,5 %)	Romunija (0,4 %) Malta (0,8 %) Grčija (1,7 %) Madžarska (2,3 %)	Romunija (0,1 %) Malta (0,5 %) Grčija, Poljska (0,9 %) Švedska (1,0 %)
Države z največjo razširjenostjo	Danska (32,5 %) Španija (32,1 %) Italija (32,0 %) Francija, Združeno kraljestvo (30,6 %)	Italija (14,3 %) Češka (11,1 %) Španija (10,6 %) Francija (8,6 %)	Španija (7,6 %) Italija (6,9 %) Francija (4,8 %) Češka (4,1 %)
15–34 let			
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	42 milijonov	16 milijonov	9 milijonov
Evropsko povprečje	32,0 %	12,1 %	6,6 %
Razpon	2,9–45,5 %	0,9–21,6 %	0,3–14,1 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (2,9 %) Malta (4,8 %) Grčija (10,8 %) Bolgarija (14,3 %)	Romunija (0,9 %) Malta (1,9 %) Grčija (3,2 %) Poljska (5,3 %)	Romunija (0,3 %) Grčija (1,5 %) Poljska (1,9 %) Švedska, Norveška (2,1 %)
Države z največjo razširjenostjo	Češka (45,5 %) Danska (44,5 %) Francija (43,6 %) Španija (42,4 %)	Češka (21,6 %) Italija (20,3 %) Španija (19,4 %) Francija (16,7 %)	Španija (14,1 %) Italija (9,9 %) Francija (9,8 %) Češka (8,6 %)
15–24 let			
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	19 milijonov	9,5 milijona	5 milijonov
Evropsko povprečje	30,0 %	15,2 %	8,0 %
Razpon	3,7–53,8 %	1,5–29,5 %	0,5–17,2 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (3,7 %) Malta (4,9 %) Grčija (9,0 %) Ciper (14,4 %)	Romunija (1,5 %) Grčija (3,6 %) Portugalska (6,6 %) Slovenija, Švedska (7,3 %)	Romunija (0,5 %) Grčija (1,2 %) Švedska (2,2 %) Norveška (2,3 %)
Države z največjo razširjenostjo	Češka (53,8 %) Francija (42,0 %) Španija (39,1 %) Danska (38,0 %)	Češka (29,5 %) Španija (23,9 %) Italija (22,3 %) Francija (21,7 %)	Španija (17,2 %) Francija (12,7 %) Češka (11,6 %) Italija (11,0 %)

Ocene razširjenosti v Evropi so izračunane iz ocen nacionalnih razširjenosti, tehtanih glede na populacijo ustrezne starostne skupine v vsaki državi. Ocene o splošnem številu uporabnikov v Evropi so bile pridobljene tako, da je bilo za države, v katerih ni podatkov o razširjenosti (manj kot 3 % ciljne populacije), uporabljeno povprečje EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64, 336 milijonov; 15–34, 132 milijonov; 15–24, 63 milijonov. Ker ocene za Evropo temeljijo na raziskavah, opravljenih med letom 2001 in obdobjem 2009–2010 (predvsem med letoma 2004 in 2008), se ne nanašajo na eno samo leto. Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltenu 2011 pod naslovom „Raziskave med splošnim prebivalstvom“.

⁽⁴⁸⁾ Glej prikaz GPS-1 v Statističnem biltenu 2011.

Podatki iz raziskav med prebivalstvom kažejo, da je v povprečju 32 % mlajših odraslih Evropejcev (15–34 let) že kdaj v življenju poskusilo konopljo, 12,1 % jih je konopljo uporabilo v zadnjem letu, 6,6 % pa v zadnjem mesecu. Ocenjuje se, da je še večji delež Evropejcev, starih od 15 do 24 let, uporabil konopljo v zadnjem letu (15,2 %) ali zadnjem mesecu (8,0 %). Ocene nacionalne razširjenosti uporabe konoplje se med državami zelo razlikujejo po vseh merilih razširjenosti. Ocene razširjenosti uporabe v zadnjem letu med mladimi odraslimi v državah na zgornjem delu lestvice so na primer več kot dvajsetkrat večje kot v državah z najmanjšo razširjenostjo.

Uporaba konoplje je na splošno bolj razširjena med moškimi, pri čemer razmerje med mladimi odraslimi moškimi in ženskami, ki so poročali o uporabi konoplje v zadnjem letu, znaša od nekaj več kot 6 : 1 na Portugalskem do skoraj enakovrednih ravni uporabe na Norveškem ⁽⁴⁹⁾.

Mednarodne primerjave

Po podatkih iz Avstralije, Kanade in Združenih držav Amerike o uporabi konoplje kadar koli v življenju in v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi, so deleži povsod višji od evropskih povprečij, ki znašata 32,0 % oziroma 12,1 %. V Kanadi je bila na primer v letu 2009 med mlajšimi odraslimi razširjenost uporabe konoplje kadar koli v življenju 48,4-odstotna, v zadnjem letu pa 21,6-odstotna. V Združenih državah Amerike je uprava SAMHSA (2010) ocenila, da je razširjenost uporabe konoplje kadar koli v življenju 51,6-odstotna (16–34 let, preračunal center), razširjenost v zadnjem letu pa 24,1-odstotna, medtem ko sta v Avstraliji v letu 2007 ta deleža za starostno skupino od 14 do 39 let znašala 46,7 % in 16,2 %. V zvezi s 15- in 16-letnimi dijaki le malo evropskih držav (Češka, Španija, Francija in Slovaška) poroča o stopnjah razširjenosti uporabe konoplje kadar koli v življenju, ki so primerljive s stopnjami, o katerih poročajo Avstralija in Združene države Amerike.

Uporaba konoplje med šolsko mladino

Raziskava ESPAD, ki se opravi vsaka štiri leta, zagotavlja primerljive podatke o uživanju alkohola in uporabi drog med šolsko mladino, staro 15 in 16 let, v Evropi (Hibell idr., 2009). Leta 2007 je bila raziskava izvedena v 25 državah članicah EU ter na Norveškem in Hrvaškem. Poleg tega so bile v obdobju 2009–2010 v Italiji, na Slovaškem, Švedskem in v Združenem kraljestvu opravljene nacionalne raziskave med šolsko mladino.

Podatki iz raziskave ESPAD iz leta 2007 in iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino iz obdobja 2009–2010

kažejo, da je razširjenost uporabe konoplje kadar koli v življenju med 15- in 16-letnimi dijaki največja na Češkem (45 %), Estoniji, Španiji, Franciji, Nizozemska, Slovaška in Združeno kraljestvo (Anglija) pa poročajo o stopnjah razširjenosti od 26 % do 33 %. Petnajst držav poroča, da znaša razširjenost uporabe konoplje kadar koli v življenju od 13 % do 25 %. Podatki o najnižjih stopnjah (manj kot 10 %) pa prihajajo iz Grčije, s Cipra, iz Romunije, Finske, Švedske in Norveške.

Razlika med spoloma pri uporabi konoplje je med šolsko mladino manj očitna kot med mlajšimi odraslimi. Razmerje med moškimi in ženskami pri uporabi konoplje med šolsko mladino se giblje od skoraj enakovredne uporabe v Španiji in Združenem kraljestvu do razmerja 2 : 1 ali več na Cipru, v Grčiji, na Poljskem in v Romuniji ⁽⁵⁰⁾.

Trendi uporabe konoplje

V poznih devetdesetih letih prejšnjega in na začetku tega stoletja so številne evropske države v raziskavah med splošnim prebivalstvom in raziskavah med šolsko mladino poročale o povečanju uporabe konoplje. Položaj v Evropi je od takrat postal bolj zapleten. Številne države poročajo o umirjanju ali celo zmanjševanju uporabe konoplje, pri čemer se v nekaj državah (Bolgarija, Estonija, Finska, Švedska) uporaba konoplje morda povečuje. Medtem ko so skoraj vse evropske države v zadnjih letih opravile raziskave med splošnim prebivalstvom, je le šestnajst držav predložilo zadostne podatke za analizo trendov uporabe konoplje v daljšem časovnem obdobju.

Trende v teh šestnajstih državah je mogoče združiti glede na raven razširjenosti (prikaz 5). Prvič, skupina šestih držav (Bolgarija, Grčija, Madžarska, Finska, Švedska, Norveška) iz pretežno severne in jugovzhodne Evrope vedno poroča o nizkih ravneh razširjenosti uporabe konoplje v zadnjem letu pri osebah, starih od 15 do 34 let, pri čemer te ravni ne presegajo 10 %. Drugič, skupina petih držav (Danska, Nemčija, Estonija, Nizozemska, Slovaška) iz različnih delov Evrope poroča o višjih ravneh razširjenosti, ki pa v zadnji raziskavi niso bile več kot 15-odstotne. Vse države iz te skupine, razen Nizozemske, so poročale o precejšnjih povečanjih uporabe konoplje v devetdesetih letih prejšnjega in na začetku tega stoletja. Poleg tega so države iz te skupine, razen Estonije, poročale o vse bolj ustaljenem trendu v naslednjem desetletju. Končno, tretja skupina zajema pet držav, ki so v zadnjih desetih letih dosegle najvišje ravni uporabe konoplje v Evropi, pri čemer je uporaba med mlajšimi odraslimi v zadnjem letu v tej regiji znašala 20 % ali več. To so države na jugu in zahodu Evrope (Francija, Španija, Italija, Združeno kraljestvo) ter Češka. Trendi v tej skupini se lahko razlikujejo. Medtem

⁽⁴⁹⁾ Glej preglednico GPS-5 (del iii) in (del iv) v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁵⁰⁾ Glej preglednico EYE-20 (del ii) in (del iii) v Statističnem biltenu 2011.

ko sta Združeno kraljestvo in – nekoliko manj – Francija v najnovejših raziskavah poročala o zmanjševanju uporabe, pa Španija od leta 2003 poroča o razmeroma ustaljenem položaju. Vse tri države so v devetdesetih letih prejšnjega stoletja poročale o povečevanju uporabe konoplje. Italija in Češka sta poročali o povečevanju, ki mu v zadnjih letih sledi zmanjševanje. Zaradi razlik v raziskovalnih metodah in stopnjah odzivnosti pa še ni mogoče potrditi najnovejših trendov v teh dveh državah.

Omembe vreden je zlasti primer Združenega kraljestva, v katerem se raziskave opravljajo letno. Potem ko so bile od začetka novega tisočletja ravni uporabe konoplje v tej državi najvišje v Evropi, je leta 2010 razširjenost uporabe konoplje v zadnjem letu prvič od začetka spremljanja na ravni EU padla pod povprečje EU.

Evidentirana ustalitev ali zmanjšanje uporabe konoplje se nanaša na uporabo v zadnjem letu, ki vključuje rekreativne vzorce uporabe. Vendar ni jasno, ali se je ustalila tudi raven intenzivne in dolgotrajne uporabe.

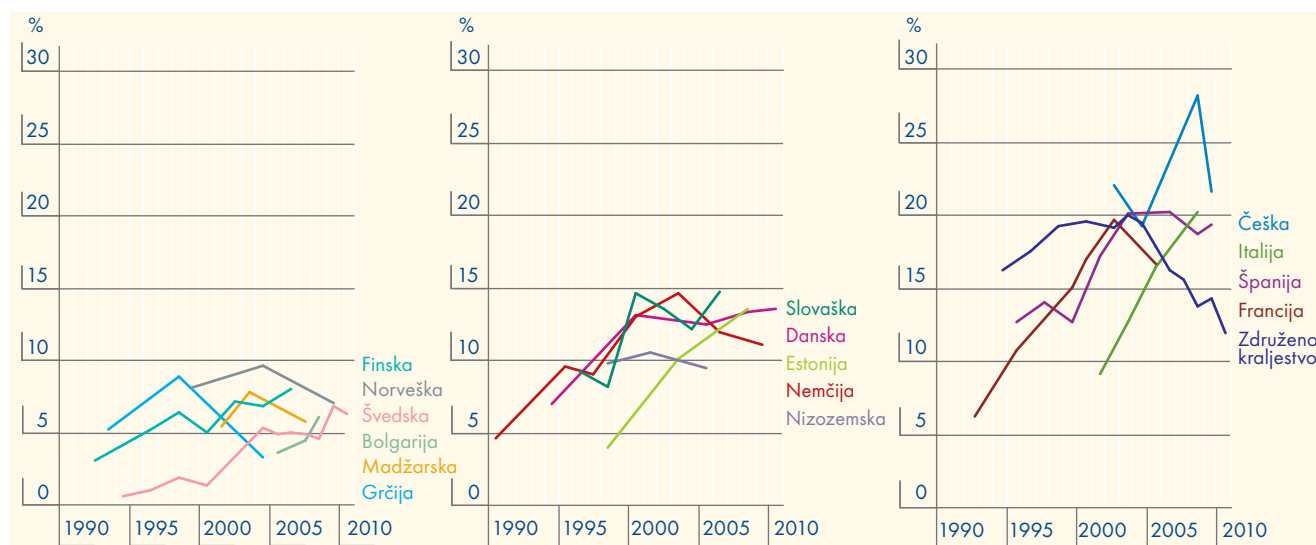
V Evropi je bilo med letoma 1995 in 2007 mogoče opaziti podobne vzorce časovnih trendov uporabe konoplje med šolsko mladino (EMCDDA, 2009a). Sedem držav, predvsem iz severne in južne Evrope, je na splošno poročalo o ustaljeni in majhni razširjenosti uporabe konoplje kadar koli v življenju v celotnem obdobju. Za večino zahodnoevropskih držav ter Slovenijo in Hrvaško (11 držav), v katerih je bila do leta 2003 razširjenost uporabe konoplje kadar koli v življenju velika ali je močno naraščala, je bilo leta 2007 značilno zmanjšanje ali ustalitev. V večini srednje- in vzhodnoevropskih držav se

zdi, da se povečevanje iz obdobja 1995–2003 umirja. Šest držav iz te regije poroča o nespremenjenem stanju, dve pa o povečanju med letoma 2003 in 2007.

Tudi novi podatki iz zadnjih raziskav HBSC (Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju), opravljenih med šolsko mladino, v večini držav v obdobju 2006–2010 razkrivajo ustaljen trend ali zmanjševanje uporabe drog med dijaki (starimi 15 in 16 let). Kot pri trendu med odraslimi se je v Angliji tudi razširjenost uporabe konoplje kadar koli v življenju med šolsko mladino prepolovila s 40 % v letu 2002 na 22 % v letu 2010. Tudi v Nemčiji se je razširjenost uporabe konoplje kadar koli v življenju za polovico zmanjšala, in sicer s 24 % v letu 2002 na 11 % v letu 2010. Vendar so bila od leta 2006 evidentirana povečanja na Češkem, v Grčiji, Latviji, Litvi, Romuniji in Sloveniji.

Tudi podatki o dolgoročnih trendih iz raziskav med šolsko mladino v Avstraliji in Združenih držav Amerike kažejo na zmanjševanje uporabe konoplje do leta 2009⁽⁵¹⁾. Vendar najnovejša ameriška raziskava med šolsko mladino, opravljena leta 2010, kaže na mogoče ponovno povečanje uporabe konoplje, pri čemer dijaki poročajo o večji razširjenosti uporabe konoplje v zadnjem letu in nižjih ravneh odklonilnega odnosa do te droge (Johnston idr., 2010). V raziskavi iz leta 2010 so 15- in 16-letni ameriški dijaki v zvezi z nekaterimi merili poročali o višjih ravneh uporabe konoplje v primerjavi z ravnimi kajenja cigaret: 16,7 % jih je v zadnjem mesecu uporabilo konopljo, medtem ko jih je kadilo cigarete le 13,6 % (Johnston idr., 2010).

Prikaz 5: Trendi razširjenosti uporabe konoplje v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 let) v državah, v katerih so bile opravljene tri raziskave ali več, ki so razvrščene v skupine glede na najvišjo stopnjo razširjenosti (pod 10 %, od 10 % do 15 %, nad 15 %)



Opomba: Na Češkem proučujemo vzroke za tolikšno raznolikost rezultatov študije, kar se zdi delno povezano s spremembo metodologije. Podatki so informativni, pri primerjavah pa je potrebna previdnost. Za več informacij glej prikaz GPS-4 v Statističnem biltenu 2011.

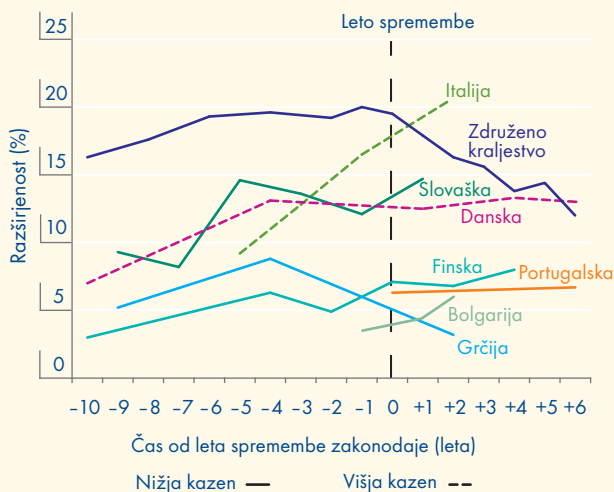
Viri: Nacionalna poročila Reitox (2010), pripravljena na podlagi raziskav med prebivalstvom, poročil ali znanstvenih prispevkov.

⁽⁵¹⁾ Glej prikaz EYE-2 (del vi) v Statističnem biltenu 2011.

Iskanje povezave med kaznimi in uporabo konoplje

V zadnjih desetih letih je več evropskih držav spremenilo zakone o drogah v zvezi s konopljo in v številnih so na voljo ocene razširjenosti za uporabo te droge pred spremembo zakonodaje in po njej. S preprosto primerjavo teh podatkov pred spremembo in po njej je mogoče preveriti, ali se je v letih po spremembi zakonov razširjenost občutno spremenila. Ker je uporaba konoplje najbolj razširjena med mlajšimi starostnimi skupinami, je bila analiza opravljena na podlagi podatkov o razširjenosti za osebe, stare od 15 do 34 let. V grafu je razširjenost uporabe konoplje v zadnjem letu prikazana glede na čas, pri čemer vrednost nič na vodoravnici pomeni leto spremembe zakonodaje. Zaradi razlik med državami glede leta, v katerem so spremenile svojo zakonodajo, in obsega podatkov iz raziskav, krivulje trendov zajemajo različna obdobja.

Države, ki so povišale kazni za posedovanje konoplje, so na grafu predstavljene s prekinjenimi črtami, tiste, ki so kazni znižale, pa s polnimi črtami. V skladu s poenostavljeno hipotezo o pravnem učinku naj bi sprememba zakonodaje povzročila spremembe razširjenosti, pri čemer bi višje kazni povzročile zmanjšanje uporabe droge, nižje kazni pa njeno povečanje. Tako naj bi se po spremembi krivulje iz prekinjenih črt začele spuščati, tiste iz polnih črt pa dvigovati. Vendar v tem desetletnem obdobju v zadevnih državah ni mogoče opaziti nobene enostavne zveze med spremembami zakonodaje in razširjenostjo uporabe konoplje.



Opomba: Spremembe zakonodaje so bile sprejete v obdobju 2001–2006; glej poglavje 1 in pregled tem v zvezi s posedovanjem v zbirki ELDD.

Položaj je drugačen med šolsko mladino v Evropi, kjer ravni kajenja cigaret v zadnjem mesecu ostajajo precej višje od ravni uporabe konoplje. V raziskavah med šolsko mladino ESPAD, ki so bile v obdobju 2003–2007 opravljene v 23 državah EU, se je poročalo o splošnem zmanjšanju kajenja cigaret v zadnjem mesecu (s 33 % na 28 %) in

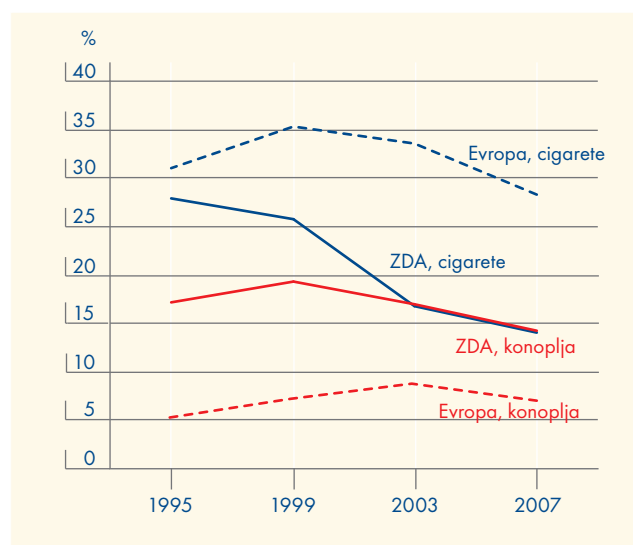
zmanjšanju ali vsaj ustalitvi uporabe konoplje (z 9 % na 7 %) (prikaz 6). V Evropi, kjer se konoplja pogosto kadi v kombinaciji s tobakom, lahko znižanja ravni kajenja tobaka vplivajo na trende uporabe konoplje.

Vzorci uporabe konoplje

Razpoložljivi podatki kažejo na več vzorcev uporabe konoplje, od eksperimentalne uporabe do odvisnosti. Veliko posameznikov preneha uporabljati konopljo, potem ko jo uporabijo enkrat ali dvakrat, drugi pa jo uporabljajo občasno ali v omejenem časovnem obdobju. Sedemdeset odstotkov oseb, starih od 15 do 64 let, ki so kadar koli uporabile konopljo, je to storilo v zadnjem letu⁽⁵²⁾. Od tistih, ki so drogo uporabile v zadnjem letu, jih je povprečno skoraj polovica to storila tudi v zadnjem mesecu, kar morda kaže na bolj redno uživanje. Ti deleži pa se precej razlikujejo po državah in spolu.

Uporaba konoplje je zelo razširjena zlasti med nekaterimi skupinami mladih, na primer tistimi, ki pogosto obiskujejo nočne klube, lokale in glasbene dogodke. V ciljnih raziskavah, ki so bile pred kratkim opravljene na prizoriščih, na katerih se predvaja elektronska plesna glasba, v Belgiji, na Češkem, Nizozemskem, v Litvi in Združenem kraljestvu, so bile ugotovljene ravni razširjenosti, ki so veliko višje od evropskega povprečja med mlajšimi odraslimi. Uporaba konoplje se pogosto povezuje tudi s čezmernim uživanjem alkohola: mlajši odrasli (stari od 15 do 34 let), ki pogosto

Prikaz 6: Trendi razširjenosti uporabe konoplje in kajenja cigaret v zadnjem mesecu med 15- in 16-letnimi dijaki v 17 evropskih državah in Združenih državah Amerike



Opomba: Povprečje za Evropo (netehtano) je izdelano na podlagi podatkov za 15- in 16-letne dijake v 15 državah EU ter na Hrvaškem in Norveškem. Povprečje za dijake v ZDA je izračunano iz vzorca približno 16 000 učencev 10. razreda (starih 15 in 16 let).

Viri: Hibell idr. (2009), Johnston idr. (2010).

(52) Glej prikaz GPS-2 v Statističnem biltenu 2011.

ali čezmerno uživajo alkohol, so na splošno od dva- do šestkrat pogosteje poročali o uporabi konoplje v primerjavi s splošnim prebivalstvom.

Vrste proizvodov iz konoplje in načini njihove uporabe imajo različna povezana tveganja. Pri vzorcih uporabe konoplje, pri katerih se uporabljajo veliki odmerki, je lahko večje tveganje, da bo uporabnik postal odvisen ali imel druge težave (Chabrol idr., 2003; Swift idr., 1998). Primeri teh praks vključujejo uporabo konoplje z zelo visoko vsebnostjo THC ali velike količine konoplje in kajenje vodne pipe („bonga“).

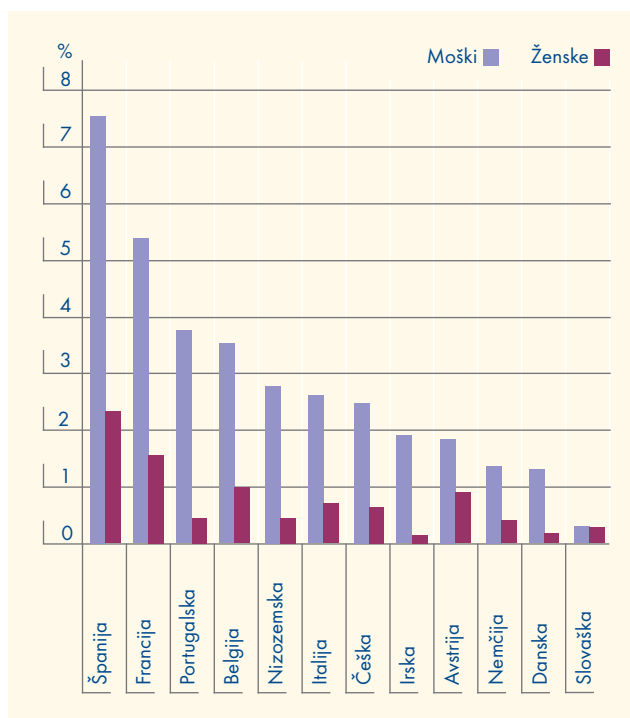
Raziskave med splošnim prebivalstvom le redko razlikujejo med različnimi vrstami konoplje, ki se uporabljajo. Vendar so bila leta 2009 v raziskavi med splošnim prebivalstvom v Združenem kraljestvu uvedena nova vprašanja za opredelitev razširjenosti uporabe marihuane, vključno s „skunkom“ (ulično ime za marihuano z na splošno močnim učinkom). V britanskem pregledu kaznivih dejanj (British Crime Survey) za obdobje 2009–2010 je bilo ocenjeno, da je približno 12,3 % odraslih že uporabilo konopljo, za katero so menili, da je „skunk“. Medtem ko o uporabi marihuane (50 %) in hašiša (49 %) kadar koli v življenju poročata podobna deleža uporabnikov konoplje, pa je pri tistih, ki so drogo uporabili v zadnjem letu, večja verjetnost, da je bila to marihuana (71 %), kot hašiš (38 %) (Hoare in Moon, 2010). Čeprav teh ocen ni mogoče posplošiti na druge populacije v Evropi, pa ugotovitve ponazarjajo nekatere spremembe uporabe konoplje v času.

Podatki iz vzorca 14 evropskih držav, v katerih živi 65 % odraslega prebivalstva Evropske unije in Norveške, kažejo, da je skoraj polovica oseb, ki so uporabile konopljo v zadnjem mesecu, to storila v enem do treh dneh, približno tretjina v od 4 do 19 dneh, četrtina pa v najmanj 20 dneh ali več v tem mesecu. V večini od teh 14 držav je večja verjetnost, da ženske konopljo uporabljajo občasno, večina dnevnih ali skoraj dnevnih uporabnikov konoplje pa je moških (prikaz 7). Na podlagi teh števil se zdi, da je pri moških uporabnikih v številnih državah posebno tveganje, da postanejo pogosti uporabniki, kar je treba upoštevati pri oblikovanju dejavnosti preprečevanja.

Novi podatki o uporabi drog med najstniki kažejo, da je dnevna uporaba konoplje vse večja težava tudi v Združenih državah Amerike. Razširjenost dnevne uporabe konoplje se je močno povečala, in sicer na 6 % med 17- in 18-letnimi dijaki v letu 2010 (Johnston idr., 2010).

Odvisnost se vse bolj priznava za mogočo posledico redne uporabe konoplje, celo med mladimi uporabniki, število oseb, ki zaradi uporabe konoplje iščejo pomoč, pa v nekaterih evropskih državah narašča (glej spodaj). Poroča se, da je polovica odvisnih uporabnikov konoplje,

Prikaz 7: Razširjenost dnevne ali skoraj dnevne uporabe konoplje med mlajšimi odraslimi (od 15 do 34 let) po spolu



Opomba: Osebe, ki so navedle, da so uporabljale konopljo 20 ali več dni v 30 dneh pred razgovorom, so v besedilu navedene kot „vsakodnevni ali skoraj vsakodnevni uporabniki“. Več informacij je na voljo v preglednici GPS-10 (del iv) v Statističnem biltenu 2011.

Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

ki so z uporabo te droge prenehali, to lahko storila brez zdravljenja (Cunningham, 2000). Pri nekaterih uporabnikih – zlasti čezmernih – pa se lahko pojavijo težave, ne da bi pri tem nujno izpolnjevali klinična merila odvisnosti.

Povpraševanje po zdravljenju

Leta 2009 je bila konoplja primarna droga pri približno 98 000 oseb, ki so se začele zdraviti, v 26 državah (23 % vseh), kar pomeni, da je po poročanju druga najpogostejša droga za heroinom. Konoplja je bila tudi druga najpogostejša sekundarna droga, o kateri je poročalo približno 93 000 uporabnikov storitev zdravljenja zaradi drog (28 %). Od oseb, ki se začnejo zdraviti, je primarnih uporabnikov konoplje več kot 30 % v Belgiji, na Danskem, v Nemčiji, Franciji, na Madžarskem, Nizozemskem in Poljskem, manj kot 10 % pa v Bolgariji, Estoniji, Grčiji, Litvi, na Malti, v Romuniji in Sloveniji⁽⁵³⁾.

Razlike v razširjenosti uporabe konoplje in s tem povezanih težav niso edini dejavniki, ki pojasnjujejo razlike v ravneh zdravljenja odvisnosti med državami. Pomembni so tudi drugi dejavniki, kot so prakse glede napotitev ter raven in vrsta zagotavljanja zdravljenja. To dobro ponazarjajo primeri v Franciji in na Madžarskem, ki poročata o velikem

⁽⁵³⁾ Glej prikaz TDI-2 (del ii) ter preglednici TDI-5 (del ii) in TDI-22 (del i) v Statističnem biltenu 2011.

deležu uporabnikov konoplje, ki se začnejo zdraviti. Francija ima sistem svetovalnih centrov, ki so osredotočeni na mlade uporabnike drog⁽⁵⁴⁾. Številke za Madžarsko so višje, ker se tam kršiteljem zakonov v zvezi s konopljo zdravljenje odvisnosti ponuja kot alternativa kazni.

Z vidika trendov v zadnjem desetletju vse države od 21 držav, za katere so na voljo podatki, razen Bolgarije, poročajo o povečanju deleža uporabnikov, ki so se zaradi uporabe konoplje začeli zdraviti prvič v življenju. V 18 državah, za katere so na voljo podatki, se je število primarnih uporabnikov konoplje med tistimi, ki se začnejo zdraviti prvič v življenju, v obdobju 2004–2009 povečalo za približno 40 % s 27 000 na 38 000⁽⁵⁵⁾. Najnovejše številke (za obdobje 2008–2009) kažejo na nadaljevanje trenda rasti v večini držav poročevalk.

Profil uporabnikov storitev zdravljenja

Uporabniki storitev zdravljenja zaradi uporabe konoplje se zdravijo predvsem izvenbolnišnično in so po poročanju ena od najmlajših skupin uporabnikov, ki se začnejo zdraviti, saj je njihova povprečna starost 25 let. Mladi, ki navajajo konopljo kot primarno drogo, pomenijo 74 % evidentiranih oseb, ki so se začele zdraviti, starih od 15 do 19 let, in 86 % oseb, mlajših od 15 let. Med vsemi uporabniki drog je tu razmerje med moškimi in ženskami najvišje (približno pet moških na eno žensko). Na splošno 49 % primarnih uporabnikov konoplje drogo uporablja vsak dan, približno 18 % jo uporablja od dvakrat do šestkrat na teden, 12 % tedensko ali manj pogosto, 22 % pa jih je občasnih uporabnikov, od tega so jo nekateri uporabili v mesecu pred začetkom zdravljenja. Ti deleži se po državah razlikujejo⁽⁵⁶⁾.

Zdravljenje

Zagotavljanje zdravljenja

Zdravljenje zaradi odvisnosti od konoplje v Evropi zajema veliko ukrepov, vključno s spletnim zdravljenjem, svetovanjem, strukturiranimi psihosocialnimi ukrepi in zdravljenjem v bolnišničnem okolju. Na tem področju se pogosto prekrivajo selektivno in indicirano preprečevanje ter ukrepi zdravljenja (glej poglavje 2).

Zdravljenje odvisnosti od konoplje se v glavnem zagotavlja v specialističnih izvenbolnišničnih ustanovah, storitve, ki so še zlasti namenjene reševanju težav, povezanih s konopljo, pa so zdaj na voljo v več kot polovici držav

Škodljivi učinki uporabe konoplje na zdravje

Na splošno velja, da je individualno tveganje za zdravje, povezano z uporabo konoplje, manjše od tveganja, povezanega z drogami, kot sta heroin ali kokain. Ker pa je uporaba konoplje zelo razširjena, je lahko njen vpliv na javno zdravje precejšen.

V zvezi z uporabo konoplje je bila ugotovljena vrsta akutnih in kroničnih zdravstvenih težav. Med akutnimi škodljivimi učinki so tako anksioznost, panične reakcije in psihotični simptomi, o katerih morda pogosteje poročajo uporabniki, ki to drogo poskusijo prvič. Uporaba konoplje lahko tudi poveča tveganje za vpletenost v prometno nesrečo.

Dokumentirani kronični učinki, povezani z uporabo konoplje, pa vključujejo odvisnost in številne bolezni dihal. Učinek uporabe konoplje na kognitivne sposobnosti še vedno ni jasen. Redna uporaba konoplje v najstniških letih lahko negativno vpliva na duševno zdravje mlajših odraslih; na voljo so dokazi o povečanem tveganju za psihotične simptome in motnje, ki se povečuje s pogostostjo uporabe (EMCDDA, 2008a, 2008b; Hall in Degenhardt, 2009; Moore idr., 2007).

članic. Po vsej Franciji je bilo na primer ustanovljenih več kot 300 mladinskih svetovalnih centrov, prilagojenih predvsem potrebam mladih uporabnikov, ki imajo težave s konopljo. V Nemčiji je 161 svetovalnih centrov poleg več posebnih programov v zvezi s konopljo sprejelo program „Uresničiti zastavljene cilje“, v skladu s katerim si morajo uporabniki storitev zdravljenja določiti cilje za nadzor uporabe in v katerem so obravnavani individualni ter okoljski dejavniki, povezani z njihovo uporabo konoplje. Ta ukrep se izvaja v obliki petih srečanj v desetih tednih in zajame do 1 400 uporabnikov konoplje na leto. Na Madžarskem je velika večina (80 %) uporabnikov konoplje deležna preventivno-svetovalnih storitev, ki jih zagotavljajo pooblaščen organizacije.

Pri razvoju programov v zvezi s konopljo sta bili še posebno dejavni Nemčija in Nizozemska. Težave zaradi konoplje se pogosto povezujejo s težavami zaradi uporabe drugih snovi ali psihosocialnimi težavami, kar se odraža v vrstah programov, ki so na voljo uporabnikom konoplje. Amsterdamski zdravstveni center je na primer oblikoval družinski motivacijski ukrep za mlade uporabnike konoplje s shizofrenijo in njihove starše (nacionalno poročilo nizozemske kontaktne točke Reitox, 2009). V zvezi s tem ukrepom so bili v neki nadzorovani študiji z naključnim

⁽⁵⁴⁾ Poleg tega se številni uporabniki opioidov v Franciji zdravijo pri splošnih zdravnikih in niso zajeti v poročila za namene kazalnika povpraševanja po zdravljenju, zato so deleži uporabnikov drugih drog večji, kot v resnici.

⁽⁵⁵⁾ Glej prikaz TDI-1 (del i) in (del ii) v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁵⁶⁾ Glej preglednice TDI-10 (del ii) in (del iii), TDI-11 (del i), TDI-18 (del ii), TDI-21 (del ii), TDI-24, TDI-103 (del vii) in TDI-111 (del viii) v Statističnem biltenu 2011.

vzorcem ugotovljeni pozitivni rezultati. Mladi, ki so sodelovali v študiji, so po treh mesecih poročali o manjši uporabi konoplje in zmanjšani želji po njej, starši pa so poročali o manjšem stresu in boljšem počutju. Primeri, ki vključujejo hkratno uporabo konoplje in psihiatrične težave, kot sta psihoza ali depresija, zahtevajo celostne pristope, o katerih se dogovorijo izvajalci specializiranega zdravljenja in centri za duševno zdravje. V praksi pa zdravljenje dvojnih diagnoz pogosto še vedno poteka zaporedno in še vedno je težko vzpostaviti sodelovanje med izvajalci zdravstvene oskrbe.

Rezultati nedavne nemške študije napovedujejo, da bo v prihodnjih letih vse več uporabnikov povpraševalo po zdravljenju zaradi težav zaradi konoplje, zlasti moških najstnikov in mlajših odraslih. Zdajšnje ocene deleža uporabnikov drog, ki jih dosežejo ustanove za zdravljenje odvisnosti od drog v Nemčiji, kažejo, da je doseženih le od 4 % do 8 % uporabnikov konoplje, za katere se ocenjuje, da potrebujejo zdravljenje, čeprav specializirane službe za zdravljenje odvisnosti lahko dosežejo od 45 % do 60 % uporabnikov, ki so odvisni od opioidov. V nekaterih primerih lahko spletni ukrepi, ki so trenutno na voljo v treh državah članicah, zagotovijo dodatne možnosti zdravljenja uporabnikom konoplje, ki iščejo pomoč, vendar se ne želijo obrniti na tradicionalne službe za zdravljenje odvisnosti.

Novije študije o zdravljenju uporabnikov konoplje

Študije o ocenjevanju učinkovitosti zdravljenja odvisnosti od konoplje so v primerjavi s podobnimi študijami za druge prepovedane droge še vedno redke, čeprav se povpraševanje po tovrstnem zdravljenju povečuje. V Evropi je vseeno vse več raziskav, saj trenutno potekajo študije v Nemčiji, na Danskem, v Španiji, Franciji in na Nizozemskem.

Številne od teh študij potrjujejo, da imajo psihosocialni ukrepi lahko pozitivne rezultate pri uporabnikih konoplje. To na primer velja za večdimenzionalno družinsko terapijo, ki je celovit družinski izvenbolnišnični ukrep, namenjen najstnikom, ki imajo težave z drogami in vedenjske težave (Liddle idr., 2009), saj je po poročanju uspešna pri zniževanju ravni uporabe drog. Po drugi strani pa ugotovitve iz primerjave z drugimi razpoložljivimi oblikami zdravljenja iz razpršene študije, opravljene v več državah, niso jasne. Center je zato naročil izvedbo metaanalize evropskih in ameriških študij.

Drugi psihosocialni ukrepi, ki so trenutno v postopku ocenjevanja, vključujejo psihološko izobraževanje (na

Uporaba konoplje v zdravstvene namene v Združenih državah Amerike

Od leta 1996 je 15 ameriških zveznih držav in zvezno okrožje Kolumbija sprejelo zakone, ki dovoljujejo posedovanje določene količine konoplje za osebno uporabo za uporabo v zdravstvene namene. Bolnik mora imeti pisno priporočilo zdravnika v vseh zveznih državah, razen v Kaliforniji in Mainu, kjer je priporočilo lahko ustno. Vse države, razen Washingtona, so vzpostavile zaupne registre z osebnimi izkaznicami bolnikov, ki so v številnih zveznih državah obvezni. Medtem ko imajo posamezne zvezne države svoje sezname pogojev, jih večina dovoljuje uporabo konoplje za lajšanje bolečin, ne glede na to, ali so „kronične“, „hude“ ali „težje obvladljive“.

Skoraj vse zvezne države so sprejele model varuhov, v skladu s katerim se določenim osebam dovoli gojenje omejene količine konoplje za bolnikovo uporabo. Bolniki lahko – odvisno od zvezne države – imenujejo enega ali dva varuha, posamezen varuh pa lahko oskrbuje največ pet bolnikov. Dovoljene količine segajo od ene unče – približno 28 gramov – (Aljaska, Montana, Nevada) do 24 unč (Oregon, Washington) uporabne marihuane in od šest do 24 rastlin, od katerih morajo biti nekatere „nedozorele“. Zagotavljanje konoplje za uporabo v zdravstvene namene v neprofitnih dispanzerjih ali državnih zdravstvenih centrih je dovoljeno v približno polovici zveznih držav. V vseh jurisdikcijah, razen dveh – New Jerseyu in Washingtonu D.C. – lahko bolniki gojijo svojo konopljo za zdravstvene namene.

Po drugi strani pa zvezna zakonodaja konopljo uvršča med nevarne snovi, ki se ne uporabljajo v zdravstvene namene. To zvezni vladi omogoča sodni pregon vseh uporabnikov in dobaviteljev konoplje. Vendar je oktobra 2009 namestnik generalnega državnega tožilca zveznim tožilcem poslal okrožnico, naj v primerih, ko je uporaba konoplje dovoljena z zakonodajo zvezne države, ta zakonodaja prevlada nad kazenskim pregonom na podlagi zvezne zakonodaje.

podlagi elementov vedenjske terapije in motivacijskih razgovorov) in preprečevanje ponovne uporabe drog, kratkotrajne ukrepe, obvladovanje nepredvidenih okoliščin in različne vrste kognitivno-vedenjske terapije.

Potekajo tudi raziskave o farmakoloških izdelkih, ki lahko podprejo psihosocialne ukrepe (Vandrey in Haney, 2009). V zvezi s tem se na treh glavnih raziskovalnih področjih proučujejo možnosti za uporabo farmacevtskih izdelkov za zmanjšanje simptomov odtegnitve od konoplje, močne želje po konoplji in uporabe konoplje (Marshall, K., idr., 2011).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Poglavje 4

Amfetamini, ekstazi, halucinogene snovi, GHB in ketamin

Uvod

Amfetamini (splošen izraz, ki vključuje amfetamin in metamfetamin) in ekstazi so med najpogosteje uporabljenimi prepovedanimi drogami v Evropi. V številnih državah je druga najpogosteje uporabljena prepovedana droga za konopljo bodisi ekstazi bodisi amfetamini. Poleg tega je v nekaterih državah uporaba amfetaminov pomemben del problematike drog, saj jih uporablja velik del tistih, ki potrebujejo zdravljenje.

Amfetamin in metamfetamin stimulirata osrednji živčni sistem. V Evropi je amfetamin precej bolj razširjen od metamfetamina. Zdi se, da je znatnejša uporaba metamfetamina od nekdaj omejena na Češko in Slovaško, vendar v zadnjem času tudi nekatere severnoevropske države poročajo, da je ta droga vse pogostejša tudi na njihovih trgih z amfetamini.

Izraz ekstazi se nanaša na sintetične snovi, ki so kemično sorodne amfetaminom, vendar se nekoliko razlikujejo po učinkih. Najbolj znana snov iz skupine ekstazija je 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA), v tabletah ekstazija pa je včasih mogoče najti tudi druge podobne snovi (MDA, MDEA). Priljubljenost ekstazija je od nekdaj povezana s sceno plesne glasbe. Čeprav je ekstazi v teh okoljih še vedno

priljubljen, se v zadnjih letih v številnih evropskih državah njegova uporaba in razpoložljivost postopoma zmanjšujeta.

Daleč najbolj znana sintetična halucinogena droga v Evropi je dietilamid lisergične kisline (LSD), njena uporaba pa je že nekaj časa majhna in precej ustaljena. Zdi se, da se v zadnjih letih med mladimi povečuje zanimanje za naravne halucinogene, ki jih vsebujejo na primer halucinogene gobe. Od sredine devetdesetih let prejšnjega stoletja se poroča o rekreativni uporabi ketamina in GHB (gama hidroksibutirična kislina) – obe snovi sta anestetika, ki se že 30 let na široko uporabljata v humani ali veterinarski medicini – v nekaterih okoljih in med podskupinami uporabnikov drog v Evropi. Prepovedana uporaba teh snovi vzbuja zaskrbljenost služb za zdravljenje odvisnosti od drog v nekaj evropskih državah.

Ponudba in razpoložljivost

Predhodne sestavine

Amfetamin, metamfetamin in ekstazi so sintetične droge, katerih proizvodnja zahteva kemične predhodne sestavine. Vpogled v proizvodnjo teh snovi je mogoče pridobiti

Preglednica 5: Zasegi, cena in čistost amfetamina, metamfetamina, ekstazija in LSD

	Amfetamin	Metamfetamin	Ekstazi	LSD
Svetovne zasežene količine (v tonah)	33	31	5,4	0,1
Zasežene količine v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo) ⁽¹⁾	5,3 tone (6,5 tone)	500 kilogramov (600 kilogramov)	1,9 milijona tablet (2,4 milijona)	59 700 enot (59 700)
Število zasegov v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Povprečna maloprodajna cena (EUR)	Gram	Gram	Tableta	Odmerek
Razpon (interkvartilni razpon) ⁽²⁾	8–42 (10–23)	9–71	3–16 (4–9)	4–29 (7–11)
Povprečna čistost ali vsebnost MDMA				
Razpon (interkvartilni razpon) ⁽²⁾	1–29 % (6–21 %)	10–76 % (25–64 %)	3–108 mg (26–63 mg)	Ni podatka

⁽¹⁾ Skupna količina zaseženega amfetamina, ekstazija in LSD za leto 2009 je verjetno podcenjena, predvsem zaradi pomanjkanja novejših podatkov za Nizozemsko, državo, ki je do leta 2007 poročala o razmeroma velikem številu zasegov. Ker podatkov za Nizozemsko za leti 2008 in 2009 ni na voljo, vrednosti za to državo ni mogoče vključiti v evropske ocene za leto 2009.

⁽²⁾ Razpon srednje polovice sporočenih podatkov.

Opomba: Vsi podatki so za leto 2009.

Vir: UNODC (2011) za svetovne vrednosti, nacionalne kontaktne točke Reitox za evropske podatke.

iz poročil o zasegih nadzorovanih kemičnih snovi – preusmerjenih iz dovoljene trgovine –, ki so potrebne za njihovo izdelavo.

Mednarodni nadzorni svet za droge (INCB) poroča, da so se zasegi 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK), ki se lahko uporabi za nezakonito proizvodnjo amfetamina in metamfetamina, v svetu zmanjšali s 5 620 litrov v letu 2008 na 4 900 litrov v letu 2009, pri čemer o največjih zasegih še vedno poročata Kitajska (2 275 litrov v letu 2009) in Rusija (1 731 litrov v letu 2009). V Evropski uniji so se zasegi P2P povečali z 62 litrov v letu 2008 na 635 litrov v letu 2009. Tudi svetovni zasegi dveh ključnih predhodnih sestavin metamfetamina so se v letu 2009 povečali, in sicer efedrina na 42 ton v primerjavi z 18 tonami v letu 2008 in 22,6 tone v letu 2007, ter psevdofedrina na 7,2 tone s 5,1 tone v letu 2008, kar pa je še vedno manj od 25 ton, zaseženih leta 2007. V državah članicah EU je bilo zasežene približno 0,5 tone efedrina, kar je skoraj dvakrat več kot leto prej, in 67 kilogramov psevdofedrina.

S proizvodnjo MDMA sta povezani predvsem dve predhodni sestavini: 3,4-metilendioksifenil-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK) in safrol. Na podlagi 40 litrov PMK, zaseženih v letu 2009, v primerjavi z nič v letu 2008, je mogoče sklepati, da je razpoložljivost te snovi še vedno majhna. Po drugi strani so bile v prejšnjih letih evidentirane višje stopnje (8 816 litrov v letu 2006 in 2 297 litrov v letu 2007). Svetovni zasegi safrola, ki v Evropi morda vse bolj nadomešča PMK pri sintezi MDMA, so se z rekordnih 45 986 litrov v letu 2007 zmanjšali na 1 048 litrov v letu 2009⁽⁵⁷⁾. Vsi zasegi PMK in večina zasegov safrola v letu 2009 so bili opravljeni v Evropski uniji.

Mednarodna prizadevanja za preprečevanje preusmeritve predhodnih sestavin, ki se uporabljajo pri prepovedani proizvodnji sintetičnih drog, se usklajujejo prek projekta Prism. Projekt deluje prek sistema obvestil pred izvozom za dovoljeno trgovino ter poročanja o ustavljenih in zaseženih pošiljkah pri sumljivih transakcijah. Informacije o dejavnostih na tem področju se sporočijo Mednarodnemu nadzornemu svetu za droge (INCB, 2011b). Še ena nedavna pobuda sveta INCB je objava niza smernic, na katere se lahko oprejo nacionalne vlade pri oblikovanju prostovoljnih nadzornih ukrepov v sodelovanju z industrijskimi proizvajalci kemičnih snovi, ki so namenjeni preprečevanju preusmeritve teh snovi za proizvodnjo prepovedanih drog (INCB, 2009).

Amfetamin

Večina svetovne proizvodnje amfetamina še vedno poteka v Evropi, kjer je bilo po poročanju leta 2009 več

Razširitev ponudbe predhodnih sestavin za proizvodnjo sintetičnih drog v Evropi

Sintetične droge, vključno z ekstazijem (MDMA, MDEA, MDA) in amfetaminom, se v Evropi nezakonito proizvajajo iz uvoženih predhodnih sestavin. Zaradi vse večje učinkovitosti mednarodnih prizadevanj za nadzor nekateri nezakoniti proizvajalci v zadnjem času predhodne sestavine sintetizirajo iz tako imenovanih „predpredhodnih sestavin“ in jih ne kupujejo. Proizvajalci poleg tega pred uvozom tradicionalne predhodne sestavine lažno navedejo kot druge nenadzorovane kemične snovi (Europol, 2007, INCB, 2011a).

Nedavna nihanja na evropskem trgu z ekstazijem ponazarjajo take pojave. Po uspešnih ukrepih za omejitev preusmeritve PMK⁽¹⁾ – predhodne sestavine MDMA – na nezakoniti trg se zdaj zdi, da se kot izhodiščne snovi pri sintezi MDMA uporabljajo najrazličnejše predpredhodne sestavine, vključno s safrolom.

PMK je mednarodno nadzorovan na podlagi konvencije ZN iz leta 1988 in evropske zakonodaje. Zakonita mednarodna trgovina s PMK je skromna in omejena na malo držav. Safrol se pridobiva iz eteričnih olj z visoko vsebnostjo safrola, ki so ekstrahirana iz več rastlinskih vrst iz Južne Amerike in jugovzhodne Azije (TNI, 2009). Čeprav je safrol kemična snov, uvrščena na sezname, pa trgovina z olji z visoko vsebnostjo safrola ni nadzorovana. Na svetovni ravni se safrol veliko uporablja tudi v proizvodnji parfumov in insekticidov, kar lahko zmanjša učinkovitost mednarodnih prizadevanj za nadzor.

Poročila iz Nizozemske, države, ki je najtesneje povezana s proizvodnjo ekstazija, kažejo, da številni proizvajalci te droge kot izhodiščno snov uporabljajo safrol in ne PMK. Med novembrom 2009 in oktobrom 2010 je bil Mednarodni nadzorni svet za droge obveščen o približno 40 zakonitih pošiljkah safrola v skupni količini 101 840 litrov. Vendar število poročil o sumljivih pošiljkah ostaja majhno v primerjavi z ocenjeno količino proizvedenega ekstazija (INCB, 2011a). V obdobju 2009–2010 je bilo predvsem v Litvi zaseženih približno 1 050 litrov safrola in olj z visoko vsebnostjo safrola, medtem ko je sosednja Latvija poročalo o zasegu 1 841 litrov safrola v letu 2008 (INCB, 2011a).

⁽¹⁾ 3,4-metilendioksifenil-2-propanon.

kot 80 % vseh laboratorijev za izdelavo amfetamina (UNODC, 2011). Leta 2009 so se svetovni zasegi amfetamina povečali na približno 33 ton (glej preglednico 5). V zahodni in srednji Evropi so bile tudi v tem letu zasežene velike količine amfetamina, čeprav je urad UNODC poročal o 20-odstotnem zmanjšanju zaseženih količin na tem območju v primerjavi z letom 2008, v katerem je bilo zasežene 7,9 tone. O največjem povečanju zasegov amfetamina so poročali iz Saudove Arabije, Jordanije in Sirije. Skupaj je bilo v regiji

⁽⁵⁷⁾ Glej okvir „Razširitev ponudbe predhodnih sestavin za proizvodnjo sintetičnih drog v Evropi“.

urada UNODC „Bližnji in Srednji vzhod in jugovzhodna Azija“ leta 2009 zaseženih približno 25 ton, skoraj v celoti v obliki tablet „captagon“ (UNODC, 2011).

Večina v Evropi zaseženega amfetamina se proizvede (v vrstnem redu po pomenu) na Nizozemskem, Poljskem, v Belgiji, Bolgariji in Turčiji. Europol poroča, da je bilo leta 2009 v Evropski uniji odkritih 19 lokacij, povezanih s proizvodnjo, tabletiranjem ali skladiščenjem amfetamina.

Leta 2009 ⁽⁵⁸⁾ je bilo v Evropi po ocenah opravljenih 34 200 zasegov, v katerih je bilo zaseženih 5,8 tone amfetamina v prahu in 3 milijone tablet amfetamina ⁽⁵⁹⁾. Število zasegov amfetamina v zadnjih petih letih niha, pri čemer se je v letih 2008 in 2009 poročalo o zmanjšanju. Medtem ko se je število tablet amfetamina, zaseženih v Evropi, v obdobju 2004–2009 zaradi vse manjšega števila zasegov v Turčiji močno zmanjšalo, so količine prestreženega amfetamina v prahu v večini evropskih držav ostale ustaljene ali so se povečale ⁽⁶⁰⁾. Vendar je ta analiza začasna, saj novejši podatki niso na voljo za Nizozemsko, ki je leta 2007 – to je v zadnjem letu, za katero so na voljo podatki – poročala o zasegu 2,8 tone amfetamina v prahu.

Čistost vzorcev amfetamina, prestreženega v Evropi v letu 2009, se je še naprej zelo razlikovala, pri čemer se je gibala od manj kot 8 % v Bolgariji, na Madžarskem, v Avstriji, na Portugalskem, v Sloveniji, na Slovaškem in Hrvaškem, do več kot 20 % v državah, ki poročajo o proizvodnji amfetamina ali v katerih so ravni uporabe razmeroma visoke (Estonija, Litva, Nizozemska, Poljska, Finska, Norveška) ⁽⁶¹⁾. V zadnjih petih letih se je čistost amfetamina zmanjšala v 17 od 18 držav, ki sporočajo dovolj podatkov za analizo trendov.

Leta 2009 je povprečna maloprodajna cena amfetamina znašala od 10 EUR do 23 EUR za gram v več kot polovici od 14 držav poročevalk. Maloprodajne cene amfetamina so se znižale ali ostale nespremenjene v vseh 17 državah, ki so sporočile podatke med letoma 2004 in 2009, razen na Nizozemskem, kjer so se v tem obdobju povišale, in v Sloveniji, ki je poročala o velikem povišanju leta 2009 ⁽⁶²⁾.

Metamfetamin

Število uničenih laboratorijev za izdelavo metamfetamina, o katerih so poročali po svetu, se je leta 2009 povečalo za 22 %. Kot leto prej je bilo največje povečanje ugotovljeno

v Severni Ameriki, zlasti v Združenih državah Amerike, še naprej pa je naraščalo število poročil o skrivnih laboratorijih v vzhodni in jugovzhodni Aziji. Poleg tega se je poročalo o povečanju dejavnosti, povezane s proizvodnjo metamfetamina, v Latinski Ameriki in Afriki. Leta 2009 je bilo zaseženih 31 ton metamfetamina, kar je precejšnje povečanje glede na 22 ton, zaseženih leta 2008. Večina te droge je bila zasežena v Severni Ameriki (44 %), pri čemer je bila v Mehiki leta 2009 zasežena izjemna količina 6,1 tone (UNODC, 2011).

V Evropi je nezakonita proizvodnja metamfetamina večinoma omejena na Češko, kjer je bilo leta 2009 odkritih 342 proizvodnih lokacij, večinoma majhnih „kuhinjskih laboratorijev“ (kar je zmanjšanje glede na 434 tovrstnih lokacij, odkritih leta 2008). Proizvodnja te droge poteka tudi na Slovaškem, kjer se je leta 2009 povečala, ter v Nemčiji, Litvi in na Poljskem.

Leta 2009 so v Evropi poročali o skoraj 7 400 zasegih metamfetamina, kar pomeni približno 600 kilogramov te droge. Med letoma 2004 in 2009 sta se število zasegov in količina metamfetamina povečevala, pri čemer je bilo precejšnje povečanje zabeleženo med letoma 2008 in 2009. Zasežene količine so se med letoma 2008 in 2009 podvojile, predvsem zaradi povečanja količin, zaseženih na Švedskem in Norveškem, ki sta evropski državi z največ zasegi te droge, v katerih bo lahko metamfetamin deloma nadomestil amfetamin. Turčija je leta 2009 prvič poročala o zasegih metamfetamina in je zasedla tretje mesto po zaseženih količinah: razmeroma velike pošiljke metamfetamina, prestrežene v Turčiji, so bile po poročilih namenjene iz Irana v vzhodno in jugovzhodno Azijo.

Leta 2009 se je čistost metamfetamina v 17 državah poročevalkah močno razlikovala, pri čemer je povprečna čistost znašala manj kot 15 % v Bolgariji in Estoniji ter več kot 65 % na Češkem, Nizozemskem, Slovaškem in Hrvaškem. Pri tem ni mogoče ugotoviti nobenega splošnega trenda čistosti metamfetamina. Tudi maloprodajne cene metamfetamina v šestih državah, ki so poročale o njih, so se leta 2009 močno razlikovale, od približno 10 EUR za gram v Bolgariji, Litvi in Sloveniji, do približno 70 EUR za gram v Nemčiji in na Slovaškem.

Ekstazi

Sporočeno število uničenih laboratorijev za proizvodnjo ekstazija je leta 2009 ostalo skoraj nespremenjeno in je

⁽⁵⁸⁾ Ta analiza je začasna, saj podatki za Nizozemsko za leti 2008 in 2009 še niso na voljo.

⁽⁵⁹⁾ Večina (94 %) prestreženih tablet amfetamina je bila uvrščena med tablete „captagon“ in zasežena v Turčiji. Captagon je eno od registriranih trgovskih imen za fenetilin, sintetični stimulans osrednjega živčnega sistema. Tablete, ki se na trgih s prepovedanimi drogami prodajajo kot captagon, običajno vsebujejo amfetamin, pomešan s kofeinom.

⁽⁶⁰⁾ Podatki o zasegih drog v Evropi, navedeni v tem poglavju, so na voljo v preglednicah od SZR-11 do SZR-18 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁶¹⁾ Podatki o čistosti drog v Evropi, navedeni v tem poglavju, so na voljo v preglednici PPP-8 v Statističnem biltenu 2011. Indeksi trendov EU so na voljo v prikazu PPP-2 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁶²⁾ Podatki o cenah drog v Evropi, navedeni v tem poglavju, so na voljo v preglednici PPP-4 v Statističnem biltenu 2011.

znašalo 52. Večina teh laboratorijev je bila v Avstraliji (19), Indoneziji (18) in Kanadi (12). Zdi se, da je proizvodnja te droge postala še bolj geografsko razpršena, saj se približuje potrošniškimi trgov v vzhodni in jugovzhodni Aziji, Severni Ameriki in Oceaniji. Kljub temu je verjetno, da zahodna Evropa ostaja pomembno območje proizvodnje ekstazija.

Po svetu je količina zasegov ekstazija v letu 2009 znašala 5,4 tone (UNODC, 2011), pri čemer so iz Združenih držav Amerike poročali o zasegih 63 % te količine.

Število zasegov ekstazija, o katerih se je poročalo v Evropi, je v obdobju 2004–2006 ostalo ustaljeno, nato pa se je zmanjšalo, zasežene količine v večini evropskih držav pa se od leta 2004 zmanjšujejo. V Evropi so leta 2009 poročali o približno 11 000 zasegih ekstazija, v katerih je bilo prestreženih več kot 2,4 milijona tablet ekstazija. Vendar je ta številka prenizka, saj novejši podatki niso na voljo za Nizozemsko, ki je leta 2007 – to je v zadnjem letu, za katero so na voljo podatki – poročala o zasegu 8,4 milijona tablet ekstazija.

V 18 državah poročevalkah je bila povprečna vsebnost MDMA v tabletah ekstazija, analiziranih leta 2009, od 3 do 108 miligramov. Poleg tega je več držav (Belgija, Bolgarija, Italija, Nemčija, Nizozemska in Turčija) poročalo o razpoložljivosti tablet ekstazija z velikim odmerkom MDMA, in sicer več kot 130 miligramov. V obdobju 2004–2009 se je v vseh 14 državah, ki so sporočile zadostne podatke, vsebnost MDMA v tabletah ekstazija zmanjšala.

V zadnjih nekaj letih se je spremenila vsebnost tablet prepovedane droge v Evropi, od stanja, ko je večina analiziranih tablet vsebovala MDMA ali drugo ekstaziju podobno snov (MDEA, MDA) kot edino psihoaktivno snov, do stanja, ko je vsebnost bolj raznolika, prisotnost snovi, podobnih MDMA, pa manjša. Te spremembe so postale intenzivnejše leta 2009, ko je velik delež analiziranih tablet vseboval snovi, podobne MDMA, samo še v Italiji (58 %), na Nizozemskem (63 %) in Malti (100 %).

Amfetamini, včasih v kombinaciji s snovmi, podobnimi MDMA, so razmeroma pogosti v tabletah, analiziranih v Grčiji, Španiji, na Madžarskem, Poljskem, v Sloveniji in na Hrvaškem. Večina drugih držav poročevalk navaja, da so bili v precejšnjem deležu analiziranih tablet odkriti piperazini, zlasti mCPP, in sicer samostojno ali v kombinaciji z drugimi snovmi.

Ekstazi je danes precej cenejši, kot je bil v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, ko je postal širše dostopen. Čeprav je nekaj poročil o ceni le 1 EUR za tableto, večina držav poročala, da povprečna maloprodajna cena znaša

od 4 EUR do 9 EUR za tableto. Podatki, ki so na voljo za obdobje 2004–2009, kažejo, da se maloprodajna cena ekstazija na splošni evropski ravni še naprej znižuje ali ostaja ustaljena. Vendar je Nizozemska, ki je tudi država, ki poroča o najnižjih cenah te droge, v letu 2009 poročala o povišanju cen.

Halucinogene in druge snovi

Uporaba LSD in trgovanje z njim v Evropi veljata za obrobna. Število zasegov LSD se je med letoma 2004 in 2009 povečalo, količine pa po letu 2005, ko je bil zaradi rekordnih zasegov v Združenem kraljestvu dosežen vrh 1,8 milijona enot, nihajo na razmeroma nizkih ravneh⁽⁶³⁾. Maloprodajne cene LSD so od leta 2004 ustajale v večini držav poročevalk, pri čemer Belgija poroča o povišanju, Latvija, Avstrija in Hrvaška pa o znižanju. Povprečna cena v večini od 11 držav poročevalk je leta 2009 znašala od 7 EUR do 11 EUR za enoto.

O zasegih halucinogenih gob, ketamina, GHB in GBL so v letu 2009 poročale le štiri oziroma pet držav, odvisno od droge. Pri tem ni jasno, koliko sporočeni zasegi odražajo uporabo teh snovi ali dejstvo, da jih organi pregona ne preganjajo rutinsko.

Razširjenost in vzorci uporabe

V nekaj državah je uporaba amfetamina ali metamfetamina, pogosto z vbrizgavanjem, značilna za velik delež vseh problematičnih uporabnikov drog in tistih, ki iščejo pomoč zaradi težav z njimi. V nasprotju s temi populacijami kroničnih uporabnikov obstaja splošnejša povezava med uporabo sintetičnih drog, pogosto skupaj z alkoholom, ter obiski nočnih klubov in plesnih dogodkov. Posledica tega je, da se poroča o povečani uporabi med mladimi, v nekaterih okoljih ali posameznih podpopulacijah pa se ugotavljajo zelo visoke ravni uporabe. Splošne ravni razširjenosti halucinogenih drog, kot sta dietilamid lisergične kisline (LSD) in halucinogene gobe, pa so večinoma nizke in se v zadnjih letih niso veliko spremenile.

Amfetamini

Ocene razširjenosti drog kažejo, da je približno 12,5 milijona Evropejcev že poskusilo amfetamine, približno 2 milijona pa jih je to drogo zaužilo v zadnjem letu (za povzetek podatkov glej preglednico 6). Med mlajšimi odraslimi (15–34 let) se razširjenost uporabe amfetaminov kadar koli v življenju med državami zelo razlikuje in znaša od 0,1 % do 14,3 %, evropsko tehtano povprečje pa je približno 5,0 %. V tej starostni skupini je

⁽⁶³⁾ Ta analiza je začasna, saj podatki za Nizozemsko, ki je leta 2007 poročala o tretjini zasežene količine LSD v Evropi, niso na voljo za naslednja leta.

uporaba amfetaminov v zadnjem letu znašala od 0,1 % do 2,5 %, večina držav pa poroča o ravneh razširjenosti od 0,5 % do 2,0 %. Ocenjuje se, da je v prejšnjem letu amfetamine uporabilo približno 1,5 milijona (1,1 %) mladih Evropejcev.

Razširjenost uporabe amfetaminov kadar koli v življenju med 15- in 16-letnimi dijaki je znašala od 1 % do 8 % v 26 državah članicah EU, na Norveškem in Hrvaškem, ki so bile vključene v raziskavo leta 2007, čeprav sta o več kot 5-odstotnih stopnjah razširjenosti poročali le Bolgarija in Latvija. Štiri države, ki so v letih 2009 in 2010 opravile raziskave med šolsko mladino (Italija, Slovaška, Švedska, Združeno kraljestvo), so poročale, da je razširjenost uporabe amfetaminov kadar koli v življenju znašala 3 % ali manj⁽⁶⁴⁾.

Podatki o razširjenosti uporabe amfetaminov na prizoriščih nočnega življenja v letu 2009, ki so jih predložile štiri države (Belgija, Češka, Nizozemska, Združeno kraljestvo), se zelo razlikujejo in se za uporabo amfetaminov v zadnjem letu gibljejo od 6 % do 24 %.

V zadnjem desetletju je uporaba amfetaminov v zadnjem letu ostala razmeroma majhna in ustaljena v večini evropskih držav, pri čemer so skoraj vse države poročevalke, razen Združenega kraljestva in Danske, poročale o manj kot 3-odstotni stopnji razširjenosti. V Združenem kraljestvu se je uporaba amfetaminov med mlajšimi odraslimi v zadnjem letu (15–34 let) zmanjšala s 6,2 % v letu 1998 na 1,8 % v obdobju 2009–2010. Na Danskem se je ista stopnja po zvišanju na 3,1 % leta 2000 znižala na 2 % leta 2010 (glej prikaz 8). V obdobju 2004–2009 sta le Norveška in Češka poročali o spremembi za več kot eno odstotno točko v zvezi z razširjenostjo uporabe amfetaminov med mlajšimi odraslimi v zadnjem letu. Zaradi različnih raziskovalnih metod na Češkem ni mogoče potrditi nedavnih trendov. Raziskave med šolsko mladino na splošno kažejo, da se stopnje eksperimentiranja z amfetamini med 15- in 16-letnimi dijaki niso veliko spremenile. V obdobju 2003–2007 je večina držav poročala o majhnem ali nespremenjenem trendu razširjenosti uporabe kadar koli v življenju v tej skupini.

Preglednica 6: Razširjenost uporabe amfetaminov med splošnim prebivalstvom – povzetek podatkov

Starostna skupina	Časovni okvir uporabe	
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto
15–64 let		
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	12,5 milijona	1,5–2 milijona
Evropsko povprečje	3,8 %	0,5 %
Razpon	0,0–11,7 %	0,0–1,1 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,0 %) Grčija (0,1 %) Malta (0,4 %) Ciper (0,7 %)	Romunija, Malta, Grčija (0,0 %) Francija (0,1 %) Češka, Portugalska (0,2 %)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (11,7 %) Danska (6,2 %) Švedska (5,0 %) Norveška (3,8 %)	Estonija (1,1 %) Združeno kraljestvo (1,0 %) Bolgarija, Latvija (0,9 %) Švedska (0,8 %)
15–34 let		
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	6,5 milijona	1,5 milijona
Evropsko povprečje	5,0 %	1,1 %
Razpon	0,1–14,3 %	0,1–2,5 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,1 %) Grčija (0,2 %) Malta (0,7 %) Ciper (1,2 %)	Romunija, Grčija (0,1 %) Francija (0,2 %) Češka (0,3 %) Portugalska (0,4 %)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (14,3 %) Danska (10,3 %) Latvija (6,1 %) Norveška (6,0 %)	Estonija (2,5 %) Bolgarija (2,1 %) Danska (2,0 %) Nemčija, Latvija (1,9 %)

Ocene za Evropo so izračunane iz nacionalnih ocen razširjenosti, tehtanih glede na populacijo ustrezne starostne skupine v vsaki državi. Ocene o splošnem številu uporabnikov v Evropi so bile pridobljene tako, da je bilo za države, v katerih ni podatkov o razširjenosti (manj kot 3 % ciljne populacije), uporabljeno povprečje EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64, 336 milijonov; 15–34, 132 milijonov. Ker ocene za Evropo temeljijo na raziskavah, opravljenih med letom 2001 in obdobjem 2009–2010 (predvsem med letoma 2004 in 2008), se ne nanašajo na eno samo leto. Tukaj povzeti podatki so na voljo v statističnem biltenu 2011 pod naslovom „Raziskave med splošnim prebivalstvom“.

⁽⁶⁴⁾ Glej preglednico EYE-11 v Statističnem biltenu 2011.

Problematična uporaba amfetaminov

Le malo držav lahko zagotavlja ocene razširjenosti problematične uporabe amfetaminov ⁽⁶⁵⁾, vendar so podatki o uporabnikih, ki se začnejo zdraviti zaradi težav v zvezi s temi snovmi, na voljo po vsej Evropi.

Razmeroma malo uporabnikov v Evropi, ki so se začeli zdraviti, je kot primarno drogo navedlo amfetamin, in sicer približno 5 % sporočenih uporabnikov drog v letu 2009 (20 000 uporabnikov). Vendar uporabniki amfetamina pomenijo velik delež sporočenih začelih zdravljenj na Švedskem (28 %), Poljskem (25 %) in Finskem (17 %). Uporabniki storitev zdravljenja zaradi amfetamina pomenijo od 6 % do 10 % sporočenih uporabnikov, ki so se vključili v zdravljenje, v petih drugih državah (Belgija, Danska, Nemčija, Madžarska, Nizozemska), drugje je ta delež manj kot 5 %. Poleg tega skoraj 20 000 uporabnikov, ki se vključijo v zdravljenje zaradi težav v zvezi z drugimi primarnimi drogami, kot sekundarno drogo navaja stimulanse, ki niso kokain ⁽⁶⁶⁾.

Uporabniki amfetamina, ki se vključijo v zdravljenje, so v povprečju stari 30 let, pri čemer je razmerje med moškimi in ženskami (2 : 1) nižje od razmerja pri vseh drugih prepovedanih drogah. Države, v katerih največje deleže oseb, ki so se začele zdraviti, pomenijo uporabniki amfetamina (Latvija, Švedska, Finska), poročajo o visokih stopnjah vbrizgavanja med osebami, ki se zdravijo zaradi amfetamina kot primarne droge, in sicer od 59 % do 83 % ⁽⁶⁷⁾.

Trendi števila uporabnikov amfetamina, ki se začnejo zdraviti, so med letoma 2004 in 2009 v večini držav ostali nespremenjeni, pri čemer se je nekoliko zmanjšalo število uporabnikov, ki so se začeli zdraviti prvič v življenju, kar je mogoče v glavnem pripisati zmanjšanju števila novih uporabnikov storitev zdravljenja zaradi amfetamina na Finskem in Švedskem (EMCDDA, 2010d).

V nasprotju z drugimi deli sveta, v katerih se je uporaba metamfetamina v zadnjih letih povečala, se zdi uporaba v Evropi omejena. V preteklosti se je ta droga v Evropi uporabljala predvsem na Češkem in Slovaškem. Leta 2009 je bilo po ocenah na Češkem od 24 600 do 25 900 problematičnih uporabnikov metamfetamina (od 3,3 do 3,5 primera na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let), kar je približno dvakrat več od ocenjenega števila problematičnih uporabnikov opioidov.

To je statistično pomembno povečanje v primerjavi s prejšnjimi leti. Na Slovaškem je bilo leta 2007 po ocenah od 5 800 do 15 700 problematičnih uporabnikov metamfetamina (od 1,5 do 4 primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let), kar je približno 20 % manj od ocenjenega števila problematičnih uporabnikov opioidov.

Velik delež uporabnikov, ki se začnejo zdraviti na Češkem (61 %) in Slovaškem (30 %), navaja metamfetamin kot primarno drogo. Obe državi poročata o povečanju števila in skupnega deleža novih uporabnikov storitev zdravljenja v zvezi z metamfetaminom v zadnjem desetletju. Med uporabniki, ki iščejo pomoč zaradi težav z metamfetaminom, je vbrizgavanje pogosto na Češkem (79 %) in deloma Slovaškem (37 %), pri čemer se skupne ravni od leta 2004 znižujejo. Uporabniki storitev zdravljenja zaradi metamfetamina v teh državah so v povprečju stari približno 25 let, ko se začnejo zdraviti ⁽⁶⁸⁾.

V zadnjih letih se je metamfetamin pojavil tudi na trgu drog v drugih državah, zlasti na severu Evrope (na Norveškem, Švedskem, v Latviji in deloma na Finskem), in zdi se, da je tam delno zamenjal amfetamin, saj ju uporabniki pravzaprav ne morejo razlikovati.

Ekstazi

Ocene razširjenosti drog kažejo, da je ekstazi poskusilo približno 11 milijonov Evropejcev, približno 2,5 milijona pa jih je to drogo uporabilo v zadnjem letu (za povzetek podatkov glej preglednico 7). Ekstazi so v zadnjem letu uporabljali predvsem mlajši odrasli, v vseh državah, razen v Grčiji, Romuniji, na Finskem in Švedskem pa za moške poročajo o veliko višjih ravneh, kot za ženske. Uporaba ekstazija kadar koli v življenju v starostni skupini od 15 do 34 let sega od 0,6 % do 12,7 %, večina držav pa poroča o ocenah od 2,1 % do 5,8 % ⁽⁶⁹⁾.

Med 15- in 16-letnimi dijaki je razširjenost uporabe ekstazija kadar koli v življenju znašala od 1 % do 5 % v večini evropskih držav, ki so leta 2007 sodelovale v raziskavi. Samo štiri države so poročale o višjih stopnjah razširjenosti: Bolgarija, Estonija, Slovaška (vse po 6 %) in Latvija (7 %). Štiri države, ki so v letu 2009 opravile raziskave med šolsko mladino (Italija, Slovaška, Švedska, Združeno kraljestvo), so poročale, da je razširjenost uporabe ekstazija kadar koli v življenju znašala 5 % ali manj ⁽⁷⁰⁾.

⁽⁶⁵⁾ Problematična uporaba amfetaminov je opredeljena kot vbrizgavanje in/ali dolgotrajna/redna uporaba teh snovi.

⁽⁶⁶⁾ Glej preglednici TDI-5 (del ii) in TDI-22 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁶⁷⁾ Glej preglednici TDI-5 (del iv) in TDI-37 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁶⁸⁾ Glej preglednice TDI-2 (del i), TDI-3 (del iii) ter TDI-5 (del ii) in (del iv) v Statističnem biltenu 2011 in preglednico TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2006.

⁽⁶⁹⁾ Glej preglednico GPS-7 (del iv) v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁷⁰⁾ Glej preglednico EYE-11 v Statističnem biltenu 2011.

Preglednica 7: Razširjenost uporabe ekstazija med splošnim prebivalstvom – povzetek podatkov		
Starostna skupina	Časovni okvir uporabe	
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto
15–64 let		
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	11 milijonov	2,5 milijona
Evropsko povprečje	3,2 %	0,7 %
Razpon	0,3–8,3 %	0,1–1,6 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,3 %) Grčija (0,4 %) Malta (0,7 %) Norveška (1,0 %)	Romunija, Švedska (0,1 %) Malta, Grčija (0,2 %) Danska, Poljska, Norveška (0,3 %)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (8,3 %) Irska (5,4 %) Španija (4,9 %) Latvija (4,7 %)	Združeno kraljestvo, Slovaška (1,6 %) Latvija (1,5 %) Češka (1,4 %)
15–34 let		
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	7,5 milijona	2 milijona
Evropsko povprečje	5,5 %	1,4 %
Razpon	0,6–12,7 %	0,2–3,2 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija, Grčija (0,6 %) Malta (1,4 %) Poljska, Norveška (2,1 %) Portugalska (2,6 %)	Romunija, Švedska (0,2 %) Grčija (0,4 %) Norveška (0,6 %) Poljska (0,7 %)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (12,7 %) Češka (9,3 %) Irska (9,0 %) Latvija (8,5 %)	Združeno kraljestvo (3,2 %) Češka (2,8 %) Slovaška, Latvija, Nizozemska (2,7 %)
<small>Ocene za Evropo so izračunane iz nacionalnih ocen razširjenosti, tehtanih glede na populacijo ustrezne starostne skupine v vsaki državi. Ocene o splošnem številu uporabnikov v Evropi so bile pridobljene tako, da je bilo za države, v katerih ni podatkov o razširjenosti (manj kot 3 % ciljne populacije), uporabljeno povprečje EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64, 336 milijonov; 15–34, 132 milijonov. Ker ocene za Evropo temeljijo na raziskavah, opravljenih med letom 2001 in obdobjem 2009–2010 (predvsem med letoma 2004 in 2008), se ne nanašajo na eno samo leto. Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltenu 2011 pod naslovom „Raziskave med splošnim prebivalstvom“.</small>		

Kvalitativne študije zagotavljajo vpogled v „rekreativno“ uporabo stimulantov med mlajšimi odraslimi, ki obiskujejo najrazličnejša prizorišča nočnega življenja po vsej Evropi. Te študije opozarjajo na precejšnje razlike v vzorcih uporabe drog med uporabniki, pri čemer je veliko večja verjetnost, da bodo o uporabi drog poročale osebe, ki obiskujejo klube z elektronsko plesno glasbo, kot osebe, ki obiskujejo druga prizorišča nočnega življenja. Podatki o razširjenosti uporabe ekstazija na prizoriščih nočnega življenja v letu 2009 so na voljo le za štiri države (Belgijo, Češko, Nizozemsko, Združeno kraljestvo), vendar kažejo na precejšnje razlike pri sporočenih ravneh nedavne uporabe (v zadnjem letu), ki znašajo od 10 % do 75 %. V okoljih, vključenih v vzorec, je bila uporaba ekstazija pogostejša, kot uporaba amfetaminov.

V obdobju 2003–2009 ni nobena država poročala o povečanju uporabe ekstazija, Estonija, Španija, Nemčija, Madžarska in Združeno kraljestvo pa so poročali o zmanjšanju uporabe ekstazija v zadnjem letu v starostni skupini od 15 do 34 let za približno eno odstotno točko.

Med državami pa so nekatere razlike. V državah, ki poročajo o nadpovprečnih stopnjah uporabe ekstazija v zadnjem letu, je uporaba te droge v starostni skupini od 15 do 34 let v prvih letih novega tisočletja značilno dosegla najvišje ravni, ki znašajo od 3 % do 5 % (Estonija, Španija, Slovaška, Združeno kraljestvo; glej prikaz 8). Izjema je Češka, kjer so bile ocene uporabe ekstazija v zadnjem letu najvišje leta 2008, ko so znašale 7,7 %, leta 2009 pa so se zmanjšale na 2,8 %. Zaradi različnih raziskovalnih metod na Češkem ni mogoče potrditi nedavnih trendov.

Raziskave med šolsko mladino na splošno kažejo, da se stopnje eksperimentiranja z ekstazijem med 15-in 16-letnimi dijaki niso veliko spremenile. Med letoma 2003 in 2007 je večina držav poročala o majhnih in ustaljenih trendih razširjenosti ekstazija kadar koli v življenju v tej skupini, medtem ko je sedem držav poročalo o povečanju, tri pa o zmanjšanju, pri čemer je bil prag razlika dveh odstotnih točk. Študije, opravljene v sprostitvenih okoljih v Evropi, lahko kažejo na zmanjšanje

razširjenosti ekstazija. V Amsterdamu je bilo v študiji med obiskovalci prodajaln „coffee shops“ ugotovljeno precejšnje zmanjšanje uporabe ekstazija v zadnjem mesecu, in sicer s 23 % v letu 2001 na 6 % v letu 2009; v študiji je bilo v istem obdobju ugotovljeno tudi zmanjšanje uporabe amfetamina kadar koli v življenju s 63 % na 41 %.

V belgijski študiji, ki se redno opravlja na prizoriščih nočnega življenja, je bilo ugotovljeno, da ekstazi ni več druga najpogosteje uporabljena prepovedana droga. V prejšnjih raziskavah se je uporaba ekstazija v zadnjem letu vedno gibala od 15 % do 20 %, leta 2009 pa se je zmanjšala na 10 %.

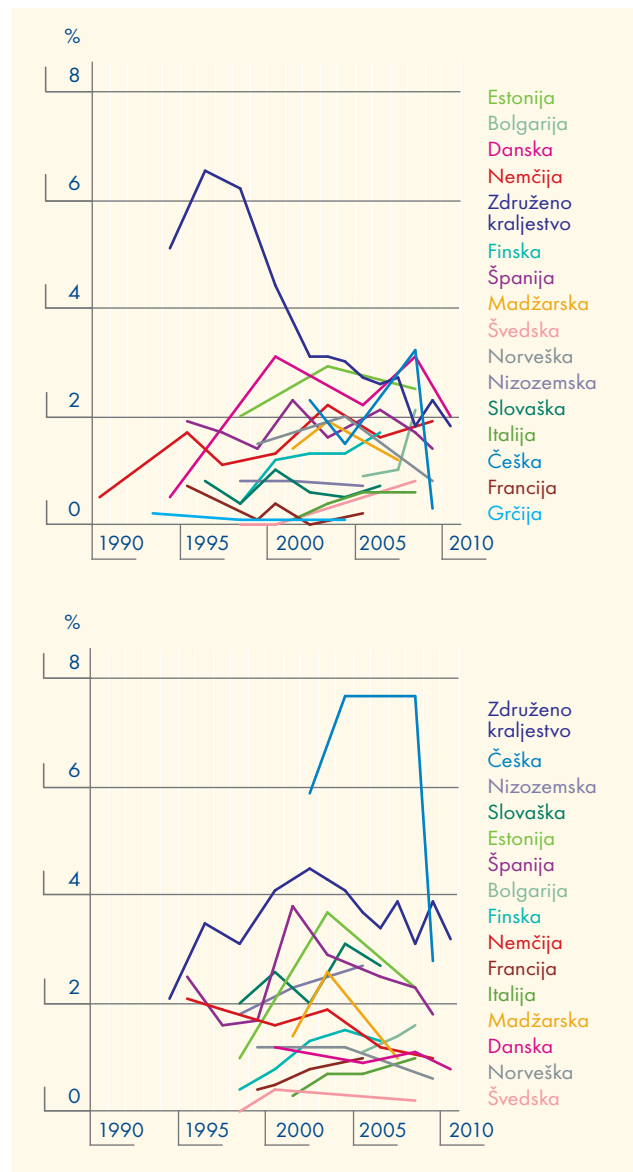
Le malo uporabnikov drog se vključi v zdravljenje zaradi težav z ekstazijem. Leta 2009 je ekstazi kot primarno drogo navedel manj kot 1 % (1 300) vseh oseb, ki so se po poročilih vključile v zdravljenje. Uporabniki storitev zdravljenja zaradi ekstazija so s povprečno starostjo 26 let med najmlajšimi osebami, ki se začnejo zdraviti zaradi drog, na vsako žensko pa so trije do štirje moški. Uporabniki storitev zdravljenja zaradi ekstazija pogosto poročajo o hkratni uporabi drugih snovi, vključno z alkoholom in kokainom, manj pa tudi o konoplji in amfetaminih ⁽⁷¹⁾.

V evropskih študijah se je poročalo o hkratni uporabi ekstazija ali amfetaminov in alkohola. Raziskave med splošnim prebivalstvom v devetih evropskih državah kažejo, da osebe, ki pogosto ali čezmerno uživajo alkohol, poročajo o ravneh razširjenosti uporabe amfetaminov ali ekstazija, ki so precej višje od povprečja (EMCDDA, 2009b). Podobno analiza podatkov iz raziskave med šolsko mladino ESPAD za 22 držav kaže, da je 86 % dijakov, starih 15 in 16 let, ki so poročali o uporabi ekstazija v zadnjem mesecu, poročalo tudi, da so ob isti priložnosti zaužili pet ali več alkoholnih pijač (EMCDDA, 2009b).

Halucinogene snovi, GHB in ketamin

Med mlajšimi odraslimi (od 15 do 34 let) so ocene razširjenosti uporabe LSD kadar koli v življenju v Evropi od nič do 5,5 %. Stopnje razširjenosti uporabe v zadnjem letu so po poročanju precej nižje ⁽⁷²⁾. Od maloštevilnih držav, ki so zagotovile primerljive podatke, jih večina poroča o višjih ravneh uporabe halucinogenih gob kot LSD med splošnim prebivalstvom in dijaki. Ocene razširjenosti uporabe halucinogenih gob med mlajšimi odraslimi kadar koli v življenju znašajo od 0,3 % do 14,1 %, ocene razširjenosti uporabe v zadnjem letu pa se gibljejo od 0,2 % do 5,9 %. Večina držav poroča o ocenah razširjenosti uporabe halucinogenih gob kadar koli v življenju med 15- in 16-letnimi

Prikaz 8: Trendi razširjenosti uporabe amfetaminov (zgoraj) in ekstazija (spodaj) v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 let)



Opomba: Predstavljeni so samo podatki za države z vsaj tremi raziskavami med letoma 1998 in 2009-2010. Na Češkem proučujejo vzroke za tolikšno raznolikost rezultatov študije, kar se zdi delno povezano s spremembo metodologije. Podatki so informativni, pri primerjavah pa je potrebna previdnost. Za več informacij glej prikaza GPS-8 in GPS-21 v statističnem biltenu 2011.

Vir: Nacionalna poročila Reitox, pripravljena na podlagi raziskav med prebivalstvom, poročil ali znanstvenih prispevkov.

dijaki, ki znašajo od 1 % do 4 %, o višjih ravneh pa poročata Slovaška (5 %) in Češka (7 %) ⁽⁷³⁾.

Ocene razširjenosti uporabe GHB in ketamina med odraslo in šolsko populacijo so precej nižje od ocen za uporabo kokaina in ekstazija. Vendar je lahko uporaba teh snovi v nekaterih skupinah, okoljih in na geografskih območjih veliko večja. Nedavno so bile v Belgiji, na Češkem, na Nizozemskem in

⁽⁷¹⁾ Glej preglednice TDI-5, TDI-8 ter TDI-37 (del i), (del ii) in (del iii) v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁷²⁾ Glej preglednico GPS-1 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁷³⁾ Podatki iz raziskav ESPAD za vse države, razen za Španijo. Glej prikaz EYE-3 (del v) v Statističnem biltenu 2011.

v Združenem kraljestvu opravljene ciljne raziskave, v katerih se poroča o ocenah razširjenosti uporabe teh snovi. V teh študijah se je poročalo o razširjenosti uporabe GHB kadar koli v življenju od 3,9 % do 14,3 %, razširjenost v zadnjem mesecu pa je bila do 4,6-odstotna. Ocene uporabe ketamina v se istih raziskavah gibljejo od 2,9 % do 62 % za uporabo kadar koli v življenju in od 0,3 % do 28 % za uporabo v zadnjem mesecu. Med raziskavami in državami so velike razlike, o veliki razširjenosti uporabe ketamina pa se je poročalo samo v raziskavi, ki jo je leta 2010 opravila neka glasbena revija iz Združenega kraljestva (Winstock, 2011). V tej raziskavi so ravni uporabe ketamina precej višje od ravni uporabe GHB. Tako velika razširjenost ketamina je lahko posledica individualnih odločitev anketirancev za sodelovanje v raziskavi ter njihovih posebnih profilov uporabe drog in odnosa do drog. Nizozemska je poročala, da se je priljubljenost ketamina nekoliko povečala med osebami v zahodni regiji, ki narekujejo trende, vendar so ravni razširjenosti v zadnjem mesecu med obiskovalci velikih zabav v letu 2009 ostale nižje (1,2 %) od ravni za GHB (4,6 %). Med obiskovalci amsterdamskih prodajal „coffee shops“ v letu 2009 je bila uporaba GHB v zadnjem mesecu enaka uporabi amfetamina v zadnjem mesecu, obe pa sta znašali 1,5 %. Visoko zaznano tveganje prevelikega odmerka, ki povzroči nezavest ali komo in je povezano z uporabo GHB, je poudarjeno v kvalitativnih študijah, opravljenih v Nemčiji, Estoniji, Franciji in na Nizozemskem.

Na podlagi ponavljajočih se raziskav med obiskovalci zabav ali v sprostitvenih okoljih ni mogoče opredeliti splošnih trendov uporabe GHB in ketamina, sporočene spremembe pa so večinoma majhne. V študijah o sprostitvenih okoljih v Belgiji je bilo ugotovljeno, da se je uporaba GHB in ketamina v zadnjem mesecu v obdobju 2008-2009 povečala z 2 % na 3 %. V študijah na prizoriščih nočnega življenja na Češkem se poroča, da se je razširjenost uporabe GHB v zadnjem letu povečala z 1,4 % v letu 2007 na 3,9 % v letu 2009, uporaba ketamina v istem obdobju pa je povečala z 2,2 % na 2,9 %. Poročalo se je o zmanjšanju uporabe GHB v zadnjem mesecu med obiskovalci prodajal „coffee shops“ v Amsterdamu, in sicer z 2,8 % v letu 2001 na 1,5 % v letu 2009, pri čemer amsterdamskih trendov ni mogoče posplošiti na preostale dele Nizozemske. Tudi med anketiranci raziskave, ki jo je opravila neka glasbena revija iz Združenega kraljestva, se je uporaba GHB v zadnjem mesecu zmanjšala z 1,7 % v letu 2009 na manj kot 1 % v letu 2010, uporaba ketamina v istem obdobju pa se je zmanjšala z 32,4 % na 28 %.

Ukrepi v sprostitvenih okoljih

Kljub visokim ravni uporabe drog v sprostitvenih okoljih samo 13 evropskih držav poroča o izvajanju preventivnih

ukrepov ali ukrepov za zmanjševanje škode v teh okoljih. Sporočeni ukrepi ostajajo osredotočeni na zagotavljanje informacij in svetovanje. Ta usmerjenost je razvidna tudi iz ukrepov v naboru orodij za zdravo nočno življenje, spletni pobudi, ki jo financira EU in katere cilj je prispevati k zmanjševanju škode zaradi uporabe alkohola in drog na prizoriščih nočnega življenja. Cilj projekta „Varnejše nočno življenje“, še ene pobude, ki jo financira EU v okviru programa „Demokracija, mesta in droge II (2008-2011)“, je preseči zgolj zagotavljanje informacij in izboljšati programe za preprečevanje škodljivih posledic nočnega življenja ter programe usposabljanja za strokovnjake.

V nedavnem sistematičnem pregledu strategij za zmanjševanje škode, ki se izvajajo v sprostitvenih okoljih, je bilo ugotovljeno, da se te strategije le redko ocenjujejo in da njihova učinkovitost ni vedno jasna (Akbar idr., 2011). Ugotovljeno je bilo tudi, da programi, ki so na voljo, najpogosteje vključujejo ukrepe, osredotočene na usposabljanje strežnega osebja v sprostitvenih okoljih. Ti programi običajno vključujejo teme, kot so prepoznavna znakov vinjenosti, ter smernice, kdaj in kako strankam zavrniti postrežbo. V avstrijskem projektu „taktisch klug“ (pametna taktika) se organizatorjem plesnih dogodkov zagotavlja pomoč na ravni priprav, obiskovalcem zabav pa svetovanje za vzpostavitev bolj kritičnega pristopa k psihoaktivnim snovem in tveganemu vedenju. O okoljskih modelih, ki so sestavljeni iz več elementov in spadajo med programe z obetavnejšimi rezultati ocenjevanja, se poroča predvsem iz severnoevropskih držav.

Študije v mednarodnih letoviščih s peštrim nočnim življenjem kažejo, da so lahko ta okolja povezana z začetkom uporabe drog, njenim stopnjevanjem in ponovno uporabo, ter da lahko prispevajo k mednarodnemu širjenju kulture drog. Raziskave kažejo na visoke ravni uporabe drog in začetka uporabe drog v nekaterih letoviščih. V študiji, opravljeni med mladimi (starimi od 16 do 35 let) iz Španije, Nemčije in Združenega kraljestva, ki so obiskali Ibiza in Majorco, so bile na primer ugotovljene precejšnje razlike v uporabi drog glede na državljanstvo in med zadevnima letoviščema. Ravni uporabe drog so bile zlasti visoke med španskimi in britanskimi obiskovalci Ibize, pri čemer je eden od petih britanskih obiskovalcev med počitnicami na tem otoku poskusil najmanj eno novo drogo (Bellis idr., 2009).

Zdravljenje

Problematična uporaba amfetaminov

Pri možnostih zdravljenja, ki so na voljo uporabnikom amfetaminov v evropskih državah, se pogosto upoštevajo zgodovina uporabe v državi in vzorci problematične

Zdravstvene posledice uporabe amfetaminov

Uporaba amfetaminov v zdravstvene namene se povezuje z več stranskimi učinki, med katerimi so anoreksija, nespečnost in glavoboli. Nedovoljena uporaba amfetaminov se povezuje številnimi negativnimi posledicami (EMCDDA, 2010d), kot so kratkoročni negativni učinki (vznemirjenost, tremor, tesnoba, vrtoglavica), zapoznelimi učinki „spuščanja“ ali popuščanja učinka drog (depresija, težave s spanjem, samomorilsko vedenje), psihološki ali psihiatrični učinki dolgotrajne uporabe (psihoza, samomorilsko vedenje, tesnoba in nasilno vedenje) in odvisnost z najrazličnejšimi simptomi odtegnitve.

V Avstraliji in Združenih državah Amerike, kjer je uporaba metamfetamina, zlasti kajenje kristalnega metamfetamina, pomemben del problematike drog, so bile opravljene številne študije o zdravstvenih posledicah uporabe amfetaminov. Čeprav je uporaba metamfetamina v Evropi razmeroma redka, se je o zdravstvenih posledicah, povezanih z uporabo te droge, poročalo tudi v Evropi. Ugotovljene so bile cerebrovaskularne bolezni (tveganje ishemične in hemoragične kapi) ter akutna in kronična kardiovaskularna patologija (akutno povečanje srčnega utripa in krvnega tlaka). Pri kronični uporabi ali že obstoječi kardiovaskularni patologiji lahko to povzroči resne in potencialno usodne dogodke (miokardialno ishemijo in infarkcijo). Drugi zdravstveni učinki vključujejo nevrotoksičnost, omejeno rast fetusa, povezano z uporabo amfetamina v nosečnosti, in zobna obolenja.

Vbrizgavanje, čeprav je med evropskimi uporabniki amfetaminov redko, povečuje tveganje za nalezljive bolezni (okužbo z virusom HIV in hepatitisom). Češka poroča o visokih ravnih tveganega spolnega vedenja med uporabniki metamfetamina, zaradi česar so bolj dovzetni za spolno prenosljive okužbe. V študijah, opravljenih na Češkem, v Latviji in na Nizozemskem, so bile ugotovljene povišane stopnje umrljivosti med odvisnimi ali kroničnimi uporabniki amfetaminov. Vendar je ocenjevanje umrljivosti, povezane z amfetamini, oteženo zaradi uporabe več drog hkrati (predvsem hkratne uporabe heroina in kokaina).

uporabe amfetaminov, ki se po državah zelo razlikujejo. Sistemi zdravljenja v zahodno- in južnoevropskih državah so prilagojeni predvsem zadovoljevanju potreb uporabnikov opioidov. Kljub nizkim ravnem problematične uporabe amfetaminov v teh državah lahko pomanjkanje posebnih storitev ovira dostop takih uporabnikov do zdravljenja, kar zlasti velja za socialno bolj vključene uporabnike amfetamina (EMCDDA, 2010d). V severno- in srednjeevropskih državah z dolgo zgodovino zdravljenja uporabnikov amfetaminov so nekateri programi prilagojeni njihovim potrebam. V srednje- in vzhodnoevropskih državah, v katerih se je precejšnja problematična uporaba amfetaminov pojavila pred kratkim, so sistemi zdravljenja usmerjeni predvsem na problematične uporabnike

opioidov in se le počasi odzivajo na potrebe uporabnikov amfetaminov. V raziskavi, ki je bila leta 2008 opravljena med nacionalnimi strokovnjaki, je bilo ugotovljeno, da manj kot polovica evropskih držav poroča o razpoložljivosti specializiranih programov zdravljenja za uporabnike amfetaminov, ki si dejavno prizadevajo za vključitev v programe zdravljenja.

Najpogostejša oblika zdravljenja za uporabnike amfetaminov je psihosocialno zdravljenje v izvenbolnišničnih centrih za zdravljenje odvisnosti od drog. Zdravljenje najbolj problematičnih uporabnikov amfetaminov, na primer tistih, pri katerih je odvisnost od amfetaminov še bolj zapletena zaradi hkratnih duševnih motenj, se lahko izvaja v bolnišničnih centrih za zdravljenje odvisnosti od drog, psihiatričnih klinikah ali bolnišnicah. V Evropi se za zdravljenje zgodnjih abstinenčnih simptomov na začetku razstrupljanja, ki se po navadi opravlja na specializiranih bolnišničnih psihiatričnih oddelkih, uporabljajo farmacevtski proizvodi, kot so antidepresivi, pomirjevala in antipsihotiki. Dolgoročneje zdravljenje z antipsihotiki se včasih predpiše v primerih dolgotrajne psihopatologije, ki je posledica kronične uporabe amfetaminov. Evropski strokovnjaki poročajo, da je psihiatrične težave, ki so pogoste pri problematičnih uporabnikih amfetaminov, s terapijo težko obvladati. Na Madžarskem je ministrstvo za zdravje na začetku leta 2008 objavilo prvi strokovni protokol, ki obravnava zdravljenje uporabnikov amfetaminov. Protokol zajema diagnozo, indicirano strukturo zdravljenja pod zdravniškim nadzorom brez drog ter druge terapije in rehabilitacijo.

Študije o zdravljenju odvisnosti od amfetaminov

Čeprav Češka in Združeno kraljestvo poročata o omejenem številu napotitev na nadomestno zdravljenje, za zdaj ni na voljo dokazov o učinkovitosti tega pristopa. Vendar pa klinični zdravniki dejavno proučujejo farmakološke terapije, ki bi jih lahko koristno uporabili pri zdravljenju odvisnosti od amfetaminov. Ko je bil med uporabniki metamfetamina, ki se zdravijo, preskušán stimulan osrednjega živčnega sistema dekstroamfetamin, je imel pozitivne rezultate pri zmanjševanju močne želje po metamfetaminu in simptomov odtegnitve ter vztrajanju pri zdravljenju, vendar v primerjavi s placebom ni privedel do zmanjšanja uporabe metamfetamina (Galloway idr., 2011; Longo idr., 2010). V študijah, v katerih se je pri posameznikih, odvisnih od metamfetamina, preskušal učinek modafinila, zdravila za uravnavanje spanca, so bila ugotovljena mogoča izboljšanja kratkoročnega spomina (Kalechstein idr., 2010), vendar v primerjavi s placebom ni bilo nobenih razlik v zvezi z ravnmi uporabe droge, vztrajanju uporabnikov pri

zdravljenju, depresijo ali močno željo po drogi (Heinzerling idr., 2010).

Antidepresiv bupropion, ki se uporablja kot zdravilo za pomoč pri odvajanju od kajenja, so prvič preskusili pri majhni skupini moških, odvisnih od metamfetamina, in ki so imeli spolne odnose z moškimi (Elkashaf idr., 2008), vendar je za potrditev ugotovljenih pozitivnih rezultatov potrebna obsežnejša študija. V neki drugi pilotni študiji, katere cilj je bil nadzorovati simptome motnje pozornosti s hiperaktivnostjo pri problematičnih uporabnikih amfetamina, je bil metilfenidat z enakomernim sproščanjem kombiniran s tedenskimi usposabljanji o veščinah, vendar v primerjavi s skupino placeba niso bile ugotovljene razlike (Konstenius idr., 2010).

Na tem področju je evidentiranih več potekajočih študij, vključno s študijami o naltreksonu s podaljšanim sproščanjem za odvisnost od amfetamina, na področju odvisnosti od metamfetamina pa so to študije o monoaminskem antagonistu, zaviralcu angiotenzinske konvertaze, N-acetilcisteinu, rivastigminu in vareniklinu.

Le malo študij obravnava psihološke in vedenjske ukrepe za težave v zvezi z metamfetaminom. Cilj neke avstralske študije je bil primerjava dveh psiholoških pristopov pri uporabi metamfetamina, vendar je bil osip udeležencev prevelik, da bi lahko dobili ustrezne rezultate (Smout idr., 2010). V evidentiranih študijah, ki potekajo na tem področju, se proučuje vpliv motivacijskih razgovorov in usposabljanja v zvezi s kognitivnimi vedenjskimi veščinami na odvisnost od metamfetamina.

Odvisnost in zdravljenje odvisnosti od gama-hidroksibutirata

Odvisnost od gama-hidroksibutirata (GHB) je priznana klinično stanje, ki lahko povzroči hud sindrom odtegnitve, če se po redni ali kronični uporabi jemanje te droge nenadoma opusti. Na voljo so dokazi, da se lahko pri rekreativnih uporabnikih razvije fizična odvisnost, ob opustitvi uporabe GHB in njegovih predhodnih sestavin pa so bili evidentirani tudi primeri simptomov odtegnitve. O odvisnosti od GHB so poročali tudi nekdanji alkoholiki (Richter idr., 2009).

Razpoložljive študije so v glavnem osredotočene na opis sindroma odtegnitve od GHB in s tem povezanih zapletov, ki jih je včasih v nujnih primerih težko prepoznati (van Noorden idr., 2009). Ti simptomi lahko vključujejo vznemirjenje, napade tesnobe, nespečnost, potenje, tahikardijo (zvišan srčni utrip) in hipertenzijo (zvišan krvni tlak). Pri bolnikih se lahko pri odtegnitvi pojavita tudi psihoza in delirij. Zmerna odtegnitev se lahko izvaja v izvenbolnišničnih ustanovah, sicer pa je priporočljiv bolnišnični nadzor. Doslej še niso bili oblikovani standardni protokoli za zdravljenje sindroma odtegnitve od GHB.

Benzodiazepini in barbiturati so farmacevtski izdelki, ki se najpogosteje uporabljajo za zdravljenje akutnih težav, povezanih z uporabo GHB. V Združenih državah Amerike poteka majhna študija o primerjavi benzodiazepina lorazepama z barbituratom pentobarbitalom za zmanjšanje subjektivnih simptomov odtegnitve pri posameznikih, ki so odvisni od GHB. Na Nizozemskem se izvajajo raziskave za opredelitev smernic za zdravljenje odvisnosti od GHB, ki temeljijo na dokazih.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Poglavje 5

Kokain in crack kokain

Uvod

Kokain je še naprej druga najpogosteje uporabljena prepovedana droga v Evropi, čeprav so med ravnmi in trendi razširjenosti v posameznih državah velike razlike. Visoke ravni uporabe kokaina so bile opažene le v maloštevilnih, večinoma zahodnoevropskih državah, drugod pa ostaja uporaba te droge omejena. Obstajajo tudi precejšnje razlike med uporabniki kokaina, in sicer med občasnimi uporabniki in socialno bolj integriranimi rednimi uporabniki, ki navadno vdihujejo kokain v prahu, ter bolj marginaliziranimi in pogosto odvisnimi uporabniki, ki si kokain vbrizgavajo ali pa uporabljajo crack.

Ponudba in razpoložljivost

Proizvodnja in trgovina

Gojenje grmov koke, ki je vir kokaina, je še vedno najbolj razširjeno v treh državah andske regije, Kolumbiji, Peruju in Boliviji. Po oceni UNODC (2011) so v letu 2010 koko gojili na 149 000 hektarih, kar je 6 % manj od ocenjenih

158 000 hektarov iz leta 2009. To zmanjšanje je mogoče pripisati predvsem krčenju območja gojenja koke v Kolumbiji, ki je bilo delno nadomeščeno s povečanjem v Peruju in Boliviji. Grmi koke na 149 000 hektarih pomenijo potencialno proizvodnjo od 786 do 1 054 ton čistega kokaina v primerjavi z ocenjeno proizvodnjo od 842 do 1 111 ton v letu 2009 (UNODC, 2011).

Listi koke se v kokain hidroklorid v glavnem predelujejo v Kolumbiji, Peruju in Boliviji, a tudi nekatere druge države niso izjema. Pomen Kolumbije pri proizvodnji kokaina potrjujejo informacije o uničenih laboratorijih in zasegih kalijevega permanganata, kemičnega reagenta, ki se uporablja pri izdelavi kokain hidroklorida. Leta 2009 je bilo v Kolumbiji uničenih 2 900 laboratorijev za proizvodnjo kokaina (UNODC, 2011), skupaj pa je bilo zaseženih 23 ton kalijevega premanganata (90 % svetovnih zasegov) (INCB, 2011a).

Zdi se, da pošiljke kokaina v Evropo potujejo skozi večino južno- in srednjeameriških držav, predvsem pa prek Argentine, Brazilije, Ekvadorja, Venezuele in Mehike. Za pretovarjanje te droge na poti v Evropo se

Preglednica 8: Proizvodnja, zasegi, cena in čistost kokaina in crack kokaina

	Kokain v prahu (hidroklorid)	Crack (kokainska baza) (1)
Ocena svetovne proizvodnje (v tonah)	786–1 054	Ni podatka
Svetovne zasežene količine (v tonah)	732 (2)	Ni podatka
Zasežene količine (v tonah) v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo) (3)	49 (49)	0,09 (0,09)
Število zasegov v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	98 500 (99 000)	7 500 (7 500)
Povprečna maloprodajna cena (EUR za gram) Razpon (interkvartilni razpon) (4)	45–104 (50,2–78,2)	55–70
Povprečna čistost (%) Razpon (interkvartilni razpon) (4)	18–51 (25,0–38,7)	6–75

(1) Zaradi majhnega števila držav, ki sporočajo informacije, je treba podatke razlagati previdno.

(2) UNODC ocenjuje, da ta številka ustreza od 431 do 562 tonam čistega kokaina.

(3) Skupna količina zaseženih rastlin konoplje za leto 2009 je verjetno podcenjena, predvsem zaradi pomanjkanja novejših podatkov za Nizozemsko, državo, ki je do leta 2007 poročala o razmeroma velikem številu zasegov. Ker podatkov za Nizozemsko za leti 2008 in 2009 ni na voljo, vrednosti za to državo ni mogoče vključiti v evropske ocene za leto 2009.

(4) Razpon srednje polovice sporočenih podatkov.

Opomba: Vsi podatki so za leto 2009.

Vir: UNODC (2011) za svetovne vrednosti, nacionalne kontaktne točke Reitox za evropske podatke.

pogosto uporabljajo tudi Karibi. V zadnjih letih so bile odkrite nadomestne poti prek zahodne Afrike (EMCDDA in Europol, 2010) in čeprav se od leta 2007 poroča o „znatnem zmanjšanju“ zasegov kokaina, ki potuje prek zahodne Afrike (UNODC, 2011), je verjetno, da velike količine te droge še vedno potujejo skozi to regijo (EMCDDA in Europol, 2010).

Kot kaže, so glavne vstopne točke v Evropo za kokain Španija, Nizozemska in Portugalska, deloma tudi Belgija. Kot pomembne tranzitne ali ciljne evropske države se pogosto omenjajo Nemčija, Francija in Združeno kraljestvo. V Združenem kraljestvu ocenjujejo, da se vsako leto v državo uvozi od 25 do 30 ton kokaina. Nedavna poročila kažejo tudi, da se trgovina s kokainom morda širi na vzhod (EMCDDA in Europol, 2010; INCB, 2011b). Skupno število zasegov kokaina v dvanajstih srednje- in vzhodnoevropskih državah se je povečalo s 666 primerov v letu 2004 na 1 232 primerov v letu 2009, vendar ti zasegi še vedno pomenijo samo približno 1 % vseh zasegov v Evropi. Količina kokaina, ki so ga prestregli v tej regiji, se je med letoma 2008 in 2009 več kot podvojila, predvsem zaradi rekordnih zaseženih količin v Bolgariji (0,23 tone) in Romuniji (1,3 tone), državah ob tako imenovani balkanski poti, ki se običajno povezuje s trgovino s heroinom.

Zasegi

Kokain je droga, s katero se na svetu poleg marihuane in hašiša največ trguje. Leta 2009 je svetovna količina zaseženega kokaina v glavnem ostala nespremenjena in je znašala približno 732 ton (preglednica 8) (UNODC, 2011). Južna Amerika je še naprej poročala o največji zaseženi količini, ki je znašala 60 % vse zasežene količine na svetu, sledita Severna Amerika z 18 % in Evropa z 8 % (UNODC, 2011).

Število zasegov kokaina v Evropi zadnjih 20 let narašča, zlasti od leta 2004, in je leta 2009 doseglo ocenjenih 99 000 primerov. Skupna zasežena količina je bila največja v letu 2006 in se je v letu 2009 prepolovila na ocenjenih 49 ton. To je predvsem posledica manjših količin, ki so bile zasežene v Španiji in na Portugalskem⁽⁷⁴⁾, čeprav ni jasno, koliko je to posledica sprememb trgovskih poti ali praks ali prednostnih nalog organov kazenskega pregona. Španija je bila leta 2009 spet država, ki je poročala o največjem številu zasegov kokaina in največji zaseženi količini te droge v Evropi, v obeh primerih o skoraj polovici. Ta analiza je začasna, saj še ni na voljo zadnjih podatkov za Nizozemsko, ki je v letu 2007, zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, poročala o približno 10 tonah zaseženega kokaina.

Čistost in cena

Povprečna čistost analiziranih vzorcev kokaina v polovici držav, ki so poslale podatke za leto 2009, je znašala od 25 % do 43 %. Najnižje vrednosti sta sporočila Danska (samo maloprodaja, 18 %) in Združeno kraljestvo (Anglija in Wales, 20 %), najvišje pa Belgija (51 %), Španija in Nizozemska (obe 49 %) (75). Dvaindvajset držav je zagotovilo zadostne podatke za analizo trendov čistosti kokaina v obdobju 2004–2009, pri čemer 19 držav poroča o upadanju, dve o nespremenjenem stanju (Nemčija, Slovaška), Portugalska pa o povečanju. Na splošno se je čistost kokaina v Evropski uniji v obdobju 2004–2009 po ocenah v povprečju znižala za 20 % (76).

Povprečna maloprodajna cena kokaina v večini držav, ki so sporočile podatke za leto 2009, je znašala od 50 EUR do 80 EUR za gram. O najnižji povprečni ceni je poročalo Združeno kraljestvo (45 EUR), o najvišji pa Luksemburg (104 EUR). Skoraj vse države z zadostnimi podatki za primerjavo so poročale o umirjanju ali znižanju maloprodajnih cen kokaina med letoma 2004 in 2009. V obdobju 2004–2009 se je maloprodajna cena v Evropski uniji po ocenah v povprečju znižala za 21 % (77).

Vele- in maloprodajne cene drog: kokain

Veleprodajne cene drog so cene za velike količine, ki bodo dobavljene po državi, maloprodajne cene pa plača uporabnik droge. Z njihovo primerjavo je mogoče dobiti oceno o največjih dobičkih, ki jih lahko dosežejo preprodajalci na maloprodajnem trgu.

Zadnji podatki, ki jih je center EMCDDA zbral v 14 evropskih državah, kažejo, da je mogoče veleprodajno ceno za kilogramske pošiljke kokaina v letu 2008 oceniti na od 31 000 EUR do 58 000 EUR, pri čemer večina držav navaja vrednosti približno 35 000 EUR. Povprečna stopnja čistosti pošiljk, zajetih v poročila, je dosegala skoraj 70 %.

Maloprodajne cene kokaina so v letu 2008 znašale od 50 000 EUR do 80 000 EUR za ustreznik enega kilograma kokaina v teh državah in so bile tako za od 25 % do 83 % višje od veleprodajnih cen. Stopnje čistosti so se pri prehodu z veleprodajnega na maloprodajni trg znižale, kjer naj bi v povprečju znašale od 13 % do 60 %, odvisno od države. Za natančnejšo oceno razlik v ceni, prilagojeni glede na čistost, med veleprodajno in maloprodajno ravno pa so potrebni dodatni podatki.

Pregled metod in razpoložljivosti podatkov v Evropi je na voljo v poročilu centra o pilotni študiji o veleprodajnih cenah droge, ki je bila objavljena v letu 2011.

(74) Glej preglednici SZR-9 in SZR-10 v Statističnem biltenu 2011.

(75) Za podatke o čistosti in cenah glej preglednici PPP-3 in PPP-7 v Statističnem biltenu 2011.

(76) Glej prikaz PPP-2 v Statističnem biltenu 2011.

(77) Glej prikaz PPP-1 v Statističnem biltenu 2011.

Razširjenost in vzorci uporabe

Uporaba kokaina med splošnim prebivalstvom

Kokain je za konopljo druga najpogosteje uporabljena droga v Evropi, čeprav je njegova uporaba osredotočena na le nekaj držav z veliko razširjenostjo, pri čemer imajo nekatere veliko prebivalcev. Ocenjuje se, da je kokain vsaj enkrat v življenju poskusilo približno 14,5 milijona Evropejcev, v povprečju 4,3 % odraslih, starih od 15 do 64 let (za povzetek podatkov glej preglednico 9). Deleži v posameznih državah znašajo od 0,1 % do 10,2 %, pri čemer polovica od 24 držav poročevalk, vključno z večino srednje- in vzhodnoevropskih držav, poroča o nizkih ravneh uporabe kadar koli v življenju (od 0,5 % do 2,5 %).

Ocenjuje se, da je v zadnjem letu kokain uporabilo približno 4 milijone Evropejcev (v povprečju 1,2 %). V nedavnih nacionalnih raziskavah so poročali o ocenah razširjenosti v zadnjem letu od nič do 2,7 %. V oceni razširjenosti uporabe kokaina v zadnjem mesecu v Evropi

se navaja podatek približno 0,5 % vse odrasle populacije ali približno 1,5 milijona posameznikov.

O ravneh uporabe kokaina v zadnjem letu, ki so nad evropskim povprečjem, poročajo Irska, Španija, Italija, Ciper in Združeno kraljestvo. Podatki o razširjenosti v zadnjem letu za vse te države kažejo, da je kokain najpogosteje uporabljeno prepovedano poživilo.

Uporaba kokaina med mlajšimi odraslimi

Ocenjuje se, da je v Evropi približno 8 milijonov mlajših odraslih (15–34 let) ali povprečno 5,9 % vsaj enkrat v življenju uporabilo kokain. Deleži v posameznih državah znašajo od 0,1 % do 13,6 %. Evropsko povprečje uporabe kokaina v zadnjem letu v tej starostni skupini je ocenjeno na 2,1 % (približno 3 milijone), uporabe v zadnjem mesecu pa na 0,8 % (1 milijon).

Uporaba je zlasti pogosta med mlajšimi moškimi (15–34 let), razširjenost uporabe kokaina v zadnjem letu pa na Danskem, v Španiji, na Irskem, v Italiji in Združenem kraljestvu znaša od 4 % do 6,7 %⁽⁷⁸⁾. Pri mlajših odraslih

Preglednica 9: Razširjenost uporabe kokaina med splošnim prebivalstvom – povzetek podatkov

Starostna skupina	Časovni okvir uporabe		
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto	Zadnji mesec
15–64 let			
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	14,5 milijona	4 milijoni	1,5 milijona
Evropsko povprečje	4,3 %	1,2 %	0,5 %
Razpon	0,1–10,2 %	0,0–2,7 %	0,0–1,3 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,1 %) Malta (0,4 %) Litva (0,5 %) Grčija (0,7 %)	Romunija (0,0 %) Grčija (0,1 %) Madžarska, Poljska, Litva (0,2 %) Malta (0,3 %)	Romunija, Grčija (0,0 %) Česka, Malta, Švedska, Poljska, Litva, Estonija, Finska (0,1 %)
Države z največjo razširjenostjo	Španija (10,2 %) Združeno kraljestvo (8,8 %) Italija (7,0 %) Irska (5,3 %)	Španija (2,7 %) Združeno kraljestvo (2,5 %) Italija (2,1 %) Irska (1,7 %)	Španija (1,3 %) Združeno kraljestvo (1,1 %) Ciper, Italija (0,7 %) Avstrija (0,6 %)
15–34 let			
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	8 milijonov	3 milijoni	1 milijon
Evropsko povprečje	5,9 %	2,1 %	0,8 %
Razpon	0,1–13,6 %	0,1–4,8 %	0,0–2,1 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,1 %) Litva (0,7 %) Malta (0,9 %) Grčija (1,0 %)	Romunija (0,1 %) Grčija (0,2 %) Poljska, Litva (0,3 %) Madžarska (0,4 %)	Romunija (0,0 %) Grčija, Poljska, Litva, Norveška (0,1 %) Česka, Madžarska, Estonija (0,2 %)
Države z največjo razširjenostjo	Španija (13,6 %) Združeno kraljestvo (13,4 %) Danska (8,9 %) Irska (8,2 %)	Združeno kraljestvo (4,8 %) Španija (4,4 %) Irska (3,1 %) Italija (2,9 %)	Združeno kraljestvo (2,1 %) Španija (2,0 %) Ciper (1,3 %) Italija (1,1 %)

Ocene za Evropo so izračunane iz nacionalnih ocen razširjenosti, tehtanih glede na populacijo ustrezne starostne skupine v vsaki državi. Ocene o splošnem številu uporabnikov v Evropi so bile pridobljene tako, da je bilo za države, v katerih ni podatkov o razširjenosti (manj kot 3 % ciljne populacije), uporabljeno povprečje EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64, 336 milijonov; 15–34, 132 milijonov. Ker ocene za Evropo temeljijo na raziskavah, opravljenih med letom 2001 in obdobjem 2009–2010 (predvsem med letoma 2004 in 2008), se ne nanašajo na eno samo leto. Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltenu 2011 pod naslovom „Raziskave med splošnim prebivalstvom“.

⁽⁷⁸⁾ Glej prikaz GPS-13 v Statističnem biltenu 2011.

je v trinajstih državah poročevalkah razmerje med moškimi in ženskami glede razširjenosti uporabe kokaina v zadnjem letu vsaj 2 : 1 ⁽⁷⁹⁾.

Mednarodne primerjave

Na splošno je ocenjena razširjenost uporabe kokaina v zadnjem letu manjša med mladimi odraslimi osebami v Evropi (2,1 %) kot med njihovimi vrstniki v Avstraliji (3,4 % med osebami, starimi od 14 do 39 let), Kanadi (3,3 %) in Združenih državah Amerike (4,1 % med osebami, starimi od 16 do 34 let). Španija (4,4 %) in Združeno kraljestvo (4,8 %) pa poročata o višjih stopnjah (prikaz 9). Treba je opozoriti, da je potrebna previdnost pri razlagi majhnih razlik med državami.

Uporaba kokaina med šolsko mladino

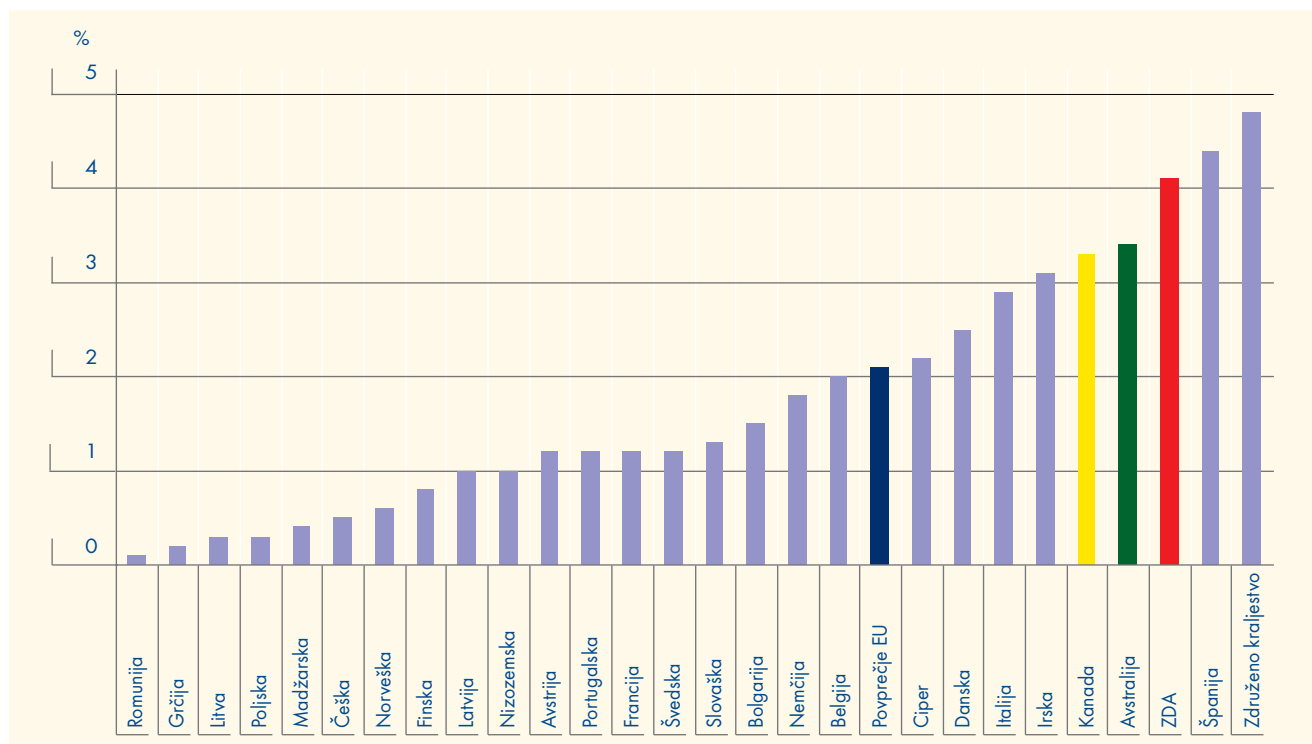
Po najnovejših raziskavah je v več kot polovici od 29 držav poročevalk razširjenost uporabe kokaina kadar koli v življenju med 15- in 16-letnimi dijaki znašala od 1 % do 2 %. Večina drugih držav je poročala o od 3- do 4-odstotni razširjenosti, medtem ko sta Francija in Združeno kraljestvo poročala o 5-odstotni razširjenosti. Kjer so na voljo podatki o starejših dijakih (starih 17 in 18 let),

je razširjenost uporabe kokaina kadar koli v življenju na splošno večja, pri čemer v Španiji znaša 8 % ⁽⁸⁰⁾.

Trendi uporabe kokaina

Trendi uporabe kokaina v Evropi so sledili različnim vzorcem. V Španiji in Združenem kraljestvu, državah z najvišjimi stopnjami razširjenosti, se je uporaba te droge izrazito povečala v poznih devetdesetih letih prejšnjega stoletja, nato pa se je ustalila, čeprav je na splošno še vedno naraščala. V štirih drugih državah (na Danskem, Irskem, v Italiji, na Cipru) se je razširjenost povečevala manj izrazito in pozneje. Vse te države so poročale o večji razširjenosti v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (15–34 let) od povprečja EU, ki znaša 2,1 % (prikaz 9). V štirih od teh šestih držav poročajo o splošnem povečanju v zadnjih desetih letih, čeprav je bilo v najnovejših raziskavah v teh državah ugotovljeno zmanjšanje (Danska, Španija, Italija, Združeno kraljestvo), kar je podobno trendu, opaženemu v Kanadi in Združenih državah Amerike (prikaz 10). Drugi dve državi poročata o povečanju v najnovejših raziskavah: Irska o povečanju z 2,0 % v letu 2003 na 3,1 % v letu 2007 in Ciper z 0,7 % v letu 2006 na 2,2 % v letu 2009.

Prikaz 9: Razširjenost uporabe kokaina v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (stari od 15 do 34 let) v Evropi, Avstraliji, Kanadi in ZDA



Opomba: Podatki so iz zadnje razpoložljive raziskave za vsako državo. Povprečna stopnja razširjenosti v Evropi je izračunana kot povprečje nacionalnih stopenj razširjenosti, tehtano glede na nacionalno populacijo od 15- do 34-letnikov (2007, na podlagi podatkov Eurostata). Podatki za ZDA in Avstralijo so preračunani iz izvirnih rezultatov študij za starostna razreda od 16 do 34 let oziroma od 14 do 39 let. Podatki za Avstralijo so za leto 2007, za Kanado in ZDA pa za leto 2009. Za več informacij glej prikaz GPS-20 v statističnem biltenu 2011.

Viri: Nacionalne kontaktno točke Reitox, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

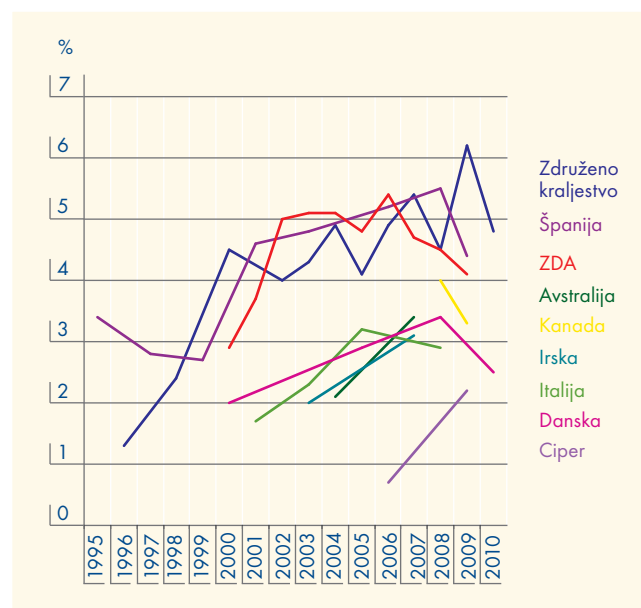
⁽⁷⁹⁾ Glej preglednico GPS-5 (del iii) in (del iv) v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁸⁰⁾ Glej preglednice od EYE-10 do EYE-30 v Statističnem biltenu 2011.

V 17 drugih državah, ki izvajajo ponavljajoče se raziskave, je uporaba kokaina razmeroma majhna in večinoma ustaljena. Morda so med izjemami Bolgarija in Švedska, ki sta poročali o znakih povečanja, ter Norveška, kjer se zdi, da se trend zmanjšuje. Treba pa je upoštevati, da je pri razlagi majhnih sprememb pri majhni razširjenosti potrebna previdnost. V Bolgariji se je uporaba kokaina med mlajšimi odraslimi v zadnjem letu povečala z 0,7 % v letu 2005 na 1,5 % v letu 2008, na Švedskem pa z nič v letu 2000 na 1,2 % v letu 2008 ⁽⁸¹⁾. Norveška je poročala o zmanjšanju z 1,8 % v letu 2004 na 0,8 % v letu 2009.

Med štirimi državami, ki so v obdobju 2009–2010 izvedle nacionalne raziskave med šolsko mladino (Italija, Slovaška, Švedska, Združeno kraljestvo), je samo Slovaška poročala o spremembi (zmanjšanju) za več kot eno odstotno točko pri uporabi kokaina kadar koli v življenju med 15- do 16-letnimi dijaki. Nedavna nemška študija med starejšimi dijaki je pokazala, da se je delež od 15- do 18-letnih dijakov v Frankfurtu, ki poročajo o izkušnji s kokainom kadar koli v življenju, leta 2008 rahlo povečal na 6 %, leta 2009 pa zmanjšal na 3 %.

Prikaz 10: Razširjenost uporabe kokaina v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi v šestih državah članicah EU z največjo razširjenostjo, Avstraliji, Kanadi in ZDA



Opomba: Za več informacij glej prikaz GPS-14 (del ii) v statističnem biltenu 2011.
Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

Ciljne raziskave lahko omogočijo dragocen vpogled v uporabo drog med mladimi v okoljih plesne glasbe in drugih sprostitvenih okoljih. Medtem ko te raziskave na splošno vsebujejo poročila o razmeroma veliki razširjenosti kokaina, novejša študije v nekaterih evropskih državah prinašajo poročila o zmanjšanju. Tako je bilo na primer v študiji med obiskovalci prodajaln „coffee shops“ ugotovljeno zmanjšanje uporabe kokaina kadar koli v življenju z 52 % v letu 2001 na 34 % v letu 2009 in zmanjšanje uporabe v zadnjem mesecu z 19 % na 5 % v istem obdobju ⁽⁸²⁾. Iz spremljanja kvalitativnega trenda na Nizozemskem je razvidno, da se današnja generacija 20- do 24-letnikov manj zanima za uporabo kokaina kot prejšnje generacije. Belgijska študija, ki se od leta 2003 redno izvaja na prizoriščih nočnega življenja, za obdobje 2003–2007 kaže povečanje uporabe kokaina v zadnjem letu z 11 % na 17 %, ki mu je sledilo zmanjšanje na 13 % v študiji iz leta 2009. Podobne študije na Češkem kažejo povečanje uporabe kokaina kadar koli v življenju z 19 % v letu 2007 na 23 % v letu 2009. Seveda pa je treba take ugotovitve potrditi z drugimi nizi podatkov.

Vzorci uporabe kokaina

Kot kažejo raziskave, je uporaba kokaina v sprostitvenih okoljih močno povezana z uživanjem alkohola. Podatki iz raziskav med splošnim prebivalstvom v devetih državah kažejo, da je razširjenost uporabe kokaina od dva- do devetkrat večja med občasni čezmernimi uživalci alkohola ⁽⁸³⁾ kot med splošnim prebivalstvom (EMCDDA, 2009b). Raziskave kažejo tudi, da je uporaba kokaina povezana z uporabo drugih prepovedanih drog. Analiza podatkov iz britanskega pregleda kaznivih dejanj v obdobju 2009–2010 na primer kaže, da je 89 % odraslih (starih od 16 do 59 let), ki so v zadnjem letu uporabili kokain v prahu, uporabilo tudi druge droge, medtem ko je o tem poročalo samo 42 % uporabnikov konoplje (Hoare in Moon, 2010).

V nekaterih evropskih državah precej oseb poskusi kokain eksperimentalno, samo enkrat ali dvakrat (Van der Poel idr., 2009). Med rednejšimi uporabniki kokaina lahko ločimo dve večji skupini. Prva je sestavljena iz socialno bolj integriranih uporabnikov, ki kokain največkrat uporabljajo ob vikendih, na zabavah ali ob posebnih priložnostih, včasih celo v velikih količinah. Številni od teh uporabnikov poročajo, da svojo uporabo kokaina nadzorujejo tako, da so si postavili pravila, na primer glede količine, pogostnosti ali priložnosti uporabe (Reynaud-Maurupt in Hoareau, 2010). Nekateri od teh uporabnikov imajo lahko zaradi uporabe kokaina zdravstvene težave ali pa

⁽⁸¹⁾ Glej prikaz GPS-14 (del i) v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁸²⁾ Treba je opozoriti, da amsterdamskih trendov ni mogoče posplošiti na celotno Nizozemsko.

⁽⁸³⁾ Občasno čezmerno pitje, poznano tudi pod izrazom kampanjsko pitje, je tu opredeljeno kot zaužitje šestih ali več kozarcev alkoholne pijače ob isti priložnosti vsaj enkrat na teden v zadnjem letu.

razvijejo odvisne vzorce, ki zahtevajo zdravljenje. Vendar študije kažejo, da je mogoče velik del teh s kokainom povezanih težav rešiti brez formalnega zdravljenja (Cunningham, 2000; Toneatto idr., 1999).

Druga skupina vključuje intenzivne uporabnike kokaina ali cracka, ki spadajo v bolj socialno marginalizirane ali prikrajšane skupine, vključno z nekdanjimi ali sedanjimi uporabniki opioidov, ki uporabljajo crack ali si vbrizgavajo kokain (Prinzleve idr., 2004).

Zdravstvene posledice uporabe kokaina

Zdravstvene posledice uporabe kokaina so verjetno podcenjene. Delno je to posledica pogosto nespecifične ali kronične narave patologij, ki običajno nastanejo zaradi njegove dolgotrajne uporabe (glej poglavje 7). Redno uporabo kokaina, zlasti vdihavanje, je mogoče povezati s kardiovaskularnimi, nevrološkimi in duševnimi motnjami ter s povečanim tveganjem za nezgode in prenos nalezljivih bolezni z nezaščitenimi spolnimi odnosi (Brugal idr., 2009) ali skupno uporabo slamic (Aaron idr., 2008), za katero dokazi kažejo, da je vse bolj razširjena (Caiaffa idr., 2011). Raziskave v državah z visokimi stopnjami uporabe kažejo, da je morda znaten delež težav s srcem pri mladih povezan z uporabo kokaina (Qureshi idr., 2001). Tako se na primer v Španiji zdi, da je uporaba kokaina povezana s precejšnjim deležem bolnišničnih nujnih primerov zaradi drog in v nedavni španski študiji se je pokazalo, da so 3 % nenadnih smrti povezani s kokainom (Lucena idr., 2010). Višje ravni uporabe na Danskem se ujemajo z vse večjim številom nujnih primerov, ki so se povečali s 50 v letu 1999 na skoraj 150 v letu 2009.

Vbrizgavanje kokaina in uporaba cracka sta povezana z največjimi zdravstvenimi tveganji med uporabniki kokaina, vključno s kardiovaskularnimi in duševnimi težavami. Te težave se po navadi še poslabšajo zaradi socialne marginalizacije in tveganj, povezanih z vbrizgavanjem, vključno s prenosom nalezljivih bolezni in prevelikimi odmerki (EMCDDA, 2007a).

Problematična uporaba kokaina in povpraševanje po zdravljenju

Center redne uporabnike kokaina, dolgotrajne uporabnike in tiste, ki si snov vbrizgavajo, opredeljuje kot problematične uporabnike kokaina. Iz ocene velikosti te populacije je razvidno približno število oseb, ki morda potrebujejo zdravljenje. Bolj socialno integrirani problematični uporabniki kokaina navadno niso ustrezno zastopani v teh ocenah.

Kokain in alkohol

Uporabniki kokaina pogosto uporabljajo tudi alkohol. Raziskave med prebivalstvom kažejo na pogosto povezavo med uporabo kokaina in alkohola – zlasti občasnega čezmernega pitja. V dveh raziskavah je bilo ugotovljeno, da je bila več kot polovica odvisnikov od kokaina, ki so se zdravili, odvisna tudi od alkohola.

Priljubljenost te kombinacije je mogoče pojasniti z okoliščinami, saj sta obe snovi zelo povezani s prizorišči nočnega življenja in zabav, a tudi s farmakološkimi dejavniki. „Zadetost“, dosežena s kombinacijo teh snovi, naj bi bila višja kot pri uporabi samo ene od njiju. Poleg tega lahko kokain omili občutek opitosti ter lahko tudi nevtralizira nekaj vedenjskih in psihomotoričnih motenj, ki nastanejo zaradi alkohola. Po drugi strani lahko alkohol pomaga ublažiti občutek nelagodja, ki sledi vzhičenosti zaradi učinka kokaina. Tako lahko kombinacija privede do povečane uporabe obeh snovi.

Obstajajo dokumentirana tveganja in toksični učinki, ki se povezujejo s hkratno uporabo alkohola in kokaina, vključno z višjim srčnim utripom, višjim sistoličnim krvnim tlakom, ki lahko privede do kardiovaskularnih zapletov, ter oslabljenimi kognitivnimi in motoričnimi funkcijami. Vendar pa se na podlagi študij za nazaj ne zdi, da kombinirana uporaba povzroča več kardiovaskularnih težav, kot jih je pričakovati pri odvisnosti od posamezne droge (Pennings idr., 2002). Poleg tega se ob hkratni uporabi tvori kokaetilen, presnovek, ki nastaja v jetrih. Trenutno potekajo razprave, ali kokaetilen povzroča povišan srčni utrip in kardiotoksičnost.

Za več informacij glej EMCDDA (2007a).

Nacionalne ocene števila problematičnih uporabnikov kokaina so na voljo samo za Italijo, kjer je bilo leta 2009 po ocenah približno 178 000 problematičnih uporabnikov kokaina (od 4,3 do 4,7 na 1 000 oseb, starih od 15 do 64 let) ⁽⁸⁴⁾. Podatki o trendih problematične uporabe kokaina in drugi viri podatkov (npr. vključitev v zdravljenje) kažejo na postopno povečevanje problematične uporabe kokaina v Italiji.

Uporaba cracka je med socialno integriranimi uporabniki kokaina zelo redka. Pojavlja se predvsem med marginaliziranimi in prikrajšanimi skupinami, kot so osebe, ki se ukvarjajo s prostitucijo, problematični uporabniki opioidov, v glavnem pa se crack uporablja v mestih (Prinzleve idr., 2004; Connolly idr., 2008). Uporaba cracka pomeni pomemben del problematike drog v Londonu. Regionalne ocene uporabe crack kokaina so na voljo samo za Anglijo (Združeno kraljestvo), kjer je bilo v obdobju 2008–2009 po ocenah 189 000 problematičnih uporabnikov te snovi, kar ustreza 5,5 (od 5,4 do 5,8) primera na 1 000 prebivalcev,

⁽⁸⁴⁾ Glej preglednico PDU-102 (del i) v Statističnem biltenu 2011.

starih od 15 do 64 let. Večina teh uporabnikov cracka je po poročilih uporabljala tudi opioide.

Povpraševanje po zdravljenju

Nadaljnji vpogled v problematično uporabo kokaina je mogoče dobiti iz podatkov o številu in značilnostih oseb, ki se začnejo zdraviti zaradi uporabe kokaina. Skoraj vsi uporabniki storitev zdravljenja, zajeti v poročila, se zdravijo v izvenbolnišničnih centrih, verjetno pa je, da se nekateri zdravijo tudi v zasebnih klinikah, za kar pa podatki niso na voljo. Mnogo problematičnih uporabnikov kokaina pa se v zdravljenje sploh ne vključi (Escot in Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt in Hoareau, 2010).

Kokain, predvsem kokain v prahu, je kot glavni razlog za začetek zdravljenja leta 2009 navedlo približno 17 % vseh uporabnikov storitev zdravljenja zaradi drog. Med tistimi, ki so se začeli zdraviti prvič v življenju, je bil delež primarnih uporabnikov kokaina večji (23 %).

Med državami so velike razlike glede deleža in števila primarnih uporabnikov kokaina, pri čemer o največjih deležih poročajo Španija (46 %), Nizozemska (31 %) in Italija (28 %). V Belgiji, na Irskem, Cipru, v Luksemburgu in Združenem kraljestvu je med vsemi uporabniki storitev zdravljenja zaradi drog od 11 % do 15 % uporabnikov kokaina. Drugod po Evropi se zaradi kokaina zdravi manj kot 10 % uporabnikov storitev zdravljenja zaradi drog, pri čemer je v šestih državah ta delež manj kot enoodstoten⁽⁸⁵⁾. Na splošno Španija, Italija in Združeno kraljestvo skupaj poročajo o skoraj 58 000 od 72 000 uporabnikov storitev zdravljenja zaradi kokaina, o katerih poroča 26 evropskih držav.

Število uporabnikov, ki se začnejo zdraviti zaradi primarne uporabe kokaina, se v Evropi že več let povečuje. V 17 državah, ki so zagotovile podatke v obdobju 2004–2009, se je število uporabnikov, ki so se začeli zdraviti zaradi uporabe kokaina, povečalo s približno 38 000 leta 2004 na približno 55 000 leta 2009. Število uporabnikov, ki so se prvič začeli zdraviti zaradi uporabe kokaina, se je v istem obdobju povečalo skoraj za tretjino, s približno 21 000 na 27 000 (na podlagi podatkov iz 18 držav poročevalk).

Profil uporabnikov, ki se zdravijo v izvenbolnišničnih centrih

Med uporabniki, ki se začnejo zdraviti izvenbolnišnično zaradi primarne uporabe kokaina, vključno s kokainom v prahu in crack kokainom, je delež moških večji od deleža

žensk (pet moških na eno žensko), njihova povprečna starost pa je ena od najvišjih (približno 32 let) od vseh uporabnikov storitev zdravljenja zaradi drog. To povprečje je najvišje v Franciji, Italiji in na Nizozemskem (35 let). Primarni uporabniki kokaina poročajo, da so bili ob prvi uporabi glavne droge v povprečju stari 22,5 leta, 86 % pa manj kot 30 let. Povprečni časovni zamik med prvo uporabo kokaina in prvim zdravljenjem pa je približno devet let. O skoraj tretjini vseh uporabnikov, ki se zdravijo zaradi kokaina, poroča Združeno kraljestvo, njihov profil pa se od profila uporabnikov iz drugih držav z velikim številom uporabnikov kokaina, ki se zdravijo, razlikuje po tem, da: so v povprečju mlajši (31 let), je razmerje med spoloma nižje (približno trije moški na eno žensko), je časovni zamik med prvo uporabo in začetkom zdravljenja krajši (približno sedem let).

Večina uporabnikov storitev zdravljenja zaradi kokaina to drogo predvsem vdihava (66 %) ali jo kadi (29 %). O vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe so poročali samo 3 % uporabnikov kokaina na zdravljenju, med letoma 2005 in 2009 pa je bilo ugotovljeno, da vbrizgavanje kokaina upada. Skoraj polovica jih je v mesecu pred začetkom zdravljenja drogo uporabljala od enkrat do šestkrat na teden, približno četrtna vsak dan, preostala četrtna pa je v tem obdobju ni uporabljala ali pa jo je uporabljala zgolj priložnostno⁽⁸⁶⁾. Kokain se pogosto uporablja v kombinaciji z drugimi drogami, zlasti alkoholom, konopljo, drugimi stimulansi in heroinom. Analiza podatkov o zdravljenju iz 14 držav, opravljena leta 2006, je pokazala, da približno 63 % primarnih uporabnikov kokaina, ki se zdravijo, uporablja več drog hkrati in poroča o težavah z vsaj še eno drugo drogo. Pri tem so kot najpogostejšo dodatno problematično drogo navajali alkohol, ki ga uporablja 42 % uporabnikov kokaina, ki se zdravijo, sledita mu konoplja (28 %) in heroin (16 %) (EMCDDA, 2009b). Kokain se navaja tudi kot sekundarna snov⁽⁸⁷⁾, ki jo vse pogosteje navajajo primarni uporabniki heroina v Italiji in na Nizozemskem.

Analiza podatkov o začetku zdravljenja kaže, da so težave s crack kokainom v Evropi še naprej geografsko omejene. Po poročanju se je leta 2009 zaradi primarne uporabe crack kokaina začelo izvenbolnišnično zdraviti 10 540 uporabnikov, kar je 16 % vseh uporabnikov kokaina in 3 % vseh uporabnikov drog, ki so se začeli tako zdraviti. O največjem številu uporabnikov storitev zdravljenja zaradi cracka (približno 7 500) poroča Združeno kraljestvo, pomenijo pa 40 % uporabnikov kokaina in 6 % vseh uporabnikov drog, ki se v tej državi zdravijo v izvenbolnišničnih centrih. Nizozemska je

⁽⁸⁵⁾ Glej prikaz TDI-2 ter preglednici TDI-5 (del i), (del ii) in TDI-24 v Statističnem biltenu 2011; podatki za Španijo se nanašajo na leto 2008.

⁽⁸⁶⁾ Glej preglednico TDI-18 (del ii) v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁸⁷⁾ Glej preglednico TDI-22 v Statističnem biltenu 2011.

poročala o 1 231 uporabnikih cracka, ki so se začeli zdraviti, kar pomeni 38 % uporabnikov kokaina in 12 % vseh uporabnikov drog na zdravljenju v tej državi ⁽⁸⁸⁾. Uporabniki crack kokaina, ki se začnejo zdraviti, pogosto uporabljajo heroin. Tako je na primer v Združenem kraljestvu približno 31 % primarnih uporabnikov cracka na zdravljenju navedlo heroin kot sekundarno drogo, ta delež pa se še povečuje.

Zdravljenje in zmanjševanje škode

V Evropi je bilo v preteklosti zdravljenje težav zaradi uporabe drog usmerjeno predvsem na odvisnost od opioidov. Zaradi vse večje zaskrbljenosti na področju javnega zdravja zaradi uporabe kokaina in crack kokaina pa so v številnih državah namenili več pozornosti odzivanju na težave, povezane z uporabo teh drog. Čeprav zdravljenje odvisnosti od kokaina večinoma zagotavljajo specialistične izvenbolnišnične ustanove, se posebne storitve uporabnikom kokaina zagotavljajo na Danskem, Irskem, v Italiji, Avstriji in Združenem kraljestvu. Zdravljenje odvisnosti od kokaina zagotavljajo tudi nekateri ponudniki osnovnega zdravstvenega varstva. Smernice za zdravljenje težav zaradi kokaina za zdaj obstajajo samo v Nemčiji in Združenem kraljestvu.

Osrednje možnosti za zdravljenje odvisnosti od kokaina so psihosocialni ukrepi, kamor spadajo motivacijski razgovori, kognitivno-vedenjske terapije, vedenjski trening samoobvladovanja, ukrepi za preprečevanje ponovne uporabe in svetovanje. Tudi skupine za samopomoč, na primer Anonimni uporabniki kokaina, so lahko pomemben člen pri zdravljenju posameznikovih težav zaradi uporabe kokaina. Podporo, ki jo zagotavljajo, je mogoče kombinirati s formalnim zdravljenjem.

Študije o zdravljenju odvisnosti od kokaina

V Nemčiji sta Koerkel in Verthein (2010) ocenjevala učinke vedenjskega treninga samoobvladovanja za zmanjšanje uporabe heroina in kokaina med odvisnimi posamezniki. Po poročilih je usposabljanje udeležencem pomagalo zmanjšati uporabo obeh snovi in ohranjati uporabo drog na ravni, ki so jo določili sami. V dveh novejših študijah so raziskovali učinkovitost programov zdravljenja odvisnosti od drog v Angliji. V raziskovalni študiji o rezultatih zdravljenja odvisnosti od drog (Drug Treatment Outcomes Research Study; Jones, A., idr., 2009) je bilo ugotovljeno, da je več kot polovica uporabnikov storitev zdravljenja zaradi kokaina to drogo prenehala uporabljati od tri do pet mesecev po začetku zdravljenja. Po polnem letu zdravljenja jih je abstिनiralo 60 %. Podobni rezultati so bili sporočeni

za uporabnike crack kokaina, ki so se zdravili v 12 lokalnih službah v Londonu (Marsden in Stillwell, 2010).

Trenutno se izvaja veliko študij z naključnim vzorcem za preskušanje novih zdravil za zdravljenje odvisnosti od kokaina. Za zdaj so bili spodbudni rezultati ugotovljeni pri dveh snoveh. Disulfiram, snov, ki zavira presnovo alkohola, se je pokazal kot koristen pri zdravljenju odvisnosti od kokaina (Pani idr., 2010a) in se trenutno preskuša v povezavi s kognitivno vedenjsko terapijo pri zdravljenju odvisnosti od crack kokaina v neki brazilski študiji. Rezultati kratkoročnega spremljanja vigabatrina, zdravila proti epilepsiji, ki so ga preskusili na 103 pogojno izpuščenih obsojencih v Mehiki, so bili pozitivni. Trenutno se preskuša na 200 bolnikih v ZDA. Na Nizozemskem se preskuša nov pristop z uporabo rimonabanta (selektivnega antagonist kanabinoidnih receptorjev, ki se je v preteklosti uporabljal za zdravljenje debelosti). Poleg tega se v nadzorovani študiji z naključnim vzorcem za odvisnost od crack kokaina, ki je bila pred kratkim prijavljena na Nizozemskem, primerja več farmakoterapevtskih možnosti (topiramid, deksamfetamin in modafinil) (Hicks idr., 2011).

Rezultati več drugih študij so bili slabi ali nepomembni za zdravljenje odvisnosti od kokaina. Modafinil, stimulans osrednjega živčnega sistema, je imel pri obvladovanju uporabe kokaina enake rezultate kot placebo (Anderson idr., 2009). Na bolnikih z večkratno odvisnostjo od kokaina in alkohola ali tobaka sta bila preskušena naltrekson (opioidni antagonist) in vareniklin (uporablja se za zdravljenje odvisnosti od tobaka), vendar ni bilo nobene razlike v uporabi v primerjavi s placebom. Memantin (zdravilo za Alzheimerjevo bolezen) je bil preskušen v kombinaciji z metodo kuponov, vendar so bili pri zmanjševanju uporabe kokaina doseženi enaki uspehi kot pri placebu.

Obvladovanje nepredvidenih okoliščin se je izkazalo za učinkovito ne glede na etnični izvor (Barry idr., 2009), kot uspešna strategija pa se je izkazalo tudi v kombinaciji s preprečevanjem ponovne uporabe (McKay idr., 2010). V neki španski študiji se je uporaba kuponov kot pobude, ki se izvaja vzporedno s krepitvijo v skupnosti, izkazala kot koristna opora pri vzdrževanju abstinence odvisnih uporabnikov kokaina (Garcia-Rodriguez idr., 2009). Rezultati pobud s kuponi pri vzdrževanju daljše abstinence v neki drugi študiji pa so bili slabi (Carpenedo idr., 2010).

Eden izmed ukrepov z obetavnimi rezultati je na primer pomoč pri abstinenci v obliki zaposlitve, pri kateri so uporabniki na zdravljenju deležni šestmesečnega poklicnega usposabljanja, čemur sledi zaposlitev za eno leto, ki je pogojena z naključnim testiranjem za prisotnost kokaina. Druge metode za pomoč uporabnikom

⁽⁸⁸⁾ Glej preglednico TDI-115 v Statističnem biltenu 2011.

pri doseganju abstinence obsegajo trening čuječnosti in integrativno meditacijo. Preskusi, ki jih izvajajo na Nizozemskem, so usmerjeni v zmanjševanje močne želje s transkraniialno magnetno stimulacijo, tehniko, ki se uporablja pri zdravljenju nevroloških in duševnih bolezni.

Nadaljujejo se prizadevanja za razvoj cepiva proti kokainu. V nadzorovani študiji z naključnim vzorcem v Združenih državah Amerike (Martell idr., 2009) so derivat kokaina vezali na beljakovino toksina CTB, vendar se rezultati zdijo preslabi, da bi nadaljevali načrtovane terenske študije v Španiji in Italiji. Raziskovalna skupina v Ameriki trenutno sestavlja skupino 300 bolnikov, na katerih bodo preskusili spremenjeno različico cepiva, rezultati pa bodo po pričakovanjih na voljo v letu 2014 (Whitten, 2010). V drugi študiji razvijajo cepivo z uporabo virusa navadnega prehlada, s katerim naj bi spodbudili tvorbo protiteles, vendar je ta model treba še testirati na ljudeh.

Zmanjševanje škode

Ukrepi za zmanjševanje škode zaradi uporabe kokaina in crack kokaina so razmeroma novi in zahtevajo vnovičen razmislek o tradicionalnih strategijah. V državah članicah so uporabnikom, ki si kokain vbrizgavajo, običajno na voljo enake storitve in zmogljivosti kot uporabnikom opioidov. Vbrizgavanje kokaina je povezano s posebnimi tveganji, zlasti z morebitnim pogostejšim vbrizgavanjem,

neurejenimi vzorci vbrizgavanja in pogostejšimi tveganimi spolnimi praksami. Priporočila za varnejšo uporabo je treba prilagoditi potrebam te skupine. Zaradi morebitnega pogostega vbrizgavanja oskrba s sterilno opremo ne sme biti omejena, temveč mora temeljiti na lokalnih vzorcih uporabe kokaina in socialnem položaju oseb, ki si kokain vbrizgavajo (Des Jarlais idr., 2009).

V Evropi je malo posebnih programov zmanjševanja škode za osebe, ki kadijo crack kokain. Taki ukrepi so morda sporni, čeprav lahko vseeno prispevajo k zmanjšanju vbrizgavanja in skupne uporabe pip za drogo, o čemer poročajo uporabniki sami (Leonard idr., 2008). Glede njihove splošne učinkovitosti pri zmanjšanju krvno prenosljivih okužb z virusi pa bi bilo treba izvesti posebno študijo. V treh državah (v Nemčiji, Španiji, na Nizozemskem) v nekaterih varnih sobah za uporabo drog ponujajo tudi opremo za vdihavanje, tudi kokaina. Iz nekaterih nizkopražnih ustanov v Belgiji, Nemčiji, Španiji, Franciji, Luksemburgu in na Nizozemskem poročajo, da uporabnikom drog občasno zagotavljajo tudi higiensko opremo za vdihavanje, k čemur se prištevajo tudi čiste pipe za crack oziroma „crack kompleti“ (steklena cevka z ustnikom, kovinska zaščita, balzam za ustnice in vlažilni robčki za roke). V okviru nekaterih nizkopražnih programov v sedmih državah članicah EU je osebam, ki kadijo heroin ali kokain, na voljo tudi folija.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Poglavje 6

Uporaba opioidov in vbrizgavanje drog

Uvod

Uporaba heroína, zlasti vbrizgavanje te droge, je v Evropi tesno povezana z javnozdravstveno in socialno problematiko od sedemdesetih let prejšnjega stoletja. Ta droga je v Evropski uniji tudi danes še vedno vzrok za največji delež obolenosti in umrljivosti, povezan z uporabo drog. Po dveh desetletjih skoraj stalnega naraščanja težav zaradi heroína je bilo v Evropi ob koncu devetdesetih let prejšnjega in v prvih letih novega stoletja ugotovljeno zmanjšanje uporabe heroína in z njim povezanih težav. Od obdobja 2003–2004 pa trend ni več tako jasen, pri čemer kazalniki kažejo na bolj ustaljen ali mešan položaj. Iz poročil o uporabi heroína in drugih sintetičnih opioidov, kot je fentanil, in vbrizgavanju stimulansov, na primer kokaina ali amfetaminov, je razvidna vse večja raznovrstnost problematične uporabe drog v Evropi.

Ponudba in razpoložljivost

V Evropi se na trgu prepovedanih drog od nekdanj prodajata dve obliki uvoženega heroína: navadno sta na voljo rjavi heroín (njegova osnovna kemična oblika), večinoma iz Afganistana, in beli heroín (v obliki soli), ki navadno izvira iz jugovzhodne Azije, je pa ta oblika precej redkejša. V nekaterih severnoevropskih državah (npr. v Estoniji, na Finskem, Norveškem) se uporabljajo sintetični opioid fentanil in njegovi ustrezni. Poleg tega se manjša količina opioidov proizvaja v Evropi, in sicer gre večinoma za domačo proizvodnjo iz vrtnega maka (na primer koncentrat vrtnega maka iz zdrobljenih makovih stebel ali glavic) v nekaterih vzhodnoevropskih državah (na primer v Latviji, Litvi, na Poljskem).

Proizvodnja in trgovina

Večina heroína, ki se uporablja v Evropi, je proizvedena v Afganistanu, ki je vodilni proizvajalec prepovedanega opija na svetu. Druge države proizvajalke so Mjanmar, ki oskrbuje predvsem trge v vzhodni in jugovzhodni Aziji, ter Pakistan in Laos, sledita pa Mehika in Kolumbija, ki veljata za največji dobavitelji heroína Združenim državam Amerike (UNODC, 2011). Ocenjuje se, da se je svetovna

proizvodnja opija od vrhunca leta 2007 zmanjšala – predvsem zaradi upada proizvodnje v Afganistanu, ki se je zmanjšala s 6 900 ton v letu 2009 na približno 3 600 ton v letu 2010. Najnovejša ocena o potencialni svetovni proizvodnji heroína je 396 ton (glej preglednico 10), kar je manj od ocenjenih 667 ton v letu 2009 (UNODC, 2011).

Heroin prihaja v Evropo predvsem po dveh trgovskih poteh. Ena je zgodovinsko pomembna balkanska pot, po kateri v Afganistanu proizvedeni heroin potuje skozi Pakistan, Iran in Turčijo, nato pa v druge tranzitne ali ciljne države, predvsem v zahodni in južni Evropi. Heroin prihaja v Evropo tudi po „svileni cesti“ prek osrednje Azije proti Rusiji. Nekaj tega heroína se nato pretihotapi čez Belorusijo, Poljsko in Ukrajino drugam, na primer prek Litve

Preglednica 10: Proizvodnja, zasegi, cena in čistost heroína

Proizvodnja in zasegi	Heroin
Ocena svetovne proizvodnje (v tonah)	396
Svetovne zasežene količine (v tonah)	76
Zasežene količine (v tonah) v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	8 (24)
Število zasegov v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	56 000 (59 000)
Cena in čistost v Evropi ⁽¹⁾	Heroinska baza („rjavi“)
Povprečna maloprodajna cena (EUR za gram)	
Razpon (interkvartilni razpon) ⁽²⁾	23–135 (37,5–67,9)
Povprečna čistost (%)	
Razpon (interkvartilni razpon) ⁽²⁾	13–37 (16,8–33,2)

⁽¹⁾ Ker le malo držav poroča o maloprodajni ceni in čistosti heroin hidroklorida („belega heroína“), ti podatki v preglednici niso predstavljeni. Navedeni so v preglednicah PPP-2 in PPP-6 v statističnem biltenu 2011.

⁽²⁾ Razpon srednje polovice sporočenih podatkov.

Opomba: Podatki so za leto 2009, razen ocene svetovne proizvodnje (2010).
Viri: UNODC (2011) za svetovne vrednosti, nacionalne kontaktne točke Reitox za evropske podatke.

v skandinavске države (INCB, 2010, 2011a). V Evropski uniji imata Nizozemska in nekoliko manj tudi Belgija pomembno vlogo kot središči sekundarne distribucije.

Zasegi

Po poročanju je med letoma 2008 in 2009 število zasegov opija po svetu ostalo stabilno, in sicer je znašalo 657 ton oziroma 653 ton. Več kot 90 % vseh zasegov je bilo opravljenih v Iranu, v Afganistanu pa približno 5 %. Količina zaseženega heroina po svetu je leta 2009 po poročilih ostala stabilna (76 ton), medtem ko se je svetovna količina zaseženega morfina zmanjšala na 14 ton (UNODC, 2011).

V Evropi je bilo leta 2009 po ocenah v 59 000 zasegih prestreženih 24 ton heroina, o dveh tretjinah te količine (16,1 tone) je poročala Turčija. Združeno kraljestvo (ki mu je sledila Španija) je spet poročalo o največ zasegih ⁽⁸⁹⁾. Podatki za obdobje 2004–2009, ki jih je predložilo 28 držav poročevalk, kažejo, da se je število zasegov na splošno povečalo. Splošni trend količine prestreženega heroina v Turčiji se razlikuje od trenda, ugotovljenega v Evropski uniji, kar je mogoče deloma pripisati intenzivnejšemu sodelovanju med agencijami kazenskega pregona iz Turčije in EU. Medtem ko je Turčija poročala o dvakratnem povečanju količine heroina, zaseženega med letoma 2004 in 2009, se je količina, zasežena v Evropski uniji, v tem obdobju nekoliko zmanjšala. Razlog za to je predvsem zmanjšanje, o katerem sta poročala Italija in Združeno kraljestvo, ki zasežeta največje količine v Evropski uniji.

Svetovna zasežena količina anhidrida ocetne kisline, ki se uporablja za proizvodnjo heroina, se je z najvišje vrednosti približno 200 000 litrov leta 2008 zmanjšala na 21 000 litrov leta 2009. Iz podatkov za Evropsko unijo je razviden še močnejši upad: z najvišje vrednosti skoraj 150 800 litrov, ki so bili zaseženi leta 2008, na 866 litrov, zaseženih leta 2009. Je pa Slovenija za leto 2010 poročala o zasegu rekordne količine anhidrata ocetne kisline, in sicer o 110 tonah. Po mnenju INCB (2011a) so bila prizadevanja EU, da bi preprečila preusmeritev te prehodne sestavine, uspešna zaradi skupnih preiskav več držav članic EU in Turčije.

Čistost in cena

Leta 2009 je povprečna čistost analiziranega rjavega heroina v večini držav poročevalk znašala od 16 % do 32 %. O manjših povprečnih vrednostih so poročale Francija (14 %), Avstrija (13 %, samo na maloprodajni

Velik upad proizvodnje opija v Afganistanu

Leta 2010 je bilo v Afganistanu proizvedenih 3 600 ton opija, kar naj bi bila po ocenah približno polovica količine iz preteklega leta. Med razlogi za to veliko zmanjšanje donosa maka, iz katerega pridobivajo opij, se navajajo neugodne vremenske razmere in širjenje makove plesni, glivične okužbe, ki je prizadela polja z opijem v provincah, kjer gojijo največ maka, predvsem v Helmandu in Kandaharju (UNODC in MCN, 2010). Plesen ni bistveno vplivala na spremembo površin, na katerih gojijo opij, je pa bilo zaradi nje proizvedenega manj opija.

Zaradi slabšega donosa so se po poročilih v času žetve cene opija močno povečale. Povprečna cena za kilogram suhega opija pri kmetu se je povečala za količnik 2,6 – s 64 USD v letu 2009 na 169 USD v letu 2010 (UNODC in MCN, 2010). Hkrati se je povprečna cena heroina v Afganistanu povečala za količnik 1,4.

Cena opija ne bo nujno ostala visoka. Povišanje cen iz leta 2004, ko se je proizvodnja opija zmanjšala zaradi bolezni, je trajalo manj kot eno leto (UNODC in MCN, 2010). Učinke nedavnega zmanjšanja proizvodnje opija na končne trge, zlasti v Evropi, je treba pozorno spremljati.

ravni), o večjih pa Malta (36 %), Romunija (36 %) in Turčija (37 %). Med letoma 2004 in 2009 se je čistost rjavega heroina povečala v štirih državah, v drugih štirih je bila nespremenjena, v treh pa se je zmanjšala. Povprečna čistost belega heroina je bila na splošno večja (25–50 %) v treh evropskih državah, ki so sporočile podatke ⁽⁹⁰⁾.

Maloprodajna cena rjavega heroina je bila še naprej precej višja v nordijskih državah kot drugod po Evropi, pri čemer je Švedska v letu 2009 poročala o povprečni ceni 135 EUR za gram, Danska pa 95 EUR za gram. Na splošno je maloprodajna cena rjavega heroina v polovici držav poročevalk znašala od 40 EUR za gram do 62 EUR za gram. V obdobju 2004–2009 se je maloprodajna cena rjavega heroina znižala v polovici od 14 evropskih držav, ki so sporočile časovne trende.

Problematična uporaba drog

Center opredeljuje problematično uporabo drog kot uporabo drog z vbrizgavanjem ali dolgotrajno/redno uporabo opioidov, kokaina in/ali amfetamina. Težave z uporabo drog v Evropi so povezane predvsem z uporabo drog z vbrizgavanjem in uporabo opioidov, čeprav v nekaterih državah velik delež težav povzroči tudi uporaba amfetaminov in kokaina. Treba je opozoriti, da problematični uporabniki drog večinoma uporabljajo

⁽⁸⁹⁾ Glej preglednici SZR-7 in SZR-8 v Statističnem biltenu 2011. Kjer ni na voljo podatkov za leto 2009, so skupne vrednosti za Evropo ocenjene na podlagi podatkov za leto 2008.

⁽⁹⁰⁾ Za podatke o čistosti in ceni glej preglednici PPP-2 in PPP-6 v Statističnem biltenu 2011.

več drog hkrati, podatki pa kažejo, da je razširjenost precej večja na urbanih območjih in v socialno izključenih skupinah.

Zaradi razmeroma majhne razširjenosti in prikritosti problematične uporabe drog so za pridobitev ocen razširjenosti iz razpoložljivih virov podatkov (predvsem podatkov o zdravljenju zaradi drog in podatkov o kazenskem pregonu) potrebne statistične ekstrapolacije. Splošna razširjenost problematične uporabe droge se giblje od dveh do desetih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Take ocene lahko vključujejo velika območja negotovosti in posebne omejitve. Tako so na primer vanje navadno vključeni uporabniki na nadomestnem zdravljenju, morda pa so nezadostno zastopani zaporniki, zlasti tisti, ki prestopajo daljše kazni.

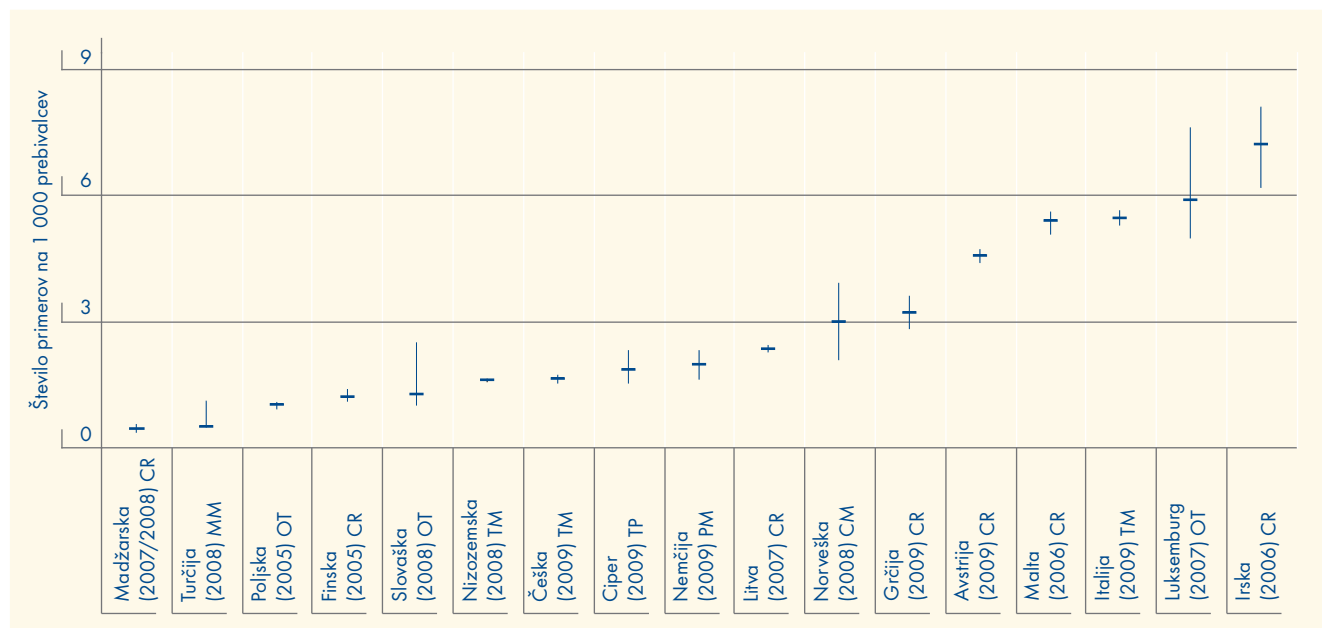
Problematična uporaba opioidov

Večina evropskih držav že lahko zagotovi ocene o razširjenosti „problematične uporabe opioidov“. Novejše nacionalne ocene zajemajo od enega do osmih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let (prikaz 11). O najvišjih ocenah problematične uporabe opioidov, ki so dobro dokumentirane, poročajo Irska, Italija, Luksemburg in

Malta, o najnižjih pa Češka, Nizozemska, Poljska, Slovaška in Finska. O manj kot enem primeru na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let, poročata samo Turčija in Madžarska.

Povprečna razširjenost problematične uporabe opioidov v Evropski uniji in na Norveškem, izračunana na podlagi nacionalnih študij, po ocenah znaša od 3,6 do 4,4 primera na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. To ustreza približno 1,3 milijona (od 1,3 do 1,4 milijona) problematičnih uporabnikov opioidov v Evropski uniji in na Norveškem v letu 2009. V primerjavi s tem so ocene za sosednje države Evropske unije visoke, pri čemer sta na vrhu Rusija s 16 uporabniki na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let (UNODC, 2009), in Ukrajina, ki ima od 10 do 13 primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let (UNODC, 2010). O višjih ocenah razširjenosti problematične uporabe opioidov od evropskega povprečja poročajo tudi iz drugih delov razvitega sveta, kjer imajo v Avstraliji 6,3 primera na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let (Chalmers idr., 2009), v Kanadi 5,0 primera, v ZDA pa 5,8 primera (UNODC, 2010). Pri primerjavah med državami pa je potrebna previdnost, saj so morda ciljne populacije različno opredeljene.

Prikaz 11: Ocene letne razširjenosti problematične uporabe opioidov (med populacijo, staro od 15 do 64 let)



Opomba: Simbol ponazarja ocenjeno vrednost; navpična oznaka pomeni interval negotovosti: 95-odstotni interval zaupanja ali pa interval na podlagi analize občutljivosti. Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod ocenjevanja in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo. V študijah iz Finske (15–54 let), Malte (12–64 let) in Poljske (vse starosti) so bile uporabljene nestandardne starosti. Vse tri stopnje so bile prilagojene populaciji, stari od 15 do 64 let. Za Nemčijo interval pomeni najvišjo in najnižjo mejo vseh obstoječih ocen, ocenjena vrednost pa enostavno povprečje vmesnih vrednosti. Kratice za metode ocenjevanja: CR (zajetje-ponovno zajetje); TM (multiplikator zdravljenja); MM (multiplikator umrljivosti); CM (kombinirane metode); TP (skrajšan Poisson); OT (druge metode). Za več informacij glej prikaz PDU-1 (del ii) in preglednico PDU-102 v Statističnem biltenu 2011.

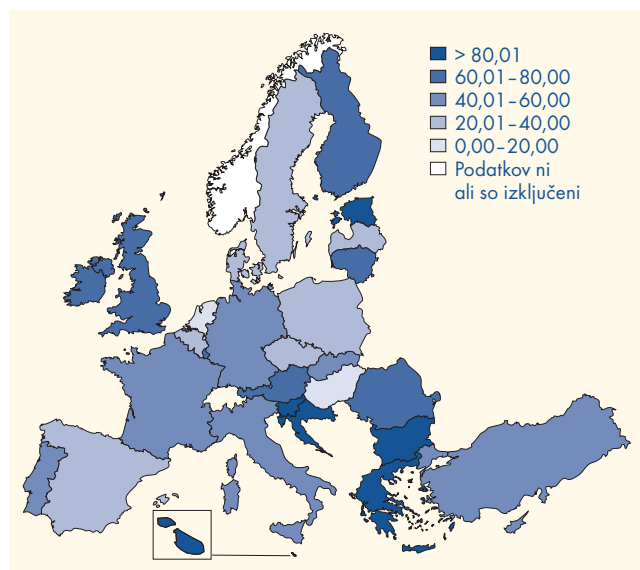
Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

Uporabniki opioidov, ki se začnejo zdraviti

Opioide, predvsem heroin, je v 29 evropskih državah kot primarno drogo, zaradi katere so se vključili v specialistično zdravljenje v letu 2009, navedlo približno 216 000 ali 51 % vseh uporabnikov, ki so začeli s tovrstnim zdravljenjem. Vendar pa so po Evropi precejšnje razlike, pri čemer v šestih državah uporabniki opioidov pomenijo več kot 80 % uporabnikov, vključenih v zdravljenje, v sedmih državah je takih uporabnikov od 60 % do 80 %, samo dve od preostalih 16 držav poročevalk pa navajata, da uporabniki storitev zdravljenja zaradi opioidov pomenijo manj kot 20 % vseh uporabnikov, ki se začnejo zdraviti (prikaz 12). Poleg tega je še 30 000 uporabnikov (9 % vseh uporabnikov na zdravljenju zaradi drog) drugih drog navedlo opioide kot sekundarno drogo ⁽⁹¹⁾.

Uporabniki opioidov, ki se vključijo v specialistično zdravljenje, so v povprečju stari 34 let, uporabnice in tisti, ki se zdravijo prvič, pa so v večini držav mlajši. V Evropi

Prikaz 12: Primarni uporabniki opioidov med vsemi sporočenimi uporabniki droge, ki so se vključili v zdravljenje v letu 2009, izraženi v odstotkih



Opomba: Podatki so izraženi kot delež tistih, pri katerih je primarna droga znana (92 % sporočenih uporabnikov na zdravljenju). Podatki so za leto 2009 ali zadnje leto, v katerem so bili na voljo. Podatki za Latvijo, Litvo in Portugalsko se nanašajo na uporabnike, ki so se začeli zdraviti prvič v življenju. Poročila iz nekaterih držav, kot so Belgija, Češka, Nemčija in Francija, morda zajemajo manj primarnih uporabnikov opioidov, saj se številni zdravijo pri splošnih zdravnikih in morda niso sporočeni v kazalnik povpraševanja po zdravljenju.

Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

je več moških kot ženskih uporabnikov zdravljenja zaradi opioidov, in sicer znaša razmerje 3 : 1, pri čemer je na splošno nižje v severnih državah. Za uporabnike opioidov, ki se začnejo zdraviti, so v primerjavi s tistimi, ki poročajo o drugih primarnih drogah, na splošno značilne večja brezposelnost, nižja dosežena stopnja izobrazbe in višje stopnje duševnih motenj ⁽⁹²⁾.

Skoraj polovica uporabnikov opioidov, ki se zdravijo, je poročala o začetku uporabe pred 20. letom starosti (47 %), velika večina pa je drogo začela uporabljati pred 30. letom starosti (88 %). Od prve uporabe opioidov do prvega zdravljenja zaradi opioidov po poročanju mine v povprečju devet let, pri ženskah, ki se zdravijo, pa je po poročanju časovni zamik krajši (sedem let) ⁽⁹³⁾. Približno 40 % uporabnikov opioidov, ki se začnejo zdraviti v Evropi, poroča, da si drogo navadno vbrizgavajo; preostalih 60 % poroča, da drogo vdihavajo ali kadijo. Skoraj dve tretjini uporabnikov opioidov, ki se zdravijo (64 %), poročata o vsakodnevni uporabi droge v mesecu pred vključitvijo v zdravljenje ⁽⁹⁴⁾, večina pa jih uporablja sekundarno drogo, pogosto alkohol, konopljo, kokain ali druge stimulanse. Med osebami, ki se zdravijo, je precej pogosta kombinacija heroina in kokaina (tudi cracka), drogi si vbrizgavajo skupaj ali pa ju uporabljajo posebej.

Trendi problematične uporabe opioidov

Podatki iz osmih držav z večkratnimi ocenami razširjenosti problematične uporabe opioidov v obdobju 2004–2009 kažejo razmeroma nespremenjeno stanje. Vzorec iz 17 evropskih držav, za katere so na voljo podatki za obdobje 2004–2009, kaže, da se je skupno število uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje zaradi droge v Evropi, skupaj s tistimi, ki so se začeli zdraviti zaradi primarne uporabe heroina, povečalo (s 123 000 na 143 000). To povečanje pa je mogoče pripisati predvsem uporabnikom heroina, ki so se začeli ponovno zdraviti, ne pa uporabnikom, ki so se začeli zdraviti prvič ⁽⁹⁵⁾. Pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, je število uporabnikov heroina ostalo razmeroma nespremenjeno (približno 32 000 na vzorcu 18 držav) ⁽⁹⁶⁾. Podatki za obdobje 2004–2009 o številu smrtnih primerov zaradi drog, ki so v glavnem povezani z uporabo opioidov, so bili nespremenjeni ali pa so se v večini držav poročevalk do leta 2008 povečevali. Začasni podatki za leto 2009 trenutno kažejo, da je število smrtnih primerov nespremenjeno ali pa upada ⁽⁹⁷⁾.

⁽⁹¹⁾ Glej prikaz TDI-2 (del ii) ter preglednici TDI-5 in TDI-22 v Statističnem biltenu 2011. Podatki so iz izvenbolnišničnih in bolnišničnih centrov za zdravljenje.

⁽⁹²⁾ Glej preglednice TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 and TDI-103 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁹³⁾ Glej preglednice TDI-11, TDI-33, TDI-106 (del i) in TDI-107 (del i) v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁹⁴⁾ Glej preglednici TDI-18 in TDI-111 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁹⁵⁾ Glej prikaza TDI-1 in TDI-3 v Statističnem biltenu 2011.

⁽⁹⁶⁾ Glej preglednici TDI-3 in TDI-5 v Statističnem biltenu 2009 in 2011.

⁽⁹⁷⁾ Glej preglednico DRD-2 (del i) v Statističnem biltenu 2011.

Kljub znakom o splošnem nespremenjenem položaju se težave zaradi uporabe opioidov v Evropi spreminjajo. Povprečna starost uporabnikov opioidov, vključenih v zdravljenje, se povečuje, medtem ko se je delež uporabnikov med njimi, ki si drogo vbrizgavajo, zmanjšal, delež uporabnikov opioidov, ki niso heroin, in uporabnikov več drog hkrati pa se je povečal ⁽⁹⁸⁾.

Vbrizgavanje drog

Injicirajoči uporabniki drog so med tistimi, ki so zaradi uporabe drog najbolj izpostavljeni tveganju

Opioidi, ki niso heroin

O povečanju nezakonite uporabe opioidov, ki niso heroin, so poročale Avstralija, Kanada, Evropa in Združene države Amerike (SAMHSA, 2009). Večina teh snovi se uporablja v medicini za lajšanje bolečin (morfin, fentanil, kodein, oksikodon, hidroksikodon) ali kot nadomestna zdravila pri zdravljenju odvisnosti od heroina (metadon, buprenorfin). Tako kot pri heroinu se lahko tudi pri uporabi teh snovi v nemedicinske namene pojavijo številni škodljivi učinki za zdravje, vključno z odvisnostjo, prevelikim odmerkom, in škoda, povezana z vbrizgavanjem.

V Evropi približno 5 % (okrog 20 000 bolnikov) vseh oseb, ki se začnejo zdraviti, kot primarno drogo navaja opioide, ki niso heroin. To zlasti velja za Estonijo, kjer 75 % uporabnikov kot primarno drogo navaja fentanil, in Finsko, kjer buprenorfin kot primarno drogo navaja 58 % uporabnikov, ki se začnejo zdraviti. Druge države, v katerih veliki deleži uporabnikov kot primarno drogo navajajo metadon, morfin in druge opioide, vključujejo Dansko, Francijo, Avstrijo, Slovaško in Švedsko, kjer uporabniki opioidov, ki niso heroin, pomenijo od 7 % do 17 % vseh uporabnikov droge, ki se zdravijo ⁽¹⁾. Tudi Češka poroča, da so uporabniki buprenorfina med letoma 2006 in 2009 pomenili več kot 40 % vseh problematičnih uporabnikov opioidov.

Stopnje nezakonite uporabe opioidov je mogoče povezati z najrazličnejšimi dejavniki, od značilnosti trga z drogami do predpisovanja zdravil. Tako se na primer lahko zaradi manjše razpoložljivosti heroina in povišanja njegove cene začnejo uporabljati drugi opioidi, kar se je zgodilo v Estoniji s fentanilom (Talu idr., 2010) in na Finskem z buprenorfinom (Aalto idr., 2007). Tudi neustrezno predpisovanje zdravil lahko privede do nezakonite uporabe opioidnih zdravil. Zaradi razmaha nadomestnega zdravljenja, v kombinaciji z nezadostnim nadzorom, se lahko razvije črni trg, medtem ko si lahko uporabniki zaradi omejene razpoložljivosti zdravljenja in predpisovanja pre nizkih nadomestnih odmerkov poskušajo pomagati sami in začnejo uporabljati druge snovi (Bell, 2010; Roche idr., 2011; Romelsjo idr., 2010).

⁽¹⁾ Glej preglednico TDI-113 v statističnem biltenu 2011.

za nastanek zdravstvenih težav, kot so okužbe, ki se prenašajo s krvjo (na primer virus HIV/aids, hepatitis), ali smrt zaradi prevelikega odmerka. V večini evropskih držav je vbrizgavanje na splošno povezano z uporabo opioidov, v nekaterih pa tudi z uporabo amfetaminov.

Zadnje ocene glede razširjenosti vbrizgavanja drog je poslalo samo 14 držav ⁽⁹⁹⁾. Razpoložljivi podatki kažejo velike razlike med državami, pri čemer se v večini držav ocene gibljejo od manj kot enega primera do petih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let, izjema pa je ocena za Estonijo, ki poroča o visoki stopnji 15 primerov na 1 000 prebivalcev. Izračunano povprečje za teh 14 držav skupaj znaša približno 2,6 primera injicirajočih uporabnikov drog na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Poleg aktivnih injicirajočih uporabnikov drog obstaja veliko nekdanjih injicirajočih uporabnikov drog (Sweeting idr., 2008), vendar številke za večino držav EU niso na voljo.

Približno 41 % primarnih uporabnikov opioidov, ki se vključijo v specialistično zdravljenje zaradi drog, predvsem uporabnikov heroina, poroča, da si drogo navadno vbrizgavajo. Stopnje vbrizgavanja med uporabniki opioidov se razlikujejo po državah in znašajo od 8 % na Nizozemskem do 99 % v Latviji in Litvi (prikaz 13), kar je mogoče razlagati z dejavniki, kot so zgodovina uporabe heroina v državi, vrsta heroina (beli ali rjavi), ki je na voljo, cena in uporabniška kultura.

Zaradi pomanjkanja podatkov in velikih intervalov zaupanja pri ocenah v nekaterih primerih je sklepanje o časovnih trendih razširjenosti vbrizgavanja na podlagi večkratnih ocen razširjenosti težavno. Razpoložljivi podatki kažejo splošno upadanje vbrizgavanja opioidov, zlasti vbrizgavanja heroina, v Evropi. V nekaterih državah pa je stopnja vbrizgavanja ostala razmeroma nespremenjena (Grčija, Ciper, Madžarska, Hrvaška, Norveška), medtem ko so iz Češke poročali o povečanju števila tovrstnih uporabnikov, predvsem uporabnikov metamfetamina, med letoma 2004 in 2009 ⁽¹⁰⁰⁾.

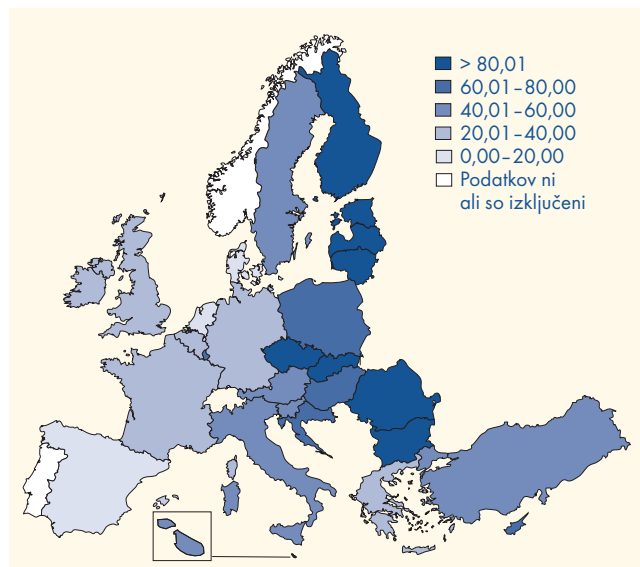
Večina evropskih držav je poročala o zmanjšanju deleža uporabnikov, ki si drogo vbrizgavajo, med primarnimi uporabniki heroina na zdravljenju med letoma 2004 in 2009. Tistih nekaj držav, v katerih je položaj drugačen, poroča o največjih deležih uporabnikov heroina med osebami, ki se začnejo zdraviti.

⁽⁹⁸⁾ Glej preglednico TDI-113 v Statističnih biltenih 2008, 2009, 2010 in 2011 ter preglednico TDI-114 v Statističnem biltenu 2009. Za leti 2005 in 2009 so na voljo podatki, razdeljeni po vrsti opioida. Glej tudi EMCDDA (2010f).

⁽⁹⁹⁾ Glej prikaz PDU-2 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹⁰⁰⁾ Glej preglednico PDU-6 (del iii) v Statističnem biltenu 2011.

Prikaz 13: Vbrizgavanje kot običajni način uporabe med primarnimi uporabniki opioidov, ki so se začeli zdraviti v letu 2009



Opomba: Podatki so izraženi kot delež sporočenih uporabnikov na zdravljenju, pri katerih je način uporabe znan. Podatki so za leto 2009 ali zadnje leto, v katerem so bili na voljo. Glej preglednico TDI-5 (del iii) in (del iv) v Statističnem biltenu 2011.

Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

Zdravljenje zaradi problematične uporabe opioidov

Zagotavljanje in razširjenost zdravljenja

Uporabniki opioidov imajo v vseh državah članicah EU, na Hrvaškem, v Turčiji in na Norveškem na voljo zdravljenje brez drog in nadomestno zdravljenje. V večini držav zdravljenje poteka v izvenbolnišničnih ustanovah, ki so lahko specialistični centri, splošne zdravniške ambulante in nizkopražne ustanove. Le v nekaterih državah so pomemben del sistema zdravljenja odvisnosti od opioidov specialistični bolnišnični centri ⁽¹⁰¹⁾. Le nekaj držav izbrani skupini kroničnih uporabnikov heroina omogoča zdravljenje s heroinom.

Uporabniki opioidov morajo pri zdravljenju brez drog navadno najprej opraviti program razstrupljanja, v katerem jim z zdravili pomagajo premagati fizične simptome odtegnitve. Pri tem terapevtskem pristopu se morajo posamezniki na splošno odreči vsem snovem, tudi nadomestnim zdravilom. Bolniki sodelujejo v dnevni dejavnosti in prejemanju intenzivno psihološko podporo. Čeprav lahko zdravljenje poteka v izvenbolnišničnih in bolnišničnih ustanovah, se najpogosteje poroča o nastanitvenih (ali rehabilitacijskih) programih, pri katerih

Pomanjkanje heroina v Evropi?

Poročili so konec leta 2010 in na začetku leta 2011 v Združenem kraljestvu in na Irskem ponudba heroina močno upadla. O tem pričajo tudi podatki o precejšnjem zmanjšanju čistosti heroina, zaseženega v Združenem kraljestvu med tretjim četrtletjem leta 2009 in tretjim četrtletjem leta 2010 (UNODC, 2011).

Stopnja pomanjkanja v drugih evropskih državah ni tako jasna, čeprav je iz poročil razvidno, da je bilo pomanjkanje heroina ugotovljeno v Italiji in v Sloveniji. Druge države članice EU, vključno z Nemčijo, Francijo in skandinavskimi državami, poročajo o majhnem zmanjšanju razpoložljivosti heroina ali pa zmanjšanja sploh ni bilo.

Za domnevno pomanjkanje heroina je bilo navedenih več razlogov. Prvič, pojavile so se domneve, da je za to kriva manjša proizvodnja opija v Afganistanu zaradi makove plesni, ki se je pojavila spomladi leta 2010. Ta razlog pa je malo verjeten, saj je iz policijskih poročil razvidno, da lahko heroin, izdelan iz afganistanskega opija, prispe na evropski trg z drogami šele 18 mesecev po žetvi. Drugi argument je, da je bil heroin, namenjen v zahodno Evropo, preusmerjen na ruski trg, čeprav se zdi, da ga tudi v Rusiji primanjkuje. Pojavljajo se tudi domneve, da so trgovanje prekinili organi kazenskega pregona, zlasti z razbitjem veleprodajnih heroinskih mrež med Turčijo in Združenim kraljestvom. V zadnjih letih (2007, 2008) so bile v Evropi zasežene rekordne količine predhodne sestavine anhidrida očetne kisline, kar je mogoče imelo dolgoročnejši vpliv na trg z drogami. Nenazadnje pa lahko na dobavo heroina v Evropo vpliva tudi drugo dogajanje v Afganistanu, kot so hudi boji na jugu države in ukrepi kazenskega pregona v zvezi z laboratoriji za izdelavo heroina in zalogami opija.

Dobava heroina v Evropo se je verjetno zmanjšala zaradi kombinacije teh dejavnikov, ki je privedla do precejšnjega pomanjkanja na nekaterih trgih.

se velikokrat uporabljajo načela terapevtske skupnosti ali model Minnesota.

Nadomestno zdravljenje, ki običajno vključuje psihosocialno oskrbo, se po navadi zagotavlja v specialističnih izvenbolnišničnih centrih. Štirinajst držav poroča, da ga izvajajo tudi splošni zdravniki, po navadi na podlagi sistema deljene oskrbe s specialističnimi centri za zdravljenje. Skupno število uporabnikov opioidov, vključenih v nadomestno zdravljenje v Evropski uniji, na Hrvaškem in Norveškem, je v letu 2009 po ocenah znašalo 700 000 (690 000 v državah članicah EU), leta 2007 jih je bilo 650 000, leta 2003 pa približno pol milijona ⁽¹⁰²⁾. Daleč največ nadomestnega zdravljenja se še naprej zagotavlja v 15 državah članicah, ki so v EU vstopile pred letom 2004 (približno 95 % vseh uporabnikov), med letoma 2003 in 2009 pa se je delež v teh državah še

⁽¹⁰¹⁾ Glej preglednico TDI-24 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹⁰²⁾ Glej preglednico HSR-3 v Statističnem biltenu 2011.

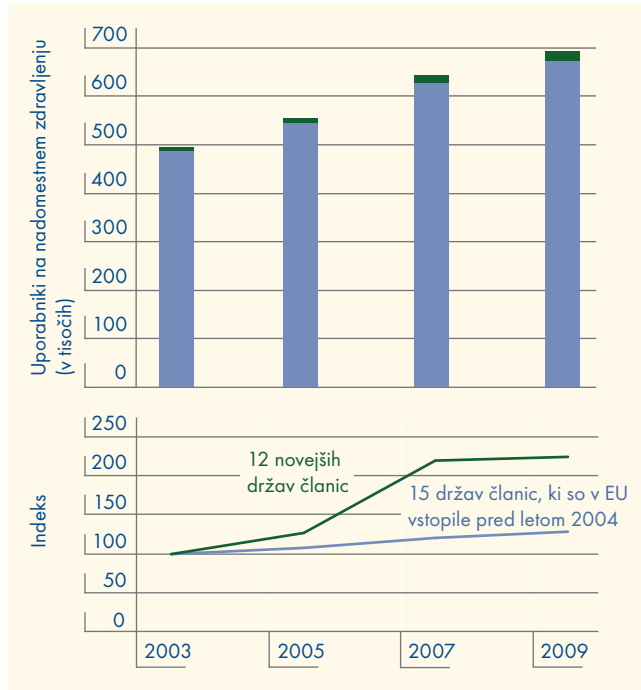
naprej povečeval (prikaz 14). V teh državah je bila rast najvišja na Finskem, in sicer trikratna, ter v Avstriji in Grčiji, kjer se je število zdravljenj podvojilo.

V 12 državah, ki so v EU vstopile pozneje, se je med letoma 2003 in 2009 število uporabnikov storitev nadomestnega zdravljenja skoraj potrojilo, s 6 400 na 18 000. V obdobju 2005–2007 je mogoče opaziti strmo povečanje glede na indeksno leto 2003, pozneje pa je bilo povečanje le zmerno. Sorazmerno je bilo širjenje nadomestnega zdravljenja v teh državah v šestletnem obdobju največje v Estoniji (16-kratno, s 60 na več kot 1 000 uporabnikov storitev, čeprav še vedno dosega samo 5 % injicirajočih uporabnikov opioidov) in Bolgariji (osemkratno), v Latviji pa je bilo povečanje trikratno. O najmanjših povečanjih sta poročali Slovaška in Madžarska, število uporabnikov na zdravljenju v Romuniji pa je ostalo tako rekoč nespremenjeno. Večje zagotavljanje nadomestnega zdravljenja je morda povezano z več dejavniki, med drugim: z odzivanjem na visoke stopnje uporabe drog z vbrziganjem in s tem povezanim prenašanjem virusa HIV; prilagoditvijo strategiji EU za boj proti drogam ter financiranjem pilotnih projektov, ki ga izvajajo mednarodne organizacije, kot sta Global Fund in UNODC.

Primerjava števila uporabnikov storitev nadomestnega zdravljenja v Evropi z oceno števila problematičnih uporabnikov opioidov kaže različne stopnje pokritosti. Osem od šestnajstih držav, za katere so na voljo zanesljive ocene števila problematičnih uporabnikov opioidov, poroča o številu nadomestnih zdravljenj, ki ustreza 40 % ali več ciljne populacije. Sedem teh držav je vstopilo v EU pred letom 2004, še ena država z visoko pokritostjo pa je Malta. Pokritost je 37-odstotna na Nizozemskem ter 32-odstotna na Češkem in Madžarskem. Štiri od petih držav s stopnjami pokritosti, nižjimi od 30 %, so novejša država članice. Izjema v tej skupini je Grčija z ocenjeno pokritostjo 23 % ⁽¹⁰³⁾.

Srednje- in vzhodnoevropske države poročajo o prizadevanjih za izboljšanje dostopa, kakovosti in zagotavljanja nadomestnega zdravljenja. Leta 2010 so bile v Litvi izdane klinične smernice za zdravljenje odvisnosti od opioidov z metadonom in buprenorfinom. Geografska razpoložljivost nadomestnega zdravljenja v Latviji se povečuje, saj se zdravljenje po novem ponuja tudi zunaj glavnega mesta Rige. Češka je sprejela predpise za financiranje nadomestnega zdravljenja z opioidi iz nacionalnega zdravstvenega zavarovanja. Po poročilih pa je zaradi nezadostnega financiranja nadomestnega zdravljenja omejena geografska pokritost na Poljskem in

Prikaz 14: Uporabniki na nadomestnem zdravljenju z opioidi v 15 državah, ki so vstopile v EU pred letom 2004, in 12 novejših državah članicah EU – ocenjeno število in indeksirani trendi



Opomba: Za dodatne informacije glej prikaz HSR-2 v Statističnem biltenu 2011.
Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

precej zmanjšano število prostih mest za zdravljenje pri osrednjih ponudnikih nadomestnega zdravljenja v Bolgariji, ki se ne financirajo iz javnih sredstev.

Na splošno se ocenjuje, da ima dostop do nadomestnega zdravljenja približno polovica problematičnih uporabnikov opioidov v Evropski uniji. Ta raven je primerljiva z ravnmi, ki se poročajo za Avstralijo in Združene države Amerike, čeprav je višja od tiste v poročilih za Kanado. Kitajska poroča o veliko nižjih ravneh, medtem ko Rusija ni uvedla tovrstnega zdravljenja, čeprav ima najvišje ocenjeno število problematičnih uporabnikov opioidov (glej preglednico 11).

V Evropi se kot nadomestno zdravilo najpogosteje predpisuje metadon, ki ga prejemajo skoraj tri četrtine uporabnikov storitev zdravljenja. Buprenorfin se predpisuje skoraj četrtini evropskih uporabnikov storitev nadomestnega zdravljenja in je glavno nadomestno zdravilo na Češkem, v Franciji, na Cipru, Finskem, Švedskem in Hrvaškem ⁽¹⁰⁴⁾. Kombinacija uprenorfina in naloksone je na voljo v 15 državah. Morfin s podaljšanim sproščanjem (glej v nadaljevanju), kodein (v Nemčiji, na Cipru) in diacetilmorfin ⁽¹⁰⁵⁾ (v Belgiji, na Danskem, v Nemčiji,

⁽¹⁰³⁾ Glej prikaz HSR-1 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹⁰⁴⁾ Glej preglednico HSR-3 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹⁰⁵⁾ Glej okvir „Zdravljenje s heroinom“.

Preglednica 11: Mednarodna primerjava ocen o problematičnih uporabnikih opioidov in številu uporabnikov na nadomestnem zdravljenju z opioidi

	Problematični uporabniki opioidov	Uporabniki na nadomestnem zdravljenju z opioidi
Evropska unija in Norveška	1 300 000	695 000
Avstralija	90 000	43 000
Kanada	80 000	22 000
Kitajska	2 500 000	242 000
Rusija	1 600 000	0
ZDA	1 200 000	660 000

Opomba: Leto 2009, razen za Kanado (referenčno leto je leto 2003).
 Viri: Arfken idr. (2010), Chalmers idr. (2009), Popova idr. (2006), UNODC (2010b); Yin idr. (2010).

Španiji, na Nizozemskem, v Združenem kraljestvu) se uporabljajo pri majhnem deležu vseh zdravljenj.

Peroralno dajanje morfina s podaljšanim sproščanjem, ki je bil prvotno registriran za lajšanje bolečin rakavih bolnikov, se poleg pogosteje uporabljenih nadomestnih zdravil kot alternativno zdravilo pri nadomestnem zdravljenju odvisnosti od opioidov predpisuje v Belgiji, Avstriji, Sloveniji in na Slovaškem. V nedavnem pregledu (Jegu idr., 2011) trinajstih študij je bilo ugotovljeno, da so s to snovjo stopnje vztrajanja pri zdravljenju (od 80,6 % do 95 %) dovolj visoke in da se ne razlikujejo od tistih, o katerih se poroča za metadon. Večina študij je pokazala izboljšave glede kakovosti življenja, simptomov odtegnitve, močne želje in uporabe prepovedanih drog, ni pa bilo primerjav z drugimi nadomestnimi zdravili. Več informacij bo morda na voljo ob prihodnjem sistematičnem pregledu Cochrane.

Zdravljenje z opioidi: učinkovitost in rezultati

Nadomestno zdravljenje z opioidi, združeno s psihosocialnimi ukrepi, se šteje za najučinkovitejše zdravljenje odvisnosti od opioidov. V primerjavi z razstrupljanjem ali brez zdravljenja se je izkazalo, da so pri zdravljenju z metadonom in velikimi odmerki buprenorfina boljše stopnje vztrajanja pri zdravljenju in precej boljši rezultati, kar zadeva uporabo drog, kazniva dejanja, tvegano vedenje in prenos virusa HIV, prevelike odmerke in splošno umrljivost (SZO, 2009).

Več nedavnih študij je osredotočenih na zdravila, s katerimi bi lahko dopolnjevali nadomestno zdravljenje. V dveh sistematičnih pregledih se je proučevalo, ali antidepresivi zmanjšajo osip med bolniki, ki jemljejo

Zdravljenje s heroinom

V zdravljenju s heroinom je vključenih približno 1 100 problematičnih uporabnikov opioidov v petih državah članicah EU (na Danskem, v Nemčiji, Španiji, na Nizozemskem, v Združenem kraljestvu) in 1 360 problematičnih uporabnikov opioidov v Švici. Tega zdravljenja uporabnikom ne predlagajo kot prvo možnost, ampak je namenjeno bolnikom, ki se niso odzvali na druge pristope, kot je vzdrževalno zdravljenje z metadonom. Vsi odmerki za vbrizgavanje (navadno približno 200 miligramov diamorfina na brizgo) se vzamejo pod neposrednim nadzorom, da se zagotovijo skladnost, varnost in preprečevanje morebitnega prehoda na nezakoniti trg: zato morajo biti klinike odprte za več terapij na dan, in to vsak dan v letu.

V zadnjih petnajstih letih je bilo opravljenih šest kliničnih študij z naključnim vzorcem, v katerih so proučevali rezultate in stroškovno učinkovitost tovrstnega zdravljenja (glej EMCDDA, 2011a). Vse študije so zajemale posameznike s kronično odvisnostjo od heroina, pri katerih so se vsi dotedanji pristopi k zdravljenju izkazali za neuspešne in ki so bili naključno razporejeni na zdravljenje s heroinom ali zdravljenje s peroralnim jemanjem metadona. V študijah so bile uporabljene različne metode in spremenljivke rezultatov, zaradi česar rezultati niso popolnoma skladni. Na splošno se kaže dodana vrednost pri nadzorovanem vbrizgavanju heroina v kombinaciji z dodatnimi odmerki metadona za dolgotrajne uporabnike opioidov, pri katerih drugi pristopi niso bili uspešni. Bolniki uporabljajo manj droge z ulice ter kažejo nekaj izboljšanj na področju telesnega in duševnega zdravja.

Zdravljenje s heroinom po ocenah stane 19 020 EUR na bolnika v Nemčiji in 20 410 EUR na Nizozemskem (prilagojeno glede na cene iz leta 2009). To so precej višji stroški na bolnika kot pri enoletnem zdravljenju s peroralnim jemanjem metadona, ki po ocenah stane 3 490 EUR v Nemčiji in 1 634 EUR na Nizozemskem. Razlika v ceni med zdravljenjem s heroinom in metadonom je predvsem posledica večjih potreb po osebju v specialističnih klinikah. Zdravljenje s heroinom se je kljub višjim stroškom izkazalo kot stroškovno učinkovit ukrep za izbrano skupino kroničnih uporabnikov heroina (EMCDDA, 2011a).

metadon ali buprenorfin, vendar učinkovitost ni bila dokazana (Pani idr., 2010b; Stein idr., 2010). V neki drugi študiji je bilo ugotovljeno, da je med stabiliziranimi bolniki, ki jemljejo metadon, mogoče z enim dodatnim odmerkom metadona zmanjšati razpoloženske težave zaradi močne želje (Strasser idr., 2010).

Ponovna uporaba opioidov se preprečuje z naltreksonom, ki je opioidni receptorski antagonist. V študiji majhnega obsega je bilo ugotovljeno, da se z vsadki naltreksona učinkoviteje zmanjšujeta močna želja in ponovna uporaba kot s peroralnim jemanjem

tega zdravila (Hulse idr., 2010). V študiji med osebami, izpuščenimi iz zapora, so bila pri vsadkih naltreksona ugotovljena podobna zmanjšanja uporabe heroina in benzodiazepinov kot pri metadonu (Lobmaier idr., 2010). V Združenih državah Amerike so bili v primerjavi z vsadki placeba preskušeni tudi vsadki buprenorfina, ki so jih razvili za premagovanje težav zaradi neskladnosti in preprečevanje izkrivljanj zdravljenja. V predhodni študiji je bila ugotovljena majhna razlika glede abstinence v korist aktivnih vsadkov (Ling idr., 2010), naslednji korak pa bo primerjava teh vsadkov z drugimi oblikami zdravljenja (O'Connor, 2010). V Evropi v neki finski študiji proučujejo, ali dajanje suboksona z elektronsko napravo, ki evidentira uporabo, pozitivno vpliva na sodelovanje in omejuje zlorabo drog, ki se odnašajo domov.

Raziskave o rezultatih zdravljenja so pokazale nekaj spodbudnih ugotovitev. V okviru raziskovalne študije o rezultatih zdravljenja zaradi drog so ocenjevali rezultate 12-mesečnega zdravljenja 1 796 uporabnikov drog v 342 agencijah ⁽¹⁰⁶⁾ iz vse Anglije (Jones, A., idr., 2009). Med uporabniki heroina, s katerimi so bili opravljeni začetni razgovori, jih je 44 % prenehalo uporabljati drogo pri prvem naknadnem spremljanju in 49 % pri drugem, zmanjševanja pa so bila ugotovljena tudi pri vseh drugih pomembnejših snoveh, vključenih v oceno.

Peroralno nadomestno zdravljenje med nosečnostjo

Od opioidov odvisnim nosečnicam priporočajo, da se do konca nosečnosti vključijo v nadomestno zdravljenje z metadonom. Veliko žensk, ki izve za nosečnost, sicer želi prenehati jemati opioide, a njihova odtegnitev med nosečnostjo ni priporočljiva zaradi velikega tveganja za ponovno uporabo heroina in nevarnosti simptomov odtegnitve, kot sta splav ali prezgodnji porod (SZO, 2009). Vendar pa se tudi prenatalna izpostavljenost metadonu povezuje z abstinenčnim sindromom pri novorojencih, ki zahteva jemanje zdravil in hospitalizacijo.

Alternativa za metadon med vzdrževalnim zdravljenjem je buprenorfin, ki so ga pred kratkim preskusili na vzorcu 175 od opioidov odvisnih nosečnic, vključenih v mednarodno nadzorovano študijo z naključnim vzorcem (Jones, H., idr., 2009a), ki se je izvajala na šestih lokacijah v ZDA, eni v Kanadi in eni na Dunaju. Ženskam, ki so se vključile med 13. in 30. tednom nosečnosti, so naključno predpisali metadon ali buprenorfin ter njih in njihove novorojence spremljali še šest mesecev po porodu. Kot pri drugih študijah je bil buprenorfin povezan z višjimi stopnjami opustitve (33 %) kot metadon (18 %), vendar se zdi, da so otroci v skupini z buprenorfinom potrebovali manj morfina za zdravljenje abstinenčnega sindroma pri novorojencih in manj dni hospitalizacije. V študiji je bilo ugotovljeno, da se nosečnicam, ki ostanejo na zdravljenju, za zdravljenje odvisnosti od opioidov med nosečnostjo lahko ponudi buprenorfin ali metadon (Jones, H., idr., 2009b).

⁽¹⁰⁶⁾ Lokalno zdravljenje (predvsem vzdrževalni programi s peroralnim jemanjem metadona) in bolnišnično zdravljenje.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Poglavje 7

Z drogami povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri

Uvod

Uporaba drog ima lahko najrazličnejše negativne posledice, kot so nezgode, duševne motnje, pljučne bolezni, kardiovaskularne težave, brezposelnost ali brezdomstvo. Škodljive posledice so pogoste predvsem med problematičnimi uporabniki drog, katerih splošno zdravstveno in socialno-ekonomsko stanje je morda precej slabše od stanja splošnega prebivalstva.

Uporaba opioidov in vbrizgavanje drog sta obliki uporabe drog, ki sta tesno povezani s temi škodljivimi posledicami, predvsem s prevelikimi odmerki in prenosom nalezljivih bolezni. Število prevelikih odmerkov s smrtnim izidom, o katerem se je v Evropski uniji poročalo v zadnjih dveh desetletjih, je enakovredno približno enemu smrtnemu primeru zaradi prevelikega odmerka vsako uro. Raziskave tudi kažejo, da je v preteklih dveh desetletjih veliko uporabnikov drog umrlo iz drugih vzrokov, na primer aidsa ali samomora (Bargagli idr., 2006; Degenhardt idr., 2009).

Osrednji cilj evropskih politik na področju drog je zmanjšati umrljivost in obolevnost, povezani z uporabo drog. Največ prizadevanj na tem področju je usmerjenih v ukrepe, namenjene najbolj ogroženim skupinam, ter v obravnavanje vedenja, neposredno povezanega s škodo, ki jo povzročijo droge.

Nalezljive bolezni, povezane z drogami

Center sistematično spremlja okužbe z virusi HIV ter hepatitisa B in C med uporabniki, ki si drogo vbrizgavajo⁽¹⁰⁷⁾. Nalezljive bolezni, ki jih povzročajo ti virusi, so med najhujšimi zdravstvenimi posledicami uporabe drog. Uporabnike drog lahko nesorazmerno pogosto prizadenejo tudi druge nalezljive bolezni, kot sta hepatitisa A in D, spolno prenosljive bolezni, tuberkuloza, tetanus, botulizem, antraks in človeški T-limfotropni virus.

Virus HIV in aids

Stopnja sporočenih novih diagnoz okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki drog

je konec leta 2009 v večini držav Evropske unije ostala nizka, splošno stanje v EU pa je v svetovnem in širšem evropskem merilu pozitivno (ECDC in SZO-Evropa, 2009; Wiessing idr., 2009) (prikaz 15). To je mogoče vsaj delno posledica tega, da je na voljo več ukrepov na področju preprečevanja, zdravljenja in zmanjševanja škode, pa tudi nadomestnega zdravljenja ter programov zamenjave injekcijskih igel in brizg. Pomembno vlogo imajo lahko tudi drugi dejavniki, na primer zmanjšanje uporabe drog z vbrizgavanjem, o katerem poroča nekaj držav (EMCDDA, 2010g). Povprečna stopnja na novo diagnosticiranih primerov v 26 državah članicah EU, ki so lahko posredovale podatke za leto 2009, je dosegla novo najnižjo vrednost 2,85 primera na milijon prebivalcev oziroma 1 299 na novo sporočenih primerov⁽¹⁰⁸⁾. Vendar podatki kažejo, da se je leta 2009 v nekaterih delih Evrope prenašanje virusa HIV, povezano z vbrizgavanjem drog, nadaljevalo, kar pomeni, da je treba zagotoviti razširjanje in učinkovitost praks preprečevanja na lokalni ravni.

Razpoložljivi podatki o razširjenosti virusa HIV v vzorcih uporabnikov, ki si drogo vbrizgavajo, v EU so spet spodbudnejši od podatkov o razširjenosti v sosednjih državah na vzhodu⁽¹⁰⁹⁾, čeprav je zaradi razlik v metodah in pokritosti študij potrebna previdnost pri primerjavah med državami.

Trendi okužb z virusom HIV

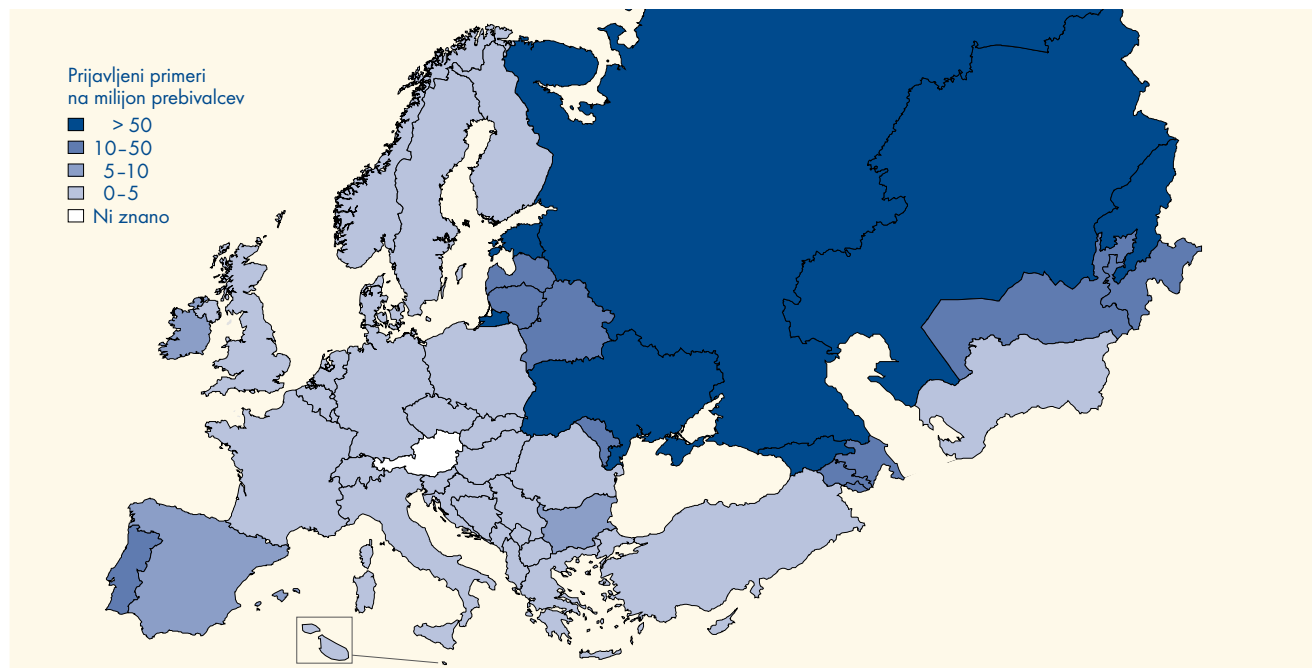
Podatki o sporočenih novougotovljenih primerih, povezanih z vbrizgavanjem drog, za leto 2009 kažejo, da se stopnja okužb v Evropski uniji po vrhuncu v letih 2001 in 2002, ki je bil posledica epidemije v Estoniji, Latviji in Litvi, še vedno na splošno znižuje. Od petih držav, ki so poročale o najvišjih ravneh novougotovljenih okužb med uporabniki, ki si drogo vbrizgavajo, med letoma 2004 in 2009 (Estonija, Španija, Latvija, Litva, Portugalska), se je v treh trend zniževanja nadaljeval, v Estoniji in Latviji pa je bilo ugotovljeno vnovično povečanje glede na ravni iz

⁽¹⁰⁷⁾ Za podrobnosti o metodah in opredelitvah pojmov glej Statistični bilten 2011.

⁽¹⁰⁸⁾ Podatkov za Avstrijo ni na voljo. Povprečna stopnja za države članice EU, Hrvaško, Turčijo in Norveško je 2,44 primera na milijon prebivalcev.

⁽¹⁰⁹⁾ Glej preglednico INF-1 v Statističnem biltenu 2011.

Prikaz 15: Na novo diagnosticirane okužbe z virusom HIV pri injicirajočih uporabnikih drog v letu 2009 v Evropi in osrednji Aziji



Opomba: Barva označuje stopnjo na milijon prebivalcev sporočenih primerov okužbe z virusom HIV, ki so bili na novo diagnosticirani v letu 2009 in se pripisujejo tvegani skupini uporabnikov drog z vbrizgavanjem.

Viri: ECDC in SZO-Evropa, 2010. Podatke za Rusijo je posredoval Zvezni center za metodološke raziskave za preprečevanje aidsa in boj proti njemu. Infekcije z virusom HIV. Informativni bilten št. 34, str. 35, Moskva, 2010 (v ruščini).

leta 2008 (prikaz 16) ⁽¹¹⁰⁾. V Estoniji se je število povečalo s 26,8 primera na milijon prebivalcev leta 2008 na 63,4 primera na milijon prebivalcev leta 2009 ter v Litvi z 12,5 primera na milijon prebivalcev leta 2008 na 34,9 primera na milijon prebivalcev leta 2009. V istem obdobju se je stopnja novih okužb med uporabniki, ki si drogo vbrizgavajo, v Bolgariji povečala z 0,9 novega primera na milijon prebivalcev leta 2004 na 9,7 primera na milijon prebivalcev leta 2009, medtem ko je bila na Švedskem dosežena najvišja stopnja doslej, in sicer 6,7 novega primera na milijon prebivalcev (61 novih diagnoz) leta 2007. Ti podatki kažejo, da nevarnost izbruhov virusa HIV med uporabniki, ki si drogo vbrizgavajo, v nekaterih državah še ni minila.

Podatki o trendih, pridobljeni s spremljanjem razširjenosti okužbe z virusom HIV v vzorcih injicirajočih uporabnikov drog, pomembno dopolnjujejo podatke iz poročil o primerih okužbe z virusom HIV. Podatki o trendih razširjenosti so za obdobje 2004–2009 na voljo za 27 evropskih držav ⁽¹¹¹⁾. Ocene razširjenosti virusa HIV se v 19 državah niso spremenile. V petih državah (v Franciji, Italiji, Avstriji, na Poljskem, Portugalskem) podatki o razširjenosti okužbe z virusom HIV kažejo na zmanjšanje.

V treh od teh držav ta trend temelji na nacionalnih vzorcih, v Franciji pa na podatkih iz petih mest. V Avstriji se nacionalni vzorci niso spremenili, le na Dunaju je bilo ugotovljeno zmanjšanje. Dve državi poročata o vse večji razširjenosti virusa HIV: Slovaška (nacionalni podatki) in Latvija (rezultati testiranj iz sedmih mest na podlagi navedb uporabnikov). V Bolgariji siceršnjega zmanjšanja na nacionalni ravni niso zaznali v glavnem mestu (Sofiji), kjer se trend povečuje. V Italiji na nacionalni ravni poročajo o upadanju, pri čemer samo v eni od 21 regij poročajo o povečanju ⁽¹¹²⁾.

Primerjava trendov novoprijavljenih okužb, povezanih z vbrizgavanjem drog, s trendi razširjenosti virusa HIV med injicirajočimi uporabniki drog kaže, da se pojavnost okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki drog v večini držav na nacionalni ravni zmanjšuje.

Kljub večinskemu zniževanju od leta 2004 je stopnja sporočenih novougotovljenih okužb z virusom HIV (na milijon prebivalcev), povezanih z vbrizgavanjem drog, v letu 2009 še vedno razmeroma visoka v Estoniji (63,4), Litvi (34,9), Latviji (32,7), na Portugalskem (13,4) in v Bolgariji (9,7), kar pomeni, da je v teh državah med injicirajočimi uporabniki ⁽¹¹³⁾ še vedno precej na novo okuženih.

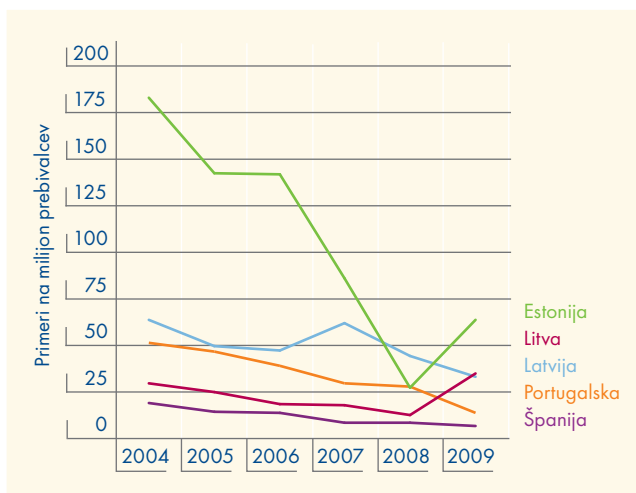
⁽¹¹⁰⁾ Podatki za Španijo ne vključujejo nacionalne pokritosti.

⁽¹¹¹⁾ Za Estonijo, Irsko in Turčijo ni podatkov. Glej preglednico INF-108 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹¹²⁾ Podatki za Italijo zajemajo uporabnike drog na zdravljenju, pri katerih stanje glede vbrizgavanja ni znano, zato je zmanjšanje razširjenosti virusa HIV mogoče tudi posledica zmanjšanja uporabe drog z vbrizgavanjem med populacijo, zajeto v raziskavi.

⁽¹¹³⁾ Glej preglednico INF-104 v Statističnem biltenu 2011.

Prikaz 16: Trendi novoprijavljenih okužb z virusom HIV pri injicirajočih uporabnikih drog v petih državah članicah EU, ki so poročale o najvišjih stopnjah okužb



Opomba: Podatki, sporočeni do konca oktobra 2010, glej prikaz INF-2 v Statističnem biltenu 2011.

Vir: ECDC in SZO-Evropa, 2010.

Dodatni znaki prenašanja virusa HIV so bili ugotovljeni v šestih državah (Estoniji, Španiji, Franciji, Latviji, Litvi, na Poljskem), pri čemer stopnje razširjenosti med vzorci mladih injicirajočih uporabnikov drog (mlajših od 25 let) med letoma 2005 in 2007⁽¹¹⁴⁾ presegajo 5 %, v dveh državah (Bolgarija, Ciper) pa se je razširjenost mladih injicirajočih uporabnikov drog med letoma 2004 in 2009 povečala.

Pojavnost aidsa in razpoložljivost terapije HAART

Podatki o pojavnosti aidsa so pomembni za prikaz novega pojava simptomatske bolezni, čeprav niso dober kazalnik prenosa virusa HIV. Visoke stopnje pojavnosti aidsa lahko pomenijo, da številni injicirajoči uporabniki, okuženi z virusom HIV, niso deležni zelo aktivne antiretrovirusne terapije v dovolj zgodnji fazi okužbe, ko bi jim lahko zdravljenje najbolj koristilo. V nedavnem svetovnem pregledu je bilo potrjeno, da se to v nekaterih evropskih državah morda še vedno dogaja (Mathers idr., 2010).

Država z največjo pojavnostjo aidsa zaradi vbrizgavanja drog je danes Latvija z ocenjenega 20,8 novega primera na milijon prebivalcev leta 2009; to število pa se je zmanjšalo s 26,4 primera na milijon prebivalcev leta 2008. O razmeroma visokih stopnjah pojavnosti aidsa med injicirajočimi uporabniki drog poročajo tudi iz Estonije, Španije, Portugalske in Litve, ki imajo 19,4, 7,3, 6,6 oziroma 6,0 novega primera na

milijon prebivalcev. Med temi štirimi državami se je trend v obdobju 2004–2009 v Španiji in na Portugalskem zmanjševal, kar pa ne velja za Estonijo in Litvo⁽¹¹⁵⁾.

Hepatitis B in C

Virusni hepatitis in predvsem okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), so zelo razširjeni med injicirajočimi uporabniki drog v vsej Evropi. V obdobju 2008–2009 so bile ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih injicirajočih uporabnikov drog med 22 % in 83 %, osem od dvanajstih držav pa je poročalo o ravneh nad 40 %⁽¹¹⁶⁾. Tri države (Češka, Madžarska, Slovenija) poročajo o manj kot 25-odstotni razširjenosti, vendar so tudi take stopnje okužb še vedno velika težava za javno zdravstvo.

V državah se ravni razširjenosti HCV močno razlikujejo, kar odraža tako razlike med regijami, kot tudi značilnosti vzorčene populacije. V Italiji na primer regionalne ocene znašajo od 37 % do 81 % (prikaz 17).

Nedavne študije (2007–2008) kažejo zelo različne stopnje razširjenosti HCV med injicirajočimi uporabniki drog, mlajšimi od 25 let, in tistimi, ki si drogo vbrizgavajo manj kot dve leti, kar kaže, da se stopnje pojavnosti HCV v teh skupinah po Evropi zelo razlikujejo⁽¹¹⁷⁾. Te študije kažejo tudi, da se številni injicirajoči uporabniki z virusom okužijo kmalu po tem, ko si začnejo vbrizgavati drogo. Zato je lahko na voljo izredno malo časa za vzpostavitev ukrepov za preprečevanje HCV.

Osem držav je poročalo o zmanjševanju razširjenosti HCV pri injicirajočih uporabnikih drog v obdobju 2004–2009, ena o večji razširjenosti (Ciper), štiri druge države pa poročajo o različnih trendih v različnih podatkovnih nizih. Vseeno pa je v nekaterih primerih potrebna previdnost zaradi omejene geografske pokritosti in/ali velikosti vzorca študij⁽¹¹⁸⁾. Tudi študije o mladih injicirajočih uporabnikih (mlajših od 25 let) kažejo na morebitno zmanjšanje razširjenosti v tej skupini na nacionalni (Bolgarija, Slovenija, Združeno kraljestvo) ali podnacionalni ravni (Kreta v Grčiji, Vorarlberg v Avstriji), kar morda priča o nižjih stopnjah prenosa. V poročilih pa je navedenih tudi nekaj povečanj (Ciper, Gradec v Avstriji). Nekateri od teh trendov potrjujejo podatki o novih injicirajočih uporabnikih (ki si drogo vbrizgavajo manj kot dve leti). O večji razširjenosti HCV med novimi injicirajočimi uporabniki poročajo iz Grčije (Atika), medtem ko iz Avstrije (Vorarlberg) in Švedske (Stockholm) poročajo o zmanjšanju⁽¹¹⁹⁾.

⁽¹¹⁴⁾ Glej preglednico INF-109 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹¹⁵⁾ Glej prikaz INF-1 in preglednico INF-104 (del ii) v Statističnem biltenu 2011.

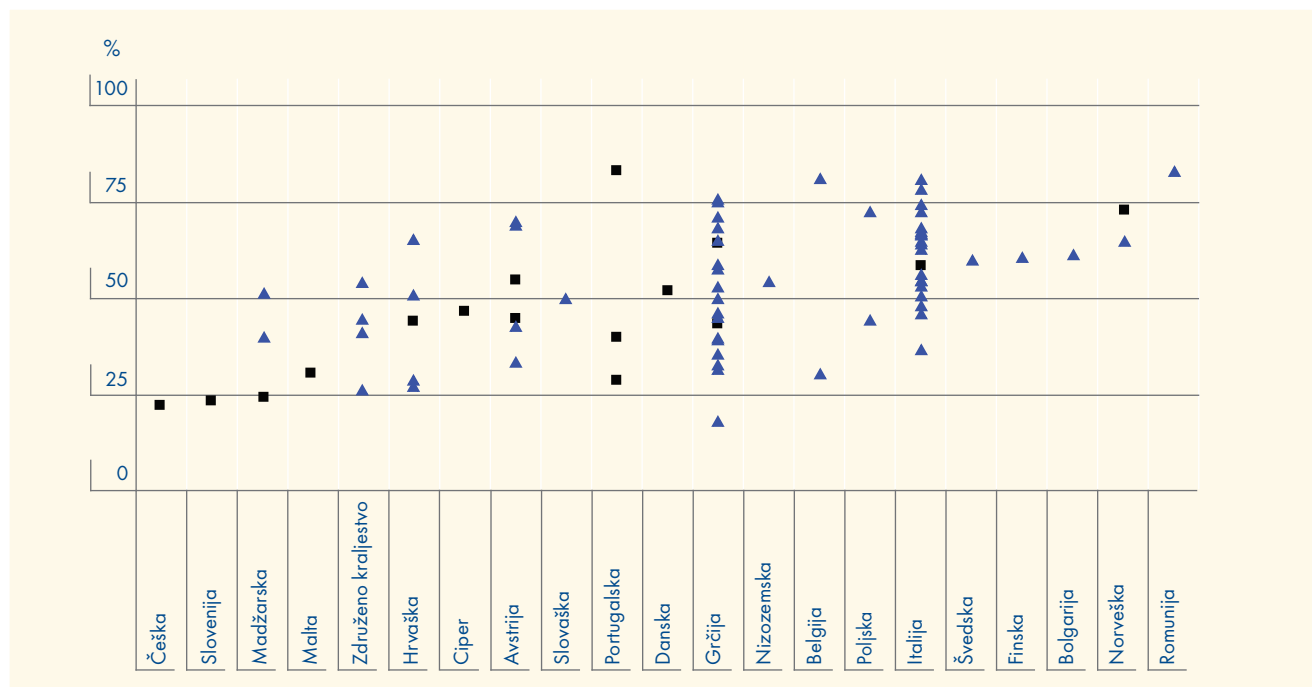
⁽¹¹⁶⁾ Glej preglednici INF-2 in INF-111 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹¹⁷⁾ Glej preglednici INF-112 in INF-113 ter prikaz INF-6 (del ii) in (del iii) v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹¹⁸⁾ Glej preglednico INF-111 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹¹⁹⁾ Glej preglednici INF-112 in INF-113 v Statističnem biltenu 2011.

Prikaz 17: Razširjenost protiteles HCV med injicirajočimi uporabniki drog



Opomba: Podatki za leti 2008 in 2009. Črni kvadrati so vzorci z nacionalnim zajetjem; modri trikotniki so vzorci s podnacionalnim (lokalnim ali regionalnim) zajetjem. Razlike med državami je treba zaradi razlik med vrstami okolij in raziskovalnimi metodami razlagati previdno; strategije nacionalnega vzorčenja se med sabo razlikujejo. Države so navedene od manjše do večje razširjenosti na podlagi povprečnih nacionalnih podatkov, ali če ti niso na voljo, podnacionalnih podatkov. Za več informacij glej prikaz INF-6 v Statističnem biltenu 2011.

Vir: Nacionalne kontaktno točke Reitox.

Precej se razlikuje tudi razširjenost protiteles za virus hepatitisa B (HBV), delno je najbrž tako zaradi razlik v stopnjah cepljenja, čeprav lahko na to vplivajo tudi drugi dejavniki. Najpopolnejši serološki marker okužbe s HBV je HBsAg (površinski antigen virusa hepatitisa B), ki priča o zdajšnji okužbi. Štiri od štirinajstih držav, ki so predložile podatke o tem virusu med injicirajočimi uporabniki drog, so za obdobje 2007–2008 poročale o študijah z več kot 5-odstotno razširjenostjo HBsAg (Bolgarija, Grčija, Litva, Romunija) ⁽¹²⁰⁾.

Trendi prijavljenih primerov hepatitisa B in C kažejo različna stanja, ki pa jih je težko pojasniti zaradi slabe kakovosti podatkov. Kljub temu je delni vpogled v epidemiologijo teh okužb mogoče dobiti iz deleža injicirajočih uporabnikov drog glede na vse prijavljene primere, če so znani dejavniki tveganja (Wiessing idr., 2008). V 20 državah, za katere so na voljo podatki za obdobje 2004–2009, pomeni uporaba drog z vbizgavanjem v povprečju 63 % vseh prijavljenih primerov HCV in 38 % akutnih primerov HCV, pri katerih je kategorija tveganja znana. Pri hepatitisu B pomenijo injicirajoči uporabniki drog 20 % vseh prijavljenih primerov in 26 % akutnih primerov. Ti podatki potrjujejo, da so injicirajoči uporabniki drog v Evropi še naprej pomembna tvegana skupina za okužbo z virusnim hepatitisom ⁽¹²¹⁾.

Druge okužbe

Poleg virusnih okužb so injicirajoči uporabniki drog dovzetni tudi za bakterijska obolenja ⁽¹²²⁾. Izbruh antraksa med injicirajočimi uporabniki drog v Evropi (glej EMCDDA, 2010a) je opozoril na stalno težavo hudih obolenj zaradi sporoformnih bakterij med injicirajočimi uporabniki drog. V neki evropski študiji so zbirali podatke o prijavljenih primerih štirih bakterijskih okužb (botulizem, tetanus, *Clostridium novyi* in antraks) pri injicirajočih uporabnikih drog v zadnjem desetletju. V obdobju 2000–2009 je šest držav poročalo o 367 primerih, pri čemer so deleži nihali od 0,03 do 7,54 primera na milijon prebivalcev. Največ primerov okužb (92 %) so sporočile tri države s severozahoda Evrope: Irska, Združeno kraljestvo in Norveška. Vzrok za to geografsko odstopanje ni znan in ga je treba dodatno raziskati (Hope idr., v tisku).

Preprečevanje nalezljivih bolezni in odzivanje nanje

Preprečevanje nalezljivih bolezni med uporabniki drog je pomemben javnozdravstveni cilj Evropske unije in sestavni del politik večine držav članic na področju drog. Države poskušajo preprečiti in obvladati širjenje nalezljivih

⁽¹²⁰⁾ Glej preglednico INF-114 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹²¹⁾ Glej preglednici INF-105 in INF-106 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹²²⁾ Glej okvir „Tuberkuloza med uporabniki drog“.

Tuberkuloza med uporabniki drog

Tuberkuloza je bakterijska bolezen, ki navadno napade pljuča in je lahko usodna. Leta 2008 je bilo v 26 državah članicah EU in na Norveškem ugotovljenih skupno 82 605 primerov, pri čemer so stopnje presegle 20 primerov na 100 000 prebivalcev v Romuniji (114,1), Litvi (66,8), Latviji (47,1), Bolgariji (41,2), Estoniji (33,1) in na Portugalskem (28,7) (ECDC, 2010). V Evropi se ta bolezen pojavlja predvsem v visoko tveganih skupinah, kot so priseljenci, brezdomci, uporabniki drog in zaporniki. Uporabniki drog so zaradi marginalizacije in življenjskega sloga izpostavljeni večjemu tveganju za okužbo s tuberkulozo kot splošno prebivalstvo. HIV-pozitivnost pomeni dodatno tveganje za nastanek tuberkuloze, pri čemer je tveganje za razvoj bolezni po ocenah od 20- do 30-krat večje kot pri posameznikih, ki niso okuženi z virusom HIV (SZO, 2010a).

Podatki o razširjenosti tuberkuloze med uporabniki drog so skopi. O visokih stopnjah aktivne (simptomatične) tuberkuloze med uporabniki drog na zdravljenju v Evropi poročajo iz Grčije (1,7 %), Litve (3 %) in Portugalske (od 1 do 2 %), medtem ko med sistematičnim preverjanjem v ustanovah za zdravljenje odvisnosti od drog v Avstriji, na Slovaškem in Norveškem niso odkrili nobenega primera.

Tuberkulozo pri uporabnikih drog je mogoče učinkovito zdraviti, čeprav zapleteno zdravljenje traja vsaj šest mesecev. Bistveno je, da se zdravljenje konča, saj bolezenski organizem hitro postane odporen na zdravila in bolezn ni več mogoče zdraviti. Problematici uporabniki drog, zlasti tisti s kaotičnim življenjskim slogom, težko vztrajajo pri zdravljenju. Pri novejših pristopih, katerih cilj je skrajšanje zdravljenja, je mogoče povečati verjetnost za uspešno dokončanje zdravljenja.

bolezn med uporabniki drog s kombinacijo ukrepov, med katere spadajo: nadzor, cepljenje in zdravljenje okužb; zdravljenje zaradi drog, zlasti nadomestno zdravljenje z opioidi, in razdeljevanje sterilne opreme za vbrizgavanje ter dejavnosti v skupnosti za zagotavljanje informacij, izobraževanja, testiranja in vedenjskih ukrepov, ki jih pogosto izvajajo ekipe na terenu ali nizkopražne agencije. Agencije ZN spodbujajo te ukrepe, vključno z antiretrovirusno terapijo ter odkrivanjem in zdravljenjem tuberkuloze, ki so najpomembnejši ukrepi za preprečevanje in zdravljenje okužb z virusom HIV ter oskrbo injicirajočih uporabnikov drog (SZO, UNODC in UNAIDS, 2009).

Ukrepi

V več študijah in pregledih je bila potrjena učinkovitost nadomestnega zdravljenja z opioidi za zmanjševanje prenašanja virusa HIV in tveganega vbrizgavanja, o katerem poročajo uporabniki. Obstaja vse več dokazov, da je kombinacija nadomestnega zdravljenja z opioidi

Preprečevanje okužb med injicirajočimi uporabniki drog: skupne smernice centrov ECDC in EMCDDA

Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) ter center EMCDDA sta leta 2011 objavila skupne smernice za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni med injicirajočimi uporabniki drog. Smernice prinašajo izčrpen pregled učinkovitosti ukrepov, med katere spadajo zagotavljanje čistih brizg in druge opreme za vbrizgavanje; zdravljenje odvisnosti od drog, vključno z nadomestnim zdravljenjem z opioidi; cepljenje; testiranje in zdravljenje okužb med uporabniki drog. V smernicah se proučujejo modeli zagotavljanja storitev ter najustreznejše informacije in sporočila za ozaveščanje, namenjene tej populaciji.

Publikacija je na voljo v tiskani obliki in na spletišču centra samo v angleščini.

ter programov razdeljevanja injekcijskih igel in brizg bolj učinkovita za zmanjševanje pojavnosti virusov HIV ali HCV, kot uporaba enega samega pristopa (ECDC and EMCDDA, 2011).

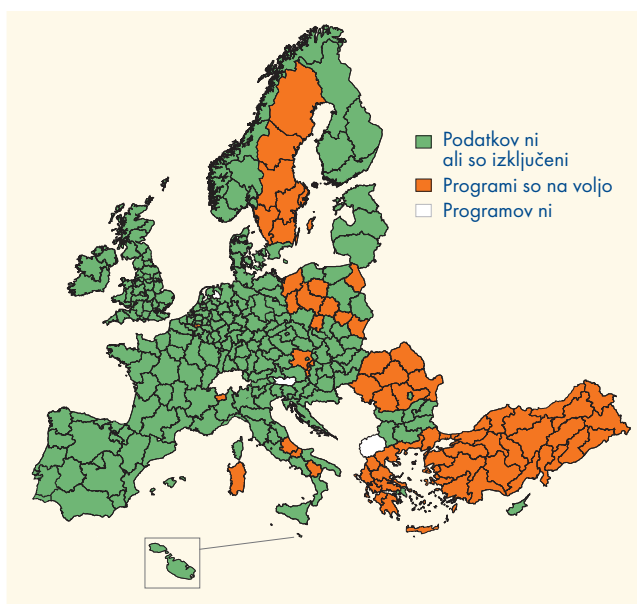
Na podlagi napredka pri zdravljenju hepatitisa C številne države krepijo prizadevanja za preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje te bolezni med uporabniki drog. Evropska unija podpira več pobud za izboljšanje preprečevanja hepatitisa C med uporabniki drog. Te pobude vključujejo: vzporejanje nacionalnih standardov in smernic za preprečevanje virusa HCV v EU (Zurhold, 2011); zbiranje primerov ukrepov ozaveščanja, preprečevanja, zdravljenja in oskrbe (projekt Correlation in EHRN, 2010); priprava gradiva za usposabljanje za oblikovalce politike, zdravstvene strokovnjake in lokalne ponudnike storitev (npr. Hunt in Morris, 2011).

Brezplačno razdeljevanje čistih injekcijskih igel v posebnih ustanovah ali lekarnah obstaja v vseh državah, razen v Turčiji, vendar podatki o geografski pokritosti kljub precejšnjemu razmahu v zadnjih dveh desetletjih kažejo na neravnovesje, saj več vzhodno- in srednjeevropskih držav ter Švedska poročajo, da ta storitev na nekaterih območjih ni na voljo (glej prikaz 18).

Novejši podatki o razdeljevanju brizg v okviru posebnih programov za zamenjavo injekcijskih igel in brizg so na voljo za vse države, razen treh, v dveh drugih državah pa so nepopolni⁽¹²³⁾. Iz njih je razvidno, da se prek teh programov razdeli skoraj 50 milijonov brizg na leto. Ta številka po ocenah v povprečju ustreza 94 brizgam na posameznega injicirajočega uporabnika drog v državah, ki so predložile podatke o brizgah.

⁽¹²³⁾ Glej preglednico HSR-5 v Statističnem biltenu 2011. Za obdobje 2007–2009 ni bilo na voljo podatkov o številu brizg za Dansko, Nemčijo in Italijo. Podatki za Nizozemsko zajemajo samo Amsterdam in Rotterdam, tisti za Združeno kraljestvo pa ne vključujejo Anglije.

Prikaz 18: Geografska razpoložljivost programov za razdeljevanje injekcijskih igel in brizg na regionalni ravni



Opomba: Regije so opredeljene v skladu z nomenklaturo statističnih teritorialnih enot (NUTS 2); več informacij je na voljo na spletišču agencije Eurostat. Vir: Glej preglednico HSR-4 v Statističnem biltenu 2011.

Povprečno število razdeljenih brizg na posameznega injicirajočega uporabnika drog v enem letu je mogoče oceniti za 13 držav ⁽¹²⁴⁾. V sedmih od teh držav je v posebnih programih povprečno razdeljenih manj kot 100 brizg na injicirajočega uporabnika, v štirih od 100 do 200 brizg, Luksemburg in Norveška pa poročata, da se na injicirajočega uporabnika razdeli več kot 200 brizg ⁽¹²⁵⁾. Agencije ZN ocenjujejo, da je za preprečevanje okužb z virusom HIV 100 razdeljenih brizg na injicirajočega uporabnika drog na leto malo, 200 brizg pa veliko (SZO, UNODC in UNAIDS, 2009).

V zadnjih štirih letih, zajetih v poročila (2005–2009), se je skupno število brizg, razdeljenih v okviru programov razdeljevanja brizg, povečalo za 32 %. Podregionalna analiza trendov razdeljevanja brizg kaže na manjše povečanje v državah, ki so vstopile v EU pred letom 2004, in povečanje v novejših državah članicah.

Z drogo povezani smrtni primeri in umrljivost

Uporaba drog je eden najpomembnejših vzrokov zdravstvenih težav in umrljivosti med mladimi v Evropi in je povezana s precejšnjim deležem vseh smrtnih primerov med odraslimi. V študijah je bilo ugotovljeno, da je mogoče

od 10 % do 23 % smrtnih primerov med osebami, stari od 15 do 49 let, pripisati uporabi opioidov (Bargagli idr., 2006; Bloor idr., 2008).

Umrlijivost, povezana z uporabo drog, vključuje smrtne primere, ki jih neposredno ali posredno povzroči uporaba drog. Med njimi so smrtne primeri zaradi prevelikega odmerka drog (smrtne primeri, ki jih povzročijo droge), virusa HIV/aidsa, prometnih nesreč – zlasti v kombinaciji z alkoholom –, nasilja, samomora in kroničnih zdravstvenih težav zaradi dolgotrajne uporabe drog (na primer kardiovaskularnih težav pri uporabnikih kokaina) ⁽¹²⁶⁾.

Smrtni primeri, ki jih povzročijo droge

Najnovejše ocene kažejo, da je bilo leta 2009 v državah članicah EU in na Norveškem približno 7 630 smrtnih primerov zaradi drog, kar priča o ustaljenem položaju glede na leto 2008, v katerem je bilo sporočenih 7 730 primerov ⁽¹²⁷⁾. Ocene pa so verjetno prenizke, saj na nacionalne podatke lahko vpliva premajhno število sporočenih ali ugotovljenih smrtnih primerov zaradi drog. Stopnjo podcenjenih ocen v nacionalnih podatkih je ocenilo le nekaj držav.

Med letoma 1995 in 2008 so države članice EU in Norveška vsako leto poročale o od 6 300 do 8 400 smrtnih primerih zaradi droge. Leta 2008, ki je zadnje leto, za katero so na voljo podatki za skoraj vse države, se je skoraj polovica vseh sporočenih smrtnih primerov zaradi drog zgodila v dveh državah, Nemčiji in Združenem kraljestvu, ki sta skupaj s Španijo in Italijo zabeležili dve tretjini vseh sporočenih primerov (5 075).

Za leto 2009 se povprečna stopnja umrljivosti v EU zaradi prevelikega odmerka ocenjuje na 21 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, starih od 15 do 64 let, večina držav pa poroča o stopnjah od 4 do 59 smrtnih primerov na milijon prebivalcev (prikaz 19). Stopnje v 13 od 28 evropskih držav presegajo 20 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, stopnje v sedmih državah pa presegajo 40 smrtnih primerov na milijon prebivalcev. Med Evropejci, stari od 15 do 39 let, je bil prevelik odmerek vzrok za 4 % vseh smrtnih primerov ⁽¹²⁸⁾.

Na število sporočenih smrtnih primerov zaradi drog lahko vplivajo razširjenost in vzorci uporabe drog (vbrizgavanje, uporaba več drog hkrati), starost in soobolevnost uporabnikov drog, razpoložljivost storitev zdravljenja in nujne zdravniške pomoči ter kakovost zbiranja in

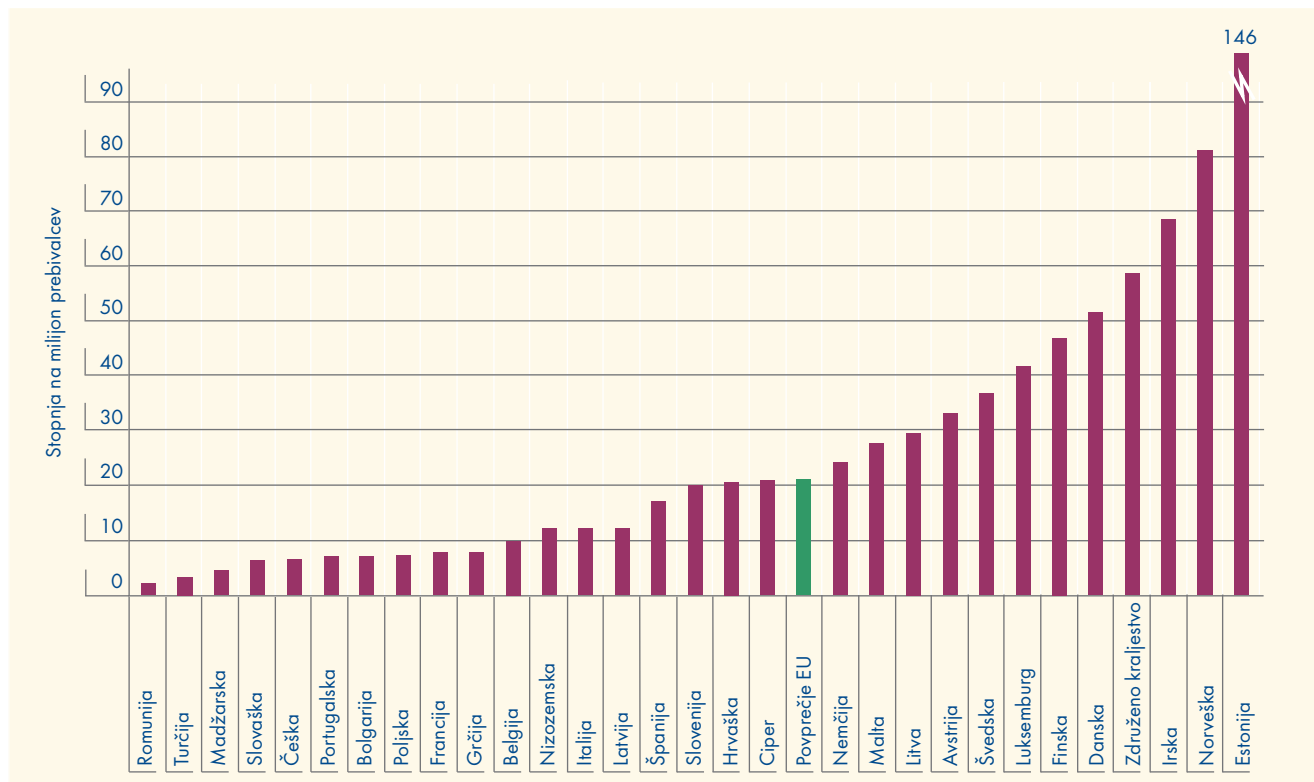
⁽¹²⁴⁾ Glej prikaz HSR-3 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹²⁵⁾ Ti podatki ne zajemajo prodaje v lekarnah, ki so lahko pomemben vir sterilnih brizg za uporabnike drog v več državah.

⁽¹²⁶⁾ Glej „Z drogo povezana umrljivost, zapleten pojem“ v letnem poročilu za leto 2008.

⁽¹²⁷⁾ Ocena za Evropo temelji na podatkih za leto 2009 za 17 od 27 držav članic in Norveško, podatkih za leto 2008 za devet držav in projekcijah podatkov za eno državo. Belgija ni zajeta, ker zanjo ni na voljo podatkov. Za več informacij glej preglednico DRD-2 (del i) v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹²⁸⁾ Glej prikaz DRD-7 (del i) ter preglednici DRD-5 (del ii) in DRD-107 (del i) v Statističnem biltenu 2011.

Prikaz 19: Ocenjene stopnje umrljivosti med vsemi odraslimi (od 15 do 64 let) zaradi smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge

Opomba: Za več informacij glej prikaz DRD-7 v Statističnem biltenu 2011.
Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

sporočanja podatkov. Večja zanesljivost evropskih podatkov je omogočila boljše opise trendov, večina držav pa je sprejela opredelitive primerov v skladu z opredeljitvijo centra (¹²⁹). Vendar je potrebna previdnost pri primerjanju držav, saj so med njimi razlike glede metodologije poročanja in virov podatkov.

Smrtne primeri, povezani z opiodi

Heroin

Opioidi, večinoma heroin in njegovi presnovki, so prisotni pri večini z drogo povezanih smrtnih primerov, o katerih poročajo v Evropi. V 22 državah, ki so zagotovile podatke za leto 2008 ali 2009, so opiodi pomenili veliko večino vseh primerov: več kot 90 % v petih državah in od 80 % do 90 % v dvanajstih državah. Poleg heroina so pogosto prisotne tudi druge snovi, kot so alkohol, benzodiazepini in drugi opiodi, v nekaterih državah pa kokain. To kaže, da je velik delež vseh smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, povezan z uporabo več drog hkrati, o čemer pričča toksikološki pregled smrtnih primerov zaradi drog na Škotskem v obdobju 2000–2007. Pokazal je pozitivno povezavo med prisotnostjo heroina in alkohola, zlasti

med starejšimi moškimi. Med moškimi, katerih smrt je bila povezana s heroinom, je bil alkohol prisoten pri 53 % tistih, ki so stari 35 let in več, ter pri 36 % tistih, ki so mlajši od 35 let (Bird in Robertson, 2011; glej tudi GROS, 2010).

Večina umrlih zaradi prevelikih odmerkov heroina v Evropi so moški (81 %). Na splošno je razmerje med moškimi in ženskami približno štiri proti enemu smrtnemu primeru (pri čemer sega razmerje od 1,4 : 1 na Poljskem do 31 : 1 v Romuniji) (¹³⁰). V državah članicah, ki so vstopile v EU pred kratkim, sporočeni smrtne primeri zaradi drog bolj verjetno nastopijo pri moških in mlajših kot v državah, ki so vstopile v EU pred letom 2004, in na Norveškem. Vzorci po Evropi se razlikujejo, pri čemer o večjih deležih moških poročajo južne države (Grčija, Italija, Romunija, Ciper, Madžarska, Hrvaška) ter Estonija, Latvija in Litva. Danska, Nizozemska, Švedska in Norveška poročajo o večjih deležih smrtnih primerov med starejšimi. V večini držav so posamezniki, ki umrejo zaradi prevelikih odmerkov heroina, v povprečju sredi tridesetih let, v številnih državah pa se povprečna starost zvišuje. To kaže na morebitno ustalitev ali zmanjševanje števila mladih uporabnikov heroina in starajočo se kohorto problematičnih uporabnikov opiodov. Na splošno se v skupini mlajših od 25 let

⁽¹²⁹⁾ Za podrobne metodološke informacije glej Statistični bilten 2011 in strani o ključnem kazalniku z drogo povezani smrtne primeri.

⁽¹³⁰⁾ Ker poročila o smrtnih primerih zaradi droge, ki jih prejme center, večinoma vključujejo prevelike odmerke opiodov (predvsem heroina), so tukaj predstavljene splošne značilnosti sporočenih smrtnih primerov za opis in analizo smrtnih primerov, povezanih z uporabo heroina. Glej prikaz DRD-1 v Statističnem biltenu 2011.

zgotovi 12 % sporočenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka ⁽¹³¹⁾.

Preveliki odmerki heroína, naj bodo smrtni ali ne, se povezujejo s številnimi dejavniki. Med njimi so vbrizgavanje in hkratna uporaba drugih snovi, zlasti alkohola, benzodiazepinov in nekaterih antidepresivov. S prevelikimi odmerki so povezani tudi kampanjska uporaba drog, soobolevnost, brezdomstvo, duševne težave (na primer depresija in namerna zastrupitev), ne vključenost v zdravljenje zaradi drog, pretekle izkušnje s prevelikimi odmerki in dejstvo, ali je bil uporabnik ob prevelikem odmerku sam (Rome idr., 2008). Tveganje za prevelike odmerke je še posebno veliko takoj po izpustitvi iz zapora (SZO, 2010a) ali odpustu z zdravljenja zaradi drog, o čemer priča veliko longitudinalnih študij.

Drugi opioidi

V toksikoloških poročilih se poleg heroína navaja še veliko drugih opioidov, skupaj z metadonom ⁽¹³²⁾ in buprenorfinom. Smrtni primeri zaradi zastrupitve z buprenorfinom so kljub vse pogostejši rabi te snovi v nadomestnem zdravljenju v Evropi redki in jih navaja zelo malo držav. Na Finskem je to sicer še vedno najpogostejši opioid, ki ga odkrijejo pri obdukcijah, vendar so običajno prisotne tudi druge snovi. To je bilo ponazorjeno v novjšem finskem poročilu, v katerem so proučevali prisotnost drog v primerih nenamerne zastrupitve, pri čemer je bila ugotovljena prisotnost benzodiazepinov v skoraj vseh primerih (v 38 od 40 primerov), v katerih je bil kot primarni vzrok smrti opredeljen buprenorfin. Pomemben dejavnik, ki je prispeval k smrti, je bil tudi alkohol, ki so ga odkrili v 22 od 40 primerov (Salasuo idr., 2009). V Estoniji je bila večina smrtnih primerov zaradi drog, sporočenih v letu 2009, kot v preteklem letu povezana z uporabo 3-metilfentanila.

Smrtni primeri, povezani z drugimi drogami

Smrtni primeri zaradi akutne zastrupitve s kokainom se zdijo razmeroma redki (EMCDDA, 2010a). Vendar je smrtne primere zaradi prevelikega odmerka kokaina težje opredeliti in odkriti kot tiste, povezane z opioidi, zato jih je v poročilih morda zajeto premalo (glej poglavje 5).

V letu 2009 je 21 držav poročalo o približno 900 smrtnih primerih, povezanih s kokainom. Zaradi premajhne primerljivosti razpoložljivih podatkov je težko opisati evropski trend. Najnovejši podatki za Španijo in Združeno kraljestvo, državi z najvišjimi stopnjami razširjenosti kokaina, kažejo, da se je število smrti, povezanih s to drogo, zmanjšalo: v Španiji s 25,1 % sporočenih primerov, pri katerih je bil prisoten

Metadon in umrljivost

Ker je v nadomestno zdravljenje po ocenah vključenih 700 000 uporabnikov opioidov, se v zadnjem času pozorno proučuje povezava med zdravljenjem, kot je metadon, in smrtnimi primeri zaradi droge. Metadon se pogosto omenja v toksikoloških poročilih pri smrtnih primerih, povezanih z uporabo drog, in je včasih opredeljen kot vzrok smrti. Kljub temu razpoložljivi dokazi močno podpirajo prednosti dobro urejenega nadomestnega zdravljenja z opioidi, ki poteka pod nadzorom, v kombinaciji z ukrepi psihosocialne pomoči za ohranjanje bolnikov na zdravljenju ter zmanjševanje uporabe prepovedanih opioidov in umrljivosti.

V opazovalnih študijah je bilo ugotovljeno, da znaša stopnja umrljivosti za uporabnike opioidov, ki so vključeni v zdravljenje z metadonom, približno tretjino te stopnje za uporabnike, ki se ne zdravijo. Pri tem je pomemben dejavnik trajanje zdravljenja, saj novejša študija kažejo, da je pri nadomestnem zdravljenju z opioidi več kot 85-odstotna možnost za zmanjšanje splošne umrljivosti med uporabniki opioidov, če se zdravijo 12 mesecev ali več (Cornish idr., 2010). Možnosti preživetja se povečujejo s kumulativno udeležbo v zdravljenju (Kimber idr., 2010). Poleg tega se zdi, da metadon zmanjšuje tveganje okužbe z virusom HIV za približno 50 % v primerjavi z odtegnitvijo ali nikakršnim zdravljenjem (Mattick idr., 2009). V nedavni študiji, izvedeni na Škotskem in v Angliji, je bilo v zvezi s smrtnimi primeri zaradi metadona ugotovljeno, da uvedbi nadzorovanega odmerjanja metadona sledi precejšnje zmanjšanje števila smrtnih primerov v zvezi z metadonom. Med letoma 1993 in 2008 se je zaradi širjenja zdravljenja vsaj za štirikrat zmanjšalo število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka metadona na količino predpisanega metadona (Strang idr., 2010).

kokain (ne pa tudi opiat), leta 2007 na 19,3 % leta 2008 ter v Združenem kraljestvu z 12,7 % leta 2008 na 9,6 % leta 2009. Kokain je zelo redko naveden kot edina snov, ki je povzročila smrt zaradi drog.

V nedavnem mednarodnem pregledu o umrljivosti med uporabniki kokaina je bilo ugotovljeno, da so podatki o obsegu povečane stopnje umrljivosti med problematičnimi ali odvisnimi uporabniki kokaina omejeni (Degenhardt idr., 2011). V pregled so bile vključene ugotovitve treh evropskih spremljevalnih študij: francoske študije, s katero so spremljali posameznike, aretirane zaradi kaznivih dejanj v zvezi s kokainom; nizozemske študije med uporabniki, ki si kokain vbrizgavajo in so bili vključeni prek nizkopražnih služb, ter italijanske študije med odvisnimi uporabniki kokaina na zdravljenju. Okvirne stopnje umrljivosti v teh študijah so segale od 0,54 do 4,6 na 100 oseb-let. V nedavni danski kohortni študiji med posamezniki, ki se zdravijo zaradi uporabe kokaina, je bilo ugotovljeno za 6,4-krat večje

⁽¹³¹⁾ Glej prikaza DRD-2 in DRD-3 ter preglednico DRD-1 (del i) v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹³²⁾ Glej okvir „Metadon in umrljivost“.

tveganje umrljivosti kot pri vrstnikih enake starosti in spola med splošnim prebivalstvom (Arendt idr., 2011).

O smrtnih primerih, pri katerih je prisoten ekstazi (MDMA), se poroča redko, ta droga pa navadno ni prepoznana kot neposredni vzrok smrti ⁽¹³³⁾. O smrtnih primerih, ki so morda povezani s katinoni, so v letu 2009 poročali iz Anglije (mefedron) in Finske (MDPV) (glej poglavje 8).

Trendi smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge

Število smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, se je v Evropi zelo povečalo v osemdesetih in na začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja – hkrati s povečanjem uporabe heroina in vbizgavanjem drog – ter je od takrat ostalo na visoki ravni ⁽¹³⁴⁾. Med letoma 2000 in 2003 je večina držav članic EU poročala o zmanjšanju števila smrtnih primerov, ki mu je sledilo povečanje med letoma 2003 in 2008. Predhodni podatki, ki so na voljo za leto 2009, kažejo, da bo skupno število enako ali nekoliko nižje kot število za leto 2008. Kjer je primerjava mogoča, so v nekaterih največjih državah poročali o zmanjšanju števila smrtnih primerov, med drugim v Nemčiji, Italiji in Združenem kraljestvu.

Težko je pojasniti, zakaj v nekaterih državah ostaja število sporočenih smrtnih primerov zaradi drog ustaljeno ali se povečuje, zlasti glede na kazalnike o zmanjšanju vbizgavanja drog in povečanju števila uporabnikov opioidov, ki so v stiku s službami za zdravljenje in zmanjševanje škode. Mogoči vzroki so: zvišanje ravni hkratne uporabe več drog (EMCDDA, 2009b) ali zelo tveganega vedenja; povečanje števila uporabnikov opioidov, ki so po prihodu iz zapora ponovno začeli z uporabo drog ali tistih, ki so se prenehali zdraviti, ter starajoča se kohorta ranljivejših uporabnikov drog.

Splošna umrljivost, povezana z uporabo drog

Splošna umrljivost, povezana z uporabo drog, zajema smrtne primere zaradi drog in smrtne primere, ki so posredno povezani z uporabo drog, na primer zaradi prenosa nalezljivih bolezni, kardiovaskularnih težav in nezgod. Število smrtnih primerov, ki je z uporabo drog povezano posredno, je težko ugotoviti, vendar lahko precej vpliva na javno zdravje. Smrti primeri, povezani z uporabo drog, se večinoma pojavijo med problematičnimi uporabniki, čeprav se lahko zgodijo tudi med priložnostnimi uporabniki (na primer prometne nesreče).

Ocene splošne umrljivosti, povezane z drogami, je mogoče pridobiti na različne načine, na primer z združevanjem podatkov iz kohortnih študij o umrljivosti in ocen

o razširjenosti uporabe drog. Pri drugem pristopu se uporabijo obstoječi splošni statistični podatki o umrljivosti, nato pa se oceni delež, povezan z uporabo drog.

Kohortne študije o umrljivosti

Kohortne študije o umrljivosti proučujejo iste skupine problematičnih uporabnikov drog v določenih časovnih obdobjih ter poskušajo na podlagi povezav z evidencami umrljivosti najti vzroke vseh smrtnih primerov, ki nastopijo v skupini. S to vrsto študij je mogoče določiti splošne stopnje umrljivosti in stopnje umrljivosti glede na vzrok za določeno kohorto, poleg tega pa je mogoče oceniti tudi večjo umrljivost skupine v primerjavi s splošnim prebivalstvom ⁽¹³⁵⁾.

Glede na okolje, v katerem se zberejo vzorci (na primer študije, ki se izvajajo v ustanovah za zdravljenje odvisnosti od drog), in merila za vključevanje (na primer injicirajoči uporabniki drog, uporabniki heroina) večina kohortnih študij kaže od 1- do 2-odstotne letne stopnje umrljivosti med problematičnimi uporabniki drog. Te stopnje umrljivosti so približno od 10-krat do 20-krat višje od stopenj v enaki starostni skupini med splošnim prebivalstvom. Relativni pomen različnih vzrokov smrti se razlikuje med populacijami, državami in časovnimi obdobji. Na splošno je glavni vzrok smrti med problematičnimi uporabniki drog v Evropi prevelik odmerek, in sicer od 50 % do 60 % smrtnih primerov med injicirajočimi uporabniki v državah z majhno razširjenostjo virusa HIV/aidsa. Poleg virusa HIV/aidsa in drugih bolezni sta med pogostimi vzroki smrti, o katerih se poroča, samomor, nezgode in zloraba alkohola.

Smrti primeri, posredno povezani z uporabo drog

Center je z združitvijo razpoložljivih podatkov iz Eurostata in spremljanja virusa HIV/aidsa ocenil, da je leta 2007 v Evropski uniji zaradi virusa HIV/aidsa, ki ga je mogoče povezati z uporabo drog, umrlo približno 2 100 oseb ⁽¹³⁶⁾, pri čemer je bilo 90 % teh smrtnih primerov v Španiji, Franciji, Italiji in na Portugalskem.

Druge bolezni, ki tudi prispevajo k deležu smrtnih primerov med uporabniki drog, vključujejo kronična stanja, kot so bolezni jeter, predvsem zaradi okužbe z virusom hepatitisa C (HCV), ki jih pogosto otežujeta čezmerno uživanje alkohola in hkratna okužba z virusom HIV. Smrti primeri zaradi drugih nalezljivih bolezni so redkejši. Veliko manjša pozornost je namenjena drugim vzrokom smrti med uporabniki drog, kot so samomor in poškodbe ter umori, in to kljub znakom, da precej vplivajo na umrljivost.

⁽¹³³⁾ Za podatke o smrtnih primerih, povezanih z drogo, ki ni heroin, glej preglednico DRD-108 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹³⁴⁾ Glej prikaza DRD-8 in DRD-11 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹³⁵⁾ Za informacije o kohortnih študijah o umrljivosti glej ključne kazalnike na spletišču centra.

⁽¹³⁶⁾ Glej preglednico DRD-5 (del iii) v Statističnem biltenu 2011.

„Izbrano vprašanje“: Umrljivost, povezana z uporabo drog – celostni pristop in posledice za javno zdravje

„Izbrano vprašanje“, ki ga je center objavil letos, predstavlja ugotovitve o umrljivosti, povezani z drogami, iz nedavnih longitudinalnih študij med problematičnimi uporabniki drog v Evropi. V njem je podan pregled splošne umrljivosti in umrljivosti glede na posamezen vzrok, opisani so dejavniki tveganja in zaščite, ki so bili ugotovljeni v raziskavah. Pregledane so tudi posledice za javno zdravje.

Publikacija je na voljo v tiskani obliki in na spletišču centra samo v angleškem jeziku.

Zmanjševanje števila z drogami povezanih smrtnih primerov

Petnajst evropskih držav poroča, da je del njihove nacionalne strategije boja proti drogam namenjen zmanjšanju števila z drogami povezanih smrtnih primerov, da imajo take politike na regionalni ravni ali da imajo posebne akcijske načrte za preprečevanje z drogami povezanih smrtnih primerov. V nekaterih drugih državah (Estonija, Francija, Avstrija) se je zaradi nedavnih povečanj števila z drogami povezanih smrtnih primerov (delno med mlajšimi starostnimi skupinami in integriranimi uporabniki) povečala ozaveščenost o potrebi po boljšem odzivanju.

Z zdravljenjem se lahko precej zmanjša tveganje za umrljivost pri uporabnikih drog, čeprav se ob začetku ali koncu zdravljenja poveča tveganje, povezano s toleranco za droge. Študije kažejo, da se tveganje za smrt zaradi drog ob ponovni uporabi po zdravljenju ali v tednih po izpustitvi iz zaporu bistveno poveča.

V nekaterih državah za vzdrževanje z opiodi priporočajo buprenorfin zaradi njegove farmakološke varnosti⁽¹³⁷⁾, v vsaj polovici držav pa je bilo izdano dovoljenje za trženje kombinacije buprenorfina in naloksona⁽¹³⁸⁾.

V nekaterih evropskih državah je bil dosežen napredek pri zmanjševanju vrzeli glede zdravljenja med bivanjem v skupnosti in zaporu⁽¹³⁹⁾, vendar je bilo ugotovljeno, da se zaradi prekinitve zdravljenja odvisnosti od drog, naj bo zaradi aretacije, sprejema v zapor ali izpusta iz njega, poveča tveganje prevelikega odmerka (Dolan idr., 2005). Evropski regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije (2010c) je zato izdal priporočila za preprečevanje prevelikega odmerka v zaporu in izboljšanje neprekinjene oskrbe po izpustitvi.

Poleg izboljšanja dostopa do zdravljenja odvisnosti od drog se proučujejo tudi drugi ukrepi za zmanjšanje tveganja prevelikega odmerka pri uporabnikih drog. Ti zadevajo osebne, situacijske in z uporabo drog povezane dejavnike. V večini držav se prek posebnih agencij za droge in spletnih strani, v zadnjem času pa tudi prek telefonskih sporočil in elektronske pošte, razdeljuje informativno gradivo o tveganju prevelikega odmerka, ki ga pogosto pripravijo v več jezikih, da dosežejo tudi delavce migrante. V 27 državah sta uporabnikom drog na voljo svetovanje in usposabljanje za varnejšo rabo, ki ga izvajajo delavci s področja drog ali vrstniki, vendar se ti ukrepi pogosto zagotavljajo le občasno in v omejenem obsegu⁽¹⁴⁰⁾.

Dodatni odzivi, o katerih poroča nekaj držav, vključujejo: spremljanje posameznikov, ki so morali zaradi drog poiskati nujno medicinsko pomoč (Belgija, Danska, Luksemburg, Nizozemska, Avstrija); „sisteme za zgodnje opozarjanje“, s katerimi opozarjajo uporabnike na nevarne snovi (Belgija, Češka, Francija, Madžarska, Portugalska, Hrvaška), in boljši nadzor za preprečevanje predpisovanja več drog hkrati (Luksemburg, Združeno kraljestvo). Sobe za nadzorovano uporabo drog, kakršne so na voljo v Nemčiji, Španiji, Luksemburgu, na Nizozemskem in Norveškem, omogočajo takojšnje posredovanje strokovnjakov ob prevelikih odmerkih ter zmanjšujejo vpliv na zdravje pri prevelikih odmerkih, ki se ne končajo s smrtjo. Dokazi o učinku sob za nadzorovano uporabo drog na smrtne primere zaradi drog v skupnosti vključujejo študijo, ki so jo pred nedavnim izvedli v Vancouvru in v kateri so poročali o 35-odstotnem zmanjšanju smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v zadevni skupnosti po odprtju sobe za nadzorovano uporabo drog z vbizgavanjem (Marshall, B., idr., 2011). Ta rezultat potrjuje ugotovitve zgodnejših študij, predstavljenih v monografiji o zmanjševanju škode (EMCDDA, 2010b).

Način, ki vključuje usposabljanje v zvezi s prevelikimi odmerki in odmerek naloksona, ki ga imajo uporabniki pri sebi in s katerim se izniči učinek opiodov, se veliko uporablja v bolnišnicah in pri storitvah nujne medicinske pomoči. S tem ukrepom je mogoče preprečiti veliko smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka opiodov. Nekateri evropske države poročajo o programih v skupnosti, v katerih predpisujejo nalokson uporabnikom opiodov, ki so izpostavljeni tveganju prevelikega odmerka opiodov. Predpisovanje naloksona spremlja obvezno usposabljanje iz prepoznavanja prevelikih odmerkov in osnovnih tehnik za ohranjanje življenjskih funkcij (npr. umetno dihanje, položaj za nezavestnega) ter dajanja naloksona. Ta ukrep je namenjen uporabnikom drog, njihovim družinam in vrstnikom, njegov cilj pa je tem osebam omogočiti

⁽¹³⁷⁾ Glej smernice za zdravljenje na portalu najboljših praks.

⁽¹³⁸⁾ Glej preglednico HSR-1 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹³⁹⁾ Glej poglavje 2 in preglednico HSR-9 v Statističnem biltenu 2011.

⁽¹⁴⁰⁾ Glej preglednico HSR-8 v Statističnem biltenu 2011.

učinkovito ukrepanje ob prevelikem odmerku, medtem ko čakajo na nujno medicinsko pomoč.

○ razdeljevanju naloksona uporabnikom drog poročajo Italija (kjer to snov zagotavlja 40 % agencij za droge), Nemčija in Združeno kraljestvo (Anglija in Wales).

○ novih pobudah poročajo iz Bolgarije, Danske in Portugalske. Na Škotskem so leta 2010 na nacionalni ravni uvedli vsesplošno zagotavljanje naloksona, ki ga imajo uporabniki pri sebi, za tvegano skupino posameznikov,

ki zapustijo zapor, vlada poleg tega podpira nacionalni program za predpisovanje naloksona posameznikom, pri katerih obstaja tveganje prevelikega odmerka opioidov, in osebam, ki lahko pridejo v stik z njimi. V okviru projektne študije N-Alive, ki se izvaja v Angliji in s katero se proučuje učinkovitost predpisovanja naloksona ob izpustu iz zapora za zmanjšanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v nekaj tednih po izpustu iz zapora, bodo izvedli nadzorovano študijo z naključnim vzorcem 5 600 zapornikov.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Poglavje 8

Nove droge in nastajajoči trendi

Uvod

Ker je evropska problematika drog vse bolj dinamična in se hitro spreminja, je čedalje pomembnejše zagotavljanje pravočasnih in objektivnih informacij o novih drogah in nastajajočih trendih. Za sodoben trg z drogami je značilna hitrost, s katero se dobavitelji odzivajo na uvajanje nadzornih ukrepov. Na prepoved proizvodov se hitro odzovejo s ponudbo novih alternativ zanje. Boljše spremljanje nastajajočih trendov drog v Evropi omogočajo različni viri informacij in vrhunski kazalniki, med katere spadata spremljanje interneta in analiza odpadnih voda. V tem poglavju so podrobneje opisane nove psihoaktivne snovi, odkrite s sistemom za zgodnje opozarjanje, in spremljanje ocen tveganja za mefedron. Proučuje se tudi pojav „dovoljenih drog“ in različni nacionalni odzivi na prosto prodajo novih snovi.

Ukrepi glede novih drog

Evropska unija je razvila sistem za zgodnje opozarjanje kot mehanizem za hiter odziv na pojav novih psihoaktivnih snovi na trgu z drogami. Sistem se trenutno pregleduje v okviru ocene delovanja Sklepa Sveta 2005/387/PNZ⁽¹⁴¹⁾, ki jo izvaja Evropska komisija.

Nove psihoaktivne snovi

Med letoma 1997 in 2010 je bilo prek sistema za zgodnje opozarjanje formalno priglašeno več kot 150 novih psihoaktivnih snovi, ki se trenutno spremljajo. V tem obdobju se je povečala hitrost pojavljanja novih snovi na trgu, pri čemer se poroča o rekordnem številu novih snovi v zadnjih dveh letih – 24 leta 2009 in 41 leta 2010⁽¹⁴²⁾. Številne od teh novih snovi so bile odkrite s testiranjem proizvodov, ki se prodajajo prek spleta in v specializiranih prodajalnah (npr. „smart shops“, „head shops“).

Med 41 novimi psihoaktivnimi snovmi, ki so jih odkrili v letu 2010, prevladujejo sintetični katinoni in sintetični

kanabinoidi. V skupini slednjih je bilo v letu 2010 odkritih petnajst novih derivatov, kar jih za fenetilamini uvršča v drugo največjo skupino drog, ki se spremlja s sistemom za zgodnje opozarjanje. Na seznamu na novo priglašeni snovi je tudi raznolika skupina kemikalij, med katere spada sintetični derivat kokaina, naravna predhodna sestavina in različne sintetične psihoaktivne snovi. V letu 2010 so prvič poročali o derivatih fenciklidina (PCP) in ketamina, uveljavljenih zdravil, ki sta se uporabljali ter se še uporabljata v humani in veterinarski medicini.

Pojav novih drog, ki temeljijo na zdravilih, pri katerih je znana možnost zlorabe, ponazarja, kako inovativnost na črnem trgu zahteva skupni odziv regulatorjev za področji zdravil in obvladovanja drog. Vprašanje za zdaj še ni neposredna težava, ampak bolj potencialna grožnja, vendar se zaradi hitrega razvoja na tem področju napovedovanje prihodnjih izzivov lahko izkaže za pomembno.

Ocena tveganja

Leta 2010 je bila prvič izvedena uradna ocena tveganja za derivat katinona, in sicer mefedron (4-metilmetkatinon). To je bila tudi prva snov, za katero je bila izvedena ocena tveganja v skladu z novimi operativnimi smernicami⁽¹⁴³⁾. Izzivi, ki so nastali med oceno tveganja, so omejena razpoložljivost podatkov ter razlike med mefedronom in spojinami, ki so se ocenjevale pred tem. Vendar so bili v oceno prvič zajeti podatki toksikološkega pregleda iz raziskovalne študije, izvedene v skupini uporabnikov mefedrona, zato so bili rezultati bolj podprti z dokazi, kot pri prejšnjih ocenah tveganja.

Na podlagi poročila o oceni tveganja (EMCDDA, 2010e) je Evropski svet decembra 2010 sprejel odločitev o uvedbi nadzornih ukrepov in kazenskih sankcij za mefedron po vsej Evropi⁽¹⁴⁴⁾. Takrat so bili nadzorni ukrepi za mefedron uvedeni že v osemnajstih evropskih državah⁽¹⁴⁵⁾. Preostale države članice EU morajo sprejeti potrebne ukrepe v enem letu.

⁽¹⁴¹⁾ Sklep Sveta 2005/387/PNZ o izmenjavi podatkov, oceni tveganja in nadzoru nad novimi psihoaktivnimi snovmi. UL L 127, 20.5.2005.

⁽¹⁴²⁾ Glej okvir „Osrednje skupine psihoaktivnih snovi, ki se spremljajo prek sistema za zgodnje opozarjanje“.

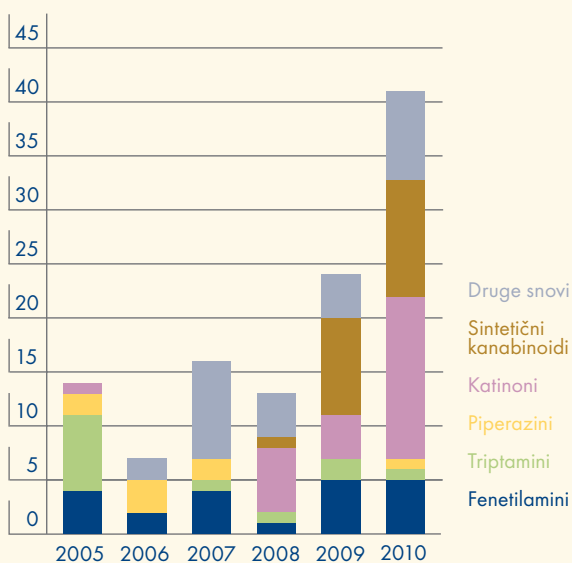
⁽¹⁴³⁾ Glej okvir „Smernice za oceno tveganja“.

⁽¹⁴⁴⁾ Sklep Sveta 2010/759/EU o uvedbi nadzornih ukrepov za 4-metilmetkatinon (mefedron), UL L 322, 8.12.2010, str. 44–45.

⁽¹⁴⁵⁾ Belgija, Danska, Nemčija, Estonija, Irska, Francija, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Malta, Avstrija, Poljska, Romunija, Švedska, Združeno kraljestvo, Hrvaška, Norveška.

Osrednje skupine novih psihoaktivnih snovi, ki se spremljajo prek sistema za zgodnje opozarjanje

Nove psihoaktivne snovi, ki se pojavljajo na evropskem trgu z drogami, so tradicionalno pripadale le nekaj kemijskim skupinam, pri čemer se večina poročil v okviru sistema za zgodnje opozarjanje nanaša na fenetilamine in triptamine. V zadnjih letih pa se poroča o vse več novih snoveh iz vse več različnih kemijskih skupin (glej prikaz).



Opomba: Število novih psihoaktivnih snovi, priglašeni v evropski sistem za zgodnje opozarjanje v skladu s Sklepom Sveta 2005/387/PNZ.

Fenetilamini vključujejo najrazličnejše snovi, ki imajo lahko spodbujevalen, entaktogen ali halucinogen učinek. Primeri vključujejo sintetične snovi amfetamin, metamfetamin in MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin) ter meskalin, ki se pojavlja v naravni obliki.

Triptamini vključujejo več snovi, ki imajo predvsem halucinogene učinke. Osrednji predstavniki so v naravi prisotne spojine dimetiltriptamina (DMT), psilocin in psilocibin (najdemo jih v halucinogenih gobah) ter polysintetičen dietilamid lisergične kisline (LSD).

Piperazine predstavljata mCPP (1-(3-klorofenil)piperazin) in BZP (1-benzilpiperazin), ki sta stimulanca osrednjega živčnega sistema.

Katinoni imajo spodbujevalen učinek. Osrednji derivati katinona so polysintetični metkatinon ter sintetične sestavine mefedrona, metilona in MDPV (3,4-metilenediokspirovaleron).

Sintetični kanabinoidi so po učinku podobni delta-9-tetrahidrokanabinolu (THC), aktivni učinkovini kanabisa. Kot THC imajo lahko halucinogene, pomirjevalne in depresivne učinke. Odkrili so jih v rastlinskih mešanica za kajenje, znanih pod nazivom „spice“ (glej EMCDDA, 2009d).

Druge snovi, sporočene v okviru sistema za zgodnje opozarjanje, vključujejo različne psihoaktivne snovi, ki so pridobljene iz rastlin, in sintetične psihoaktivne snovi (npr. indane, benzodifuranile, narkotične analgetike, sintetične derivate kokaina, ketamin in derivate fenciklidina), ki ne spadajo nujno v eno od zgoraj naštetih skupin. V to skupino spada tudi nekaj medicinskih proizvodov in derivatov.

Več informacij o izbranih novih psihoaktivnih snoveh je na voljo na spletišču centra na strani profili drog (*Drug profiles*).

Spremljanje mefedrona

Le malo načinov je za stalno spremljanje uporabe mefedrona in njegove razpoložljivosti v Evropi, to so predvsem spletne raziskave med obiskovalci klubov in študije o spletni prodaji. Glede na spletne raziskave med bralci revije za obiskovalce klubov v Združenem kraljestvu je uporaba mefedrona kadar koli v življenju v letu 2010 znašala približno 40 % (2 295 sodelujočih, Dick in Torrance, 2011), v letu 2011 pa 61 % (2 560 sodelujočih, Winstock, 2011), čeprav se je v istem obdobju uporaba v zadnjem mesecu zmanjšala s 33 % na 25 %. Teh študij ni mogoče splošiti na širšo populacijo obiskovalcev klubov.

Razpoložljivost mefedrona na spletu je bila ocenjena s šestimi spletnimi študijami (pregledi), ki jih je opravil center med decembrom 2009 in februarjem 2011. V prvi polovici leta 2010 so dobavitelji na spletu množično in zakonito ponujali mefedron, ki se je prodajal

v maloprodajnih in veleprodajnih količinah. V pregledih spletnih trgovin z drogo, ki jih je v angleškem jeziku izvedel center, je bila najvišja stopnja spletne razpoložljivosti mefedrona ugotovljena marca 2010, ko je snov ponujalo 77 trgovcev na drobno. Od takrat se skupno število spletnih prodajal mefedrona zmanjšuje, saj so evropske države z aprilom 2010 začele uvajati nadzorne ukrepe za snov. Čeprav je v začetku leta 2011 mefedron nadzirala že večina držav članic, je večjezični pregled, ki ga je opravil center, pokazal, da so kupci v Evropski uniji takrat še vedno lahko nabavili drogo prek spleta na 23 spletiščih. Od prvotnih 77 spletnih prodajal, ki so bile odkrite marca 2010, jih je leto zatem delovalo le še 15, od teh pa sta mefedron ponujali samo dve. Preostalih 13 prodajal je še vedno prodajalo druge proizvode, ki so jih pogosto ponujali kot „poskusne snovi“ in prodajali kot „zakonite nadomestke mefedrona“⁽¹⁴⁶⁾. V pregledu centra iz leta 2011 je bil ugotovljen tudi večji upad spletnih prodajal, ki ponujajo mefedron in naj

⁽¹⁴⁶⁾ Taki proizvodi so vključevali MDAI (5,6-metilenedioksi-2-aminoindan), 5-IAI (5-jodo-2-aminoindan), MDAT (6,7-metilendioksi-2-aminotetralin), 5-APB (5-(2-aminopropil)benzofuran, ki se prodaja pod imenom „Benzo fury“), 6-APB (6-(2-aminopropil)benzofuran), nafiron (naftilpirovaleron, ki se prodaja kot NRG-1), 4-MEC (4-metiletkatinon, ki se prodaja kot NRG-2) in metoksetamin (2-(3-metoksifenil)-2-(etilamino)cikloheksanon).

Smernice za oceno tveganja

Veljavne operativne smernice za oceno tveganja v zvezi z novimi psihoaktivnimi snovmi, ki so bile sprejete leta 2008, so bile prvič uporabljene leta 2010 za mefedron (EMCDDA, 2010c). Smernice ponujajo konceptualni okvir za pravočasno izvajanje znanstveno podprtih ocen, ki temeljijo na dokazih, v okoliščinah, ko ni dovolj virov informacij. Glavna področja, ki se proučujejo, so: zdravstvena in socialna tveganja, proizvodnja in trgovina, udeležba organiziranega kriminala ter morebitne posledice nadzornih ukrepov.

V smernicah so upoštevani vsi dejavniki, na podlagi katerih je v skladu s konvencijama ZN iz let 1961 in 1971 mogoče uvesti mednarodni nadzor nad snovjo. Z njimi je tudi uveden nov sistem polkvantitativnega točkovanja na podlagi strokovne presoje. V smernicah se upošteva tudi dvojna opredelitev tveganja, in sicer verjetnost, da lahko nastane škoda (navadno opredeljena kot „tveganje“), ter stopnja resnosti take škode (navadno opredeljena kot „nevarnost“). Poleg tega vključujejo pregled razširjenosti uporabe; prednosti in tveganja, ki jih lahko prinaša snov, ne glede na njen pravni status v državah članicah ter primerjavo z bolj poznanimi drogami.

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 2010 sprejela spremembo svojih smernic za pregled psihoaktivnih snovi za mednarodni nadzor (SZO, 2010b).

bi imele sedež v Združenem kraljestvu, od leta 2010. Leta 2011 je bilo največ spletnih prodajal, ki ponujajo mefedron, v Združenih državah Amerike (šest), sledili sta Češka in Združeno kraljestvo (po tri). V istem obdobju se je cena mefedrona povečala z od 10 do 12 EUR za gram v letu 2010 na od 20 do 25 EUR za gram v letu 2011.

Zastrupitve in smrti zaradi mefedrona so se še naprej pozorno spremljale prek sistema za zgodnje opozarjanje. Na Irskem in v Združenem kraljestvu so poročali o škodljivih zdravstvenih učinkih uporabe mefedrona, ki pa se niso končali s smrtjo. Leta 2010 so v Angliji poročali o 65 smrtnih primerih, pri katerih so sumili na povezavo z mefedronom, testi pa so pokazali prisotnost te droge v 46 primerih. Vendar pa navzočnost snovi v toksikološkem vzorcu ne pomeni nujno, da je ta snov posredno ali neposredno povzročila smrt, zato je potrebna previdnost pri razlagi poročil o smrtnih primerih, povezanih z mefedronom.

Spremljanje drugih snovi

V Evropi se snovi, za katere je bila opravljena ocena tveganja, ne spremljajo rutinsko, to velja tudi za snovi, za katere je bil nadzor uveden pozneje. Informacije o takih

snoveh se pridobijo predvsem z zasegi drog in iz poročil o škodljivih zdravstvenih učinkih nadzorovanih snovi, ki se sporočajo v sistem za zgodnje opozarjanje. Več držav članic je poročalo, da sta bila v letih 2009 in 2010 še vedno na voljo piperazina BZP in mCPP. mCPP so s programi testiranja tablet, na primer na Nizozemskem, pogosto odkrili v tabletah, ki so jih prodajali kot ekstazi. Leta 2010 je Finska poročala o prisotnosti MDPV⁽¹⁴⁷⁾ v 13 toksikoloških vzorcih pri obdukciji, o vnovičnem pojavu fenetilaminov PMA in PMMA⁽¹⁴⁸⁾ pa so poročale tri države. Na Nizozemskem so v prahu, ki so ga prodajali kot amfetamin, odkrili do 10 % PMA, tablete, ki so jih prodajali kot ekstazi, pa so imele visoko vsebnost PMMA; na Norveškem je bila zasežena precejšnja količina PMMA, v Avstriji pa je mešanica, ki so jo prodajali kot amfetamin, vsebovala 50 % PMMA. Vse države so poročale o zdravstvenih zapletih in smrtnih primerih, povezanih s PMA in PMMA, snovema, ki sta znani po precejšnji toksičnosti in sta v preteklosti že povzročili prevelike odmerke s smrtnim izidom.

„Dovoljene droge“

Od osemdesetih let prejšnjega stoletja se za nove psihoaktivne snovi uporablja izraz „dizajnerske droge“, čeprav se v zadnjih letih uveljavlja izraz „dovoljene droge“. Izraz „dovoljene droge“ se uporablja za obsežno kategorijo psihoaktivnih sestavin, ki niso zakonsko urejene, ali proizvodov, ki te sestavine vsebujejo. Prodajajo se kot dovoljeni nadomestki za znane droge, ki se nadzirajo, in se navadno prodajajo prek spleta ali v tako imenovanih prodajalnah „smart shops“ oziroma „head shops“. Izraz zajema celo vrsto sintetičnih in rastlinskih snovi ter proizvodov, vključno z „zeliščnimi drogami“, „tabletkami za zabavo“ in „poskusnimi snovmi“, pri čemer so jih veliko izdelali prav z namenom, da bi se izognili nadzoru drog. Izraz je sicer uveljavljen, a to ne pomeni, da njegova raba ni problematična⁽¹⁴⁹⁾.

Razširjenost in ponudba na spletu

V Evropi je malo študij o razširjenosti „dovoljenih drog“ kot skupnem izrazu za posamezne snovi. Leta 2008 je bilo v poljski študiji med 1 400 18-letnimi dijaki ugotovljeno, da jih je 3,5 % vsaj enkrat v življenju že uporabilo „dovoljene droge“, v spremljevalni študiji med 1 260 dijaki leta 2010 pa je bilo ugotovljeno povečanje na 11,4 %. O uporabi „dovoljenih drog“ v zadnjih dvanajstih mesecih je leta 2008 poročalo 2,6 % dijakov, leta 2010 pa se je ta delež povečal na 7,2 %. Uporaba v zadnjem mesecu

⁽¹⁴⁷⁾ 3,4-metilenedioksi-pirovaleron, derivat pirovalerona, ki se nadzira v skladu s preglednico IV konvencije ZN iz leta 1971.

⁽¹⁴⁸⁾ PMA (para-metoksiamfetamin) je od leta 1986 uvrščen v preglednico I konvencije ZN iz leta 1971 in PMMA (para-metoksimetilamfetamin) se na ravni EU nadzira od leta 2002; glej EMCDDA (2003).

⁽¹⁴⁹⁾ Glej okvir „Ne tako ‚dovoljene droge‘“.

Ne tako „dovoljene droge“

Izraz „dovoljene droge“ se uporablja kot nadpomenka za psihoaktivne snovi, ki se ne nadzirajo v skladu z zakonodajo o drogah. Opisovanje teh snovi kot „dovoljenih“ je lahko nepravilno ali zavajajoče za stranke, saj je marsikatera snov lahko zajeta v zakonodaji o zdravilih ali varnosti prehrane.

Proizvajalci morajo v skladu z evropsko direktivo o varnosti proizvodov na trg dati samo varne proizvode. Proizvod pri uporabi v razumno predvidljivih razmerah ne sme „predstavljati nevarnosti ali pa predstavljati minimalne nevarnosti, primerne uporabi proizvoda, ki je sprejemljiva in v skladu z visoko ravno zagotavljanja varnosti in varovanja zdravja oseb“, pri čemer se upoštevajo njegove lastnosti, etiketiranje, opozorila in navodila za uporabo. Spletne prodajalne mogoče zato objavljajo vse več zdravstvenih opozoril o svojih proizvodih. V skladu z direktivo morajo distributerji tudi obvestiti pristojne organe o resnih tveganjih in ukrepih, ki so jih sprejeli za njihovo preprečevanje. Kršitve se lahko kaznujejo z zaporno kaznijo.

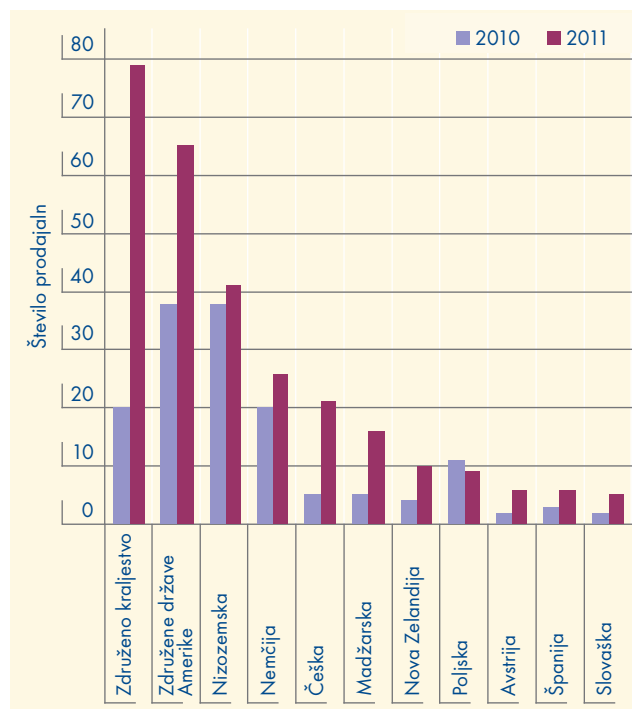
V Evropi ni prodaja nove droge nič bolj „dovoljena“, kot prodaja katerega koli drugega proizvoda, ki ni bil testiran in ima napačne oznake. Primeri ukrepov proti prodaji „dovoljenih drog“, ki temeljijo na predpisih o varstvu potrošnikov, vključujejo zaplenbo mešanice „spice“ in mefedrona od dobaviteljev v Italiji in Združenem kraljestvu zaradi neustreznega označevanja. Leta 2010 je zdravstveni inšpektorat zaprl tudi 1 200 prodajaln „head shop“ na Poljskem.

pa se je zmanjšala z 1,5 % leta 2008 na 1,1 % leta 2010. Nadaljnje študije o razširjenosti „dovoljenih drog“ se leta 2011 pričakujejo od Češke, Irske in Španije.

Center spremlja spletno razpoložljivost „dovoljenih drog“ z rednimi ciljnim spletnimi pregledi. V zadnjem je bilo uporabljenih 18 od 23 uradnih jezikov EU ⁽¹⁵⁰⁾, ki jih kot materni jezik govori 97 % prebivalstva EU, ter ruščina in ukrajinsčina. V teh študijah so poleg snovi, zajetih z izrazom „dovoljene droge“, proučevali „rastlinske droge“ („spice“, kratom in kaduljo), GBL (gama-butirolakton) in halucinogene gobe. V spletnem pregledu iz leta 2011 je bilo odkritih 314 spletnih prodajaln, ki ponujajo „dovoljene droge“ in jih pošiljajo v vsaj eno državo članico EU. Državo izvora spletne prodajalne je težko določiti, vendar se na podlagi dejavnikov, kot so kontaktne informacije, koda države, valuta in informacije o pošiljanju, zdi, da je to najpogosteje Združeno kraljestvo (prikaz 20). Najpogostejši vmesniški jezik je bila angleščina, ki se uporablja v 83 % spletnih prodajaln, zajetih v raziskavo leta 2011. Kratom in kadulja sta bili najpogosteje ponujeni „dovoljeni drogi“, na voljo sta bila v 92 oziroma 72 spletnih prodajalnah.

Ponudba proizvodov, ki so podobni mešanici „spice“, se je v letu 2011 še naprej zmanjševala, saj je snov

Prikaz 20: Domnevna država izvora spletnih trgovin, ki ponujajo „legalne droge“, glede na spletne preglede iz let 2010 in 2011



Opomba: V prikazu so upoštevane samo države članice z vsaj dvema spletnima prodajalnama v letih 2010 in 2011. Leta 2011 so v romunski raziskavi prvič odkrili 13 spletnih prodajaln, ki delujejo v Romuniji.

ponujalo 12 spletnih trgovcev na drobno, zajetih v raziskavo, pri čemer jih je leta 2010 bilo 21, leta 2009 pa 55. Leta 2011 je 3-gramski zavoječek proizvoda, podobnega mešanici „spice“, stal od 12 do 18 EUR, leta 2009 pa nekje med 20 in 30 EUR. To vzporedno zmanjšanje razpoložljivosti in znižanje cene sta mogoče posledica konkurence drugih drog.

Nadzor in policijski nadzor proste prodaje novih drog

Države članice morajo zaradi hitrega širjenja novih snovi vnovič proučiti in pregledati nekatere svoje standardne odzive na problematiko drog. Leta 2010 sta Irska in Poljska hitro sprejeli zakonodajo za omejitev proste prodaje psihoaktivnih snovi, ki se ne nadzirajo v skladu z zakonodajo o drogah. Obe državi sta tako morali skrbno oblikovati pravno opredelitev takih snovi. V irskem zakonu so te snovi opredeljene kot psihoaktivne snovi, ki se ne nadzirajo posebej v skladu z veljavno zakonodajo ter lahko spodbudijo ali oslabijo osrednji živčni sistem, kar povzroči halucinacije, odvisnost ali precejšnje spremembe motoričnih sposobnosti, mišljenja ali vedenja. Iz opredelitve so izključeni medicinski in prehranski proizvodi, živalska zdravila, opojne pijače in tobak. Poljski zakon se sklicuje na „nadomestne

⁽¹⁵⁰⁾ Bolgarščina, češčina, danščina, nemščina, grščina, angleščina, španščina, francoščina, italijanščina, latvijščina, madžarščina, malteščina, nizozemščina, poljščina, portugalsščina, romunščina, slovaščina in švedščina.

droge”, opredeljene kot snov ali rastlina, ki se uporablja namesto nadzorovane droge ali v enake namene in katere dajanja na trg ne urejajo posebne določbe. V njem ni posebej navedeno, ali naj se to drogo šteje za škodljivo.

Izvajanje irskega zakona nadzira policija. Višji policijski uradniki lahko trgovcu izdajo „obvestilo o prepovedi” in če ga kršitelj ne upošteva, lahko sodišče izda „odredbo o prepovedi”. Prodaja, oglaševanje in neskladnost z „odredbo o prepovedi” se lahko kaznujejo z do petimi leti zapora. Na Poljskem pa je za nadzor nad izvajanjem zakona pristojen državni zdravstveni inšpektorat. Proizvodnja nadomestnih drog ali njihovo dajanje v promet se kaznuje z visoko globo, njihovo oglaševanje pa z največ enoletno zaporno kaznijo. Državni sanitarni inšpektorji lahko prepovejo prodajo „nadomestnih drog” za največ 18 mesecev zaradi ocene njihove varnosti, če obstaja utemeljen sum, da lahko ogrožajo življenje ali zdravje. Če se ugotovi, da je droga škodljiva, mora stroške ocene kriti distributer. Inšpektorji imajo tudi pravico, da za največ tri mesece zaprejo poslovne prostore. Uporaba teh snovi ni kazniva in zanjo ni zagrožena kazen v nobeni od omenjenih držav.

Policijski nadzor nad psihoaktivnimi snovmi, za katere je bil na novo uveden nadzor

V Združenem kraljestvu so bile leta 2010 za policijo izdane podrobne smernice za policijski nadzor nad psihoaktivnimi snovmi, za katere je bil na novo uveden nadzor, kar zlasti velja za sintetične kanabinoide, piperazine in katinone ter GBL in 1,4-butanediol (ACPO, 2010). V smernicah so na voljo informacije o videzu, vzorcih uporabe, učinkih in tveganju drog ter ravnanju z njimi. V smernicah je priporočen enoten nacionalni pristop za policijski nadzor posedovanja in distribucije takih snovi. Priznana je potreba po forenzični analizi za ustrezno opredelitev in zahtevanem standardu dokazov. Pri tem se poudarja pomen skupnega pristopa policije in lokalnih organov pri policijskem nadzoru tako imenovanih prodajalnih „head shop”. Spodbujajo se obiski policije v teh prodajalnih, namenjeni zbiranju informacij in obveščanju lastnikov, s čimer je slednjim omogočeno, da predajo nadzorovane snovi. V ta namen je bil podan predlog o standardiziranem dopisu, v katerem bi lastnike prodajalnih spodbudili, da pregledajo veljavne ukrepe in se prepričajo, da ravnajo v skladu z zakonom.

Analiza odpadnih voda

Analiza odpadnih voda oziroma epidemiologija odplak je hitro razvijajoča se znanstvena disciplina, ki lahko omogoči spremljanje trendov uporabe prepovedanih drog na ravni prebivalstva.

Napredek na področju analitične kemije je omogočil odkrivanje sledov prepovedanih drog in njihovih glavnih presnovkov v izločenem urinu v odpadnih vodah pri zelo nizkih koncentracijah. To je podobno, kot da bi vzeli močno razredčen vzorec urina celotne skupnosti (ne pa zgolj posameznega uporabnika). Na podlagi nekaterih domnev je mogoče iz količine presnovka v odpadni vodi za nazaj izračunati ocenjeno vrednost količine drog, uporabljenih v neki skupnosti.

Zgodnje raziskave so bile usmerjene na ugotavljanje kokaina in njegovih presnovkov v odpadni vodi, z zadnjimi študijami pa so bili dobljeni rezultati glede stopenj konoplje, amfetamina, metamfetamina, heroina in metadona. Veliko obeta tudi odkrivanje redkeje uporabljenih drog, kot so ketamin in psihoaktivne snovi.

Za to področje dela je značilna večdisciplinarnost, saj so zanj pomembne najrazličnejše panoge: analitična kemija, fiziologija, biokemija, komunalno inženirstvo in konvencionalna epidemiologija drog. Na srečanju strokovnjakov o analizi odpadnih voda, ki ga je leta 2011 organiziral center EMCDDA, je bilo ugotovljeno, da je na tem področju dejavnih vsaj 18 raziskovalnih skupin v 13 evropskih državah. Na vrhu sedanjega programa raziskav je oblikovanje soglasja o metodah in orodjih vzorčenja ter razvoj kodeksa dobrih praks za to področje.



Literatura in viri ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P., in Salaspuro, M. (2007), „Buprenorphine misuse in Finland“, *Substance Use & Misuse* 42, str. 1027-1028.
- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S., idr. (2008), „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence“, *Clinical Infectious Diseases* 47(7), str. 931-934.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Združenje policijskih načelnikov Anglije, Walesa in Severne Irske (ACPO), London.
- AIHW (2008), 2007 National drug strategy household survey: detailed findings, Drug statistics series No 22, Avstralski inštitut za zdravje in socialno skrbstvo (AIHW), Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B., in Humphris, G. (2011), „Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings“, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, str. 1186-1202.
- Allen, D., Coombes, L., in Foxcroft, D. R. (2007), „Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study“, *Health Education Research* 22, str. 547-560.
- Anderson, A. L., Reid, M. S., Li, S. H., Holmes, T., Shemanski, L., idr. (2009), „Modafinil for the treatment of cocaine dependence“, *Drug and Alcohol Dependence* 104(1-2), str. 133-139.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., in Jensen, S. O. (2011), „Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment“, *Drug and Alcohol Dependence* 114, str. 134-139.
- Arfken, C. L., Johanson, C. E., di Menza, S., in Schuster, C. R. (2010), „Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), str. 96-104.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P., idr. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, str. 198-202.
- Barry, D., Sullivan, B., in Petry, N. M. (2009), „Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients“, *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), str. 168-174.
- Bell, J. (2010), „The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician's perspective“, *Addiction* 105, str. 1531-1537.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., in Schnitzer, S. (2009), „Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands“, *European Addiction Research* 15, str. 78-86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K. A., White, W., Gossop, M., Taylor, A., in Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (na voljo na spletu).
- Bird, S. M., in Robertson, J. R. (2011), „Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000-2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era“, *Addiction Research and Theory* 19, str. 170-178.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H., in McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study“, *BMJ* 337, str. a478.
- Bröring, G., in Schatz, E. (urednika) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (na voljo na spletu).
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J., idr. (2009), „Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain“, *European Addiction Research* 15, str. 171-178.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Direktorat za nadzorovane snovi in tobak (na voljo na spletu).
- Caiaffa, W. T., Zoccatto, K. F., Osimani, M. L., Martínez, P. L., Radulich, G., Latorre, L., idr. (2011), „Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?“, *Addiction* 106(1), str. 143-151.
- Carpenedo, C. M., Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Rosenwasser, B. J., in Thompson, D. L. (2010), „Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence“, *American Journal of Health Behavior* 34(6), str. 776-787.

⁽¹⁵¹⁾ Hiperpovezave na spletne vire so v različni letnega poročila v formatu PDF, ki je na voljo na spletišču centra (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A., in Hedrich, D. (2011), „Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges“, *The Howard Journal of Criminal Justice* (v tisku).
- Chabrol, H., Roura, C., in Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence“, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, str. 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M., in McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, študija avstralskega nacionalnega sveta za droge (na voljo na spletu).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. idr. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (na voljo na spletu).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P., in Hickman, M. (2010), „Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database“, *BMJ* 341, str. c5475.
- CPT (Evropski odbor za preprečevanje mučenja, nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja) (2006), *The CPT Standards: „Substantive“ sections of the CPT’s General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (na voljo na spletu).
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 211–213.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M., in Linskey, M. (2009), „Illicit drug use“, v: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Zvezek 1, Majid Ezzati idr. (uredniki), Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva (na voljo na spletu).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C., in Hickman, M. (2010), „Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed“, *Lancet* 376, str. 285–301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G., in Hall, W. D. (2011), „Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies“, *Drug and Alcohol Dependence* 113, str. 88–95.
- Dennis, M., in Scott, C. K. (2007), „Managing addiction as a chronic condition“, *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), str. 45–55.
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming“, *Journal of Primary Prevention* 28(5), str. 421–447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C., in Purchase, D. (2009), „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States“, *Addiction* 104(9), str. 1441–1446.
- Dick, D., in Tarrant, C. (2010), „MixMag Drugs Survey“, *Mix Mag* 225, str. 44–53.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., in Wodak, A. D. (2005), „Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection“, *Addiction* 100, str. 820–828.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, Stockholm.
- ECDC in EMCDDA (2011), *Joint ECDC-EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, Stockholm.
- ECDC in Regionalna pisarna za Evropo pri SZO (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, Stockholm.
- Elkashef, A. M., Rawson, R. A., Anderson, A. L., Li, S. H., Holmes, T., idr. (2008), „Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence“, *Neuropsychopharmacology* 33(5), str. 1162–1170.
- EMCDDA (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg (na voljo na spletu).
- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografija, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insights, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Selected issue, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2009a), *Letno poročilo 2009: stanje na področju problematike drog v Evropi*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Selected issue, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, tematski dokument, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg (na voljo na spletu).
- EMCDDA (2009d), *Understanding the „Spice“ phenomenon*, tematski dokument, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg (na voljo na spletu).

- EMCDDA (2010a), *Letno poročilo 2010: stanje na področju problematike drog v Evropi*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monografija, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg (na voljo na spletu).
- EMCDDA (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Selected issue, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2010f), *Treatment and care for older drug users*, Selected issue, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, Selected issue, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, Selected issue, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- EMCDDA in Europol (2010), *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, skupne publikacije EMCDDA in Europol, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- Escot, S., in Suderie, G. (2009), „Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles“, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Pariz.
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998–2007*, prispevek Europol k posvetovanjem s strokovnjaki za oceno UNGASS.
- Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, Haag.
- Evropska komisija (2011), *European Economic Forecast: Spring 2011*, European Economy 1/2011, Generalni direktorat za gospodarske in finančne zadeve, Evropska komisija.
- Evropsko sodišče za človekove pravice: zadeva Teixeira de Castro proti Portugalski, sodba z dne 9. junija 1998, Reports 1998-VI, odstavek 38 in 39.
- Fletcher, A., Bonell, C., in Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies“, *Journal of Adolescent Health* 42(3), str. 209–220.
- Galloway, G. P., Buscemi, R., Coyle, J. R., Flower, K., Siegrist, J. D., idr. (2011), „A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction“, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), str. 276–282.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R., Carballo, J. L., idr. (2009), „Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial“, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), str. 131–138.
- Gregoire, T., in Snively, C. (2001), „The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women“, *Drug Education* 31(3), str. 221–237.
- Gripenberg, J., Wallin, E., in Andréasson, S. (2007), „Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises“, *Substance Use and Misuse* 42(12-13), str. 1883–1898.
- GROS (Glavni arhiv za Škotsko) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, Glavni arhiv za Škotsko (na voljo na spletu).
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., in McKendry, R. (2003), „Continuity of care: a multidisciplinary review“, *BMJ* 327, str. 1219–1221.
- Hall, W. in Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use“, *Lancet* 374, str. 1383–1391.
- Heinzerling, K. G., Swanson, A. N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A., idr. (2010), „Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence“, *Drug and Alcohol Dependence* 109(1–3), str. 20–29.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., idr. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Švedski svet za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN), Stockholm.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A., idr. (2011), „Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs“, *Molecular Therapy* 19, str. 612–619.
- Hoare, J., in Moon, D. (urednika) (2010), „Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey“, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (na voljo na spletu).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F., in Goldberg, D. (2011), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation“, *American Journal of Public Health* (v tisku).
- Horsley, T., Grimshaw, J., in Campbell, C. (2010), „Maintaining the competence of Europe's workforce“, *BMJ* 341, str. c4687.
- Hughes, C. A., in Stevens, A. (2010), „What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?“, *The British Journal of Criminology* 50, str. 999–1022.

- Hulse, G. K., Ngo, H. T., in Tait, R. J. (2010), „Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone“, *Biological Psychiatry* 68(3), str. 296–302.
- Hunt, N., in Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, modul za usposabljanje, Evrazijska mreža za zmanjševanje škode, Vilna.
- Hunt, N., Albert, E., in Montañés Sánchez, V. (2010), „User involvement and user organising in harm reduction“, v: EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.
- INCB (Mednarodni nadzorni svet za droge) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Združeni narodi, New York.
- INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Združeni narodi, New York (na voljo na spletu).
- INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Združeni narodi, New York (na voljo na spletu).
- INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, Združeni narodi, New York (na voljo na spletu).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J. L., in Lapeyre-Mestre, M. (2011), „Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), str. 832–843.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., in Schulenberg, J. E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (na voljo na spletu).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V., in D'Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, ministrstvo za notranje zadeve, London (na voljo na spletu).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M., idr. (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, državni inštitut za zlorabo drog (na voljo na spletu).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M., idr. (2009b), „Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure“, *New England Journal of Medicine* 363, str. 2320–2331.
- Kalechstein, A. D., De La Garza, R., in Newton, T. F. (2010), „Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment“, *American Journal on Addictions* 19(4), str. 340–344.
- Kaskutas, L., Ammon, L., in Weisner, C. (2004), „A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives“, *International Journal of Self Help and Social Care* 2, str. 111–133.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., idr. (2010), „Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment“, *BMJ* 341, str. c3172.
- King, K., Meehan, B., Trim, R., in Chassin, L. (2006), „Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment“, *Addiction* 101, str. 1730–1740.
- Koerke, J., in Verthein, U. (2010), „Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain“, *Suchttherapie* 11(1), str. 31–34.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O., in Franck, J. (2010), „Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study“, *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2), str. 130–133.
- Korelacijski projekt in Evrazijska mreža za zmanjševanje škode (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Evrazijska mreža za zmanjševanje škode, Vilna.
- Kruisbergen, E. W., De Jong, D., in Kleemans, E. R. (2011), „Undercover policing: assumptions and empirical evidence“, *The British Journal of Criminology* 51, str. 394–412.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T., in Whiteside, H. O. (2008), „Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program“, *Evaluation and the Health Professions* 31, str. 226–239.
- Laudet, A., Becker, J., in White, W. (2009), „Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission“, *Substance Use and Misuse* 44, str. 227–252.
- Lawless, M., in Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., idr. (2008), „I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed“, *International Journal of Drug Policy* 19, str. 255–264.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. in Greenbaum, P. E. (2009), „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), str. 12–25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K. M., Patkar, A., idr. (2010), „Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial“, *JAMA* 304(14), str. 1576–1583.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, Komisija za politiko Združenega kraljestva na področju drog (UKDPC) (na voljo na spletu).

- Lobmaier, P. P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevöll, T., in Waal, H. (2010), „Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release“, *European Addiction Research* 16(3), str. 139–145.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S., in White, J. M. (2010), „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence“, *Addiction* 105(1), str. 146–154.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G., in Basso, C. (2010), „Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain“, *European Heart Journal* 31(3), str. 318–329.
- Marsden, J., in Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, londonska agencija za droge (na voljo na spletu).
- Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G., in Kerr, T. (2011), „Reduction of overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study“, *Lancet* 377, str. 1429–1437.
- Marshall, K. S., Gowing, L., in Ali, L. (2011), „Pharmacotherapies for cannabis withdrawal“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, izdaja 1.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D., idr. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial“, *Archives of General Psychiatry* 66(10), str. 1116–1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., idr. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage“, *Lancet* 375, str. 1014–1028.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., in Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, številka 3, str. CD002209.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M. S., idr. (2010), „Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), str. 111–120.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., idr. (2010), „Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison“, *Addiction* 105, str. 1545–1554.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M., in Vuchinich, R. (2005), „To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment“, *American Journal of Public Health* 95, str. 1259–1265.
- Moore, T. (2008), „The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia“, *Drug and Alcohol Review* 27, str. 404–413.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., idr. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review“, *Lancet* 370, str. 319–328.
- O'Connor, P. G. (2010), „Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges“, *JAMA* 304(14), str. 1612–1614.
- OECD (2006), „The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach“, *OECD Economic Studies* 43, str. 115–154.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S., in Davoli, M. (2010a), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, izdaja 1, str. CD007024.
- Pani, P. P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L., in Davoli, M. (2010b), „Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, izdaja 9, str. CD008373.
- Pennings, E. J., Leccese, A. P., in Wolff, F. A. (2002), „Effects of concurrent use of alcohol and cocaine“, *Addiction* 97(7), str. 773–783.
- Popova, S., Rehm, J., in Fischer, B. (2006), „An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada“, *Public Health* 120(4), str. 320–328.
- Prieto, L. (2010), „Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?“, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, str. 9.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., idr. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, str. 147–155.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R., in Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey“, *Circulation* 103, str. 502–506.
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures“, *Addiction* 101, str. 315–322.
- Reynaud-Maurupt, C., in Hoareau, E. (2010), „Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers, cachés“, *Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, Saint-Denis (na voljo na spletu).
- Richter, C., Romanowski, A., in Kienast, T. (2009), „Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit“, *Psychiatrische Praxis* 36(7), str. 345–347.

- Roche, A., McCabe, S., in Smyth, B. (2011), „Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence“, *European Addiction Research* 14, str. 219–225.
- Rome, A., Shaw, A., in Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I., idr. (2010), „Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000–06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?“, *Addiction* 105, str. 1625–1632.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M., in Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkiteollinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyskirjoista* [Z drogo povezani smrtni primeri na Finskem v letu 2007. Meddisciplinarna študija dokumentacije o sodnomoedicinskih vzrokih smrti.], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (na voljo na spletu).
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (na voljo na spletu).
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., in White, J. M. (2010), „Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy“, *Substance Abuse* 31(2), str. 98–107.
- Stein, M. D., Herman, D. S., Kettavong, M., Cioe, P. A., Friedmann, P. D., idr. (2010), „Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), str. 157–166.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M., in Bird, S. M. (2010), „Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993–2008): analyses using OD4 index in England and Scotland“, *BMJ* 341, str. c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G. A., Meier, N., Stohler, R., in Dursteler-Macfarland, K. M. (2010), „Effects of a single 50% extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients“, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), str. 450–454.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J., in Gill, O. N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison“, *BMC Public Health* 6, str. 170 (na voljo na spletu).
- Svet Evropske unije (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (na voljo na spletu).
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E., in Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population“, *Statistical Methods in Medical Research* 18, str. 381–395.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P., in Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area“, *Addiction* 93, str. 1149–1160.
- SZO (1986), *Ottawa Charter for health promotion* (Ottawska lista za spodbujanje zdravja), Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva (na voljo na spletu).
- SZO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva.
- SZO (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva.
- SZO (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva (na voljo na spletu).
- SZO (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Regionalna pisarna za Evropo pri SZO, København.
- SZO, UNODC in UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M., idr. (2010), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention“, *Journal of Drug Policy* 21(1), str. 56–63.
- Tan, J. A., Joseph, T. A., in Saab, S. (2008), „Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving“, *Hepatology (Baltimore, Md.)* 48(5), str. 1387–1395.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (na voljo na spletu).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V. S., Huyck, V. C., Saliez, V., in Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Bruselj.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., in Rubel, E. (1999), „Natural recovery from cocaine dependence“, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, str. 259–268.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- UNODC (2011), *World drug report 2011*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- UNODC in MCN (ministrstvo afganistanske vlade za boj proti narkotikom) (2010), *Afghan opium survey 2010*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj (na voljo na spletu).
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., idr. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents

and young adults in the Netherlands", *International Journal of Drug Policy* 20, str. 143–151.

Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G., in Vergouwen, T. A. (2009), „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known", *General Hospital Psychiatry* 31(4), str. 394–396.

Vandrey, R., in Haney, M. (2009), „Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?", *CNS Drugs* 23(7), str. 543–553.

Whitten, L. (2010), „A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response", *NIDA Notes* 23(3) (na voljo na spletu).

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M., in Cowan, S. A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability", *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (na voljo na spletu).

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A., in Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users", *American Journal of Public Health* 99, str. 1049–1052.

Winstock, A. (2011), „The 2011 Mixmag drugs survey", *Mixmag* March str. 49–59.

Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S. G., Wang, C., Cao, X., Luo, W., in Wu, Z. (2010), „Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges", *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, str. ii29–37.

Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project „Identification and optimisation of evidence-based HVC prevention in Europe for young drug users at risk", ZIS, Hamburg (na voljo na spletu).

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Letno poročilo 2011: stanje na področju problematike drog v Evropi

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2011

2011 – 107 str. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-485-4

doi:10.2810/47674

Kako do publikacij Evropske Unije

Brezplačne publikacije:

- na spletni strani EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- na predstavništvih ali delegacijah Evropske unije. Njihovi kontaktni podatki so na voljo na spletni strani <http://ec.europa.eu> ali po faksu +352 2929-42758.

Publikacije, ki so naprodaj:

- na spletni strani EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Plačljive naročnine (na primer na *Uradni list Evropske unije* ali zbirke odločb sodne prakse Sodišča Evropske unije):

- pri prodajnih zastopnikih Urada za publikacije Evropske unije (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sl.htm).

O Evropskem centru za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (center EMCDDA) je ena od decentraliziranih agencij Evropske unije. Ustanovljen je bil leta 1993 s sedežem v Lizboni in je osrednji vir celovitih informacij o drogah in zasvojenosti z drogami v Evropi.

Center zbira, analizira in razširja dejanske, objektivne, zanesljive in primerljive informacije o drogah in zasvojenosti z njimi. Tako svoji ciljni javnosti zagotavlja z dokazi podprto sliko pojava drog na evropski ravni.

Publikacije centra so primarni vir informacij za najrazličnejše naslovnike, 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 najpomembnejši vir informacij za vse, ki iščejo najnovejše ugotovitve o drogah v Evropi.



Urad za publikacije

ISBN 978-92-9168-485-4



9 789291 684854